



науково-практичний журнал

**Архів**

**Т.19, 3(74)'2013** ●

**Психіатрії**



В.П. Протопопов

*Науково-практичний журнал*  
*Том 19, №3 (74) ' 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 (Україна), Р. Барнасі (Великобританія), В. С. Бігенський (Україна), В. А. Вербенко (Україна), П. В. Волошин (Україна), Г. Герай-бейли (Азербайджан), Н. О. Дзеружинська (Україна), С. К. Євтушенко (Україна), Б. Б. Івнев, 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. Напресенко (Україна), В. А. Піщиків (Україна), А. В. Погосов (Росія), Ю. В. Попов (Росія), М. М. Пустовойт (Україна), Д. Пурас (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 №6 від 19.06.2013 р.)  
Здано до набору 21.06.2013 р. Підп. до друку 1.07.2013 р. Формат 60×84/8. Друк офс. Папір офс.  
Гарнітура «Times». Обл.-вид. арк. 18,27. Ум.-друк. арк. 16,8. Наклад 500 прим. Зам. № 156.  
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.

## З М І С Т

### СТАТТІ

- І. Я. Пінчук, Р. М. Богачев, М. С. Осійчук,  
С. С. Шум, О. О. Суховій*  
СТАН НАУКОВО-ДОСЛІДНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ГАЛУЗІ  
ПСИХІАТРІЇ У ВНЗ УКРАЇНИ ЗА ПЕРІОД 2010–2012 РР.  
ТА І ПІВРІЧЧЯ 2013 Р. .... 7
- О. К. Толстанов*  
ВДОСКОНАЛЕННЯ ПОРЯДКУ НАДАННЯ  
ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ..... 21
- О. А. Левада*  
СПЕЦИФІЧНИЙ КОГНІТИВНО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ  
СИНДРОМОКОМПЛЕКС ЕТАПІВ РОЗВИТКУ  
СУБКОРТИКАЛЬНОЇ СУДИННОЇ ДЕМЕНЦІЇ. .... 27
- А. А. Самедов, Л. А. Гасан-заде*  
ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕМЕНЦИИ  
(БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА, СОСУДИСТЫЕ ДЕМЕНЦИИ,  
ВЗГЛЯД ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ПСИХИАТРИИ). .... 32
- С. Н. Саржевский*  
СОЧЕТАНИЕ КОГНИТИВНЫХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ  
НАРУШЕНИЙ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ. .... 36
- С. С. Шум, І. Я. Пінчук, О. О. Суховій*  
РЕЗУЛЬТАТИ СТАТИСТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ  
СТАНУ ЗАСТОСУВАННЯ СТАЦІОНАРНИХ ВИДІВ  
ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ (ЗА  
І ПІВРІЧЧЯ 2013 РОКУ). .... 39
- Б. А. Баркалов, Е. Б. Баркалова*  
ИЗУЧЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У  
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ  
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ. .... 47
- І. А. Марценковський*  
ДЕЯКІ ПРОБЛЕМИ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ  
ПРИ РОЗЛАДАХ СПЕКТРА АУТИЗМУ. .... 50
- С. Г. Носов, І. Г. Дробот*  
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ  
АНТИЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ  
ЭПИЛЕПСИЕЙ ..... 55
- В. Чайковська*  
СУЧАСНИЙ СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ГЕРІА-  
ТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ ..... 59
- І. Я. Пінчук, О. А. Левада, Н. В. Черенніченко*  
ШКАЛА NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI) ЯК  
ВАЛІДНИЙ ІНСТРУМЕНТ ОЦІНЮВАННЯ ПСИХОПАТО-  
ЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ДЕМЕНЦІЯХ ТА  
ІНШИХ ОРГАНІЧНИХ УРАЖЕННЯХ МОЗКУ:  
УКРАЇНСЬКА АДАПТОВАНА ВЕРСІЯ ТА  
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ..... 63
- О. О. Хаустова*  
ДЕПРЕСІЯ У ЛІТНІХ ПАЦІЄНТІВ. .... 68
- О. С. Чабан*  
ОПАСНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ДЛЯ  
ПСИХОТЕРАПЕВТА. .... 72
- Я. Б. Бикшаева*  
КЛИНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ, ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗ-  
МЫ МАНИФЕСТАЦИИ ШИЗОФРЕНИИ У ДЕТЕЙ ..... 80

## C O N T E N T S

### ARTICLES

- I. Y. Pinchuk, R. M. Bogachev, M. S. Osiichuk,  
S. S. Shum, A. A. Sukhovoy*  
STATE OF RESEARCH IN THE FIELD OF PSYCHIATRY IN  
HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS IN UKRAINE FOR  
THE PERIOD FROM 2010 TO I HALF OF 2013. .... 7
- O. K. Tolstanov*  
IMPROVEMENT OF THE PROCEDURE THE PROVISION  
OF PSYCHIATRIC CARE TO CHILDREN. .... 21
- O. A. Levada*  
PECULIAR COGNITIVE-PSYCHOPATHOLOGICAL COM-  
PLEX OF SYNDROMES AT THE STAGES OF DEVELOP-  
MENT OF SUBCORTICAL VASCULAR DEMENTIA .... 27
- A. A. Samedov, L. A. Hasan-zadeh*  
DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DEMENTIA.  
(ALZHEIMER'S DISEASE, VASCULAR DEMENTIA, THE  
VIEW THROUGH LENS OF PSYCHIATRY) ..... 32
- S. N. Sarzhevskiy*  
COMBINATION OF COGNITIVE AND EMOTIONAL  
VIOLATIONS AT EPILEPSY. .... 36
- S. S. Shum, I. Y. Pinchuk, A. A. Sukhovoy*  
THE RESULTS OF STATISTICAL RESEARCH ON THE  
STATE OF APPLICATION OF STATIONARY TYPES OF  
COMPULSORY MEDICAL MEASURES (FOR THE I HALF-  
YEAR 2013) ..... 39
- B. A. Barkalov, E. B. Barkalova*  
FEATURES THE REHABILITATION POTENTIAL OF THE  
HIV-INFECTION PATIENTS WITH OPIATE DEPENDING  
SYNDROME. .... 47
- I. A. Martsenkovsky*  
SOME PROBLEMS OF THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS  
OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS. .... 50
- S. G. Nosov, I. G. Drobot*  
COGNITIVE DISORDERS USING ANTIEPILEPTIC  
DRUGS IN PATIENTS WITH EPILEPSY. .... 55
- V. Chaykovska*  
CURRENT STATUS AND PROSPECTS  
OF GERIATRIC POPULATION BY UKRAINE ..... 59
- I. Y. Pinchuk, O. A. Levada, N. V. Cherednichenko*  
THE NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)  
AS VALID TOOL TO ASSESS PSYCHOPATHOLOGICAL  
DISORDERS IN DEMENTIA AND OTHER ORGANIC  
BRAIN DAMAGE: UKRAINIAN ADAPTED VERSION  
AND EXPERIENCE OF APPLICATION. .... 63
- O. O. Khaustova*  
DEPRESSION IN ELDERLY PATIENTS ..... 68
- O. S. Chaban*  
DANGER OF PSYCHOTHERAPY FOR  
PSYCHOTHERAPIST ..... 72
- Y. B. Bikshaeva*  
NICAL TYPOLOGY, CAUSES AND MECHANISMS OF  
MANIFESTATION OF SCHIZOPHRENIA IN CHILDREN 80

## ТЕЗИ

- О. М. Авраменко*  
МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО КУРАЦІЇ  
ХРОНІЧНОГО АЛГІЧНОГО СИНДРОМУ ..... 85
- К. В. Аймедов*  
ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОІМУНОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ  
ЗНИЖЕННЯ УСПІШНОСТІ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС  
ЕКЗАМЕНАЦІЙНОЇ СЕСІЇ ..... 85
- Г. Н. Вербенко*  
НАРУШЕННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У  
ПАЦІЕНТІВ, СТРАДАЮЩИХ БИПОЛЯРНИМ  
РАССТРОЙСТВОМ. .... 86
- Д. В. Возний*  
ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНОЇ СФЕРИ ЧОЛОВІКІВ,  
ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ ..... 87
- Ю. А. Войтенко*  
СЕРЕДОВИЩНІ ФАКТОРИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА  
РОЗВИТОК ШИЗОФРЕНІЇ ..... 87
- Ж. Г. Дудина*  
АКТУАЛЬНІСТЬ ПАЛІАТИВНОГО ЛЕЧЕННЯ У  
ПАЦІЕНТІВ, СТРАДАЮЩИХ ДЕМЕНЦІЕЙ ..... 88
- О. М. Дзюба, О. С. Орлова*  
ДО ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ КОРЕЛЯЦІЙНИХ  
ЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ЛЕГКИМИ КОГНІТИВНИМИ  
РОЗЛАДАМИ У ОСІБ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ ТА  
ПОДАЛЬШИМ РОЗВИТКОМ ДЕМЕНЦІЇ ..... 89
- Х. С. Живаго, Н. В. Коляденко*  
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ  
НА ШИЗОФРЕНІЮ З КОГНІТИВНИМИ  
ПОРУШЕННЯМИ ..... 89
- Ю. Н. Завалко, И. В. Черняков, В. Д. Чернякова*  
ЛЕЧЕНИЕ КОГНІТИВНИХ НАРУШЕНИЙ  
В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ ..... 90
- В. З. Задорожний*  
КОГНІТИВНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ПРИ  
ДЕЗОРГАНИЗОВАННОМ ПОВЕДЕНІИ У ДЕТЕЙ,  
СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ..... 91
- В. З. Задорожний, И. Г. Дробот, О. Э. Холопченко,  
О. И. Антофийчук*  
КОГНІТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ  
ОРГАНИЧЕСКОМ БРЕДОВОМ РАССТРОЙСТВЕ ..... 92
- В. З. Задорожний, В. Д. Кетков*  
ПРЕОДОЛЕНИЕ КОГНІТИВНИХ НАРУШЕНИЙ  
У РЕБЕНКА ПРИ ЕГО ИНДИВИДУАЛЬНО-  
ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ РАЗВИТИЯ ..... 92
- В. З. Задорожний, А. А. Хижняк, О. Э. Холопченко*  
ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЛИЦАМ  
С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ .. 93
- Г. І. Захарова*  
ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ  
СФЕРИ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ВУГРОВУ  
ХВОРОБУ ..... 94
- І. Ф. Здорик*  
ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИВНИХ РОЗЛАДІВ ТА КОГНІТИВНИХ  
ПОРУШЕНЬ У ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА  
ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ..... 95
- Е. Н. Зинченко*  
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
НЕВРОТИЧЕСКИХ И ОРГАНИЧЕСКИХ  
НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ  
У ПАЦИЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ  
МЕСТНОСТИ. .... 95
- В. Е. Казаков*  
КОГНІТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ОТДАЛЕННОМ  
ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ. .... 96
- И. В. Калугин, Е. А. Хаустова*  
ПРОБЛЕМЫ ПОЛИМОРБИДНОСТИ И АДЕКВАТНОЙ  
ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО  
ВОЗРАСТА ..... 97
- А. М. Кожина, В. И. Коростий, А. В. Полякова,  
И. Н. Стрельникова*  
ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ АФФЕКТИВНЫХ  
И КОГНІТИВНИХ НАРУШЕНИЙ БОЛЬНЫХ  
ЭПИЛЕПСИЕЙ ..... 97
- В. І. Коростий, Г. М. Кожина, О. Л. ТОВАЖНЯНСЬКА,  
Э. Е. Литвін, І. О. Безуглова*  
КОГНІТИВНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ ІЗ ОРГАНІЧНИМИ  
ТА СИМПТОМАТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ  
ЗАХВОРЮВАННЯМИ ..... 98
- В. И. Коростий, А. М. Кожина, С. Х. Хмаин,  
Е. А. Зеленская*  
КОГНІТИВНАЯ И АРТ-ПСИХОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ  
ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ... 99
- О. В. Кривоногова*  
ГЕНДЕРНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ВІДМІННОСТІ СТУДЕНТІВ,  
ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ В УМОВАХ ОДНОСТАТЕВИХ ТА  
РІЗНОСТАТЕВИХ ГРУП ..... 100
- А. М. Кушнір, В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна*  
КОРЕКЦІЯ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У  
КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА  
ШИЗОФРЕНІЮ, ЯКІ ВЧИНИЛИ СУСПІЛЬНО  
НЕБЕЗПЕЧНІ ДІЯННЯ ПРОТИ ЖИТТЯ ОСОБИ. .... 100
- А. К. Ладик-Бризгалова*  
ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ЕКЗОГЕННО-ОРГАНІЧНОГО  
ГЕНЕЗУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ. .... 101
- М. В. Маркова, Н. Ю. Веньовцева*  
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИКИ  
СОМАТОФОРМНОЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ  
СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ 102
- Л. Г. Матвієць*  
ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ М'ЯКИХ КОГНІТИВНИХ  
РОЗЛАДІВ ПРИ ПРОВЕДЕННІ МЕДИЧНОЇ  
РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З  
АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В УМОВАХ  
АМБУЛАТОРІЇ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ  
МЕДИЦИНИ ..... 103
- М. М. Матяш*  
КОГНІТИВНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА  
ШИЗОФРЕНІЮ ..... 104
- С. В. Мерліч*  
ДИНАМІКА ЗМІН РІВНІВ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ  
В ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ  
ЗАХВОРЮВАННЯ ..... 105



<i>Т. П. Мозговая, В. Л. Гавенко, И. В. Лецина, С. В. Федорченко</i> ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ. . . . .	105	<i>І. Я. Пінчук, О. А. Полив'яна</i> АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ СКРИНІНГОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ДЛЯ ПОПЕРЕДНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ РОЗЛАДІВ СПЕТРА АУТИЗМУ У ДІТЕЙ НА ПЕРВИННОМУ ЕТАПІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ. . . . .	118
<i>С. М. Мороз, В. Е. Семенихина</i> СТРАТЕГИЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ НА РАННИХ СТАДИЯХ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА. . . . .	106	<i>М. Ю. Полив'яна</i> МЕТОДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИЯВЛЕННЯ ПОРУШЕНЬ МИСЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ . . . . .	119
<i>С. М. Мороз, И. И. Макарова</i> ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ. . . . .	107	<i>І. В. Прокопчук</i> ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ. . . . .	119
<i>О. Ф. Мруз</i> ЗАСТОСУВАННЯ АТИПОВИХ АНТИПСИХОТИКІВ У ЛІКУВАННІ ШИЗОФРЕНІЇ . . . . .	108	<i>О. В. Прохорова, О. О. Хаустова</i> АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВИВЧЕННЯ ДЕПРЕСИВНОЇ МАНІФЕСТАЦІЇ СУДИННОЇ ДЕМЕНЦІЇ . . . . .	120
<i>Е. С. Осуховская, С. И. Табачников</i> ХИМИЧЕСКИЕ И НЕХИМИЧЕСКИЕ АДДИКЦИИ: АССОЦИИРОВАННЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ . . . . .	108	<i>Н. Г. Пишук, М. В. Коваленко, І. В. Коваленко</i> АКТУАЛЬНІСТЬ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ВНЗ . . . . .	121
<i>О. А. Панченко, И. Ю. Басараб</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ В СЛЕДСТВЕННЫХ ИЗОЛЯТОРАХ . . . . .	109	<i>О. В. Радзевілова</i> ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЖІНОК ІЗ СИНДРОМОМ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АЛКОГОЛЮ . . . . .	121
<i>О. А. Панченко, М. В. Гаража, И. И. Кутько</i> ПСИХОДИАГНОСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ НАРУШЕНИЙ У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА. . . . .	110	<i>І. А. Рассказова</i> ПОПЕРЕДЖЕННЯ НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЙ З БОКУ ОСІБ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ТЯЖКІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ, ЗА 6 МІСЯЦІВ 2013 РОКУ В М. МАКІЇВКА. . . . .	122
<i>О. А. Панченко, В. В. Плохих, М. В. Гаража</i> АНАЛИЗ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ВОДИТЕЛЕЙ ГОРОДСКОГО ПАССАЖИРСКОГО АВТОТРАНСПОРТА. . . . .	111	<i>І. С. Руткіс</i> ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМОГО ПІДХОДУ ДО ПСИХОТЕРАПІЇ ТА КОРЕКЦІЇ ТЮТЮНОПАЛІННЯ І ТЮТЮНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ . . . . .	123
<i>Л. В. Панченко, О. Г. Садчікова</i> ОЦІНКА КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ОСІБ З ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ ПРИ ПРОХОДЖЕННІ ЗАГАЛЬНОЇ ПОВІТРЯНОЇ КРІОТЕРАПІЇ . . . . .	112	<i>Г. С. Рачкаускас, Є. В. Височин, І. Г. Рачкаускене</i> СТАН МАКРОФАГАЛЬНОЇ ФАГОЦИТУЮЧОЇ СИСТЕМИ ТА КОНЦЕНТРАЦІЯ ЦИРКУЛЮЮЧИХ ІМУННИХ КОМПЛЕКСІВ У ПІДЛІТКІВ З СОМАТИЗОВАНИМИ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ. . . . .	123
<i>О. А. Панченко, А. В. Стасюк, Т. В. Петракова</i> ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ. . . . .	112	<i>О. Р. Романів</i> AUTODESTRUCTIVE ASPECTS OF MYOCARDIAL INFARCTION . . . . .	124
<i>О. А. Панченко, Т. Э. Чумак, Л. В. Панченко</i> БИОАКУСТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ И СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССАМИ РАССТРОЙСТВ . . . . .	113	<i>К. В. Рябухін</i> ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОШЕННЯ ДО СІМЕЙНОЇ РОЛІ МАТЕРІВ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ . . . . .	124
<i>О. А. Панченко, Л. В. Панченко, Т. Э. Чумак</i> СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ . . . . .	114	<i>Д. Н. Сапон</i> ВНЕСОК РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ В ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОГО НЕВРОПАТИЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ . . . . .	125
<i>О. А. Панченко, Т. Э. Чумак</i> ПРИМЕНЕНИЕ КРИОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ . . . . .	115	<i>С. І. Табачніков, Є. М. Харченко, Т. В. Синіцька, К. А. Власова, О. В. Вороніна</i> ОСОБИСТІСНО-СЕРЕДОВИЩНІ ПЕРЕДУМОВИ ФОРМУВАННЯ СТАНІВ ЗАЛЕЖНОСТІ У ПІДЛІТКІВ З АДДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ, ЩО ПРИЙМАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ . . . . .	125
<i>А. А. Педак</i> ПРОФІЛАКТИКА СУСПІЛЬНО-НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЙ: ЕКСПЕРТНО-ПРАВОВІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПИТАННЯ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПРИМУСОВОМУ ПОРЯДКУ . . . . .	116	<i>С. І. Табачніков, Є. М. Харченко, Т. В. Синіцька, І. С. Руткіс, К. А. Власова</i> КОГНІТИВНО-ОСОБИСТІСНІ ТА СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ АДДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ . . . . .	127

<i>И. А. Франкова</i> К ВОПРОСУ О ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ОСНОВАХ ФЕНОМЕНА ОСТРОЙ СОЦИАЛЬНОЙ САМОИЗОЛЯЦИИ .....	128
<i>Є. В. Харчук</i> ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЛЕКСИЧНОЇ СИСТЕМИ ТА ВЕРБАЛЬНОЇ АСОЦІАТИВНОЇ ПРОДУКТИВНОСТІ У ОСІБ З ПОСДНАННЯМ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ .....	129
<i>О. О. Хаустова, О. В. Бушинська, К. І. Тарновецька</i> КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ .....	130
<i>О. О. Хаустова, О. В. Бушинська, К. І. Тарновецька</i> ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ .....	131
<i>О. О. Хаустова, О. В. Бушинська, В. П. Кардашов</i> ВИЯВЛЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ .....	132
<i>О. О. Хаустова, К. І. Тарновецька, О. В. Прохорова</i> ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ .....	132
<i>А. Р. Цьона</i> КОРЕКЦІЯ НЕЙРОКОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ПАРАНОЇДНІЙ ШИЗОФРЕНІЇ .....	133
<i>А. В. Чайка</i> НАДАННЯ ДОПОМОГИ ЛЮДЯМ ПОХИЛОГО ВІКУ, ЯКІ ХВОРІЮТЬ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ .....	134
<i>Д. Чайківська</i> ДОМАШНЯ ОПІКА В УКРАЇНІ. ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ ПЕРСОНАЛУ ПО ДОГЛЯДУ ЗА ОСОБАМИ ПОХИЛОГО ВІКУ З КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ .....	135

<i>О. В. Чернишов, Є. Н. Харченко</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНИХ ФАКТОРІВ ТА КЛІНІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОМАТОФОРМНОГО СИНДРОМУ БОЛЮ У ПІДЛІТКІВ .....	136
---	-----

<i>Л. Н. Юрьєва, Ю. Н. Шевченко</i> КОГНІТИВНІ НАРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ .....	137
НА ПАМ'ЯТЬ ПРО НПК «КОГНІТИВНІ НАРУШЕННЯ В ПСИХІАТРІЇ» (ВЗГЛЯД ИЗ ЗАЛА) .....	138

## ДАЙДЖЕСТ

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТРИЦИКЛІЧНИХ АНТИДЕПРЕСАНТІВ ПРИ ДЕПРЕСІЇ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ: РЕЗУЛЬТАТИ КОКРАНІВСЬКОГО ОГЛЯДУ .....	139
ВИЯВЛЕНІ МЕТАБОЛІЧНІ ПРЕДИКТОРИ ВІДПОВІДІ НА ТЕРАПІЮ АНТИДЕПРЕСАНТАМИ .....	139
ГАЛЮЦИНОГЕНИ НЕ ПІДВИЩУЮТЬ РИЗИК ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ .....	140
ВИЙШЛА НОВА КЛАСИФІКАЦІЙНА МОДЕЛЬ ДЛЯ ГОЛОВНОГО БОЛЮ .....	141
ПІДТРИМУЮЧА ТЕРАПІЯ МЕНШ ЕФЕКТИВНА ЗА ЗНИЖЕННЯ ДОЗИ АБО ВІДМІНУ ПРЕПАРАТУ У ПІДТРИМЦІ РЕМІСІЇ ПІСЛЯ ПЕРШОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗОДУ .....	141

## ОФІЦІЙНА ІНФОРМАЦІЯ

<i>Т. Й. Алмашій</i> ПСИХІАТРИЧНА СЛУЖБА ЗАКАРПАТТЯ .....	143
<i>О. О. Хаустова</i> БІОПСИХОСОЦІАЛЬНА МОДЕЛЬ: МАЙБУТНЄ ПСИХІАТРІЇ (ЗА МАТЕРІАЛАМИ 21-ГО МІЖНАРОДНОГО КОНГРЕСУ З СОЦІАЛЬНОЇ ПСИХІАТРІЇ) .....	144

## СТАТТІ

УДК: 616.89

**І. Я. Пінчук<sup>1</sup>, Р. М. Богачев<sup>2</sup>, М. С. Осійчук<sup>2</sup>, С. С. Шум<sup>1</sup>, О. О. Суховій<sup>1</sup>**  
**СТАН НАУКОВО-ДОСЛІДНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ГАЛУЗІ ПСИХІАТРІЇ У ВИЩИХ**  
**НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ ЗА ПЕРІОД 2010-2012 РР. ТА І ПІВРІЧЧЯ 2013 Р.**

<sup>1</sup> Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

<sup>2</sup> Міністерство охорони здоров'я України

**Ключові слова:** психіатрія, наука, науково-дослідна робота, дисертаційна робота, наукова продукція, співпраця, удосконалення

Розвиток науки є визначальним фактором прогресу суспільства, підвищення добробуту його членів, їх духовного та інтелектуального зростання. Цим зумовлена необхідність пріоритетної державної підтримки розвитку науки як джерела економічного зростання і невід'ємної складової національної культури та освіти, створення умов для реалізації інтелектуального потенціалу громадян у сфері наукової діяльності, цілеспрямованої політики у забезпеченні використання досягнень вітчизняної та світової науки для задоволення соціальних, економічних, культурних та інших потреб.

Враховуючи стратегічне значення науки для національної безпеки України, Верховною Радою України було прийнято Закон України «Про наукову і науково-технічну діяльність» (надалі – Закон). Відповідно до ст. 16 Закону, наукова діяльність є невід'ємною складовою частиною навчального процесу вищих навчальних закладів III–IV рівнів акредитації [1]. З метою активізації наукової діяльності та поглиблення її взаємодії з навчальним процесом в університетах, постановою Кабінету Міністрів України № 1155 від 19 вересня 2007 р. було затверджено Державну цільову науково-технічну та соціальну програму «Наука в університетах» на 2008-2017 роки [2]. Головним органом у системі центральних органів виконавчої влади із забезпечення формування та реалізації державної політики у сферах освіти і науки є Міністерство освіти і науки України [3]. Наказом Міністерства освіти і науки України № 670 від 03.06.2013 р. було затверджено перелік тематик з пріоритетних напрямів розвитку науки і техніки, визначених Законом України «Про пріоритетні напрями розвитку науки і техніки», де в напрямках – науки про життя, нові технології профілактики та лікування найпоширеніших захворювань, затверджено «Розробка технологій синтезу, вивчення фізичних властивостей та доклінічні дослідження композитних біонаноматеріалів для ортопедії та стоматології» [4; 5]. Таким чином, наукова психіатрична спільнота зіткнулась із ситуацією, коли, з одного боку, держава декларує розуміння наукової діяльності для досягнення конкурентоспроможності на світовому

просторі, пропагуючи розвиток дослідницької діяльності в університетах, а з іншого, на практиці відсутні підтвердження, що держава усвідомлює необхідність та перспективність підтримки державою розвитку науки в галузі психіатрії.

Враховуючи, що Українському науково-дослідному інституту соціальної і судової психіатрії надано статус головної установи в галузі соціальної та судової психіатрії, нами було проаналізовано стан науково-дослідної діяльності в галузі психіатрії у вищих навчальних закладах України за період 2010–2012 рр. та I півріччя 2013 р. у вищезазначених умовах.

До Інституту надійшли матеріали з 25 кафедр, що здійснюють педагогічну діяльність у галузі психіатрії в 17 вищих навчальних закладах, підпорядкованих МОЗ України. У табл. 1 представлено теми науково-дослідних робіт, які виконувались на кафедрах у період 2010–2012 рр. та I півріччя 2013 р.

За період 2010–2012 рр. 25 кафедрами, що здійснюють педагогічну діяльність у галузі психіатрії в 17 вищих навчальних закладах, підпорядкованих МОЗ України, виконано 15 НДР, а станом на 01.07.2013 р. виконується 26 НДР.

Встановлено, що на відміну від інших, на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології Івано-Франківського національного медичного університету науково-дослідні роботи (надалі – НДР) у галузі психіатрії взагалі не виконувались та не виконуються. На кафедрі сімейної медицини з курсами дерматовенерології та психіатрії Запорізької медичної академії післядипломної освіти НДР у галузі психіатрії також не виконувались, тому що на зазначеній кафедрі функціонує лише курс психіатрії. На кафедрі наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти виконувалась НДР, яка була завершена у 2012 році, у 2013 році виконується пошукова робота для планування наприкінці 2013 року нової НДР на п'ятирічний термін.

Переважає більшість кафедр у 2013 році виконують одну НДР, лише кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Української медичної стоматологічної

Таблиця 1

Теми науково-дослідних робіт, які виконувались на кафедрах у період 2010–2012 рр. та I півріччя 2013 р.

ВНЗ	Назва кафедри	Роки виконання НДР	Теми НДР
1. Буковинський державний медичний університет	1. Нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка	2010–2014	Принципи патогенетичного лікування захворювань нервової системи різної етіології з урахуванням особливостей їх патогенезу та психічних розладів
2. Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова	2. Психіатрії та наркології	2007–2012	Патоморфоз емоційно-вольових коморбідних розладів на сучасному етапі
		2013–2017	Наукове обґрунтування діагностичних та лікувально-реабілітаційних заходів при ендогенних та екзогенно-органічних психотичних та непсихотичних психічних розладах
3. Дніпропетровська медична академія	3. Психіатрії факультету післядипломної освіти	2000–2011	Клініко-експериментальне вивчення психічних розладів при психогенних, соматогенних та органічних пароксизмальних психічних захворюваннях та залежної поведінки і розробка психокорекційних, психопрофілактичних та лікувально-реабілітаційних програм з метою підвищення якості життя психічно хворих та медичних працівників
		2013–2015	Особливості діагностики та лікувально-реабілітаційних заходів у хворих з невротичними, афективними та органічними психічними розладами
	4. Психіатрії, загальної та медичної психології	2004–2010	Роль соматопсихічних взаємодій у генезі психічної і соціально-психологічної дезадаптації осіб із соматичними порушеннями
		2012–2014	Особливості психо-соматичних та сомато-психологічних взаємодій у патогенезі дезадаптаційної поведінки хворих
4. Донецький національний медичний університет ім. М. Горького	5. Психіатрії, наркології та медичної психології	2008–2011	Медико-соціальна реабілітація на різних етапах шизофренії з урахуванням гендерно-вікових особливостей
		2012–2014	Клінічні, нейрофізіологічні, патофизиологічні та соціально-психологічні передумови вивчення перших психотичних епізодів, і розробка системи профілактики й ранньої психосоціальної реабілітації
	6. Психіатрії, психотерапії, медпсихології та наркології ФПО	2010–2013	Удосконалення діагностики, лікування та профілактики психічних розладів у клініці внутрішніх хвороб та акушерства і гінекології
5. Запорізький державний медичний університет	7. Психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології	2007–2012	Дослідження впливу нетрадиційних терапевтичних засобів на церебральну нейродинаміку в комплексному лікуванні судомної форми епілепсії
		2011–2015	Патоморфоз психічних захворювань
6. Івано-Франківський національний медичний університет	8. Психіатрії, наркології та медичної психології		Не виконувалась

Продовження табл. 1

ВНЗ	Назва кафедри	Роки виконання НДР	Теми НДР
7. Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського	9. Психіатрії, психотерапії, наркології з курсом загальної та медичної психології	2007–2011	Клінічний і патогенетичний поліморфізм психічних і поведінкових розладів
		2012–2016	Патогенез, діагностика і реабілітація психічних і поведінкових розладів
8. Луганський державний медичний університет	10. Психіатрії, наркології та медичної психології	2010–2015	Патоморфоз психічних розладів під впливом лікувальних, соціальних та екопатогенних чинників промислового регіону
9. Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького	11. Психіатрії, психології та сексології	2011–2015	Психологічні і фармакологічні основи реабілітації та дестигматизації психічно хворих
10. Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця	12. Психіатрії та наркології	2009–2011	Депресії при невротичних і соматоформних розладах
		2012–2014	Медико–соціальна реабілітація при депресії у пацієнтів з основними формами психічних і сомато–неврологічних захворювань
	13. Загальної і медичної психології та педагогіки	2009–2014	Особливості долаючої поведінки соматичних хворих
11. Одеський національний медичний університет	14. Психіатрії, наркології, з курсом медичної психології	2009–2012	Соціально–стресові (ноогенні) психічні поведінкові розлади, класифікація, етіо–патогенез, терапія
		2013–2016	Проблеми паліативної допомоги у психіатрії, наркології, медичній психології
	15. Соціальної допомоги, медичної та загальної психології	2013–2017 Кафедру створено у 2012 р.	Соціально–психологічні, клінічні аспекти психічних та поведінкових розладів: діагностика, терапія, профілактика
12. Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського	16. Неврології, психіатрії, наркології та медичної психології	2010–2012	Особливості клініки параноїдної форми шизофренії, обтяженої соматичною патологією
		2013–2017	Клініко–психопатологічні особливості пацієнтів на параноїдну форму шизофренії в процесі лікування класичними та атипovими нейролептиками
13. Українська медична стоматологічна академія	17. Психіатрії, наркології та медичної психології	2006–2012	Депресії при основних формах психічної та сомато–неврологічної патології
		2009–2012	Психічні порушення невротичного регістру та їх психотерапевтична корекція у пацієнтів з дефектами та деформаціями зовнішнього носа
		2009–2013	Клініко–психопатологічна характеристика, патоморфоз та лікування депресивних станів з урахуванням біологічних ритмів
		2011–2014	Сексуальна дезадаптація подружньої пари при епілепсії у чоловіка та її корекція з урахуванням індивідуального хронотипу
		2013–2016	Клініко–психопатологічні та патопсихологічні характеристики пацієнтів з шизофренією та шизофреноподібними психозами, поєднаними з вживанням канабіноїдів



ВНЗ	Назва кафедри	Роки виконання НДР	Теми НДР
14. Харківський національний медичний університет	18. Психіатрії, наркології та медичної психології	2011–2012	Створити систему раннього виявлення, корекції та профілактики когнітивних розладів у осіб працездатного віку з органічними та симптоматичними психічними захворюваннями
		2012–2014	Психоосвітні програми в системі реабілітації психічно хворих
		2013–2014	Вивчення закономірностей формування та розробка методів профілактики суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади
15. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика	19. Психіатрії	2010–2014	Методи і форми реабілітації різних контингентів психічно хворих
	20. Дитячої, соціальної та судової психіатрії	2010–2014	Диференційні критерії оцінки стану соціального функціонування хворих на різні види психічної патології на етапі закінчення стаціонарного лікування
16. Харківська медична академія післядипломної освіти	21. Психіатрії	2005–2010	Сучасні аспекти вивчення психічних розладів органічного генезу та їх диференційна діагностика з ендогенними захворюваннями
		2011–2016	Розробка системи психодіагностики, диференційованої терапії і психокорекції розладів при ендогенній, резидуально-органічній та соматогенній психічній патології
	22. Наркології	2008–2012	Об'єктивізація діагностики і нові підходи до лікування і реабілітації патологічної залежності та коморбідних станів у наркології
		У 2013 р. – не виконувалась	Розпочата пошукова тема НДР для планування наприкінці 2013 року нової теми на п'ятирічний термін
	23. Психотерапії	2008–2013	Непсихотичні психічні розлади у хворих на серцево-судинні та судинно-мозкові захворювання
	24. Сексології та медичної психології	2007–2011	Здоров'я сім'ї. Причини, механізми розвитку, клінічні прояви і система психодіагностики, психокорекції, психопрофілактики його порушень
2012–2016		Порушення здоров'я сім'ї у кризових станах різного генезу. Причини, механізми розвитку, клінічні прояви і система психодіагностики, психокорекції, психопрофілактики	
17. Запорізька медична академія післядипломної освіти	25. Сімейної медицини з курсами дерматології та психіатрії	Не виконувалась	
Усього виконано НДР за період 2010–2012 рр.: 15			
Усього виконується НДР на 01.07.2013 р.: 26			

академії виконує три НДР та кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету виконує дві НДР.

Запланований термін виконання поточних НДР є різноманітним. Найбільш тривалий термін виконання НДР – шість років, виконується на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології Луганського державного медичного університету, кафедрі загальної

і медичної психології та педагогіки Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця, кафедрах психіатрії та психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти.

Найбільш поширений термін виконання поточних НДР – п'ять років, виконуватимуться на кафедрі нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка Буковинського державного медичного

університету, кафедрі психіатрії та наркології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, кафедрі психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, кафедрі психіатрії, психотерапії, наркології з курсом загальної та медичної психології Кримського державного медичного університету ім. С. І. Георгієвського, кафедрі психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, кафедрі неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського, кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології Української медичної стоматологічної академії (одна з трьох тем), кафедрі психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, кафедрі сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти, кафедрі соціальної допомоги, медичної та загальної психології Одеського національного медичного університету.

Чотири роки виконуватимуться поточні НДР на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології Української медичної стоматологічної академії (дві теми), кафедрі психіатрії, наркології, з курсом медичної психології Одеського національного медичного університету, кафедрі психіатрії, психотерапії, медпсихології і наркології ФПО Донецького національного медичного університету ім. М. Горького.

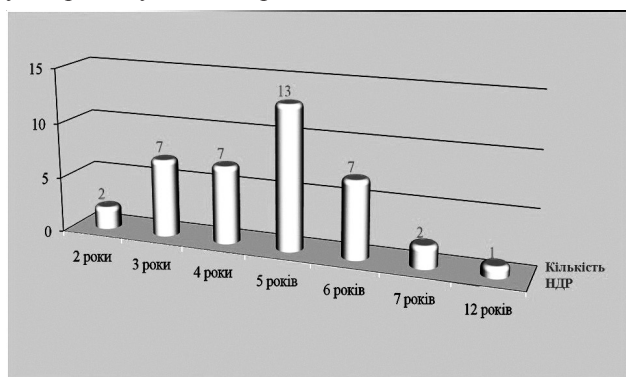


Рис. 1. Терміни виконання кафедрами тем НДР у період 2010–2013 рр.

Три роки виконуватимуться НДР на кафедрах психіатрії факультету післядипломної освіти та психіатрії, загальної та медичної психології Дніпропетровської медичної академії, кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, кафедрі психіатрії та наркології Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця, кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету (одна з тем).

Два роки планують виконувати одну з НДР на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету (рис. 1.)

Серед 41 НДР, які виконувались на кафедрах у період 2010-2013 рр., назви 9 тем (22,0%) сформульовано

занадто широко, охоплюючи практично весь спектр психічних та поведінкових розладів. У назвах НДР основна увага акцентується на проблемах лікування – 14 тем НДР (34,1%), реабілітації – 11 (26,8%), діагностики – 10 (24,4%), профілактики – 8 (19,5%) та психокорекції – 8 (19,5%) психічних розладів. У 4-х темах НДР (9,8%) розглядаються питання патоморфозу психічних розладів, у 3-х темах (7,3%) – проблеми залежної поведінки, у 2-х (4,9%) – здоров'я сім'ї. Серед числа НДР міститься по одній темі (по 2,4%), які піднімають питання якості життя осіб, які хворіють на психічні розлади, дестигматизації, психоосвітніх програм для хворих на психічні розлади, суїцидальної поведінки, паліативної психіатричної допомоги, здоров'я медичних працівників (рис. 2).

Наукова продукція науково-дослідної діяльності за період 2010-2012 рр. представлена в табл. 2.

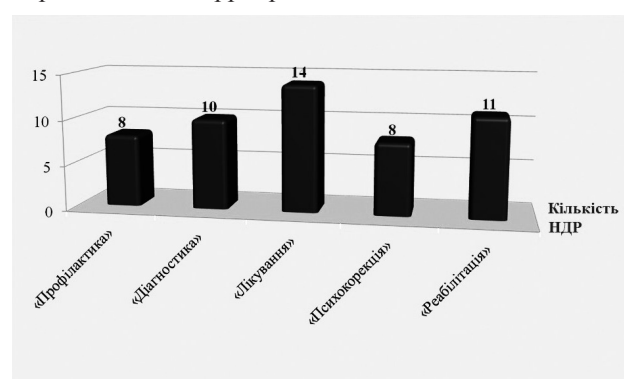


Рис. 2. Висвітлення наукової проблематики у темах НДР 2010 р. та I півріччі 2013 р.

За результатами НДР у період 2010-2012 рр. 25 кафедрами було опубліковано 28 методичних рекомендацій. Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Донецького національного медичного університету ім. М. Горького підготувала 12 методичних рекомендацій. Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Луганського державного медичного університету МОЗ України та кафедра сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти підготували по три методичних рекомендацій. По дві методичні рекомендації підготували кафедра психотерапії та наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти, також кафедра психіатрії, загальної та медичної психології Дніпропетровської медичної академії. По одній методичній рекомендації підготували кафедра психіатрії факультету післядипломної освіти Дніпропетровської медичної академії, кафедра психіатрії, психотерапії, медпсихології і наркології ФПО Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, кафедра психіатрії, психотерапії, наркології з курсом загальної та медичної психології Кримського державного медичного університету ім. С. І. Георгієвського та кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Української медичної стоматологічної академії.

За період 2010–2012 рр. було підготовлено 11 методичних посібників. Кафедрою психіатрії, психотерапії, наркології з курсом загальної та медичної

## Наукова продукція науково-дослідної діяльності за період 2010–2012 рр.

ВНЗ	Назва кафедри	Наукова продукція					
		Метод. рекомендації	Метод. прісбіники	Інформац. листи	Нововведення	Рац. пропозиції	Патенти
1. Буковинський державний медичний університет	1. Нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка	–	–	–	–	–	–
2. Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова	2. Психіатрії та наркології	–	–	–	2	3	–
3. Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України	3. Психіатрії факультету післядипломної освіти	1	1	–	–	–	–
	4. Психіатрії, загальної та медичної психології	2	2	1	–	–	–
4. Донецький національний медичний університет ім. М. Горького	5. Психіатрії, наркології та медичної психології	12	–	–	9	–	–
	6. Психіатрії, психотерапії, медпсихології і наркології ФПО	1	–	–	2	8	–
5. Запорізький державний медичний університет	7. Психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології	–	–	–	–	–	2
6. Івано-Франківський національний медичний університет	8. Психіатрії, наркології та медичної психології	–	–	–	–	–	–
7. Кримський державний медичний університет імені С. І. Георгієвського	9. Психіатрії, психотерапії, наркології з курсом загальної та медичної психології	1	4	–	–	–	6
8. Луганський державний медичний університет	10. Психіатрії, наркології та медичної психології	3	2	2	–	–	8
9. Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького	11. Психіатрії, психології та сексології	–	–	–	–	–	–
10. Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця	12. Психіатрії та наркології	–	–	1	–	–	–
	13. Загальної і медичної психології та педагогіки	–	1	–	–	–	–
11. Одеський національний медичний університет	14. Психіатрії, наркології, з курсом медичної психології	–	–	–	–	–	3
	15. Соціальної допомоги, медичної та загальної психології	–	–	–	–	–	–
12. Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського	16. Неврології, психіатрії, наркології та медичної психології	–	–	–	–	–	–
13. Українська медична стоматологічна академія	17. Психіатрії, наркології та медичної психології	1	1	–	–	–	–
14. Харківський національний медичний університет	18. Психіатрії, наркології та медичної психології	–	–	4	–	–	1

Продовження табл. 2

ВНЗ	Назва кафедри	Наукова продукція					
		Метод. рекомендації	Метод. посібники	Інформац. листи	Нововведення	Рац. пропозиції	Патенти
15. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика	19. Психіатрії	–	–	1	1	–	–
	20. Дитячої, соціальної та судової психіатрії	–	–	1	–	–	–
16. Харківська медична академія післядипломної освіти	21. Психіатрії	–	–	–	–	–	2
	22. Наркології	2	–	5	9	–	11
	23. Психотерапії	2	–	–	–	–	–
17. Запорізька медична академія післядипломної освіти	24. Сексології та медичної психології	3	–	–	7	–	–
	25. Сімейної медицини з курсами дермато-венерології та психіатрії	–	–	–	–	–	–
<b>УСЬОГО</b>		<b>28</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>11</b>	<b>33</b>

психології Кримського державного медичного університету ім. С. І. Георгієвського було підготовлено 4 методичних посібники. По два методичних посібники – на кафедрах психіатрії, загальної та медичної психології Дніпропетровської медичної академії та психіатрії, наркології та медичної психології Луганського державного медичного університету. По одному методичному посібнику підготовлено кафедрами психіатрії факультету післядипломної освіти Дніпропетровської медичної академії, загальної і медичної психології та педагогіки Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця, психіатрії, наркології та медичної психології Української медичної стоматологічної академії.

За результатами НДР у період 2010–2012 рр. було підготовлено 15 інформаційних листів. П'ять – на кафедрі наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти, чотири – на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, два – на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології Луганського державного медичного університету та по одному – на кафедрах психіатрії, загальної та медичної психології Дніпропетровської медичної академії, психіатрії та наркології Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця, кафедрі психіатрії та кафедрі дитячої, соціальної та судової психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика.

У 2010–2012 рр. було підготовлено 30 нововведень, по дев'ять на кафедрах наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти та психіатрії, наркології та медичної психології Донецького національного медичного університету ім. М. Горького; сім на кафедрі сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти, по 2 на кафедрах психіатрії, психотерапії, медпсихології і наркології ФПО Донецького національного медичного університету ім. М. Горького та психіатрії та наркології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

Кафедрою психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика було підготовлено одне нововведення.

За даний період кафедрою психіатрії, психотерапії, медпсихології і наркології ФПО Донецького національного медичного університету ім. М. Горького було підготовлено 8 раціоналізаторських пропозицій та 4 – кафедрою психіатрії та наркології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

Сім кафедр отримали 33 патенти. Так, кафедра наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти отримала 11 патентів; кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Луганського державного медичного університету – 8 патентів; кафедра психіатрії, психотерапії, наркології з курсом загальної та медичної психології Кримського державного медичного університету ім. С. І. Георгієвського – 6; кафедра психіатрії, наркології, з курсом медичної психології Одеського національного медичного університету отримала 3 патенти; кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету та наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти отримали по 2 патенти. Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету отримала один патент (рис. 3.)

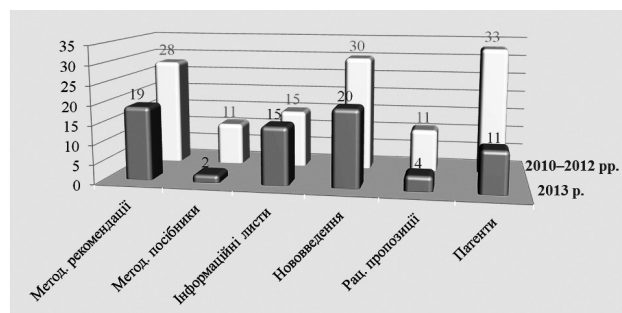


Рис. 3. Наукова продукція кафедр у 2010–2012 рр. та за I півріччя 2013 р.



Результати НДР протягом 2010-2012 рр. були впроваджені в 150 закладах. Найбільшу кількість закладів, де впроваджувались засоби наукової інформації (41), показала кафедра сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти. За даними, які були отримані від завідуючих кафедрами, не впроваджувалась у практичних закладах наукова продукція (при її наявності), що видана кафедрою психіатрії та кафедрою дитячої, соціальної та судової психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. Відсутня наукова продукція за період 2010-2012 рр. на кафедрі психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького; кафедрі нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка Буковинського державного медичного університету, а також на кафедрі неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачовського, при виконанні НДР. Крім того, кафедри, що надали інформацію про відсутність методичних рекомендацій та посібників, патентів, інформаційних листів, нововведень, раціоналізаторських пропозицій, вказали на наявність впроваджень (кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка Буковинського державного медичного університету, неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського).

Наукова продукція науково-дослідної діяльності за I півріччя 2013 р. представлена у табл. 3.

За результатами НДР у 2013 році 25 кафедрами було опубліковано 19 методичних рекомендацій. Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, кафедра соціальної допомоги, медичної та загальної психології Одеського національного медичного університету, кафедра сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти підготували по три методичні рекомендації. По дві методичні рекомендації підготували кафедра психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Луганського державного медичного університету, кафедра психіатрії, загальної та медичної психології Дніпропетровської медичної академії. По одній методичній рекомендації підготували кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця, кафедра психіатрії, наркології, з курсом медичної психології Одеського національного медичного університету. Інші кафедри у 2013 році методичних рекомендацій не розробляли.

У 2013 році було підготовлено всього два методичні посібники, на кафедрах психіатрії, загальної та медичної психології Дніпропетровської медичної академії та загальної і медичної психології та педагогіки Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця.

За результатами НДР у 2013 році було підготовлено 20 нововведень, по п'ять на кафедрах сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти і психіатрії, наркології та медичної психології Луганського державного медичного університету; три на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології Донецького національного медичного університету ім. М. Горького; по два на кафедрах психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету та психіатрії, психотерапії, медпсихології і наркології ФПО Донецького національного медичного університету ім. М. Горького; по одному нововведенню підготували на кафедрах психіатрії та наркології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова та соціальної допомоги, медичної та загальної психології Одеського національного медичного університету.

У 2013 році було підготовлено 15 інформаційних листів. По чотири – на кафедрах психіатрії, наркології та медичної психології Луганського державного медичного університету та соціальної допомоги, медичної та загальної психології Одеського національного медичного університету; три – на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету; два – на кафедрі неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського; по одному – на кафедрах психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика та психіатрії, наркології, з курсом медичної психології Одеського національного медичного університету.

Лише на кафедрі психіатрії, психотерапії, медпсихології і наркології ФПО Донецького національного медичного університету ім. М. Горького було підготовлено раціоналізаторські пропозиції (4).

П'ятьма кафедрами було отримано 11 патентів. Так, кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Луганського державного медичного університету та соціальної допомоги, медичної та загальної психології Одеського національного медичного університету отримали по три патенти; кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету та психіатрії, наркології, з курсом медичної психології Одеського національного медичного університету отримали по два патенти; кафедра психіатрії, загальної та медичної психології Дніпропетровської медичної академії отримала один патент (рис. 3).

Результати НДР були впроваджені в 66 закладах. Але деякі кафедри, що мають наукову продукцію, її впроваджень не робили (сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти, психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика). У той же час, кафедри, що надали інформацію про відсутність методичних рекомендацій та посібників, патентів, інформаційних листів, нововведень, раціоналізаторських пропозицій, вказали на наявність впроваджень (нервових хвороб, психіатрії



Таблиця 3

## Наукова продукція науково-дослідної діяльності за I півріччя 2013 р.

ВНЗ	Назва кафедри	Наукова продукція					
		Метод. рекомендації	Метод. прісбіники	Інформац. листи	Нововведення	Рац. пропозиції	Патенти
1. Буковинський державний медичний університет	1. Нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка	–	–	–	–	–	–
2. Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова	2. Психіатрії та наркології	–	–	–	1	–	–
3. Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України	3. Психіатрії факультету післядипломної освіти	–	–	–	–	–	–
	4. Психіатрії, загальної та медичної психології	2	1	–	–	–	1
4. Донецький національний медичний університет ім. М. Горького	5. Психіатрії, наркології та медичної психології	3	–	–	3	–	–
	6. Психіатрії, психотерапії, медпсихології та наркології ФПО	–	–	–	2	4	–
5. Запорізький державний медичний університет	7. Психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології	–	–	–	–	–	–
6. Івано-Франківський національний медичний університет	8. Психіатрії, наркології та медичної психології	–	–	–	–	–	–
7. Кримський державний медичний університет імені С. І. Георгієвського	9. Психіатрії, психотерапії, наркології з курсом загальної та медичної психології	–	–	–	–	–	–
8. Луганський державний медичний університет	10. Психіатрії, наркології та медичної психології	2	–	4	5	–	3
9. Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького	11. Психіатрії, психології та сексології	–	–	–	–	–	–
10. Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця	12. Психіатрії та наркології	1	–	–	–	–	–
	13. Загальної і медичної психології та педагогіки	–	1	–	–	–	–
11. Одеський національний медичний університет	14. Психіатрії, наркології, з курсом медичної психології	1	–	1	–	–	2
	15. Соціальної допомоги, медичної та загальної психології	3	–	4	1	–	3
12. Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського	16. Неврології, психіатрії, наркології та медичної психології	–	–	2	–	–	–

ВНЗ	Назва кафедри	Наукова продукція					
		Метод. рекомендації	Метод. прісбіники	Інформац. листи	Нововведення	Рац. пропозиції	Патенти
13. Українська медична стоматологічна академія	17. Психіатрії, наркології та медичної психології	–	–	–	–	–	–
14. Харківський національний медичний університет	18. Психіатрії, наркології та медичної психології	2	–	3	2	–	2
15. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика	19. Психіатрії	–	–	1	1	–	–
	20. Дитячої, соціальної та судової психіатрії	–	–	–	–	–	–
16. Харківська медична академія післядипломної освіти	21. Психіатрії	–	–	–	–	–	–
	22. Наркології	–	–	–	–	–	–
	23. Психотерапії	2	–	–	–	–	–
	24. Сексології та медичної психології	3	–	–	5	–	–
17. Запорізька медична академія післядипломної освіти	25. Сімейної медицини з курсами дермато-венерології та психіатрії	–	–	–	–	–	–
<b>УСЬОГО</b>		<b>19</b>	<b>2</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>11</b>

та медичної психології ім. С. М. Савенка Буковинського державного медичного університету; психіатрії факультету післядипломної освіти Дніпропетровської медичної академії; психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету; психіатрії, психотерапії, наркології з курсом загальної та медичної психології Кримського державного медичного університету ім. С. І. Георгієвського; психіатрії, наркології та медичної психології Української медичної стоматологічної академії). Найбільшу кількість закладів, де впроваджувались засоби наукової інформації (9), показала кафедра соціальної допомоги, медичної та загальної психології Одеського національного медичного університету, найменшу (1) – кафедри психіатрії та наркології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, психіатрії, загальної та медичної психології Дніпропетровської медичної академії, неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського.

Аналіз дисертаційних робіт, що були виконані на кафедрах у 2010–2012 рр., представлений у табл. 4.

Аналіз дисертаційних робіт, що були виконані на кафедрах у 2010–2012 рр., показав наступне. Всього було виконано 76 дисертаційних робіт, з них 61 на здобуття наукового ступеня кандидата наук і 15 на здобуття наукового ступеня доктора наук. За спеціальністю дисертаційні роботи розподілились наступним чином: 50 – «Психіатрія», 22 – «Медична психологія», 4 – «Наркологія» (рис. 4, 5). По одній дисертаційній роботі за спеціальністю «Наркологія» були виконані на

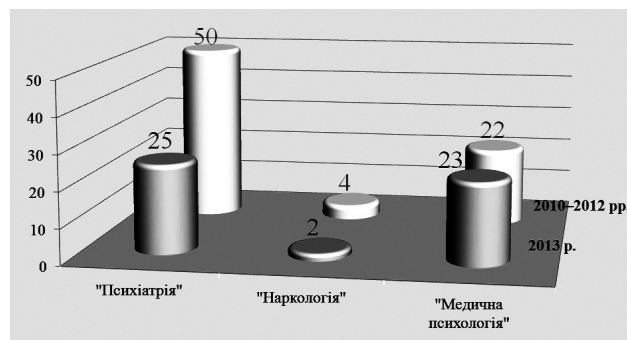


Рис. 4. Кількість захищених і запланованих дисертацій на кафедрах у 2010–2012 рр. та за I півріччя 2013 р. (за спеціальностями)

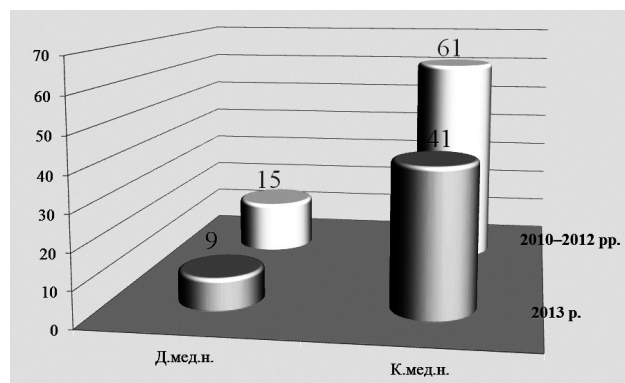


Рис. 5. Кількість захищених і запланованих дисертацій на здобуття ступеня д. мед. н. і к. мед. н. на кафедрах у 2010–2012 рр. та за I півріччя 2013 р.

кафедрах психіатрії, наркології та медичної психології Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, психіатрії, психотерапії, наркології з

Таблиця 4

## Дисертаційні роботи, виконані на кафедрах у 2010-2012 рр.

ВНЗ	Назва кафедри	Дисертації				
		Психіатрія	Наркологія	Мед. психологія	К.мед.н.	Д.мед.н.
1. Буковинський державний медичний університет	1. Нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка	2	–	2	4	–
2. Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова	2. Психіатрії та наркології	3	–	–	2	1
3. Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України	3. Психіатрії факультету післядипломної освіти	–	–	–	–	–
	4. Психіатрії, загальної та медичної психології	2	–	–	2	–
4. Донецький національний медичний університет ім. М. Горького	5. Психіатрії, наркології та медичної психології	1	–	–	–	1
	6. Психіатрії, психотерапії, медпсихології і наркології ФПО	1	1	–	2	–
5. Запорізький державний медичний університет	7. Психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології	–	–	1	–	1
6. Івано-Франківський національний медичний університет	8. Психіатрії, наркології та медичної психології	1	–	–	1	–
7. Кримський державний медичний університет імені С. І. Георгієвського	9. Психіатрії, психотерапії, наркології з курсом загальної та медичної психології	3	1	–	4	–
8. Луганський державний медичний університет	10. Психіатрії, наркології та медичної психології	2	–	–	2	–
9. Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького	11. Психіатрії, психології та сексології	–	–	1	–	1
10. Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця	12. Психіатрії та наркології	3	–	2	4	1
	13. Загальної і медичної психології та педагогіки	–	–	–	–	–
11. Одеський національний медичний університет	14. Психіатрії, наркології, з курсом медичної психології	1	1	–	1	1
	15. Соціальної допомоги, медичної та загальної психології	–	–	–	–	–
12. Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського	16. Неврології, психіатрії, наркології та медичної психології	1	–	–	1	–
13. Українська медична стоматологічна академія	17. Психіатрії, наркології та медичної психології	3	1	–	3	1

ВНЗ	Назва кафедри	Дисертації				
		Психіатрія	Наркологія	Мед. психологія	К.мед.п.	Д.мед.п.
14. Харківський національний медичний університет	18. Психіатрії, наркології та медичної психології	11	–	1	12	–
15. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика	19. Психіатрії	2	–	–	1	1
	20. Дитячої, соціальної та судової психіатрії	1	–	1	2	–
16. Харківська медична академія післядипломної освіти	21. Психіатрії	–	–	2	1	1
	22. Наркології	–	–	–	–	–
	23. Психотерапії	11	–	–	11	–
	24. Сексології та медичної психології	1	–	12	8	5
17. Запорізька медична академія післядипломної освіти	25. Сімейної медицини з курсами дермато-венерології та психіатрії	1	–	–	–	1
<b>УСЬОГО</b>		<b>50</b>	<b>4</b>	<b>22</b>	<b>61</b>	<b>15</b>

курсом загальної та медичної психології Кримського державного медичного університету ім. С. І. Георгієвського, наркології, з курсом медичної психології Одеського національного медичного університету, психіатрії, наркології та медичної психології Української медичної стоматологічної академії. Більшість дисертаційних робіт за спеціальністю «Медична психологія» (12) були виконані на кафедрі сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти; по дві роботи було виконано на кафедрах психіатрії та наркології Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця, нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка Буковинського державного медичного університету, психіатрії Харківської медичної академії післядипломної освіти; по одній роботі – на кафедрах психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету та дитячої, соціальної та судової психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. Більшість дисертаційних робіт за спеціальністю «Психіатрія» (11) були виконані на кафедрах психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти та психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету.

Аналіз дисертаційних робіт, що були виконані або заплановані на кафедрах у 2013 р. представлений в табл. 5.

Аналіз дисертаційних робіт, що були виконані або заплановані на кафедрах у 2013 році, показав наступне.

Всього було виконано або заплановано 50 дисертаційних робіт, з них 41 – на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук і 9 – на здобуття наукового ступеня доктора наук. За спеціальністю дисертаційні роботи розподілились наступним чином: 25 – «Психіатрія», 23 – «Медична психологія», 2 – «Наркологія» (рис. 4, 5). По одній дисертаційній роботі за спеціальністю «Наркологія» були виконані або заплановані на кафедрах наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти та психіатрії, наркології, з курсом медичної психології Одеського національного медичного університету. Більшість дисертаційних робіт за спеціальністю «Медична психологія» (16) були виконані або заплановані на кафедрі сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти; по дві роботи – на кафедрах загальної і медичної психології та педагогіки Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця та нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка Буковинського державного медичного університету; по одній роботі – на кафедрах психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету та психіатрії Харківської медичної академії післядипломної освіти. Виконання дисертаційних робіт за спеціальністю «Психіатрія» виявилось більш рівномірним, проте вісім з 25 кафедр у 2013 році не мали виконаних або запланованих робіт.

Повноваження суб'єктів державного регулювання та управління у сфері наукової діяльності передбачені Законом. У той же час, роль у координації наукових досліджень у галузі психіатрії самої психіатричної спільноти залишається відкритою. Позиція кафедр стосовно даної проблеми є неоднозначною. Десятьма кафедрами

Таблиця 5

## Дисертаційні роботи, виконані або заплановані на кафедрах у 2013 р.

ВНЗ	Назва кафедри	Дисертації				
		Психіатрія	Наркологія	Мед. психологія	К.мед.н.	Д.мед.н.
1. Буковинський державний медичний університет	1. Нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка	1	–	2	3	–
2. Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова	2. Психіатрії та наркології	3	–	–	2	1
3. Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України	3. Психіатрії факультету післядипломної освіти	–	–	–	–	–
	4. Психіатрії, загальної та медичної психології	–	–	–	–	–
4. Донецький національний медичний університет ім. М. Горького	5. Психіатрії, наркології та медичної психології	1	–	–	–	1
	6. Психіатрії, психотерапії, медпсихології та наркології ФПО	1	–	–	1	–
5. Запорізький державний медичний університет	7. Психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології	2	–	1	2	1
6. Івано-Франківський національний медичний університет	8. Психіатрії, наркології та медичної психології	1	–	–	–	1
7. Кримський державний медичний університет імені С. І. Георгієвського	9. Психіатрії, психотерапії, наркології з курсом загальної та медичної психології	–	–	–	–	–
8. Луганський державний медичний університет	10. Психіатрії, наркології та медичної психології	2	–	–	2	–
9. Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького	11. Психіатрії, психології та сексології	3	–	–	2	1
10. Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця	12. Психіатрії та наркології	1	–	–	1	–
	13. Загальної і медичної психології та педагогіки	–	–	2	2	–
11. Одеський національний медичний університет	14. Психіатрії, наркології, з курсом медичної психології	–	1	–	1	–
	15. Соціальної допомоги, медичної та загальної психології	1	–	–	1	–
12. Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського	16. Неврології, психіатрії, наркології та медичної психології	1	–	–	1	–
13. Українська медична стоматологічна академія	17. Психіатрії, наркології та медичної психології	3	–	–	3	–



ВНЗ	Назва кафедри	Дисертації				
		Психіатрія	Наркологія	Мед. психологія	К.мед.н.	Д.мед.н.
14. Харківський національний медичний університет	18. Психіатрії, наркології та медичної психології	1	–	–	1	–
15. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика	19. Психіатрії	1	–	–	1	–
	20. Дитячої, соціальної та судової психіатрії	1	–	1	2	–
16. Харківська медична академія післядипломної освіти	21. Психіатрії	–	–	1	1	–
	22. Наркології	–	1	–	1	–
	23. Психотерапії	–	–	–	–	–
	24. Сексології та медичної психології	1	–	16	14	3
17. Запорізька медична академія післядипломної освіти	25. Сімейної медицини з курсами дермато-венерології та психіатрії	1	–	–	–	1
<b>УСЬОГО</b>		<b>25</b>	<b>2</b>	<b>23</b>	<b>41</b>	<b>9</b>

взагалі не було зазначено можливості їх взаємодії з Українським науково-дослідним інститутом соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. Сім кафедр нічого не вказали з приводу можливості їх взаємодії з Проблемною комісією МОЗ України та НАМН України із спеціальності «Психіатрія». Значна частина кафедр (9) вказала на їх взаємодію з Проблемною комісією МОЗ України та НАМН України із спеціальності «Психіатрія» під час виконання дисертаційних робіт, у той же час, лише дві кафедри вказали на взаємодію у даному напрямку з Інститутом. Вісім кафедр вказали на доцільність взаємодії з Інститутом при плануванні та виконанні НДР, дев'ять кафедр – на доцільність взаємодії з Проблемною комісією МОЗ України та НАМН України із спеціальності «Психіатрія» у даному напрямку. Особливу увагу заслуговує пропозиція щодо створення Інститутом єдиного інформаційного простору щодо новітніх розробок у галузі психіатрії та наркології.

## Література:

1. Закон України «Про наукову і науково-технічну діяльність» № 1977-III від 13.12.1991 р. // Відомості Верховної Ради України: офіційне видання. – 1992. – 24 березня. – № 12. – Ст. 165.
2. Постанова, Програма, заходи «Про затвердження Державної цільової науково-технічної та соціальної програми «Наука в університетах» на 2008-2017 роки» № 1155 від 19.09.2007 р. // Офіційний вісник України: офіційне видання. – 2007. – 5 жовтня. – № 72. – Ст. 2708. - Код акта 41029/2007. – С. 85.
3. Указ Президента України «Питання Міністерства освіти і науки України» № 240/2013 від 25.04.2013 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/240/2013>.
4. Закон України «Про пріоритетні напрями розвитку науки і техніки» // Відомості Верховної Ради – 2001. – № 48. – Ст. 253.
5. Наказ Міністерства освіти і науки України від 03.06.2013 року № 670 «Про виконання завдань Державної цільової науково-технічної та соціальної програми «Наука в університетах» на 2008-2017 роки у 2013-2014 роках» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.mon.gov.ua/ua/activity/science/64/ nauka-v-universitetakh>.

## СОСТОЯНИЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СФЕРЕ ПСИХИАТРИИ В ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ УКРАИНЫ ЗА ПЕРИОД 2010-2012 ГГ. И I ПОЛУГОДИЕ 2013 Г.

И. Я. Пинчук, Р. М. Богачев, Н. С. Осичук, С. С. Шум, А. А. Суховей

В статье представлен анализ научно-исследовательской деятельности 25 кафедр, которые осуществляют педагогическую деятельность в 17 высших учебных заведениях, подчиненных МЗ Украины, за период 2010-2012 гг. и I полугодие 2013 г., проведенный Украинским НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, который является главным учреждением в сфере социальной и судебной психиатрии.

За период 2010-2013 гг. 25 кафедрами, которые осуществляют педагогическую деятельность в сфере психиатрии, выполнялась 41 научно-исследовательская работа. Проведен анализ научной продукции, выпущенной кафедрами за указанный период в процессе выполнения НИР, а также диссертационных работ, защищенных и утвержденных к защите на кафедрах.

Рассматриваются точки зрения кафедр относительно взаимодействия с Украинским НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины и Проблемной комиссией МЗ Украины и НАМН Украины по специальности «Психиатрия».

**Ключевые слова:** психиатрия, наука, научно-исследовательская работа, диссертационная работа, научная продукция, сотрудничество, усовершенствование.

## STATE OF RESEARCH IN THE FIELD OF PSYCHIATRY IN HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS IN UKRAINE FOR THE PERIOD FROM 2010 TO I HALF OF 2013.

Y. PINCHUK, R. M. BOGACHEV, M. S. OSICHUK, S. S. SHUM, A. A. SUKHOVEY

The article presents an analysis of the research activities of 25 departments that carry out educational activities in 17 higher education institutions subordinate to the Ministry of Health of Ukraine for the period from 2010 to I half of 2013 by the Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Narcology Ministry of Health of Ukraine, which is the principal agency in the field of social and forensic psychiatry.

During the period 2010-2013 25 departments that carry out educational activities in the field of psychiatry, carried out 41 research works. The analysis of the scientific production released by the departments for a specified period and dissertation works, which were protected and approved for the protection in departments.

Considered the points of view of departments on the interaction with the Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Narcology Ministry of Health of Ukraine and the Problem Commission of the Ministry of Health of Ukraine and the NAMS of Ukraine in "Psychiatry".

**Keywords:** psychiatry, science, research work, dissertation work, scientific production, cooperation, improvement.

УДК 616.89

**О. К. Толстанов**  
**УДОСКОНАЛЕННЯ ПОРЯДКУ НАДАННЯ**  
**ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ**  
Міністерство охорони здоров'я України

**Ключові слова:** психіатрія, дитяча психіатрія, первинна допомога, первинний, вторинний, третинний види психіатричної допомоги дітям, права дитини, деінституалізація, дестигматизація

Реформування системи охорони психічного здоров'я дітей є складовою загальної медичної реформи і нової філософії державної соціальної політики у сфері охорони здоров'я дітей та підлітків.

Напрямки реформування системи охорони психічного здоров'я дітей визначені Указами Президента України № 1163/2011 «Про питання щодо забезпечення реалізації прав дітей в Україні» від 16 грудня 2011 р. та № 187/2012 від 12 березня 2012 р. «Про Національний план дій на 2012 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», Гельсінкською Декларацією, Європейським планом дій у галузі психічного здоров'я (Гельсінкі, Фінляндія, 2005), Меранською Декларацією, прийнятою на конференції національних координаторів Програми охорони психічного здоров'я ВООЗ (Мерано, Італія, 2008), Флорентійською Декларацією XIII Конгресу Європейського товариства дитячої та підліткової психіатрії (Флоренція, Італія, 2007).

Міністерством охорони здоров'я за участю Асоціації психіатрів України та організацій споживачів психіатричної допомоги розроблено концепцію реформування системи охорони психічного здоров'я дітей. Концепція реформування системи охорони психічного здоров'я дітей була рецензована і отримала позитивну оцінку експертів Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ), Уповноваженого Президента України з прав дитини, Громадської консультативної ради з питань захисту прав дитини. Відповідно до концепції МОЗ розроблені концептуальні засади щодо удосконалення надання психіатричної допомоги та новий порядок надання психіатричної допомоги дітям (Накази МОЗ від 18 травня 2013 р. № 399 і № 400).

Новий порядок допомоги визначає необхідні організаційні та правові засади організації надання дітям психіатричної допомоги, виходячи з пріоритету прав і гідності дитини, зазначених у Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод 1950 року, Конвенції

про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини (Конвенція про права людини та біомедицину), Конвенції про права дитини від 20 листопада 1989 року, Основ законодавства України про охорону здоров'я, Законів України «Про психіатричну допомогу», «Про охорону дитинства».

Для удосконалення порядку надання психіатричної допомоги дітям планується розвиток медичної допомоги дітям із психічними розладами та особливими потребами за місцем проживання, планується інтеграція спеціалізованої психіатричної допомоги дітям із первинною медичною допомогою, використання ресурсів спеціальних дошкільних та шкільних навчальних закладів, реабілітаційних центрів Міністерства освіти, Міністерства соціальної політики. Цей концептуальний підхід відпрацьовано на моделі організації медико-соціальної допомоги дітям із розладами спектра аутизму, інтелектуальною недостатністю, порушеннями активності та уваги, порушеннями поведінки в пілотних регіонах, зокрема в Донецькій та Дніпропетровській областях.

Другим важливим напрямком удосконалення порядку надання психіатричної допомоги дітям, згідно з Указом Президента України № 1163/2011 «Про питання щодо забезпечення реалізації прав дітей в Україні» від 16 грудня 2011 р. є відокремлення психіатричної допомоги дітям від психіатричної допомоги для дорослих, організація психіатричних відділень у структурі багатопрофільних лікарень, перенесення акценту на другому рівні медичної допомоги зі стаціонарної психіатричної допомоги на амбулаторну консультативно-поліклінічну допомогу, створення міжрегіональних центрів, що надаватимуть високоспеціалізовану стаціонарну психіатричну допомогу дітям, зокрема дітям із розладами спектра аутизму, шизофренією, анорексією, коморбідними залежностями від психоактивних речовин та алкоголю.

Третім важливим напрямком зміни порядку надання психіатричної допомоги дітям є прийняття низки заходів щодо недопущення порушення прав дітей при наданні психіатричної допомоги, інклюзії дітей з обмеженими

можливостями та особливими потребами в існуючі загальні системи освіти та професійної підготовки, усунення зловживань при наданні психіатричної допомоги дітям в інтернатах Міністерства освіти та науки та Міністерства соціальної політики.

Головним управлінням захисту прав і свобод дітей Генеральної Прокуратури України проведена велика робота з вивчення стану дотримання прав дітей – інвалідів та дітей із вадами розвитку. Були виявлені численні факти незаконного поміщення дітей у спеціальні інтернатні установи, незаконної відмови їм у навчанні в загальноосвітніх навчальних закладах, порушення вимог закону та етичних норм при наданні таким дітям психіатричної допомоги, зокрема випадки необгрунтованої госпіталізації в психіатричні лікарні.

**Ресурси для надання психіатричної допомоги дітям.** На сьогодні в штатному розкладі закладів охорони здоров'я України 498 штатних посад дитячих психіатрів із них зайняті – 439. Ці посади обіймають 378 фізичних осіб. В амбулаторних лікувально-профілактичних закладах України 391,5 посад обіймають 338 дитячих психіатрів; у стаціонарах із 106,5 посад зайняті 101. Укомплектованість штатних посад фізичними особами на кінець 2012 року склала 75,9 ( у 2011 році – 75,59). Забезпеченість дитячими психіатрами становить 4,7 на 100 000 дитячого населення. Атестаційні категорії за спеціальністю мають 73,1% дитячих психіатрів, серед них 53,3% – вищу, 30,7% – першу, 16,1% – другу.

Підготовка дитячих психіатрів проводиться на кафедрах післядипломної освіти факультетів удосконалення лікарів медичних університетів, Київської та Харківської національних медичних академій. Програми первинної спеціалізації, післядипломної атестації спеціалістів за фахом «дитяча психіатрія» застаріли, відсутній сучасний підручник. Понад 30% працюючих фахівців мають пенсійний вік.

Відповідно до Наказу №400 МОЗ України планується розробка та впровадження сучасних навчальних програм та планів з дитячої психіатрії для підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини, педіатрів, дитячих неврологів, молодшого медичного персоналу з середньою медичною освітою за профілем, практичних психологів, соціальних працівників, що дозволить забезпечити галузь дитячої психіатрії фахівцями з якісно новим рівнем професійної підготовки.

Амбулаторну психіатричну допомогу дітям в Україні надають дитячі дільничі психіатри психіатричних диспансерів, дитячого психіатричного диспансеру міста Львова, стаціонарну – психіатричні і психоневрологічні лікарні, дитяче психіатричне відділення Харківської міської лікарні. Високоспеціалізовану психіатричну допомогу дітям надають відділ психічних розладів дітей та підлітків і спеціалізована поліклініка Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, відділення клінічної, соціальної і дитячої психіатрії та дитячої психоневрології і клінічної нейрогенетики Державної установи «Інститут неврології, психіатрії і наркології», відділення дитячої психіатрії Державної

установи «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків», центру психосоматики та психотерапії дітей та жінок Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології» Академії медичних наук України.

Дитячі психоневрологічні санаторії надають дітям із психічними та неврологічними розладами санаторно-курортні послуги.

Міністерством охорони здоров'я внесені та зареєстровані в Міністерстві юстиції України зміни до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 12 січня 2009 року № 4, щодо «Порядку направлення дітей на санаторно-курортне лікування відповідно до медичних показань у санаторно-курортні заклади (крім туберкульозного профілю)».

Переглянуті обмеження для санаторно-курортного лікування дітей з особливими потребами внаслідок психічних розладів. Санаторно-курортне лікування дітей із захворюваннями органів системи кровообігу, органів дихання, органів травлення, нервової системи, ендокринної системи, кістково-м'язової системи та сполучної тканини, шкіри, ока та додаткового апарату, хворобами розладу харчування та порушенням обміну речовин, нирок та сечових шляхів, гінекологічними захворюваннями, за наявності особливих потреб, зумовлених розладами психіки та поведінки та розумовою відсталістю буде проводитися за профілем основного захворювання у відділеннях «Матері та дитини» санаторно-курортних закладів. Визначено новий порядок використання санаторно-курортних закладів психо – неврологічного (психіатричного) профілю.

Забезпеченість дитячого населення дитячими психіатрами протягом останніх років суттєво різнилась у різних регіонах країни. При середньо українському показнику 4,7 у м. Севастополі показник забезпеченості дитячими психіатрами в 2012 році становив 8,2; у м. Києві та АР Крим – 7,7; Луганській області – 7,2; Львівській – 7,0 на 100 000 населення. У сільськогосподарських регіонах доступність спеціалізованої психіатричної допомоги дітям була значно нижчою. У Рівненській області кількість зайнятих посад дитячих психіатрів на 100 000 дитячого населення становила 0,7; Миколаївській – 2,4; Закарпатській та Хмельницькій – 2,5; Волинській – 2,6; Херсонській та Кіровоградській – 3,0.

У 2012 році ліжковий фонд дитячої психіатричної служби збільшився на 8,7% і становив 1781 ліжок (у 2011 році – 1626). Зростання кількості ліжок спостерігалось в Дніпропетровській та Київській областях, де протягом року було розгорнуто відповідно 170 та 15 нових дитячих психіатричних ліжок. Скорочення ліжкового фонду спостерігалось в АР Крим (15 ліжок) та Івано-Франківській області (10 ліжок).

У пілотних регіонах, Донецькій та Дніпропетровській областях вжиті заходи щодо вдосконалення надання психіатричної допомоги дітям. У Дніпропетровській області відкриття денних стаціонарів дозволило підвищити доступність спеціалізованої психіатричної допомоги та наблизити її до місця проживання дітей, проте це призвело до зниження ефективності використання



дитячих психіатричних ліжок. У Донецькій області проводиться оптимізація ліжкового фонду, розвиваються амбулаторні форми допомоги, проводиться переорієнтація існуючого ліжкового фонду на надання високоспеціалізованої допомоги, яка не може надаватися в амбулаторних умовах. Прикладом такого реформування є створення Дитячого психіатричного центру в Донецькій обласній психіатричній лікарні. Центр став першим медичним державним закладом України, в якому надаються консультативно діагностичні та реабілітаційні послуги дітям із розладами спектра аутизму.

Забезпеченість дитячими психіатричними ліжками в Україні на кінець 2012 року становила 22,3 на 100 000 дитячого населення. Спостерігаються значні міжрегіональні розбіжності щодо рівня забезпеченості дитячими ліжками: у Дніпропетровській області – 44,1; АР Крим – 42,7; Луганській та Черкаській областях відповідно 35,8 та 30,8; місті Києві – 28,5 на 100 000 населення, у той час як у Рівненській області – 3,7; Івано-Франківській – 7,1; Волинській – 8,5; Донецькій – 9,1. Більшість ліжок розгорнуті в психіатричних лікарнях. У психіатричних диспансерах Дніпропетровської, Львівської, Рівненської, Черкаської областей розгорнуто 295 ліжок (16,56% ліжкового фонду). У Харківській області 60 ліжок (3,4% ліжкового фонду) розгорнуті в багатопрофільній дитячій міській лікарні.

Наведені статистичні показники та їх динаміка свідчать про тенденцію зниження престижу спеціальності дитячого психіатра, суттєвий брак спеціалістів та зменшення доступності психіатричної допомоги дітям у сільськогосподарських регіонах України та маленьких містах. У крупних промислових регіонах та обласних центрах дитячі психіатричні ліжка використовуються не завжди раціонально.

**Ефективність психіатричної допомоги дітям.** У 2012 році під наглядом дитячих психіатрів в Україні перебувало 203 477 дітей (2 552,5 на 100 000 населення) у віці від 0 до 17 років; це на 2,63% менше ніж у 2011 році, коли послугами спеціалізованої психіатричної допомоги для дітей скористалися 208 981 (2,6%) мешканців України.

Кількість відвідувань дільничних дитячих психіатрів у 2012 році становила 1388766 (16255,3 на 100 000 дитячого населення; 639,8 на 100 хворих, що перебувають під наглядом). Виконано великий обсяг профілактичної роботи: 41,2% візитів до дитячого психіатра були пов'язані з наданням допомоги при захворюванні, 58,8% – профілактичними оглядами.

Психічні розлади у дітей рідко закінчуються спонтанною ремісією, зумовлюють порушення соціальної, сімейної та трудової адаптації. На дитячий вік припадає 8,3% інвалідності, зумовленої розладами психіки.

У 2011 році в Україні було 22 888 (287,1 на 100 000 відповідного населення) дітей-інвалідів унаслідок психічних розладів. Первинна інвалідність у 2012 році була встановлена у 2617 (32,8 на 100 000 відповідного населення) дітей. За останні 5 років показник первинної інвалідності у дітей в Україні збільшився на 16,3%.

У 2012 році показники первинної дитячої інвалідності, розраховані на 100 000 дитячого населення були найвищими в Миколаївській – 57,0; Чернігівській областях, Севастополі – 45,7; Запорізькій – 43,0; Житомирській – 42,3; Донецькій областях – 41,2; найнижчими в Івано-Франківській – 18,0; Тернопільській та Закарпатській – 21,1; Луганській – 23,6; Хмельницькій – 26,4; Чернівецькій – 27,0 та Кіровоградській областях – 27,7.

Первинна інвалідність унаслідок розумової відсталості займає 49,9% серед усієї первинної інвалідності через розлади психіки та поведінки у дітей, протягом 5-ти останніх років вона зменшилася на 12,3% (з 18,7 на 100 000 дитячого населення в 2008 до 16,4 у 2012 році).

Первинна інвалідність у дітей через органічні розлади психіки у дітей в 2012 році становила 24,2% (8,0 на 100 000 дитячого населення).

Дитяча інвалідність, зумовлена розладами зі спектра аутизму зростає протягом трьох останніх років, у 2011 році первинна інвалідність становила 4,7, в 2012 – 5,11 на 100 000 дитячого населення. Враховуючи наявні тенденції можна прогнозувати, що головною причиною психіатричної дитячої інвалідності в Україні в найближчі три роки стануть розлади спектра аутизму.

Первинна інвалідність, зумовлена епілепсією (клас F) у 2012 році становила 2,79% від всієї інвалідності; з 2008 року показник зменшився в 1,2 рази, з 0,9 до 0,8 на 100 000 дитячого населення.

Дитяча психіатрична захворюваність у 2012 році зменшилася порівняно з 2011 роком на 8,3% і становила 32 144 дітей (403,2 на 100 000 населення). Кількість дітей, з уперше в житті встановленим діагнозом серед усієї кількості осіб, які захворіли на розлади психіки та поведінки вперше у житті в 2012 році склали 31,1%.

Рівень діагностики психічних розладів у дітей протягом 2008–2012 років зменшився на 15,6% (з 477,8 у 2008 році до 403,2 у 2012 році) за рахунок суттєвого зменшення показника у деяких регіонах: АР Крим – у 1,8 разів (з 803,8 до 449,2), у Миколаївській області – на 44,7% (з 572,1 до 316,5), у Рівненській області – на 34,0% (з 385,7 до 254,5).

Показник захворюваності на неспсихотичні психічні розлади у дітей протягом останніх п'яти років зменшився на 15,1% (з 387,5 до 329,1); рівень діагностики психотичних психічних розладів зріс на 5,2% (з 6,9 до 10,5 на 100 000 дитячого населення).

У 2012 році показники захворюваності на розлади психіки та поведінки у дітей вищі середніх по Україні (403,2 на 100 000 дитячого населення) спостерігалися у Чернігівській – 779,2; Житомирській – 770,2; Херсонській – 763,7 областях; нижчі середніх у Волинській – 200,0; Чернівецькій – 226,6; Рівненській областях – 254,5.

Показник захворюваності на розумову відсталість посідав друге місце у захворюваності дітей на розлади психіки та поведінки – 63,7 на 100 000 дитячого населення. Вище середнього цей показник був у Донецькій області – 112,8, Житомирській – 108,5 та Сумській областях – 104,0; нижче середнього у Києві – 13,4;



Тернопільській області – 25,0; Севастополі – 26,1; Рівненській області – 30,9.

Для регіонів із нижчими показниками дитячої психіатричної захворюваності притаманні проблеми з доступністю амбулаторної психіатричної допомоги або високим рівнем її стигматизації, низьким рівнем якості послуг, які не задовольняють очікування населення. Відсутність дитячих психіатрів у деяких районах негативно впливає на рівень діагностики в них психічних розладів у дітей.

Значне зменшення захворюваності в деяких регіонах свідчить про погіршення рівня діагностики психічних розладів у дітей, зменшення її обсягів. Найгірша динаміка показників спостерігалася в АР Крим та Миколаївській областях, де захворюваність за даними статистичних даних МОЗ зменшилась відповідно на 44,1% та 44,7%, у Запорізькій області, де зменшення захворюваності становило 33,0%.

У великих містах на зниження показників захворюваності впливала стигматизація психіатричної допомоги дітям, нерозвинутість послуг, що надаються в амбулаторній ланці. Значна частина дітей із розладами психіки та поведінки отримують медичну допомогу в приватних медичних структурах, закладах, створених організаціями батьків, у дитячих неврологів і не враховуються медичною статистикою як випадки первинно діагностованих захворювань. У Києві захворюваність у 2012 році становила 298,9; Київській області – 340,1; Дніпропетровській області – 309,7; Донецькій області – 391,5 на 100 000 дитячого населення.

У сільській місцевості у разі відсутності дитячих психіатрів психіатричну допомогу дітям і підліткам надають дільничні психіатри центральних районних лікарень. Унаслідок віддаленості сільських населених пунктів від районних центрів у сільській місцевості активність звернення за допомогою до дитячих психіатрів є меншою. Показники захворюваності в таких регіонах демонструють особливу чутливість до економічної кризи. В 2012 році показники захворюваності в Чернігівській, Херсонській та Житомирській областях становили відповідно 779,20, 763,7 та 770,2, що значно перевищує середньоукраїнські показники.

У цілому зменшення захворюваності відбувалося насамперед за рахунок зменшення рівня діагностики неспсихотичних психічних розладів у дітей, зокрема необгрунтованої діагностики розумової відсталості, при зростанні рівня діагностики психотичних розладів, насамперед розладів спектра аутизму, що свідчить про оптимізацію структури надання психіатричної допомоги та підвищення її якості. Наприклад, якщо в АР Крим захворюваність на неспсихотичні розлади за п'ять років зменшилася на 46,2%, діагностика психотичних розладів зросла на 52,1%. У Миколаївській та Запорізькій областях захворюваність на неспсихотичні розлади зменшилася відповідно на 48,0% та 29,4%, захворюваність на психотичні розлади зросла в 2 та 2,6 разів.

У 2012 році під наглядом дитячих психіатрів в Україні перебувало 203 477 дітей. Показник поширеності

психічних та поведінкових розладів у дітей повільно знижуються протягом останніх п'яти років з 2736,4 до 2552,5 на 100 000 дитячого населення.

Показники поширеності розладів психіки та поведінки у дітей значно відрізняються в різних регіонах країни: коливаються від 3104,3 на 100 000 дитячого населення в Харківській області до 1900,3 – Закарпатській. У 2012 році показники поширеності розладів психіки та поведінки у дітей вищі за середні по Україні спостерігалися у Чернігівській області – 3407,0; Запорізькій – 1900,3; Вінницькій областях – 2093,0.

На неспсихотичну групу психічних розладів у 2012 році припадало 73,3% поширеності розладів психіки та поведінки у дітей, на розумову – 24,25%, психотичні розлади – 2,45%.

Показники ефективності стаціонарної психіатричної допомоги свідчать про її неефективність. Загальні показники роботи дитячого психіатричного ліжка в 2012 році, порівняно з 2011 роком, погіршилися: середнє число днів роботи дитячого психіатричного ліжка зменшилося на 20,56 днів і становило 292,8 днів; середня тривалість перебування дитини в стаціонарі становила 26,7 днів. Використання психіатричного ліжка в значній кількості регіонів було нераціональним: середнє число днів роботи дитячого психіатричного ліжка в Полтавській області становило 185,2; Івано-Франківській – 185,4; Чернігівській – 186,9; Дніпропетровській – 193,4; Одеській – 207,2; Хмельницькій – 2428,7; Рівненській – 238,0; місті Севастополі – 272,0; Запорізькій області – 288,2. Середня тривалість перебування дитини в стаціонарі в Чернівецькій області становила – 37,8; Івано-Франківської області – 39,9 у той час, як у Херсонській області – 69,4; Одеській – 62; Львівській – 60,8; Миколаївській – 57,9; АР Крим – 57,6; Волинській – 57,0; Дніпропетровській – 56,9. Суттєво збільшилася протягом року середня тривалість перебування дітей у психіатричних стаціонарах Херсонської (з 63,0 до 69,4 днів) та Вінницької (з 52,5 до 56,6 днів) областей.

У 2012 році дитяча психіатрична служба працювала в умовах обговорення концептуальних засад вдосконалення системи охорони психічного здоров'я дітей, відпрацювання принципів міжвідомчої взаємодії в умовах медичної реформи, розробки нового порядку надання психіатричної допомоги дітям у пілотних регіонах.

Відповідно до визначених МОЗ України пріоритетів у 2012 році продовжувалася робота по підвищенню якості діагностики та лікування розладів зі спектра аутизму.

З 2008 по 2012 рік захворюваність на розлади зі спектра аутизму зросла в 2,35 разів з 2,4 до 5,8 на 100 000 дитячого населення. Протягом 2008 року з вперше в житті встановленим діагнозом розладів зі спектра аутизму було взято 198, у 2011 році – 342, у 2012 – 465 дітей.

Під наглядом дитячих психіатрів України в 2012 році перебувала 2791 дитина, у 2011 – 2227 дітей із розладами спектра аутизму, поширеність розладів зросла за п'ять років із 13,8 до 35,0 на 100 000 дитячого населення. Показник стабільно зростав протягом шести останніх

років: у 2007 – на 28,2%; 2008 – 32,0%, 2009 – 27,2%, 2010 – 35,7%, 2011 – 21,2%, 2012 – 25,3%.

На долю Донецької, Запорізької, Львівської, Харківської областей та міста Києва приходить 53,1% первинно діагностованих у 2012 році випадків захворювання, у той час, як на Волинську, Житомирську, Закарпатську, Луганську, Рівненську, Сумську, Тернопільську, Черкаську, Чернігівську області та місто Севастополь лише 13,5%.

Занепокоєння продовжує викликати невчасна діагностика розладів зі спектра аутизму. Рівень діагностики у віці до 3 років залишається низьким. Пізня діагностика знижує ефективність медико-соціальної допомоги. Батьки значної частини хворих не звертаються за психіатричною допомогою до дитячих психіатрів чи звертаються несвоєчасно (у 4–5 річному віці), отримують медичну допомогу у дитячих неврологів і в приватних медичних структурах. Зокрема низький рівень діагностики розладів спектр аутизму має місце у Вінницькій області. Діагностика розладу в області проводиться невчасно, переважно в передшкільному та молодшому шкільному віці, що супроводжується недотриманням вимог клінічного протоколу надання медичної допомоги цій категорії хворих, порушеннями порядку призначення пособія по дитячій інвалідності.

Проблемою в діяльності дитячої психіатричної служби України залишаються розлади харчової поведінки. Лікарі загальної практики, дитячі психіатри в більшості регіонів країни некоректно використовують діагностичні критерії МКХ-10, некоректно проводять диференційну діагностику між нервовою анорексією, нервовою булімією, атиповими формами цих розладів. Розлади харчової поведінки можуть стати передумовою тяжких порушень репродуктивного здоров'я, порушень загального фізичного розвитку, хронічних органних захворювань, стати причиною смерті дитини. У більшості підлітків розлади харчової поведінки, насамперед анорексія, діагностуються невчасно, переважно після виникнення соматичних ускладнень.

В Україні в 2012 році було діагностовано 101 випадок розладів харчової поведінки. Захворюваність склала 1,24 на 100 000 дитячого населення. У 10 регіонах України (Луганській, Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій, Харківській, Тернопільській, Запорізькій, Івано-Франківській, Житомирській областях та м. Києві) були зареєстровані 86 з 101 (85,1%) нових випадків захворювання, у тому числі 42,6% (43 випадки) у Луганській, Донецькій та Дніпропетровській областях.

В Україні відсутні спеціалізовані ліжка для надання високоспеціалізованої, зокрема, невідкладної психіатричної та психотерапевтичної допомоги дітям із анорексією та булімією. Невідкладна допомога дітям із розладами харчової поведінки надається в реанімаційних, гастроентерологічних, психіатричних відділеннях. Нормами діючого Закону України «Про психіатричну допомогу» не передбачено надання недобровільної медичної допомоги за відсутності інформованої згоди одного чи обох батьків, непередбачена відповідальність

батьків за створення перешкод для надання дитині невідкладної медичної допомоги.

Загальномедичні, психіатричні та психотерапевтичні форми допомоги підліткам із розладами харчової поведінки, як правило, погано скоординовані; обсяги допомоги, сфери компетенції спеціалістів не врегульовані клінічним протоколом Міністерства охорони здоров'я України.

Лише в Донецьку та Львові діють програми спеціалізованої напівстаціонарної та амбулаторної психіатричної та психологічної допомоги цьому контингенту хворих. У межах цих програм для дітей та підлітків доступні сімейна, когнітивно-поведінкова та психодинамічно орієнтована терапія.

В Українському НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології ведеться робота над інструкцією МОЗ України, щодо застосування недобровільної госпіталізації та заходів примусового характеру у випадках, коли не надання медичної допомоги загрожує життю дитини чи може стати причиною тяжких порушень її здоров'я.

Аналіз структури захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки у дітей в Україні свідчить про те, що в структурі патології, як і в минулі роки, переважають непсихотичні психічні розлади. Така структура захворюваності та поширеності розладів психіки ставить під сумнів доцільність надання спеціалізованої психіатричної допомоги дітям переважно в стаціонарних умовах на ліжках, розгорнутих у психіатричних лікарнях для дорослих.

У структурі психічних розладів диспансерної та консультативної груп нагляду в 2011 році переважали розлади психологічного розвитку (мовленнєвих, рухових функцій та шкільних навичок) – 55,1% дітей. Діти з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами склали 5,8%, психічними розладами, зумовленими органічними ураженнями мозку – 11,7%.

Ці статистичні дані свідчать про необхідність перерозподілу ресурсів надання психіатричної допомоги дітям зі стаціонарного лікування на психологічну, логопедичну, корекційно-педагогічну допомогу безпосередньо за місцем проживання та навчання дітей. Важливим є налагодження міжвідомчої взаємодії з організацією медико-соціального супроводу програм інклюзивної освіти.

Низькі показники захворюваності та поширеності невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних психічних розладів свідчать про неналежний рівень спеціалізованої психіатричної допомоги цьому контингенту дітей. Вирішення проблеми можливе шляхом дестигматизації психіатричної допомоги дітям, організації надання спеціалізованої психіатричної допомоги на рівні первинної медичної допомоги, інтеграції психіатричної та загальномедичної допомоги дітям.

У переважній більшості звітів головних позаштатних дитячих психіатрів Управління охорони здоров'я обл(міськ)держадміністрацій представлено ґрунтовний аналіз стану надання психіатричної допомоги дітям у регіонах. Відмічається глибоке розуміння ролі й місця

дитячого психіатра в профілактиці, діагностиці, лікуванні й реабілітації дітей із розладами психіки, а також проблем, що склалися в галузі.

Аналіз показників роботи служби дозволяє сформулювати пропозиції, щодо вдосконалення системи охорони психічного здоров'я дітей в Україні.

1. Перенесення акценту з лікування психічних розладів у стаціонарних закладах на соціальну реабілітації та інклюзію дітей із психічними розладами, профілактику зі створенням на рівні громад ефективних систем підтримки психологічного благополуччя, виховання здорового способу життя. Перед дитячою психіатричною службою України стоїть завдання продовження та поширення динамічної співпраці закладів Міністерства охорони здоров'я, Міністерства соціальної політики, Міністерства освіти і науки, молоді та спорту у сфері охорони психічного здоров'я дітей. Результатом міжсекторальної взаємодії має бути створення спеціальних профілактичних програм для навчальних закладів у рамках реформування системи шкільної медицини, що сприятиме зміцненню психічного здоров'я учнів, запобігатиме антисоціальній поведінці, жорстокому поводженню, сприятиме формуванню соціально адаптивних форм поведінки; для розробки програм інтеграції дітей з обмеженими можливостями та особливими потребами і дітей із психічними розладами в існуючі загальні системи освіти та професійної підготовки; запровадження програм підготовки вчителів загальним принципом психосоціальної терапії дітей із дефіцитом уваги, імпульсивністю, гіперактивністю та розладами поведінки.

2. Перерозподіл ресурсів між спеціалізованою психіатричною, первинною медичною та долікарняною допомогою: розвиток психіатричної допомоги дітям із психічними розладами та особливими потребами за

місцем проживання та постійного перебування, інтеграція спеціалізованої психіатричної допомоги дітям із загально-медичною допомогою, підвищення компетенції сімейних лікарів та педіатрів із питань діагностики психічних розладів та надання психіатричної допомоги дітям, відокремлення системи психіатричної допомоги дітям від психіатричної допомоги дорослим з організацією дитячих психіатричних відділень у структурі дитячих багатопрофільних лікарень, формування ланки високоспеціалізованої психіатричної допомоги, оптимізація кількості дитячих психіатричних ліжок, виходячи з кількості дитячого населення та ефективності їх використання, пріоритетний розвиток амбулаторних і напівстаціонарних форм допомоги.

3. Приведення якості психіатричної допомоги дітям у відповідність до сучасного рівня розвитку науки, регулярний перегляд медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги у системі Міністерства охорони здоров'я України для найбільш поширених та соціально значущих розладів психіки та поведінки у дітей: розладів зі спектра аутизму, дитячої шизофренії, гіперкінетичних розладів, розладів харчування (анорексії та булімії), розладів поведінки, депресій, аддикцій. Потрібно вжити заходи для забезпечення доступу дітей із психічними розладами до лікарських засобів, які в установленому порядку зареєстровані на території України, ефективність яких ґрунтується на принципах доказової медицини; забезпечити перенесення акценту при наданні допомоги дітям із біологічного лікування на психосоціальну допомогу та психотерапію, насамперед когнітивно-поведінкову.

4. Підвищення компетентності сімейних лікарів, педіатрів з питань діагностики та терапії психічних розладів у дітей, переглянути відповідні навчальні плани та програми підготовки.

#### IMPROVEMENT OF THE PROCEDURE THE PROVISION OF PSYCHIATRIC CARE TO CHILDREN/

O. K. TOLSTANOV

The restructuring of children's mental health care are is the part of overall medical and social policy reform. At the end of 2011 the President of Ukraine has adopted a political decision to reform of children's mental health care. According to the Decree of the President of Ukraine № 1163/2011 "On the issue of ensuring the rights of children in Ukraine" on December 16, 2011 The Ministry of Health of Ukraine has developed a new procedure of psychiatric care for children. Were identified five areas of reform: 1) To move the emphasis from biological treatment to the psychosocial care: promotion of healthy lifestyle, development of specific prevention programs for educational institutions, programs of inclusion of children with disabilities and mental health problems in existing general education and vocational training system, supporting programs for children with disabilities and special social and educational needs on their place of residence; 2) Improvement of psychiatric care for children: the redistribution of resources between emergency, primary, specialized and highly specialized psychiatric care, the development of CHMHC on their place of residence at level of primary care, integration of specialized psychiatric care to children in general medical care, organization of psychiatric departments into the structure of multidisciplinary children's hospitals, their withdrawal from psychiatric hospitals, creating of regional centers to care children with autism and eating disorders; 3) To brought of children's mental health care in line with the highest level of scientific achievements, to ensure children's access to medicines and methods of psychological treatment whose effectiveness is based on the principles of evidence-based medicine; 4) To review normative legal documents, to exclude child abuse cases in providing them psychiatric care, to exclude the discrimination in providing of general medical care, social and educational services to children; 5) To strengthen the social protection of pediatricians, child psychiatrists, child psychologists, appropriate nursing staff, social workers, and scientists working in the field of children's mental health care. Difficulties in conducting of reforms are caused by the low level of training in the field of children's mental health care, low English language proficiency, which makes difficult to use the mechanisms of international cooperation in their preparation, the lack of advances of the society, the lack of support for patients at the community.

**Keywords:** psychiatry, child psychiatry, community care, primary, secondary, tertiary mental health services, children's rights, deinstitutionalization, destigmatization

#### УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

O. K. TOLSTANOV

Реорганизация системы охраны психического здоровья детей является частью государственной политики медико-социальных реформ в Украине. В конце 2011 года Президент страны принял политическое решение о реформировании системы детской психиатрической помощи. В соответствии с Указом Президента Украины № 1163/2011 «О вопросе обеспечения прав детей в Украине» 16 декабря 2011 года Министерство

здравоохранения Украины разработало новый порядок оказания психиатрической помощи детям. Были определены пять направлений реформирования детской психиатрической помощи: 1) перенос акцента с биологической терапии на социально-психологическую помощь: пропаганда здорового образа жизни, развитие профилактических программ для образовательных учреждений, программ интеграции детей с ограниченными возможностями и проблемами психического здоровья в существующие системы образования и профессиональной подготовки, поддержка программ для детей с ограниченными возможностями и особыми социальными и образовательными потребностями непосредственно по месту их жительства и пребывания; 2) улучшение организации специализированной психиатрической помощи для детей: перераспределение ресурсов между неотложной, первичной общемедицинской, специализированной и высокоспециализированной психиатрической помощью, расширение спектра психиатрической помощи непосредственно по месту жительства на уровне первичной медицинской помощи, интеграция специализированной психиатрической помощи детям с общемедицинской помощью, организация психиатрических отделений в структуре мультидисциплинарных детских больниц, вывод их из психиатрических больниц для взрослых, создание межрегиональных центров медико-социальной помощи детям с аутизмом и расстройствами пищевого поведения; 3) обеспечение психиатрической помощи в соответствии с самым высоким уровнем научных достижений, обеспечение доступа детей к лекарствам и методам психологического лечения, эффективность которых основана на принципах доказательной медицины; 4) пересмотр нормативно-правовых документов, позволяющий исключить случаи жестокого обращения с детьми при предоставлении им психиатрической помощи, обеспечивающий недопущение дискриминации при предоставлении общемедицинской помощи, социального обслуживания и образования для детей с особыми потребностями; 5) повышение уровня социальной защищенности педиатров, детских психиатров, детских психологов, сестринского персонала, социальных работников и ученых, работающих в сфере психиатрической помощи детям и подросткам. Трудности в проведении реформы обусловлены низким уровнем подготовки персонала в области охраны психического здоровья детей, низким уровнем владения английским языком, что затрудняет использование механизмов международного сотрудничества при подготовке специалистов, стигматизацией, отсутствие поддержки пациентов с расстройствами психики и поведения в обществе.

**Ключевые слова:** психиатрия, детская психиатрия, общинная помощь, первичный, вторичный, третичный виды психиатрической помощи детям, права ребенка, деинститутуализация, дестигматизация



УДК 616.89-008.454:616.831-005

О. А. Левада

**СПЕЦИФІЧНИЙ КОГНІТИВНО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ СИНДРОМОКОМПЛЕКС  
ЕТАПІВ РОЗВИТКУ СУБКОРТИКАЛЬНОЇ СУДИННОЇ ДЕМЕНЦІЇ  
ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»**

Проблема вивчення психічної патології осіб похилого та старечого віку є однією з провідних на сучасному етапі розвитку медичної науки [6]. Важливе місце серед психічних захворювань у старших вікових когортах займають дементуючі процеси. Вони є основною причиною зниження когнітивних функцій, інвалідності, інституціоналізації, залежності від інших осіб, порушення якості життя у літніх людей [7]. У клінічній структурі деменцій, крім когнітивного дефіциту, суттєве місце займають психопатологічні та поведінкові симптоми. Дані порушення погіршують якість життя пацієнтів із деменціями, прискорюють когнітивне і функціональне зниження, збільшують число госпіталізацій та смертність, асоціюються зі збільшенням дистресу осіб, котрі доглядають [13].

Судинна деменція (СД) є другою за поширеністю деменцією у всьому світі, яка поступається лише хворобі Альцгеймера (ХА). Питома вага СД складає біля 20% серед деменцій похилого віку [11; 16; 25]. Субкортикальна судинна деменція (ССД) є найбільш поширеною формою СД, до якої належать більше 50% всіх випадків захворювання [21]. Вона є наслідком мікровакулярного ураження мозку, що у пацієнтів старшого віку проявляється лейкоенцефалопатією (варіант Бінсвангера), лакунарними ураженнями, а також їх поєднанням [17].

Сучасні критерії ССД Т. Erkinjuntti et al. (2000) [12] до основних нейропсихологічних синдромів захворювання відносять виконавчу дисфункцію, до якої наразі включені: розподіл ресурсів уваги, здатність до планування,

постановки цілей, антиципація, виконання багатоетапних операцій (sequencing), можливість гнучкої зміни когнітивних установок, гальмування та контроль імпульсів, здатність підтримувати діяльність та пригнічувати вплив інтерферуючих стимулів, усвідомлення різних аспектів своєї поведінки та поведінки інших людей [24].

Щодо психопатологічних симптомів ССД, то їм у критеріях діагностики відводять лише додаткове значення. Наразі вважається доведеним, що найбільш обтяжливими для осіб, що доглядають за пацієнтами із ССД, є саме психопатологічні симптоми та ступінь порушення функціональної активності у повсякденному житті, а ніж когнітивна дисфункція сама по собі [26]. Немає узгодженості й у відношенні синдромологічної специфіки даних розладів. За даними Т. Erkinjuntti et al. (2000) до них відносять депресію, зміни особистості, психомоторне уповільнення [12]. У той же час, у недавньому епідеміологічному дослідженні у пацієнтів з ССД частіше всього виявляли апатію, а дещо рідше – депресію, дратівливість, ажитацію і агресію [23].

Робіт, присвячених вивченню специфічних когнітивно-психопатологічних синдромокомплексів на етапах розвитку ССД нам виявити не вдалося. Лише поодинокі дослідження, присвячені психопатології попередньої стадії ССД – субкортикального судинного легкого когнітивного порушення (ССЛКП). Проведення такого аналізу важливо як з теоретичної точки зору, так і для поліпшення діагностичних алгоритмів ССД вже на ранніх стадіях захворювання та оптимізації надання допомоги даному контингенту пацієнтів.



Зважаючи на приведені аргументи, метою даного дослідження було виявити наявність специфічних когнітивно-психопатологічних синдромокомплексів на етапах формування ССД: у осіб похилого та старечого віку без когнітивних порушень (БКП), у пацієнтів із ССЛКП та на ранніх стадіях ССД.

#### Пацієнти та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети було обстежено 189 осіб похилого та старечого віку. З них 50 осіб склали групу БКП, 70 пацієнтів – групу ССЛКП, 69 хворих – групу ранніх стадій ССД. У більшості з обстежених БКП мали місце цереброваскулярні фактори ризику. Пацієнти з ССД були відібрані згідно до клініко-візуалізаційних критеріїв Т. Erkinjuntti et al. (2000) [12]. Хворі, які за фенотипічними ознаками відповідали критеріям ССД, але за виразністю порушень не досягали ступеня деменції, входили до групи ССЛКП.

Основу нейропсихологічного протоколу складало тестування когнітивних функцій за А. Р. Лурія [3; 5] та іншими всевітньо відомими шкалами [8; 9; 14; 19; 24]. Виразність розладів оцінювали за бальною шкалою 0 – 3 (де 0 – функція збережена, 3 – максимальне її порушення) або згідно до авторських рекомендацій щодо відповідних методик.

У 172 осіб (49 – БКП, 63 – з ССЛКП, 60 – з ССД) вивчали психопатологічні та поведінкові порушення. Для цього використовували шкалу Neuropsychiatric Inventory (NPI), що складається з 12 пунктів [10]. NPI є валідним інструментом для виявлення марення, галюцинацій, агітації/агресії, депресії/дисфорії, тривожності, ейфорії, апатії, розгальмовування, дратівливості, порушень рухової поведінки, порушень нічної і харчової поведінки у вибірках пацієнтів з деменціями. У даній роботі ми аналізували поширеність даних порушень у досліджуваних контингентах та їх виразність (1 бал – легка – мало турбує пацієнта, 2 бали – помірна – більш серйозно турбує пацієнта, але може бути скорегована особою, що доглядає, 3 бали – виразна – дуже турбує пацієнта і не може бути скорегована особою, що доглядає).

Дані нейровізуалізації (МРТ або КТ головного мозку) у даному дослідженні використовували як критерій включення. Докладний протокол та результати описані нами раніше [1].

Статистичний аналіз проводили за допомогою пакетів прикладних програм “Statistica 6,0” for Windows. Для порівняння частоти клінічних ознак у групах використовували критерій  $\chi^2$ -квдрат. Оскільки частина досліджуваних показників були дискретними величинами, а розподіл безперервних відрізнявся від нормального, для опису даних використовували медіану, нижній і верхній квартиль. Вірогідність відмінностей між групами оцінювали за допомогою непараметричного ANOVA Краскела-Уоліса. Якщо характеристики різних груп достовірно відрізнялися, застосовували множинні порівняння.

Розраховували коефіцієнт кореляції Спірмена ( $r_s$ ), так як одна з аналізованих змінних величин завжди була ранговою. Відмінності між групами і кореляційна

залежність вважалися достовірними при  $P < 0,05$ . У всіх випадках  $P$  були двосторонніми.

#### Результати дослідження

Аналіз демографічних показників показав наступне. Групи порівняння не відрізнялися за віком: 73 (70–79) роки у осіб БКП, 76 (74–80) – у хворих із ССЛКП, 75 (72–80) – у пацієнтів з ССД ( $P = 0,17$ ). Відсоток жінок зменшувався з наростанням когнітивного дефіциту у групах: 64,0 (БКП), 52,86 (ССЛКП), 43,48 (ССД). За даним показником пацієнти з ССД достовірно відрізнялися від осіб БКП ( $P = 0,027$ ). Це співпадає з міжнародними даними про переважання чоловіків у когортах ССД у віці до 84 років.

Проведений нейропсихологічний аналіз показав суттєві закономірності. Для етапів розвитку ССД, що вивчалися, було характерне поступове зниження когнітивного функціонування в цілому (табл. 1). Ступінь цього погіршення за шкалою MMSE [14] достовірно відрізнявся в групах БКП, ССЛКП та ранніх стадій ССД. Виявлено специфіку когнітивного дефіциту, яка характеризувала етапи формування субкортикальних когнітивних порушень. Вона полягала у збереженні одних когнітивних процесів при вибіркового ураженні інших.

До збережених когнітивних функцій належали всі види гнозису, сенсорний, акустико-мнестичний, оптико-мнестичний, семантичний, аферентний моторний та динамічний рівні організації мовного акту, негайне відтворення вербальної інформації, зорова пам'ять, кінестетичний та оптико-просторовий праксис.

До специфічних нейропсихологічних порушень, які з'являлися вже на етапі ССЛКП та прогресували на стадії ранньої ССД, відносилися прояви виконавчої дисфункції, характерні розлади пам'яті та мінімальні порушення еферентної ланки мовного акту (табл. 1). Серед виконавчих порушень на етапах розвитку ССД найбільш вагомими були розлади непросторової уваги (за таблицями Шульте [4]), абстрагування (тест на категоріальну швидкість [8]), планування (тест малювання годинника, 1-а частина [19]), послідовності дій (проби на кінетичний праксис за А. Р. Лурія [3; 5], тест малювання годинника).

До найбільш специфічних розладів пам'яті нами віднесені погіршення активного пригадування семантично не пов'язаної вербальної інформації при відносно збереженому її упізнаванні (за даними TIME-test [24]).

З мовних порушень характерними були мінімальні прояви еферентної моторної афазії (за А. Р. Лурія [3, 5] та тестом на вербальну швидкість [9]). Зазначені вище розлади пам'яті та мови наразі теж можна віднести до виконавчої дисфункції, так як вони найбільш ймовірно залежать від порушень оперативної пам'яті [24].

Частота психопатологічних та поведінкових порушень, а також середня кількість даних симптомів у одного пацієнта зростали зі збільшенням тяжкості субкортикальних судинних порушень (табл. 2). Вони мали місце майже у всіх хворих з ССЛКП та ССД, що достовірно відрізняло групи пацієнтів від осіб БКП. Вичерпний звіт про це можна знайти в нашій попередній роботі [2].

Таблиця 1

## Тяжкість порушень загального когнітивного функціонування та окремих вищих мозкових функцій, які мали динаміку в групах порівняння

Когнітивні показники	Групи порівняння			P
	БКП	ССЛКП	ССД	
Загальний бал MMSE, (0-30)	29 (28-30)	26 (25-26)	22 (20-23)	P1-2 < 0,0001 P1-3 < 0,00001 P2-3 < 0,00001
<b>Показники мови</b>				
Тяжкість еферентної моторної афазії, бали (0-3)	0 (0-0)	0 (0-1)	1 (1-1)	P1-2 < 0,00001 P1-3 < 0,000001 P2-3 < 0,45
Вербальна швидкість, кількість слів за 3 хв.	27 (25-32)	17 (13-21)	11 (7-17)	P1-2 = 0,001 P1-3 < 0,00001 P2-3 = 0,019
<b>Показники пам'яті</b>				
Безпосереднє відтворення списку з 5 іменників (TIME-test) за 3 спроби (0-15)	14 (14-15) НП	13 (12-14) НП	12 (10-13) НП	P1-2 = 0,02 P1-3 < 0,0001 P 2-3 = 0,04
Відстрочене пригадування списку з 5 іменників (0-5)	4 (4-4) НП	3 (1-4) ЛП	0 (0-1) ТП	P1-2 = 0,03 P1-3 < 0,0001 P2-3 = 0,002
<b>Порушення праксису</b>				
Тяжкість кінетичної апраксії, бали (0-3)	0 (0-1)	2 (1-2)	2,5 (2-3)	P1-2 < 0,00001 P1-3 < 0,00001 P2-3 < 0,0001
Тяжкість регуляторної апраксії, бали (0-3)	0 (0-0)	2 (1-2)	2 (1,5-3)	P1-2 < 0,00001 P1-3 < 0,00001 P2-3 = 0,01
<b>Виконавча дисфункція</b>				
Увага, табл. Шульте (середній час на 1 табл.), с	52,6 (52-55)	68 (59,4-79,6)	102 (75,6-135,4)	P1-2 = 0,002 P1-3 < 0,00001 P2-3 = 0,005
Категоріальна швидкість, кількість слів за 1 хв.	14 (11-15)	9 (6-10)	4,5 (3-7,5)	P1-2 = 0,003 P1-3 < 0,00001 P2-3 = 0,019
Тест малювання годинника, 1-ша частина, бали (0-10)	10 (10-10)	9 (8-9)	7 (6-8)	P1-2 = 0,003 P1-3 < 0,00001 P2-3 = 0,006

*Примітки:* 1. Дані представлені у вигляді медіани (верхній - нижній кuartиль). 2. P: непараметричний ANOVA для множинних порівнянь (1-2 – між групою БКП та ССЛКП, 1-3 – між групою БКП та ССД, 2-3 – між групою ССЛКП та ССД). 3. НП – нормальні показники, ЛП – легкі порушення, ТП – тяжкі порушення.

Для подальшого аналізу відібрані ті психопатологічні симптоми, частота яких у групах пацієнтів була найбільшою (> 40%). Серед таких синдромів: депресія, апатія, порушення нічної поведінки, дратівливість/лабільність настрою та тривожність (табл. 2). Далі були відібрані такі показники, які достовірно відрізняли пацієнтів із ССЛКП та ССД від осіб БКП. Ці психопатологічні порушення вважали специфічними для етапів розвитку ССД. До них було віднесено депресію, апатію та порушення нічної поведінки. На наступному етапі було оцінено тяжкість даних розладів у хворих, які їх мали, та зроблено порівняння цього параметру в групах (табл. 3). Як видно

з проведеного аналізу, виразність психопатологічних та поведінкових синдромів не відрізнялася у групах порівняння. При цьому тяжкість депресії та апатії в середньому мала помірний ступінь, а розладів нічної поведінки – легкий.

Наступним етапом дослідження було встановлення наявності кореляцій між виразністю специфічних для етапів розвитку ССД нейропсихологічних та психопатологічних синдромів для виявлення їх патогенетичного взаємозв'язку. У першу чергу слід відмітити прямі високі кореляції тяжкості психопатологічних синдромів між собою. Так депресія дуже тісно корелювала як з

Таблиця 2

## Дані про поширеність основних психопатологічних порушень на етапах розвитку ССД

Психопатологічні та поведінкові симптоми за NPI	Групи порівняння			P
	БКП	ССЛКП	ССД	
NPI, загальний % порушень	63,27	92,06	98,33	P1-2 < 0,001 P1-3 < 0,001 P2-3 = 0,107
Середня кількість симптомів на одного пацієнта	1 (0-2)	2 (1-5)	3 (2-5)	P1-2 < 0,001 P1-3 < 0,00001 P2-3 = 0,37
Депресія, n (%)	11 (22,45)	33 (52,38)	42 (70,00)	P1-2 = 0,001 P1-3 = 0,0001 P2-3 = 0,05
Апатія, n (%)	6 (12,24)	30 (47,62)	36 (60,00)	P1-2 = 0,0001 P1-3 = 0,0001 P2-3 = 0,17
Порушення нічної поведінки, n (%)	10 (20,41)	27 (42,19)	28 (46,67)	P1-2 = 0,01 P1-3 = 0,004 P2-3 = 0,67
Драгівливість/ Лабільність настрою, n (%)	15 (30,61)	20 (31,75)	25 (41,67)	P1-2 = 0,90 P1-3 = 0,23 P2-3 = 0,25
Тривожність, n (%)	20 (40,81)	32 (50,79)	20 (33,33)	P1-2 = 0,29 P1-3 = 0,42 P2-3 = 0,05

Примітки: 1. Дані представлені у вигляді медіани (верхній – нижній кватиль) або у відсотках. 2. P: непараметричний ANOVA для множинних порівнянь / хі-квадрат тест (1-2 – між групою БКП та ССЛКП, 1-3 – між групою БКП та ССД, 2-3 – між групою ССЛКП та ССД).

Таблиця 3

## Виразність специфічних психопатологічних симптомів у групах порівняння

Виразність специфічних психопатологічних та поведінкових порушень за NPI, бали (0-3)	Групи порівняння			P
	БКП	ССЛКП	ССД	
Депресія	2 (1-2)	2 (2-3)	2 (2-3)	0,70*
Апатія	2 (2-2)	2 (1-2)	2 (1-2)	0,36*
Порушення нічної поведінки	1 (1-2)	1 (1-2)	1 (1-2)	0,76*

Примітки: Дані представлені у вигляді медіани (верхній – нижній кватиль). \* - статистика Краскела-Уоліса.

апатією ( $r_s = 0,77$ ,  $P < 0,05$ ), так і з розладами нічної поведінки ( $r_s = 0,64$ ,  $P < 0,05$ ). Апатія також мала високу достовірну кореляцію з розладами нічної поведінки ( $r_s = 0,52$ ,  $P < 0,05$ ).

Кореляції тяжкості специфічних психопатологічних та нейропсихологічних параметрів наведені у табл. 4. Було показано, що виразність специфічних психопатологічних синдромів у цілому мала помірні достовірні кореляції з тяжкістю нейропсихологічних проявів, що відображають порушення виконавчих функцій. Слід зазначити, що тяжкість депресії достовірно корелювала зі всіма виконавчими розладами, апатії – з деякими з них, а кореляції розладів нічної поведінки були найменш тісними. Виходячи з цього зроблено висновок, що найбільші патогенетичні зв'язки мають синдром виконавчої дисфункції депресія та апатія.

## Обговорення результатів дослідження

Проведене дослідження дозволило виявити ряд закономірностей, щодо формування специфічних нейропсихологічних та психопатологічних синдромів, що формуються на етапах розвитку ССД. Серед нейропсихологічних синдромів до них відносяться прояви виконавчої дисфункції, а серед психопатологічних – депресія, апатія та розлади нічної поведінки. Цікавим, на наш погляд, є перебіг даних порушень при збільшенні тяжкості субкортикальних когнітивних порушень. Тяжкість виконавчої дисфункції наростала на етапах розвитку ССД, а її ступінь дозволяв достовірно розрізняти осіб БКП, хворих на ССЛКП та пацієнтів із ранніми стадіями ССД. Щодо виявлених характерних психопатологічних порушень, то їх частота достовірно збільшувалася на етапах формування ССД, а тяжкість була стабільною.

Таблиця 4

**Коефіцієнти кореляції Спірмена для виразності специфічних нейропсихологічних та психопатологічних синдромів етапів розвитку ССД**

Показники	Депресія	Апатія	Розлади нічної поведінки
Загальний бал MMSE (0-30)	-0,39*	-0,37*	-0,23*
Увага, табл. Шульте (середній час на 1 табл.), с	0,40*	0,29*	0,19
Категоріальна швидкість, кількість слів за 1 хв.	-0,32*	-0,18	-0,25*
Тест, малювання годинника, 1 частина, бали (0-10)	-0,30*	-0,22	-0,26*
Кінетична апраксія, бали (0-3)	0,34*	0,35*	0,21*
Відстрочене пригадування слів, TIME-test, (0-5)	-0,29*	-0,17	-0,17

Тісні достовірні кореляції даних нейропсихологічних та психопатологічних порушень говорять про їх спільний патогенез. Найбільш тісно поєднані між собою синдроми виконавчої дисфункції, депресія та апатія. З точки зору сучасної нейропсихологічної парадигми синдром виконавчих порушень та органічні депресивні розлади у осіб похилого віку пов'язані з розладами функціонування дорзо-латеральних відділів префронтальної кори [24]. З позицій гіпотези «судинної депресії» її розвиток залежить від ураження мікроvasкулярним процесом корково-субкортикальних кіл, що регулюють настрої [15; 22]. За даними патологоанатомічних досліджень це ушкодження префронтально-стріатних та префронтально-амігдаларних проєкцій [20].

Згідно до уявлень сучасної нейропсихології апатія є синдромом ураження медіальної префронтальної кори [24]. За нейроанатомічними даними апатія може бути індукована змінами у нейрональній сітці, яка генерує контроль цілеспрямованої діяльності. Дана сітка в основному представлена структурами префронтальної кори, їх зв'язками з базальними ядрами, таламусом та лімбічними утвореннями [18].

Щодо органічних розладів нічної поведінки, їх специфічні психопатологічні та нейропсихологічні дослідження наразі відсутні. Незначні кореляції даного синдрому з виконавчими порушеннями та суттєві з апатією та депресією можуть свідчити про вторинність значення даного синдрому як складової частини розладів настрою та мотивації.

Проведене нами дослідження продемонструвало, що на етапах формування ССД відбувається поступове ураження специфічних мозкових систем, які відповідають за здійснення виконавчих функцій, регуляцію настрою та контроль цілеспрямованої діяльності. З клінічної точки зору це проявляється прогресуванням виконавчих порушень та наростанням частоти депресії та апатії. Тобто специфічним для етапів розвитку ССД є формування виконавчо-депресивно-апатичного синдрому, тяжкість якого наростає за рахунок погіршення виконавчого компонента та частоти психопатологічних порушень.

**Висновки.** 1. Етапи розвитку ССД супроводжуються формуванням специфічного нейропсихологічного та психопатологічного синдромокомплексу у вигляді

виконавчо-депресивно-апатичних порушень. 2. Його перебіг характеризується наростанням тяжкості виконавчої дисфункції та частоти депресії та апатії. 3. Формування даного синдромокомплексу відображає прогресуюче ураження дорзо-латеральної та медіальної префронтальної кори і її зв'язків із підкірковими відділами головного мозку із переважним залученням модулів довільного контролю за протіканням когнітивних процесів, регуляції настою та мотивації.

#### Література

1. Левада О. А. Параметры нейровизуализации на этапах развития субкортикальной сосудистой деменции // Таврический журнал психиатрии. – 2012. – Т.16, N 4 (61). – С. 193–199.
2. Левада О. А., Трайлін А. В. Спектр психопатологічних і поведінкових порушень на етапах формування субкортикальної судинної деменції за даними Neuropsychiatric Inventory // Архів психіатрії. – 2013. – Том. 19, N 1 (72). – С. 69–74.
3. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – М.: Изд-во МГУ, 1962. – 432 с.
4. Методика «Таблицы Шульте» / Альманах психологических тестов. М., 1995, С. 112–116.
5. Нейропсихологическая диагностика: схема нейропсихологического исследования высших психических функций и эмоционально-личностной сферы. Часть 1 / ред. Е.Д. Хомская. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2007. – 64 с.
6. Пінчук І. Я. Гернтопсихіатрична допомога: сучасні підходи. – Тернопіль: ТзОВ «Терно-граф», 2011. – 224 с.
7. Agüero-Torres H., Fratiglioni L., Guo Z. et al. Dementia is the major cause of functional dependence in the elderly: 3-year follow-up data from a population-based study // Am. J. Public. Health. – 1998. – Vol. 88. – P. 1452–1456.
8. Benton A. L. Differential behavioural effects in frontal lobe disease // Neuropsychology. – 1968. – Vol. 6. – P. 53–60.
9. Borkowski J. G., Benton A.L., Spreen O. Word fluency and brain damage // Neuropsychology. – 1967. – Vol. 5. – P. 135–140.
10. Cummings J. L., Mega M., Gray K. et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia // Neurology. – 1994. – Vol. 44, P. 2308–2314.
11. El Tallawy H. N., Farghly W. M., Shehata G. A. et al. Prevalence of dementia in Al Kharga District, New Valley Governorate, Egypt // Neuroepidemiology. – 2012. – Vol. 38, N 3. – P. 130–137.
12. 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.
13. Finkel S. I. Behavioral and psychological symptoms of dementia: a current focus for clinicians, researchers, and caregivers // J. Clin. Psychiatry. – 2001. – Vol. 62 (Suppl 21), P. 3–6.
14. 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.
15. Göthe F., Enache D., Wahlund L. O. et al. Cerebrovascular diseases and



- depression: epidemiology, mechanisms and treatment // Panminerva Med. – 2012. – Vol. 54, N 3. – P. 161–170*
16. Ikejima C., Hisanaga A., Meguro K. et al. Multicentre population-based dementia prevalence survey in Japan: a preliminary report // *Psychogeriatrics. – 2012. – Vol. 12, N 2. – P. 120–123.*
  17. Jellinger K. A. Pathology and pathogenesis of vascular cognitive impairment—a critical update // *Front. Aging Neurosci. – 2013. – Vol. 5. – Art. 17. doi: 10.3389/fnagi.2013.00017.*
  18. Levy R., Dubois B. Apathy and the functional anatomy of the prefrontal cortex-basal ganglia circuits // *Cereb. Cortex. – 2006. – Vol. 16, P. 916–928.*
  19. Libon D. J., Swenson R. A., Barnoski E. J., Sands L.P. Clock drawing as an assessment tool for dementia // *Arc. Clin. Neuropsychol. – 1993. – Vol. 8. – P. 405–415.*
  20. Rajkowska G., Miguel-Hidalgo J. J., Dubey P. et al. Prominent reduction in pyramidal neurons density in the orbitofrontal cortex of elderly depressed patients // *Biol Psychiatry. – 2005. – Vol. 58, N4. – P. 297–306.*
  21. Ross G. W., Petrovitch H., White L. R. et al. Characterization of risk factors for vascular dementia: The Honolulu Asia Aging Study // *Neurology. – 1999. – Vol. 53. – P. 337–343.*
  22. Seki T., Awata S., Koizumi Y. et al. Association between depressive symptoms and cerebrovascular lesions on MRI in community-dwelling elderly individuals // *Nippon Ronen Igakkai Zasshi. – 2006. – Vol. 43, N1. – P. 102–107.*
  23. Staekenborg S. S., Su T., van Straaten E. C. et al. Behavioural and psychological symptoms in vascular dementia: differences between small- and large-vessel disease // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2010. – Vol. 81, P. 547–551.*
  24. *The little black book of neuropsychology: A syndrome-based approach / Ed. M. R. Schoenberg, J. G. Scott // Springer Science+Business Media, LLC. – 2011. – P. 988.*
  25. Virués-Ortega J., de Pedro-Cuesta J., Vega S. et al. Prevalence and European comparison of dementia in a ≥75-year-old composite population in Spain // *Acta Neurol. Scand. – 2011. – Vol. 123, N5. – P. 316–324.*
  26. Yeager C. A., Hyer L. A., Hobbs B., Coyne A. C. Alzheimer's disease and vascular dementia: the complex relationship between diagnosis and caregiver burden // *Issues Ment. Health Nurs. – 2010. – Vol. 31, N6. – P. 376–384.*

### СПЕЦИФИЧЕСКИЙ КОГНИТИВНО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМОКОМПЛЕКС ЭТАПОВ РАЗВИТИЯ СУБКОРТИКАЛЬНОЙ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

О. А. ЛЕВАДА

Изучали наличие специфических нейропсихологических и психопатологических нарушений у лиц пожилого и старческого возраста без когнитивных нарушений (n = 50), пациентов с субкортикальными сосудистыми легкими когнитивными нарушениями (n = 70) и больных с субкортикальной сосудистой деменцией (ССД) (n = 69). Использовали нейропсихологическое тестирование и Neuropsychiatric Inventory. Было установлено следующее: 1. Этапы развития ССД сопровождаются формированием специфического нейропсихологического и психопатологического синдромакомплекса в виде исполнительно-депрессивно-апатических нарушений. 2. Его течение характеризуется нарастанием тяжести исполнительной дисфункции и частоты депрессии и апатии. 3. Формирование данного синдромакомплекса отражает прогрессирующее поражение дорзо-латеральной и медиальной префронтальной коры и ее связей с подкорковыми отделами головного мозга с преобладающим вовлечением модулей произвольного контроля над протеканием когнитивных процессов, регуляции настроения и мотиваций.

**Ключевые слова:** субкортикальная сосудистая деменция, этапы развития, специфические нейропсихологические и психопатологические синдромы

### PECULIAR COGNITIVE-PSYCHOPATHOLOGICAL COMPLEX OF SYNDROMES AT THE STAGES OF DEVELOPMENT OF SUBCORTICAL VASCULAR DEMENTIA

O. A. LEVADA

We studied the presence of specific neuropsychological and psychopathological disorders in elderly and senile patients without cognitive impairment (n = 50), patients with subcortical vascular mild cognitive impairment (n = 70) and patients with subcortical vascular dementia (SVaD) (n = 69). We used neuropsychological testing and Neuropsychiatric Inventory. It has been found the following. 1. Stages of SVaD development accompanied by the formation of specific neuropsychological and psychopathological complex of syndromes as executive-apatetic-depressive disorders. 2. Its course is characterized by increasing severity of executive dysfunction and the frequency of depression and apathy. 3. Formation of the complex of syndromes reflects the progressive damage of dorso-lateral and medial prefrontal cortex and its connections with subcortical regions of the brain with predominant involvement of the modules of arbitrary control over the flow of cognitive processes, the regulation of mood and motivation.

**Key words:** subcortical vascular dementia, stages of development, specific neuropsychological and psychiatric syndromes



УДК 616.831-005-008

**А. А. Самедов, Л. А. Гасан-заде**  
**ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕМЕНЦИИ**  
**(БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА, СОСУДИСТЫЕ ДЕМЕНЦИИ,**  
**ВЗГЛЯД ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ПСИХИАТРИИ)**

Республиканская Психиатрическая больница №1  
Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики

**Ключевые слова:** деменция, болезнь Альцгеймера, когнитивные нарушения

Актуальность этой проблемы сегодня общепризнана и вряд ли нуждается в доказательствах, поскольку деменция пожилого возраста в последние 20–30 лет вышли в число наиболее распространенных и экономически затратных форм психической патологии. При

этом их распространенность в населении быстро растет и будет без сомнения увеличиваться и далее. Причина этому столь же очевидна – рост средней продолжительности жизни и увеличение доли пожилых людей в населении, наблюдаемый в подавляющем большинстве

стран, начиная с середины XX в. Рост распространенности деменции в последние десятилетия принял такие масштабы, что ее стали называть «эпидемией века».

В мире к 2000 г. насчитывалось 12 млн больных с болезнью Альцгеймера. Если не будут найдены эффективные способы лечения и профилактики, то прогноз неутешителен: до 2050 г. предсказывается увеличение количества больных до 100 млн. Задержка начала заболевания на 5 лет через одно поколение позволила бы в 2 раза сократить его распространенность.

По данным ЕЭС, к 2004 г. в Европе насчитывалось 7 млн больных деменцией, а в последующие 50 лет прогнозируется увеличение их числа до 16 млн [5]. В США болезнью Альцгеймера страдает уже более 5 млн жителей, а к 2050 г. это число достигнет 14 млн, диагноз этот ставится в стране каждую 71-ю секунду, а к середине текущего столетия этот показатель снизится уже до 33 секунд [7]. Социально-экономические потери от этой патологии поистине огромны – так, болезнь Альцгеймера в США по расходам из бюджета сегодня вышла уже на 3-е место среди всех болезней, величина эта составляет 155 млрд долларов в год, а содержание одного больного обходится в 150 тыс. долларов в год. Оказалось, что для человека, достигшего 65-летнего возраста риск заболеть болезнью Альцгеймера почти столь же высок, как риск перенести инфаркт миокарда. Масштабы проблемы вырастают еще более еще и потому, что эта патология существенно изменяет жизнь членов семьи пациента, осуществляющих уход. И почти у половины из них по понятным причинам при этом возникает депрессия или серьезные соматические заболевания. Развитие деменции лишает человека дееспособности и часто служит причиной его помещения в психиатрические лечебные учреждения или дома престарелых. В связи с увеличением доли пожилых в обществе проблема деменции в текущем столетии приобретает все более актуальное социальное звучание. Недаром ее называют «болезнью века» или даже «эпидемией века». Представления о деменции проделали большой путь от примитивных умозрительных концепций древнего мира и средневековья до современных научных теорий, основанных на достижениях молекулярной нейробиологии, нейрогенетики, нейроморфологии, нейрохимии, нейрофармакологии. На этом пути было немало заблуждений, тупиковых путей и подлинных прорывов в понимании механизмов развития и лечения этого состояния. Представления о деменции отражали уровень развития медицинской науки в целом, но вместе с тем являлись и неотъемлемой частью культуры данного общества.

Лишь с наступлением XX века стало очевидным, что существуют различные формы данной патологии, обусловленные разными заболеваниями головного мозга и имеющие свои клинические особенности. И только в 1960–1970-х годах начали складываться современные представления о нозологической структуре деменции. Стало ясно, что болезнь Альцгеймера является основной причиной развития данного состояния не только в пресенильном, но и в сенильном возрасте. С другой

стороны, все более очевидной становится роль сосудистого фактора в развитии не только сосудистой деменции, но и болезни Альцгеймера. В связи с этим активно развивается концепция смешанной деменции.

В последние десятилетия деменция становится одной из наиболее активно изучаемых проблем в нейронауках. Крупнейший прорыв в исследовании деменции связан с установлением роли дефицита холинергических систем в патогенезе болезни Альцгеймера и других форм деменции. Именно это открытие позволило разработать один из наиболее эффективных на сегодняшний день подходов к лечению различных форм деменции, связанный с применением ингибиторов холинэстеразы. Не менее важную роль сыграло открытие антидементных свойств модулятора глутаматергических рецепторов мемантина. В настоящее время идут активные поиски новых направлений в лечении различных форм деменции, связанные с открытиями в области генетики, молекулярной биологии, нейроиммунологии, совершенствованием технологии стволовых клеток и т. д., которые, возможно, позволят осуществить новый прорыв в лечении деменции в XXI веке. Но уже сегодня существуют терапевтические возможности, которые при рациональном использовании могут существенно облегчить жизнь пациентам и их семьям. К числу основных факторов риска развития деменции относятся возраст, наследственная предрасположенность, а также факторы риска развития цереброваскулярного заболевания. В ряде исследований было показано, что у женщин распространенность деменции выше, чем у мужчин, особенно в возрасте старше 75 лет. Аналогичная тенденция выявляется и при анализе возрастной группы старше 80 лет. Более того, у женщин показатель заболеваемости с возрастом продолжает неуклонно расти, тогда как у мужчин в ряде исследований она достигает плато к 85 годам. Хотя чаще всего деменция встречается среди пожилых лиц, но может развиваться и в более молодом возрасте, и даже у детей. По данным популяционных исследований, в возрастной группе 30–64 года распространенность деменции составляет 54 случая на 100 тыс. населения, а в более узком возрастном интервале 45–64 года этот показатель равен 98. Как и в пожилом возрасте, распространенность деменции удваивается каждые 5 лет. Важной особенностью развития деменции в молодом возрасте является более частое ее выявление у мужчин.

#### **Когнитивные нарушения**

Когнитивные нарушения – ядро клинической картины деменции. Для данного состояния характерно одновременное расстройство нескольких когнитивных функций, таких как память, внимание, речь, праксис, гнозис, мышление или таких более тонких функций, как, например, способность планировать, принимать решение, контролировать свои действия.

Начиная с ранних этапов развития деменции когнитивные нарушения могут выражаться в следующих симптомах:

- рассеянность и неспособность к длительной концентрации внимания;

- повышенная забывчивость;
- трудности в подборе слов;
- снижение инициативы и неспособность к переключению;
- нарушение ориентации во времени и пространстве;
- ослабление критики;
- затруднения при выполнении привычных действий;
- нарушение абстрактного мышления.

Следует подчеркнуть, что выделение отдельных когнитивных сфер имеет условный характер, так как они скорее представляют собой теоретические конструкции, помогающие концептуализировать функции мозга, а не реальный нейробиологический феномен. Кроме того, нужно учитывать, что выполнение нейропсихологических тестов, по которым судят о состоянии пациента, часто зависит от сохранности нескольких когнитивных функций.

По своему нейропсихологическому профилю деменция весьма гетерогенна, что в основном зависит от преимущественной локализации поражения при том или ином заболевании. В зависимости от локализации поражения условно можно выделить 3 основных типа деменции:

- корковая (передняя, задняя);
- подкорковая (подкорково-лобная);
- корково-подкорковая .

Специфика когнитивного дефицита при различных формах деменции определяется соотношением нарушенных и относительно сохраненных когнитивных функций.

#### **Фармакотерапия**

Кроме пересмотра мнения о распространенности деменций пожилого возраста в населении, за прошедшие десятилетия кардинально изменились взгляды на курабельность многих из них. Если со времени первого описания А. Альцгеймером этого заболевания у 50-летней Аугусты Детер (1906) вплоть до 1960-х гг. эта патология считалась очень редкой и некурабельной, в 1960-1980-х гг. – частой, но некурабельной, то начиная с 1990-х гг. с приходом в практику препаратов-ингибиторов холинэстеразы – очень частой и до известной степени курабельной.

Хотя используемые сегодня методики и препараты и не позволяют полностью остановить прогрессирование болезни Альцгеймера (как и значительного большинства других форм деменций пожилого возраста) и изменить ее исход в длительной перспективе, однако они дают возможность существенно замедлить скорость прогрессирования болезни, продлить на несколько лет период, когда пациент может вести более-менее независимую и полноценную жизнь, оставаясь в семье, снизить нагрузку на родственников и отодвинуть момент госпитализации в психиатрический стационар или учреждения по уходу.

Эффективность в лечении альцгеймеровской деменции на сегодняшний день доказана для двух групп препаратов: ингибиторов холинэстеразы и блокатора NMDA-глутаматных рецепторов мемантина [5; 10].

**Ингибиторы холинэстеразы (ИХЭ).** Создание и внедрение в практику этой группы препаратов (синоним

– антихолинэстеразные препараты) явилось одним из важнейших достижений психофармакотерапии 1990-х гг. Механизм их действия вполне понятен: блокируя расщепление ацетилхолина в синапсах они способствуют усилению ацетилхолиновой трансмиссии в головном мозге, что ведет к улучшению когнитивных функций, в которых ацетилхолин играет главную роль. Кроме того, это сопровождается улучшением повседневных навыков пациента, способностей к самообслуживанию, упорядочиванием его поведения, и как следствие – снижением нагрузки на тех, кто осуществляет уход.

Первым из числа этих препаратов был **такрин**, зарегистрированный FDA США в 1993 г., в Европе использовался с 1997 г. Хотя его эффективность и была доказана, однако выраженная гепатотоксичность и другие побочные эффекты, а также очень короткий период полувыведения (2 часа, что требовало 4 приема в день) привели к прекращению его использования.

В настоящее время в мире используются три антихолинэстеразных препарата второго поколения – донепезил, ривастигмин и галантамин; все они при лечении альцгеймеровской деменции обладают примерно одинаковой эффективностью и гораздо лучшей в сравнении с такрином переносимостью. Их своевременное назначение ведет к тому, что когнитивное снижение на время существенно замедляется – иными словами, у болезни «отыгрывается» 1–2 года, а последующее снижение идет по более пологой траектории. На сегодня доказана эффективность препаратов этой группы при следующих формах деменций – болезни Альцгеймера, сосудистой и смешанной деменции, а также деменции с тельцами Леви и болезни Паркинсона [1; 5; 10].

**Донепезил (арисепт, алзепил).** Используется с 1997 г. Селективный обратимый ингибитор холинэстеразы. Эффективен при болезни Альцгеймера, сосудистой (мультиинфарктной) и смешанной деменции, отчетливо упорядочивает поведение пациентов. Максимальная концентрация в плазме достигается через 3-4 часа после приема внутрь. Период полувыведения – около 70 часов. Не имеет активных метаболитов и проявляет низкую активность ингибирования ацетилхолинэстеразы за пределами нервной системы, вследствие чего достаточно безопасен. Ввиду хорошей переносимости, простоты схемы приема и большого числа проведенных исследований считается сегодня препаратом первого выбора в лечении альцгеймеровской деменции. Суточная доза – 5 мг или 10 мг 1 раз в день, перед сном.

**Ривастигмин (экселон).** Особенно показан при ранних (пресенильных) и быстро прогрессирующих формах болезни Альцгеймера. Эффективен также при деменции с тельцами Леви, болезни Паркинсона, сосудистой деменции. Период полувыведения – около 10 часов, поэтому назначается 2 раза в день, до еды. Начальная доза – по 1,5 мг 2 раза в день, через 4 нед. дозу повышают до 3 мг 2 раза в день. При хорошей переносимости дозу повышают и далее, максимально до 6 мг 2 раза в день. Выпускается в капсулах, а также в виде питьевого раствора и пластыря для трансдермального введения,

обеспечивающего постоянное поступление препарата в кровь в течение 24 часов.

**Галантамин (реминил).** Эффективен при болезни Альцгеймера, сосудистой (мультиинфарктной) и смешанной деменции. Период полувыведения – 7-8 часов. Лечение начинают с 4 мг 2 раза в день утром и вечером вместе с пищей, через 4 нед. доза увеличивается до 8 мг 2 раза в день, максимальная доза – 12 мг 2 раза в день.

Еще одним препаратом со сходным механизмом действия, созданным в РФ и зарегистрированным также и в нашей стране, является ипидакрин (нейромедин) – обратимый ИХЭ как в ЦНС, так и на периферии, однако его ингибиторная активность в десятки раз меньше в сравнении с ИХЭ 2-го поколения. Опыт его применения при деменциях невелик, и количество публикаций с результатами его использования намного меньше, чем в отношении антихолинэстеразных препаратов 2-го поколения. В нескольких российских исследованиях показан положительный его эффект при альцгеймеровской и смешанной деменции, однако его клиническая эффективность в долгосрочном аспекте остается пока недостаточно изученной. Назначают в 2 или 3 приема, начиная с 10 мг 2 раза в день с постепенным повышением дозы до 40–80 мг в сутки. Препарат с иным, чем ингибиторы холинэстеразы - селективный блокатор NMDA-глутаматных рецепторов мемантин (акатинол мемантин) применяется в лечении деменций совсем недавно – последние 5–7 лет и в нашей стране пока не использовался. В нескольких исследованиях была показана его способность улучшать когнитивные способности пациентов при болезни Альцгеймера, сосудистой и смешанной деменции, а также упорядочивать их поведение, уменьшая возбуждение и агрессивность.

При использовании препаратов-ИХЭ и мемантина необходимо соблюдать несколько основных правил [5; 10]:

- лечение должно начинаться как можно раньше, на возможно более ранних этапах болезни, поскольку тогда его эффект намного выше; наиболее показаны эти препараты в случаях легкой и умеренной деменции, когда оценка по шкале MMSE превышает 10-12 баллов;
- с целью избежать выраженных побочных эффектов повышение дозы необходимо проводить медленно, путем титрования;
- чем выше доза препарата (в пределах терапевтических доз) – тем выше эффект, поэтому нужно стремиться повысить дозу до адекватного уровня; лечение заниженными дозами гораздо менее эффективно;
- лечение должно проводиться длительно – после достижения улучшения, которое обычно происходит через 3-4 мес. длится период стабилизации длительно в среднем в 1 год (иногда – несколько лет), а затем, несмотря на продолжение приема, когнитивные функции начинают снижаться;
- в процессе лечения необходим постоянный контроль его эффективности с использованием перечисленных выше нейропсихологических методик (чаще всего

MMSE, ADAS cog и ADL) каждые 3-6 месяцев, а также путем клинического наблюдения.

Перечислим еще и препараты, эффективность которых в лечении болезни Альцгеймера хотя и предполагалась, но до настоящего времени доказана все же не была [5]:

- предшественники ацетилхолина – холин, лецитин и др.; отсутствие результатов вероятно обуславливается трудностью преодоления этими препаратами гематоэнцефалического барьера;
- витамин Е и другие антиоксиданты;
- витамины группы В;
- статины;
- экстракт *Ginkgo biloba*;
- ноотропные препараты – пирацетам, пиридитол и др.;
- эстрогены;
- селегилин и моклобемид – обратимые ингибиторы моноаминоксидазы; отмеченное в некоторых ранних исследованиях улучшение когнитивных функций при их использовании вероятно было обусловлено улучшением настроения;
- нестероидные противовоспалительные средства.

#### **Обследование**

За последние 10–15 лет сложился стандартный набор методов, повсеместно используемых для распознавания и уточнения характера деменции [1; 5].

Из числа инструментальных методов всем пациентам, обследуемым по поводу деменции необходимо проведение компьютерной либо магнитно-резонансной томографии (КТ/ МРТ). Проведение ЭЭГ показано только при деменции вследствие эпилепсии, болезни Крейнцфельда-Якоба и подостром склерозирующем панэнцефалите (но не при болезни Альцгеймера).

Сформировался также набор нейропсихологических методик, включающий чаще всего:

- Краткое исследование психического состояния (Mini-Mental State Examination – MMSE) или тест Фольштейна – самую распространенную и чаще всех других используемую в общей медицинской практике методику;
- Тест рисования часов;
- Тест на речевую активность;
- Клиническую рейтинговую шкалу деменции (Clinical Dementia Rating Scale – CDR);
- Батарейку тестов для оценки лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery – FAB);
- Оценочную шкалу болезни Альцгеймера (The Alzheimer's Disease Assessment Scale – Cognitive Scale – ADAS cog);
- Ишемическую шкалу Хачинского – для проведения дифференциальной диагностики между первично-дегенеративной (альцгеймеровской), смешанной и сосудистой (мультиинфарктной) деменцией;
- Монреальскую когнитивную шкалу (The Montreal Cognitive Assessment – MoCA или Mini-Cog) – ввиду своей простоты и малых затрат времени (5–10 минут) она используется наряду с MMSE и Тестом



рисования часов для скрининга деменции в первичном здравоохранении и общей медицинской практике;

- Шкалу активности в повседневной жизни (Activities of daily living – ADL).

Общепринятый сегодня минимум нейропсихологического обследования включает MMSE, FAB и Тест рисования часов. Для оценки эффективности фармакотерапии и динамики состояния когнитивной сферы пациента в процессе лечения ингибиторами холинэстеразы чаще всего используют методики MMSE, ADAS cog и ADL.

К сожалению, даже в общей психиатрической практике перечисленные методики несмотря на их простоту и доступность используются пока очень редко, а в практике общей медицинской не используются вовсе, хотя после минимальной подготовки вполне доступны врачу любой лечебной специальности.

На базе Республиканской Психиатрической больницы, нами было проведено исследование с использованием методики MMSE. В исследование были включены 50 пациентов старческого возраста от 65 до 91-ого года, обоих полов (28 – м. пола, 23 – ж. пола). Так по результатам теста у 8% опрошенных не имеются нарушения когнитивной функции. У 10% пациентов прослеживаются преддементные когнитивные нарушения. 12% опрошенных показывают деменцию легкой степени выраженности. 38% выявило результаты указывающие на деменцию умеренной степени выраженности. И 32% опрошенных показали результат тяжелой деменции. Это указывает на то, что при желании возможно своевременно выявить предпосылки заболевания. Что тем более необходимо, поскольку проблема деменции носит

мультидисциплинарный характер и касается не только психиатров и психологов, но также неврологов, врачей системы первичного здравоохранения, терапевтов, кардиологов, эндокринологов и врачей других лечебных специальностей, а также медицинских сестер, социальных работников, юристов и др.

### Литература

1. Деменции: руководство для врачей / Н. Н. Яхно, В. В. Захаров, А. Б. Локшина и др. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 272 с.
2. Евсегнеев Р. А. Болезнь Альцгеймера – трудный путь познания. – Медицинские новости. – 2008. - №5. – с. 7-10.
3. Евсегнеев Р. А. Современное состояние и проблемы развития психиатрии пожилого возраста в Республике Беларусь. – Психиатрия. – 2009. - №1 (3). - с. 98 - 103.
4. Калын Я. Б. Психическое здоровье населения пожилого и старческого возраста (клинико-эпидемиологическое исследование). Дисс. ... докт. мед. наук. – М.: 2001.
5. Левин О. С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 256 с.
6. Случевская С. Ф. Клинико-эпидемиологическая характеристика и организация медико-социальной помощи психически больным пожилого возраста в Санкт-Петербурге. - Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2008. – 18 с.
7. Alzheimer's Association, 2008. Alzheimer's Disease: Facts and Figures. - Alzheimer's & Dementia. – 2008. – Vol.4. – P. 110-133.
8. Jacoby R., Oppenheimer C. (editors). Psychiatry in the elderly. – Oxford: Oxford University Press. – 2002.
9. Lobo A., Launer L., Fratiglioni L. e.a. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe. – Neurology. – 2000.- Vol. 4 (S.5) – P. 4-9.
10. Olsen C. E., Poulsen H. D., Lublin H.K. Drug therapy of dementia in elderly patients. A review. – Nordic Journal of Psychiatry. – 2005. – Vol. 59, №2. – P. 71-77.
11. Евсегнеев Р. А. Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск. Болезнь Альцгеймера и другие деменции пожилого возраста: есть ли изменения к лучшему?

### DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DEMENTIA

#### (ALZHEIMER'S DISEASE, VASCULAR DEMENTIA, THE VIEW THROUGH LENS OF PSYCHIATRY)

A. SAMEDOV, L. A. HASAN-ZADEH

The urgency of the problem today is acknowledged and is unlikely to be proven as dementia elderly in the last 20-30 years, came one of the most common and economically costly forms of mental pathology. Dementia deprives a person of capacity and often serves as the reason for his placement in psychiatric hospitals or nursing homes. Perceptions of dementia have come a long way from the primitive speculative concepts of the ancient world and the Middle Ages to modern scientific theories based on the achievements of molecular neurobiology, neurogenetics, Neuromorphology, neurochemistry, neuropharmacology. On the Republican Psychiatric Hospital № 1, we have carried out research using the technique MMSE (Brief study of mental state (Mini-Mental State Examination - MMSE) or Folstein test - the most common and most often used in other general medical practice technique). The study included 50 elderly patients between 65 and 91, of both sexes (28 m.pola, 23-zh.pola). The aim of the study was to demonstrate the possibility of early detection of the prerequisites of the disease and as a result start treatment in the early stages of the disease.

**Keywords:** dementia, Alzheimer's disease, cognitive impairment



УДК: 616.89-008.44/47:616.853

**С. Н. Саржевский**

**СОЧЕТАНИЕ КОГНИТИВНЫХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ**

Запорожский государственный медицинский университет

Ключевые слова: фокальная эпилепсия, когнитивные расстройства, депрессия

Эпилептология является междисциплинарной наукой, формирующейся на стыке нейрофизиологии, неврологии, нейрохирургии и психиатрии. Традиционно пациент первоначально обращается к неврологам, которые описывают разнообразие нейрофизиологических особенностей заболевания, многогранность клинической картины, медикаментозную тактику и различные

осложнения, периодически возникающие на фоне регулярного приема антиэпилептических препаратов. При этом бытует мнение, что наличие интеллектуально-мнестических расстройств результат не вовремя начатой или неадекватно проводимой терапии болезни. Психиатры наоборот, курируют пациента спустя годы от начала процесса и вынуждены констатировать в первую очередь

деменцию, поведенческие и эмоциональные нарушения, что позволяет предполагать обязательную прогрессивность эпилепсии [2; 3].

В последнее время уделяется внимание развитию когнитивных нарушений, когда они выходят за границы возрастной нормы, но ещё не достигают степени деменции. Согласно современной классификации данные проявления диагностируются как лёгкое когнитивное или эмоционально лабильное органическое расстройство, а в сочетании с поведенческой симптоматикой как органическое расстройство личности. Эти нозологические формы встречаются достаточно часто, однако не всегда диагностируются и корригируются. У больных эпилепсией развивающиеся когнитивные нарушения могут быть транзиторными (иктальными или постиктальными), а также продолжительными или постоянными (интериктальными). На фоне проводимой терапии они могут иметь чаще всего дозозависимый преходящий или более продолжительный характер. Характер данных когнитивных нарушений ассоциирован как с локализацией очага эпилептиформной активности, так и с локализацией структурного дефекта головного мозга. Существует мнение, что именно когнитивный дефект является одной из причин нарушения социальной адаптации и инвалидизации больных эпилепсией [1].

Как и деменции, лёгкие когнитивные расстройства являются полиэтиологическим синдромом и характеризуются клинической полиморфностью. Среди факторов, связанных с их проявлениями ведущими являются возраст больного в момент дебюта заболевания, его длительность, тип и частота пароксизмов, локализация и латерализация очага поражения, применяемые антиконвульсанты (их дозировка и сочетание) [6]. На когнитивный дефицит оказывает влияние формирование эпилептической энцефалопатии, присоединение сосудистого компонента, вследствие сопутствующих заболеваний, наличие эмоциональной (депрессивной или тревожной) симптоматики. Так описаны когнитивные нарушения при депрессиях, имеющие характер «депрессивной псевдодеменции» с амнестической дезориентировкой, при их обратимости в процессе лечения [4]. В структуре когнитивных нарушений доминирует патология памяти, однако описаны расстройства внимания, речи, мышления. По литературным данным, представляет интерес изучение вопроса о связи когнитивных нарушений с эмоциональной патологией больных при разных типах припадков, их сочетании и динамике [5].

**Целью** настоящего исследования являлось изучение структуры и динамики невыраженного когнитивного дефицита при наиболее распространённой фокальной эпилепсии у взрослых в сочетании с эмоциональными (депрессивными) расстройствами.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 46 пациентов в возрасте от 24 до 68 лет (34 мужчины, 12 женщин), средний возраст  $36,2 \pm 1,8$  года. Все больные проходили стационарное обследование и лечение или неоднократно амбулаторное консультирование в Запорожской областной психиатрической больнице. У

них была диагностирована симптоматическая (или возможно симптоматическая) фокальная эпилепсия. Данный диагноз основывался на определении заболевания, сформированной последней ревизией Международной противоэпилептической лиги. При определении формы болезни и структуры ведущего пароксизмального синдрома использовалась современная классификация эпилепсии (Нью-Дели, 1981) и эпилептических приступов (Киото, Япония, 1981). Всем пациентам на протяжении болезни неоднократно проводилось нейрофизиологическое (ЭЭГ) исследование. Психопатологическая квалификация психических нарушений проводилась согласно диагностическим критериям МКБ-10, раздел F/06,07. Средняя продолжительность заболевания у 84% была более 10 лет. У всех пациентов выявлялся различной степени выраженности депрессивный симптомокомплекс, в 37% выставлен диагноз депрессивное органическое расстройство.

Для исследования когнитивных нарушений применялся тест MiniMental State Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975) в первый день, а также в процессе лечения (через 4 недели). Для оценки степени выраженности депрессивных переживаний включалась шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) (Hamilton, 1967), её вариант из 17 шкал, которая также отражала динамику лечения антидепрессантами и транквилизаторами.

**Результаты и обсуждение.** Из общей характеристики группы учитывались этиологические факторы, тип и частота пароксизмов, локализация и латерализация поражения, наличие образования и работы по специальности, особенности лечения. Проведенный анализ анамнестических данных показал, что у больных первые эпилептические припадки развивались после перенесенной ЧМТ (62,3%), интоксикаций (24,7%), воспалительных заболеваний головного мозга (4,9%). Среди остальных причин – сосудистые поражения, токсоплазмоз, опухоли и последствия операций. Средний возраст дебюта заболевания составил  $31,2 \pm 2,11$  года. Отягощённый анамнез прослеживался лишь в 8,2% больных.

При сопоставлении пароксизмов преобладали простые фокальные моторные приступы (37,2%), в 14,4% – они проходили с вторичной генерализацией. Фокальные сенсорные пароксизмы выявлялись у 28,3% пациентов. Они могли проявляться как с элементарными, так и сложными сенсорными феноменами; в 12,6% и они сопровождалась дальнейшей генерализацией. В 6,1% диагностированы сложные фокальные моторные приступы с различными автоматизмами. В остальных случаях выявлены вторично-генерализованные приступы с неутончённым фокусом. По частоте преобладали редкие (1 раз в 1–2 месяца) и умеренно выраженные (2–4 в месяц) пароксизмы.

Среднее специальное образование имели 52,1% пациентов, однако на момент исследования лишь 37,4% продолжали работать по специальности. Только начальное образование отмечалось у 37,1% больных, остальные имели высшее и незаконченное высшее образование. В целом только 41,3% продолжали в настоящее

время работать, остальные не могли найти работу по специальности, были пенсионерами по возрасту или инвалидностью, ожидали трудоустройства в бюро занятости.

Среди локализации поражения удалось выделить три варианта: лобная, теменно-затылочная, височная; у 46,8% больных определялось двустороннее поражение мозга с акцентом в динамике наблюдения. В лечебных назначениях преобладал карбамазепин, соли вальпроевой кислоты, в 14,3% в сочетании с ламотриджином и топироматом. Из антидепрессантов преобладали селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, транквилизаторы были представлены гидазепамом и афобазолом.

Когнитивные нарушения у всех пациентов, согласно тесту MMSE, были представлены лёгкими (26–28 баллов) и умеренно выраженными (24–25 баллов) значениями. Больные с проявлениями даже лёгкой степени деменции из исследования исключались. В целом наличие интеллектуально-мнестических расстройств фиксировалось, начиная с жалоб. Это были субъективные признаки снижения памяти и умственной работоспособности, трудность концентрации внимания и уменьшения способности к обучению. Они сочетались с повышенной утомляемостью при выполнении умственной нагрузки. По данным шкалы MMSE доминировали нарушения внимания в виде нарушения обратного счёта и повторения без ассоциаций. В меньшей степени встречались ошибки в воспроизведении запоминаемых предметов, копировании геометрических фигур и письме. В клинических проявлениях выявленного когнитивного дефекта удалось проследить зависимость от очага патологической активности. Так при височной локализации преобладали признаки амнестического синдрома, либо нарушения вербальной и пространственной памяти. Теменно-затылочная локализация демонстрировала акцент на афатических нарушениях. При локализации патологического очага преимущественно в лобных долях головного мозга доминировали такие нарушения в когнитивной сфере, как трудности программирования действий, принятия решений и выработки стратегий, абстрактного мышления, недостаточная переключаемость или неустойчивость произвольного внимания.

Депрессивный симптомокомплекс также был представлен легкими (7–17 баллов по HDRS) и умеренно выраженными (18–25 баллов по HDRS) проявлениями. Сложность диагностики депрессий была обусловлена субъективными и объективными причинами. Сами больные менее склонны определять имеющиеся жалобы как

психическое нарушение, а видят их как психологические или соматические проблемы. Врач также основное внимание уделяет лечению пароксизмов, а у части больных эмоциональные нарушения расценивались как результат когнитивного дефекта. По структуре преобладали атипичные депрессии с доминированием астении, тревожного компонента и частой ипохондрической фиксацией на переживаниях. Признаки тревоги переживались наиболее мучительно больными и потенцировались соматовегетативными проявлениями – потливостью, вазомоторной лабильностью, тахикардией, колебаниями артериального давления. У трети пациентов определялись маскированные депрессии с ведущими цефалгическими симптомами и расстройствами сна.

Результаты сочетания когнитивных и эмоциональных расстройств, которые имели особенности в зависимости от локализации очага, описаны в таблице 1.

Вне зависимости от локализации количество больных с лёгким и умеренно выраженным когнитивным дефицитом было практически равным. Однако при лобном и теменно-затылочном эпилептических очагах поражения мозга лёгкие когнитивные нарушения преобладали более чем в два раза. При височной эпилепсии наоборот доминировали умеренно выраженные когнитивные расстройства.

Депрессии также распределялись неравномерно, преобладали умеренно выраженные вне зависимости от интеллектуально-мнестического снижения. Частота подобной глубины депрессивных переживаний представляется как результат взаимодействия когнитивных и эмоциональных составляющих, с дополнительным присоединением симптомов эпилептической энцефалопатии и сосудистого компонента на протяжении заболевания. С учётом локализации поражения у больных с височной и лобной эпилепсией преобладали умеренно выраженные периоды сниженного настроения, при теменно-затылочном фокусе диагностировались преимущественно лёгкие депрессии.

Динамика когнитивных и депрессивных нарушений в результате лечения показаны в таблице 2.

В результате комплексного лечения, включающего антидепрессанты, общее количество больных с умеренно выраженной депрессией уменьшилось в 2 раза, при лобной и теменно-затылочной локализации и умеренно выраженными когнитивными проявлениями эта категория вообще отсутствовала. Наиболее ригидной выявлялась динамика депрессии при височной локализации, чему способствовал возраст пациентов и трудности

Таблица 1

**Выраженность когнитивного дефицита и уровень депрессии до лечения**

Локализация очага поражения	Кол-во больных	MMSE 26 -28 баллов, n (%)		MMSE 24 -25 баллов, n (%)	
		HDRS 7-17 баллов, n (%)	HDRS 18-25 баллов, n (%)	HDRS 7-17 баллов, n (%)	HDRS 18-25 баллов, n (%)
Лобная	16	3 (18,75)	7 (43,75)	2 (12,5)	4 (25)
Теменно-затылочная	14	6 (42,85)	3 (21,43)	3 (21,43)	2 (14,29)
Височная	18	1 (5,6)	5 (27,8)	4 (22,2)	8 (44,4)

Таблиця 2

## Выраженность когнитивного дефицита и уровень депрессии после лечения

Локализация очага поражения	Кол-во больных	MMSE 26 -28 баллов, n (%)		MMSE 24 -25 баллов, n (%)	
		HDRS 7-17 баллов, n (%)	HDRS 18-25 баллов, n (%)	HDRS 7-17 баллов, n (%)	HDRS 18-25 баллов, n (%)
Лобная	16	9 (56,25)	4 (25)	3 (18,75)	–
Теменно-затылочная	14	10 (71,4)	3 (21,4)	1 (7,2)	–
Височная	18	7 (38,9)	1 (5,6)	6 (33,3)	4 (22,2)

лечения пароксизмов. В этих случаях требовался более длительный период лечения. У 9 больных (18,75%) после лечения по шкале MMSE определялись лишь лёгкие когнитивные нарушения (до лечения, оцениваемые как умеренные), что позволяет предполагать обратимость (либо неточную диагностику) данных проявлений.

**Выводы.** Когнитивные нарушения при фокальной эпилепсии разнородны по структуре и имеют особенности при различной локализации поражения мозга. Сочетание депрессивных и интеллектуально-мнестических расстройств характеризуется взаимным их усилением, а комплексное лечение способствует обратному развитию когнитивного дефицита.

**Литература**

1. Воронкова К. В. Фокальные формы эпилепсии у детей:

*интеллектуальное развитие и варианты нарушений высших психических функций: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ К. В. Воронкова. - М. 2002. - 27с.*

2. Зенков Л. П. Бессудорожные эпилептические энцефалопатии с психиатрическими, коммуникативными и поведенческими расстройствами / Л. П. Зенков // *Вестник эпилептологии. - 2004. - Т. 1, №2. - С. 11-12.*
3. Калинин В. В. Психиатрические проблемы эпилептологии и нейрорепсихиатрия / В. В. Калинин // *Соц. и клин. психиатрия. - 2003. - Т. 7, № 3. - С. 5-11.*
4. Смуглевич А. Б. Депрессия при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смуглевич. - М.: Медицина, 2007. - 432 с.
5. Holmes M. D. Is partial epilepsy progressive? Ten years of EEG and neuropsychological changes in adults with partial seizures / M. D. Holmes // *Epilepsia. - 1998. Vol. 39, №4. - P. 1189-1193.*
6. Kim S. Cognitive impairment in juvenile myoclonic epilepsy / S. Kim, Y. Hwang, H. Lee [et al.] // *J. Clin. Neurol. - 2007. - Vol. 10, №3. - P. 86-92.*

**СПОЛУЧЕННЯ КОГНІТИВНИХ ТА ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ЕПІЛЕПСІЇ**

**С. Н. САРЖЕВСЬКИЙ**

Описані клінічні особливості когнітивних розладів в залежності від локалізації ураження мозку у хворих на епілепсію. Визначені варіанти сполучення когнітивного дефекту та депресії, можливості їх динаміки.

**Ключові слова:** фокальна епілепсія, когнітивні розлади, депресія

**COMBINATION OF COGNITIVE AND EMOTIONAL VIOLATIONS AT EPILEPSY**

**S. N. SARZHEVSKIY**

The clinical features of cognitive violations are described depending on localization of defeat of brain at patients by epilepsy. The variants of combination of cognitive defect and depression, possibilities of their dynamics, are certain.

**Key words:** focal epilepsy, cognitive disorders, depression

УДК 616.89

**С. С. Шум, І. Я. Пінчук, О. О. Суховій**  
**РЕЗУЛЬТАТИ СТАТИСТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ЗАСТОСУВАННЯ**  
**СТАЦІОНАРНИХ ВИДІВ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ**  
**(ЗА І ПІВРІЧЧЯ 2013 РОКУ)**

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

**Ключові слова:** примусові заходи медичного характеру, психіатричний заклад із суворим наглядом, психіатричні заклади з посиленням наглядом, психіатричні заклади із звичайним наглядом, зміна виду примусових заходів медичного характеру, припинення застосування примусових заходів медичного характеру.

Примусові заходи медичного характеру (ПЗМХ) у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим, посиленням або звичайним наглядом поєднані спільними характеристиками: 1) примусовий характер значної кількості заходів, які застосовуються, з метою лікування осіб та вторинної профілактики суспільно небезпечних діянь (СНД); 2) безперервне та тривале перебування осіб на території психіатричного закладу; 3) проведення періодичної оцінки психічного стану особи та ступеня її суспільної небезпечності, з метою продовження, зміни виду або припинення застосування ПЗМХ; 4) нагляд за особами, до яких застосовуються ПЗМХ, для попередження вчинення ними СНД і

порушення режиму психіатричного закладу; 5) застосування реабілітаційних заходів, забезпечення належних санітарно-гігієнічних умов, раціонального харчування, режиму сон-бадьорість, режиму праці та відпочинку, прогулянок у спеціально відведених місцях, контрольованого доступу осіб до джерел інформації та засобів зв'язку тощо.

Протягом I півріччя 2013 року, за дорученням директора Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України, нами було проведено суцільне статистичне дослідження стану застосування ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричних закладів із суворим, посиленням та звичайним наглядом.



Результати дослідження продемонстрували наступне. В Україні, станом на 1.07.2013 р., застосовувались наступні стаціонарні види ПЗМХ:

- ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом – в Українській психіатричній лікарні з суворим наглядом (функціонує 13 відділень);
- ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом – у 14 відділеннях із посиленням наглядом психіатричних закладів;
- ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного

закладу із звичайним наглядом – як у відділеннях психіатричних закладів, спеціалізованих для застосування даного виду ПЗМХ, та і не спеціалізованих (всі регіони України).

Детальну інформацію щодо кількості осіб, до яких застосовуються стаціонарні види ПЗМХ у психіатричних закладах кожного з регіонів України, наведено у таблицях 1–3. Дані про кількість осіб, яким було змінено вид ПЗМХ, містяться у таблицях 4–6. Таблиці 7–9 демонструють статистичну інформацію щодо осіб, яким було припинено застосування ПЗМХ.

**Таблиця 1**

**Кількість осіб, до яких застосовувались ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом**

Психіатричний заклад із суворим наглядом	01.02.2013 р.	01.03.2013 р.	01.04.2013 р.	01.05.2013 р.	01.06.2013 р.	01.07.2013 р.
УПЛСН, м. Дніпропетровськ	1022	1024	1019	1003	992	985

**Таблиця 2**

**Кількість осіб, до яких застосовувались ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом**

Психіатричні заклади з посиленням наглядом (регіони обслуговування)	01.02. 2013 р.	01.03. 2013 р.	01.04. 2013 р.	01.05. 2013 р.	01.06. 2013 р.	01.07. 2013 р.
Кримська РУ «КПЛ № 1», м. Сімферополь (АР Крим, м. Севастополь)	63	56	58	56	58	55
Вінницька ОПЛ № 2, с. Березина (Вінницька, Чернівецька обл.)	45	42	42	43	44	45
Волинська ОПЛ № 2, смт. Олика (Волинська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська обл.)	48	46	48	53	54	54
КЗ «Дніпропетровська ОКПЛ», м. Дніпропетровськ (Дніпропетровська обл.)	52	50	48	49	46	48
КЛПУ «ОПЛ м. Жданівка», м. Жданівка (Донецька, Луганська обл.)	115	120	129	130	134	134
Житомирська ОПЛ № 1, м. Житомир (Житомирська обл.)	21	21	19	19	19	19
Закарпатська ОПЛ м. Берегово, м. Берегово (Закарпатська обл.)	4	4	4	4	5	6
КЗ Київської ОР «ОПНМО», смт. Глеваха (Київська обл.)	44	42	41	41	40	41
Миколаївська ОПЛ № 2, с. Сапетня (Миколаївська, Одеська обл.)	24	23	23	17	15	11
Полтавська ОКПЛ ім. О.Ф. Мальцева, м. Полтава (Полтавська, Кіровоградська, Сумська, Харківська обл.)	56	59	61	60	63	65
Херсонська ОПЛ, м. Херсон (Херсонська, Запорізька обл.)	26	28	29	29	29	31
Хмельницька ОПЛ № 1, с. Скаржинці (Хмельницька обл.)	21	22	22	23	21	23
КЛПЗ «Чернігівська ОПЛ», м. Чернігів (Чернігівська, Черкаська обл.)	35	36	35	35	40	37
Київська міська ПНЛ № 3, смт. Глеваха (м. Київ)	41	42	42	45	44	43
Всього	595	591	601	604	612	612

Таблиця 3

Кількість осіб, до яких застосовувались ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом

Психіатричні заклади із звичайним наглядом (за регіонами України)	01.02. 2013 р.	01.03. 2013 р.	01.04. 2013 р.	01.05. 2013 р.	01.06. 2013 р.	01.07. 2013 р.
АР Крим	103	102	87	97	94	92
Вінницька обл.	24	23	23	17	16	14
Волинська обл.	19	19	17	17	14	14
Дніпропетровська обл.	61	62	62	56	59	60
Донецька обл.	106	111	106	111	98	95
Житомирська обл.	16	14	11	11	8	10
Закарпатська обл.	25	28	27	20	21	21
Запорізька обл.	74	74	74	75	70	65
Івано-Франківська обл.	25	26	25	25	23	22
Київська обл.	64	67	65	68	68	62
Кіровоградська обл.	17	9	7	7	6	6
Луганська обл.	46	43	31	29	26	29
Львівська обл.	46	42	46	41	37	38
Миколаївська обл.	14	15	15	21	24	28
Одеська обл.	23	24	22	28	30	26
Полтавська обл.	45	45	45	47	43	47
Рівненська обл.	32	33	31	29	28	28
Сумська обл.	41	41	46	42	41	40
Тернопільська обл.	9	9	7	8	8	9
Харківська обл.	67	65	65	70	64	56
Херсонська обл.	31	32	34	39	39	41
Хмельницька обл.	25	26	26	24	24	22
Черкаська обл.	32	34	38	39	16	16
Чернівецька обл.	13	13	16	16	14	18
Чернігівська обл.	11	11	12	11	8	7
м. Київ	17	13	17	15	16	21
м. Севастополь	12	11	12	11	9	9
<b>Всього</b>	<b>998</b>	<b>992</b>	<b>967</b>	<b>974</b>	<b>904</b>	<b>896</b>

Таблиця 4

Кількість осіб, до яких застосовувались ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом і стосовно яких було змінено вид ПЗМХ

Психіатричний заклад із суворим наглядом	01. 02. 2013 р.	01. 03. 2013 р.	01. 04. 2013 р.	01. 05. 2013 р.	01. 06. 2013 р.	01. 07. 2013 р.	Всього за I півріччя
УПЛСН, м. Дніпропетровськ	8	15	14	15	33	5	90

Таблиця 5

Кількість осіб, до яких застосовувались ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом і стосовно яких було змінено вид ПЗМХ

Психіатричні заклади з посиленням наглядом (регіони обслуговування)	01.02. 2013 р.	01.03. 2013 р.	01.04. 2013 р.	01.05. 2013 р.	01.06. 2013 р.	01.07. 2013 р.	Всього за I півріччя
Кримська РУ «КПЛ № 1», м. Сімферополь (АР Крим, м. Севастополь)	3	6	2	3	0	3	17

Продовження табл. 5

Психіатричні заклади з посиленням наглядом (регіони обслуговування)	01.02. 2013 р.	01.03. 2013 р.	01.04. 2013 р.	01.05. 2013 р.	01.06. 2013 р.	01.07. 2013 р.	Всього за I півріччя
Вінницька ОПЛ № 2, с. Березина (Вінницька, Чернівецька обл.)	5	0	0	0	0	0	5
Волинська ОПЛ № 2, смт. Олика (Волинська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська обл.)	10	1	0	5	0	0	16
КЗ «Дніпропетровська ОКПЛ», м. Дніпропетровськ (Дніпропетровська обл.)	1	10	0	3	2	2	18
КЛПУ «ОПЛ м. Жданівка», м. Жданівка (Донецька, Луганська обл.)	0	1	0	0	5	7	13
Житомирська ОПЛ № 1, м. Житомир (Житомирська обл.)	0	2	1	0	0	0	3
Закарпатська ОПЛ м. Берегово, м. Берегово (Закарпатська обл.)	0	1	1	1	1	3	7
КЗ Київської ОР «ОПНМО», смт. Глеваха (Київська обл.)	0	3	5	7	7	9	31
Миколаївська ОПЛ № 2, с. Сапетня (Миколаївська, Одеська обл.)	3	3	3	7	4	4	24
Полтавська ОКПЛ ім. О. Ф. Мальцева, м. Полтава (Полтавська, Кіровоградська, Сумська, Харківська обл.)	0	0	0	4	6	0	10
Херсонська ОПЛ, м. Херсон (Херсонська, Запорізька обл.)	0	0	0	1	4	4	9
Хмельницька ОПЛ № 1, с. Скаржинці (Хмельницька обл.)	0	0	1	1	1	0	3
КЛПЗ «Чернігівська ОПЛ», м. Чернігів (Чернігівська, Черкаська обл.)	0	2	1	0	0	3	6
Київська міська ПНЛ № 3, смт. Глеваха (м. Київ)	0	0	0	0	0	0	0
<b>Всього</b>	<b>22</b>	<b>29</b>	<b>14</b>	<b>32</b>	<b>30</b>	<b>35</b>	<b>162</b>

Таблиця 6

Кількість осіб, до яких застосовувались ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом і стосовно яких було змінено вид ПЗМХ

Психіатричні заклади із звичайним наглядом (за регіонами України)	01.02. 2013 р.	01.03. 2013 р.	01.04. 2013 р.	01.05. 2013 р.	01.06. 2013 р.	01.07. 2013 р.	Всього за I півріччя
АР Крим	1	4	2	4	4	0	15
Вінницька обл.	0	2	2	2	1	1	8
Волинська обл.	24	1	1	0	0	0	26
Дніпропетровська обл.	4	5	4	4	2	4	23
Донецька обл.	4	5	3	9	4	3	28
Житомирська обл.	0	1	4	0	0	0	5
Закарпатська обл.	0	2	2	3	3	3	13
Запорізька обл.	3	5	5	6	12	15	46
Івано-Франківська обл.	0	0	0	2	0	0	2
Київська обл.	2	0	0	1	1	1	5
Кіровоградська обл.	0	1	1	0	0	0	2

Продовження табл. 6

Психіатричні заклади із звичайним наглядом (за регіонами України)	01.02. 2013 р.	01.03. 2013 р.	01.04. 2013 р.	01.05. 2013 р.	01.06. 2013 р.	01.07. 2013 р.	Всього за I півріччя
Луганська обл.	6	6	7	4	5	1	29
Львівська обл.	5	5	5	3	4	2	24
Миколаївська обл.	2	2	2	1	1	1	9
Одеська обл.	0	0	0	0	0	0	0
Полтавська обл.	1	2	0	4	6	0	13
Рівненська обл.	0	0	0	0	1	0	1
Сумська обл.	1	2	3	3	5	0	14
Тернопільська обл.	3	0	0	0	0	0	3
Харківська обл.	0	0	0	0	0	0	0
Херсонська обл.	0	0	0	0	1	1	2
Хмельницька обл.	1	0	1	1	1	1	5
Черкаська обл.	0	0	0	0	0	0	0
Чернівецька обл.	2	2	0	0	3	1	8
Чернігівська обл.	1	4	0	1	4	4	14
м. Київ	0	0	0	0	7	3	10
м. Севастополь	0	0	0	0	0	0	0
<b>Всього</b>	<b>60</b>	<b>49</b>	<b>42</b>	<b>48</b>	<b>65</b>	<b>41</b>	<b>305</b>

Таблиця 7

**Кількість осіб, щодо яких було припинено застосування ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом**

Психіатричний заклад із суворим наглядом	01.02. 2013 р.	01.03. 2013 р.	01.04. 2013 р.	01.05. 2013 р.	01.06. 2013 р.	01.07. 2013 р.	Всього за I півріччя
УПЛСН, м. Дніпропетровськ	0	2	1	2	2	0	7

Таблиця 8

**Кількість осіб, щодо яких було припинено застосування ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом**

Психіатричні заклади з посиленням наглядом (регіони обслуговування)	01. 02. 2013 р.	01. 03. 2013 р.	01. 04. 2013 р.	01. 05. 2013 р.	01. 06. 2013 р.	01. 07. 2013 р.	Всього за I півріччя
Кримська РУ «КПЛ № 1», м. Сімферополь (АР Крим, м. Севастополь)	0	6	0	3	0	0	9
Вінницька ОПЛ № 2, с. Березина (Вінницька, Чернівецька обл.)	0	0	0	0	0	0	0
Волинська ОПЛ № 2, смт. Олика (Волинська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська обл.)	2	0	0	0	0	0	2
КЗ «Дніпропетровська ОКПЛ», м. Дніпропетровськ (Дніпропетровська обл.)	0	0	0	0	0	0	0
КЛПУ «ОПЛ м. Жданівка», м. Жданівка (Донецька, Луганська обл.)	0	0	0	0	0	0	0
Житомирська ОПЛ № 1, м. Житомир (Житомирська обл.)	0	0	0	0	0	0	0



Продовження табл. 8

Психіатричні заклади з посиленням наглядом (регіони обслуговування)	01.02. 2013 р.	01.03. 2013 р.	01.04. 2013 р.	01.05. 2013 р.	01.06. 2013 р.	01.07. 2013 р.	Всього за I півріччя
Закарпатська ОПЛ м. Берегово, м. Берегово (Закарпатська обл.)	0	0	0	0	0	0	0
КЗ Київської ОР «ОПНМО», смт. Глеваха (Київська обл.)	0	0	1	1	1	1	4
Миколаївська ОПЛ № 2, с. Сапетня (Миколаївська, Одеська обл.)	0	0	0	0	0	0	0
Полтавська ОКПЛ ім. О. Ф. Мальцева, м. Полтава (Полтавська, Кіровоградська, Сумська, Харківська обл.)	0	0	0	0	2	0	2
Херсонська ОПЛ, м. Херсон (Херсонська, Запорізька обл.)	0	1	1	1	2	2	7
Хмельницька ОПЛ № 1, с. Скаржинці (Хмельницька обл.)	0	0	0	0	0	1	1
КЛПЗ «Чернігівська ОПЛ», м. Чернігів (Чернігівська, Черкаська обл.)	0	0	0	0	0	0	0
Київська міська ПНЛ № 3, смт. Глеваха (м. Київ)	0	0	0	0	0	4	4
<b>Всього</b>	2	7	2	5	5	8	29

Таблиця 9

**Кількість осіб, щодо яких було припинено застосування ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом**

Психіатричні заклади із звичайним наглядом (за регіонами України)	01.02. 2013 р.	01.03. 2013 р.	01.04. 2013 р.	01.05. 2013 р.	01.06. 2013 р.	01.07. 2013 р.	Всього за I півріччя
АР Крим	2	7	3	4	4	3	23
Вінницька обл.	0	0	0	1	0	1	2
Волинська обл.	2	0	1	0	0	0	3
Дніпропетровська обл.	5	2	1	2	2	1	13
Донецька обл.	5	2	1	0	7	9	24
Житомирська обл.	0	1	1	0	3	0	5
Закарпатська обл.	0	1	1	5	5	6	18
Запорізька обл.	0	0	0	1	2	2	5
Івано-Франківська обл.	2	1	1	2	5	1	12
Київська обл.	2	4	5	10	11	16	48
Кіровоградська обл.	3	9	12	2	3	0	29
Луганська обл.	0	0	0	0	0	0	0
Львівська обл.	1	1	0	0	0	0	2
Миколаївська обл.	0	0	0	0	0	0	0
Одеська обл.	1	4	0	1	1	1	8
Полтавська обл.	0	0	0	0	3	1	4
Рівненська обл.	1	0	2	3	0	0	6
Сумська обл.	1	3	4	4	3	6	21
Тернопільська обл.	0	1	0	1	1	1	4
Харківська обл.	2	2	3	2	10	7	26
Херсонська обл.	1	4	4	7	10	18	44
Хмельницька обл.	0	0	0	0	0	1	1

Продовження табл. 9

Психіатричні заклади із звичайним наглядом (за регіонами України)	01.02. 2013 р.	01.03. 2013 р.	01.04. 2013 р.	01.05. 2013 р.	01.06. 2013 р.	01.07. 2013 р.	Всього за I півріччя
Черкаська обл.	5	12	15	20	1	3	56
Чернівецька обл.	0	0	0	0	0	0	0
Чернігівська обл.	1	4	0	1	1	1	8
М. Київ	2	0	0	0	0	1	3
М. Севастополь	2	0	0	1	2	0	5
<b>Всього</b>	38	58	54	67	74	79	370

Середня кількість осіб, до яких протягом I півріччя 2013 року застосовувались ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом, складала 1008 осіб, з посиленням наглядом – 603, із загальним наглядом – 957 осіб. Середня кількість осіб, до яких протягом I півріччя 2013 р. застосовувались стаціонарні види ПЗМХ, складала 2565 осіб.

Абсолютна кількість осіб, до яких застосовувались ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом поступово зменшувалась, з 1022 осіб у січні до 985 у червні 2013 р. (зменшилась на 3,6%). Стосовно осіб, до яких застосовувались ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом, відзначалось деяке зростання, з 595 у січні до 612 у червні (кількість зросла на 2,9%). Найбільших змін зазнав показник кількості осіб, до яких застосовувались ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом, адже кількість осіб, до яких застосовувався даний вид ПЗМХ, зменшилась із 998 у січні 2013 р. до 896 у червні (зменшилась на 10,2%). Переважно за рахунок останньої групи загальна кількість осіб, до яких застосовувались стаціонарні види ПЗМХ, зменшилась із 2615 осіб у січні 2013 р. до 2493 осіб у червні (зменшилась на 4,7%).

Аналіз регіональних особливостей застосування ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом свідчать про значну неоднорідність як абсолютних показників, так і змін, зазначених показників у часі. Так, станом на 1.07.2013 р., найбільше осіб, до яких застосовувався вказаний вид ПЗМХ, перебувало в Донецькій області – 134 особи. Більше ніж по 50 осіб знаходилось також в АР Крим, Волинській та Полтавській областях. Найменша кількість була відзначена в Закарпатській області – 6 осіб. Регіони, де було відзначено зростання кількості зазначеного контингенту осіб: Волинська, Донецька, Закарпатська, Полтавська, Херсонська області. Зменшення кількості осіб, до яких було застосовано ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом, спостерігалось у АР Крим, Дніпропетровській, Київській, Миколаївській областях (особливо слід відзначити останній регіон, де кількість осіб у психіатричному закладі з посиленням наглядом зменшилась за I півріччя 2013 р. на 54,2% – більше ніж у будь-якому іншому).

Регіональні особливості застосування ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним

наглядом свідчать про ще більшу неоднорідність розподілу аналогічних показників. Станом на 1.07.2013 р., найбільше осіб, до яких застосовувався зазначений вид ПЗМХ, перебувало у психіатричних закладах Донецької області – 95 осіб та в АР Крим – 92 особи. Більше ніж по 50 осіб знаходилось також у психіатричних закладах Дніпропетровської, Запорізької, Київської та Харківської областей. Найменшу кількість відзначено в Кіровоградській області – 6 осіб та Чернігівській області – 7 осіб. Регіони, де було відзначено зростання кількості зазначеного контингенту осіб: Миколаївська, Одеська, Херсонська, Чернівецька області, м. Київ (у Миколаївській обл. відзначалось зростання на 100,0%). Для 18 серед 27 регіонів було характерним зменшення кількості осіб, до яких застосовувався даний вид ПЗМХ (особливо у Кіровоградській обл. – на 64,7%, Луганській – на 37,0%, Черкаській – на 50,0% та Чернігівській обл. – на 36,4%).

Статистичні дані щодо зміни виду стаціонарних ПЗМХ протягом I півріччя 2013 р. були наступними. Серед осіб, до яких було застосовано ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом, 90 особам було змінено вид ПЗМХ (у середньому по 15 осіб щомісяця). Також було змінено вид ПЗМХ 162 особам, які перебували у психіатричних закладах із посиленням наглядом (у середньому по 27 осіб щомісяця) та 305 особам, які перебували у психіатричних закладах із звичайним наглядом (у середньому по 51 особі щомісяця).

Переважна більшість випадків зміни виду ПЗМХ відбувається наступним чином: із суворого нагляду – на посилений; з посиленого – на звичайний; зі звичайного нагляду – на ПЗМХ у виді надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку (АПДПП).

Аналіз регіональних особливостей зміни ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом – на інший вид ПЗМХ – демонструє відмінність підходів окремих регіонів до цієї процедури. Найбільша частота зміни виду ПЗМХ була притаманна Київській та Миколаївській обл. – відповідно, 31 та 24 особи (інтенсивність зміни зазначеного виду ПЗМХ у вказаних регіонах привертає до себе ще більшу увагу, якщо зважати на кількість осіб, які перебували станом на 1.07.2013 р. у психіатричних закладах з посиленням наглядом – відповідно, 41 та 11 осіб). Єдиним регіоном, у якому жодній особі за півріччя не було змінено ПЗМХ

у виді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом – виявилось м. Київ.

Зміна ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом найчастіше застосовувалась в Запорізькій області – стосовно 46 осіб, а також у наступних регіонах: Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Луганській і Львівській обл., та становила, відповідно, 26, 23, 28, 29 та 24 особи. В 4-х регіонах – Одеській, Харківській, Черкаській обл. та м. Севастополь – жодній особі за I півріччя 2013 року не було змінено ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу із загальним наглядом. Зважаючи на той факт, що майже завжди під зміною даного виду ПЗМХ мається на увазі подальше застосування ПЗМХ у вигляді надання АПДПП, у регіонах, де найчастіше відбувається зміна ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом, можна констатувати наявність поширеної практики застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП, а в регіонах з низькою чисельністю зміни цього виду ПЗМХ – практичну відсутність амбулаторного виду ПЗМХ.

Статистичні дані, які висвітлюють стан припинення застосування стаціонарних видів ПЗМХ, свідчать про значно нижчі показники, стосовно госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом, оскільки лише 7 особам було припинено застосування даного виду ПЗМХ (у середньому, по 1 особі щомісяця), та стосовно госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом, адже тільки 29 особам було припинено застосування даного виду ПЗМХ (у середньому по 5 осіб щомісяця). Зовсім інші дані було отримано щодо ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із загальним наглядом – протягом півріччя застосування даного виду ПЗМХ було припинено 370 особам (у середньому по 62 особи щомісяця).

Аналіз регіональних особливостей припинення застосування ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом свідчить, що найбільша частотність припинення застосування даного виду ПЗМХ спостерігалась у АР Крим та Херсонській обл. – відповідно 9 та 7 осіб. У 7 регіонах серед 14 за півріччя не було відзначено жодного випадку відміни даного виду ПЗМХ.

Припинення застосування ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу із загальним наглядом відбувалось протягом I півріччя 2013 року досить активно, але також вкрай неоднорідно. Найбільша кількість осіб, стосовно яких було припинено застосування цього виду ПЗМХ, відзначалась у Київській, Херсонській та Черкаській областях – відповідно, 48, 44 та 56 осіб. Регіонами, у яких жодній особі протягом півріччя не було припинено застосування ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу із загальним наглядом – виявились Луганська, Миколаївська та Чернівецька області.

Наведені статистичні дані відображають кількісні характеристики стану застосування стаціонарних видів ПЗМХ в регіонах України за I півріччя 2013 року. Незважаючи на суттєві регіональні відмінності у застосуванні, зміні виду та припиненні застосування ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричних закладів із суворим, посиленням та звичайним наглядом, протягом зазначеного періоду спостерігалось поступове зменшення кількості осіб, до яких було застосовано стаціонарні види ПЗМХ. Особливу увагу привертає значна кількість осіб, стосовно яких було змінено ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу зі звичайним наглядом – на ПЗМХ у вигляді надання АПДПП. Зважаючи на практичну відсутність у нашій країні сучасних наукових розробок щодо застосування амбулаторного виду ПЗМХ, така тенденція потребує якнайшвидшого урегулювання порядку надання АПДПП особам, які в минулому вчинили суспільно небезпечні діяння та перебували у психіатричних закладах, у зв'язку із застосуванням до них стаціонарних видів ПЗМХ. Визначальною умовою необхідності та доцільності зміни стаціонарного виду ПЗМХ на амбулаторний – має бути незначний ступінь суспільної небезпечності особи, обумовлений низьким рівнем проагресивних факторів та високим рівнем контрагресивних факторів. У разі необґрунтованого застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП, ефективність вторинної профілактики суспільно небезпечних діянь осіб, які хворіють на психічні розлади, стає сумнівною. Підсумовуючи аналітичний огляд стану застосування стаціонарних видів ПЗМХ, необхідно наголосити, що проблеми, які існують у цій сфері, є мультидисциплінарними та вимагають комплексного підходу для їх вирішення.

**РЕЗУЛЬТАТЫ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ СТАЦИОНАРНЫХ ВИДОВ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА (ЗА I ПОЛУГОДИЕ 2013 Г.)**

**С. С. Шум, И. Я. Пинчук, А. А. Суховей**

В статье отражено состояние применения в регионах Украины принудительных мер медицинского характера (ПММХ) в виде госпитализации в психиатрическое учреждение со строгим, усиленным и обычным надзором – за I полугодие 2013 г. Отмечены существенные региональные различия в применении, изменении вида и прекращении применения ПММХ, а также постепенное снижение количества лиц, к которым применяются стационарные виды ПММХ. Особое внимание обращает на себя возрастающее количество лиц, которым стационарный вид ПММХ был изменен на ПММХ в виде предоставления амбулаторной психиатрической помощи в принудительном порядке.

**Ключевые слова:** принудительные меры медицинского характера, психиатрическое учреждение со строгим надзором, психиатрическое учреждение с усиленным надзором, психиатрическое учреждение с обычным надзором, изменение вида принудительных мер медицинского характера, прекращение применения принудительных мер медицинского характера.

**THE RESULTS OF STATISTICAL RESEARCH ON THE STATE OF APPLICATION OF STATIONARY TYPES OF COMPULSORY MEDICAL MEASURES (FOR THE I HALF-YEAR 2013)**

**S. S. SHUM, I. Y. PINCHUK, A. A. SUKHOVEY**

The article presents the status of application in the regions of Ukraine of compulsory medical measures (CMM) in the kind of hospitalization to psychiatric institution with a strict, increased and usual supervision – for the I half-year 2013. Were noted significant regional differences in the application,

changing of kind and terminating the application of CMM and the gradual decrease in the number of persons to which were used the stationary kinds of CMM. Emphasizing was increasing the number of persons for which the stationary kind of CMM was changed to CMM in the form of outpatient mental health care.

**Keywords:** compulsory medical measures, psychiatric institution with strict supervision, psychiatric institution with increased supervision, psychiatric institution with the usual supervision, the change of the form of compulsory medical measures, the termination of the application of compulsory medical measures.

УДК 616.89-008.441.33-085-039.76

Б. А. Баркалов, Е. Б. Баркалова

**ИЗУЧЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ**Городская психоневрологическая больница №2 г. Донецка  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, синдром зависимости от опиоидов, реабилитационный потенциал

В последние годы резко возросло число лиц, злоупотребляющих наркотическими препаратами, получаемыми, в основном, кустарным способом [1; 7; 9]. С проблемой потребления наркотических средств в Украине тесно связана другая проблема – эпидемия ВИЧ/СПИД, которая сегодня охватила почти все регионы страны. По официальным данным Украинского центра профилактики и борьбе со СПИДом, на конец 2012 года в Украине зарегистрировано 76 875 ВИЧ-инфицированных граждан, из них более 60% – потребители инъекционных наркотиков, среди которых 95% употребляют опиоиды.

Опиоидные наркомании отличаются сравнительно быстрым привыканием к наркотику, скоротечным формированием синдрома зависимости, выраженными изменениями реактивности организма. При этом одновременно с изменениями биологической реактивности организма наблюдается процесс прогрессирующей психической и связанной с ней социальной дезадаптации. Заключительный этап в лечении таких больных – это личностная и социальная реабилитация.

В наркологии термин «реабилитация» появился в 70-х годах прошлого века. При этом реабилитационный процесс основывался на принципах комплексности (медикаментозное лечение, психотерапия, физиотерапия, культуротерапия, трудотерапия, работа с семьей) и «многопрофильности» с участием врачей других специальностей [10, 11, 12].

М. М. Кабанов [5], внесший значительный вклад в научную разработку проблем реабилитологии, считает, что «реабилитация психических больных понимается как их ресоциализация, как восстановление (сохранение) индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса». Автор полагает, что реабилитация одновременно включает в себя цель – восстановление или сохранение статуса личности; процесс, имеющий нейрофизиологические и психологические механизмы; и метод подхода к больному человеку, включающий следующие принципы реабилитации: а) партнерство врача и больного (стержневым является апелляция к личности больного); б) разносторонность усилий, воздействий (объединение

усилий врача (персонала) и пациента, направленных на различные сферы жизнедеятельности последнего); в) единство психосоциальных и биологических методов воздействия; г) ступенчатость (переходность) прилагаемых усилий, проводимых воздействий и мероприятий.

Необходимо отметить, что реабилитация наркологических больных имеет свои особенности. В результате злоупотребления опиоидов наркотического ряда у пациентов формируются как собственно наркологическое заболевание, так и соматоневрологическая патология, аффективные, поведенческие и интеллектуально-мнестические расстройства. Указанные нарушения сочетаются со значительными изменениями личности – нравственными, мировоззренческими, социальными, ценностными. В связи с этим под реабилитацией или лечебно-реабилитационным процессом в наркологии понимается система медико-социальных мероприятий, направленных на восстановление физического, психического и духовного здоровья наркологического больного, его личностного и социального статуса. С этой целью используется комплекс медицинских, психологических, психотерапевтических, воспитательных, трудовых, социальных мер и технологий. Эффективность реабилитации обеспечивается рядом взаимосвязанных составляющих: четко обозначенных целей, задач, принципов реабилитационных программ квалификации кадров в области реабилитации, постреабилитационной психологической и социальной поддержки больных [2; 4; 6; 9; 12].

Рассматривая проблему ВИЧ-инфекции, можно без преувеличения сказать, что ее «родство» и «интимная связь» с употреблением опиоидов оказывают существенное влияние на все этапы оказания наркологической помощи, начиная с первичной профилактики и заканчивая реабилитационными мероприятиями. Для оценки прогноза медико-социальных перспектив реабилитации чрезвычайно важной представляется изначальная оценка реабилитационного потенциала [1].

Реабилитационный потенциал – прогностическая оценка потенциальных возможностей наркозависимого в отношении преодоления болезни, возвращения в семью, к общественно полезной деятельности, основанная на



объективных данных о наследственности, преморбиде, социальном статусе, особенностях физического и психического развития, а также о форме и тяжести наркологического заболевания и негативных последствий злоупотребления наркотиков [3].

Цель исследования. Изучить особенности реабилитационного потенциала больных с синдромом зависимости от опиоидов, осложненным ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты обследования 107 наркозависимых мужчин, находившихся на стационарном лечении в областном наркологическом диспансере г. Донецка в период 2007–2012 гг.

Основную группу составили 62 больных, с зависимостью от опиоидов, у которых была подтверждена ВИЧ-инфекция; группу сравнения – 45 наркозависимых больных, не ВИЧ-инфицированных.

Все больные как основной, так и группы сравнения систематически употребляли опиоиды, имели выраженную наркотическую зависимость и поступили на стационарное лечение с начинающимся или выраженными явлениями синдрома отмены. Возраст больных – от 16 до 39 лет, средний возраст в основной группе и в группе сравнения – 21–30 лет.

Для получения развернутой характеристики системы отношений, связанных с заболеванием, а также ценностного типа реагирования на болезнь, выбора адекватного метода психотерапии мы, как указывалось в главе 2, использовали опросник «Тип отношения к болезни» [8].

Результаты и обсуждение. При анализе данных (табл.) видно, что у исследуемых основной группы значительно чаще, чем в группе сравнения, наблюдались сенситивный, обсессивно-фобический, тревожный, ипохондрический, апатический и меланхолический типы реагирования на болезнь. Так, сенситивный тип характеризовался чрезмерной озабоченностью больных возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих лиц сведения об их болезни.

Пациенты опасались, что последние станут избегать их, считать неполноценными, пренебрежительно или с опаской относиться к ним, распускать неблагоприятные сведения о причине и природе их заболевания.

Обсессивно-фобический тип реагирования характеризовался тревожной мнительностью, которая касалась, прежде всего, опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудачи в лечении, а также возможных проблем в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волновали пациентов больше, чем реальные.

Ипохондрический тип отношения к болезни характеризовался тем, что больные во время пребывания в стационаре были сосредоточены на субъективных болезненных и неприятных ощущениях. Они постоянно рассказывали о них окружающим, преувеличивали действительные и несуществующие симптомы болезни. Для этих лиц было характерно сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.

При тревожном типе реагирования на болезнь для пациентов были характерны мнительность и беспокойство в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. В отличие от больных с ипохондрическим типом отношения к болезни, этих пациентов больше интересовали объективные данные о ней, чем собственные ощущения. Поэтому они предпочитали слушать высказывания других, а не предъявлять врачу без конца свои жалобы. Настроение у них, прежде всего, было тревожным.

При апатическом типе отношения к болезни мы отмечали у пациентов полное безразличие к своей судьбе, исходу заболевания, результатам терапии, пассивное участие в лечении, выполнение процедур при настойчивом побуждении со стороны врача.

Меланхолический тип характеризовался удрученностью болезнью, отсутствием веры в выздоровление,

Таблица 1

Типы отношения к болезни обследованных

Тип отношения к болезни	Основная группа, n=62	Группа сравнения, n=45	Достоверность (p)
Эргопатический	3±1,2	6±1,1	p<0,05
Анозогнозический	2±0,9	7±2,2	p<0,05
Тревожный	27±2,4	11±1,8	p<0,01
Ипохондрический	15±1,6	3±0,9	p<0,01
Неврастенический	11±2,8	13±2,6	p<0,05
Меланхолический	7±1,3	3±1,2	p<0,05
Апатический	5±1,1	2±0,7	p<0,05
Сенситивный	11±0,8	5±1,2	p<0,01
Эгоцентрический	9±2,0	10±1,8	p<0,05
Паранойяльный	3±1,2	4±1,9	p<0,05
Обсессивно-фобический	17±2,3	2±0,4	p<0,01
Эйфорический	1±0,4	3±1,1	p<0,05

возможное улучшение и вообще в эффективность лечения. На протяжении пребывания больных в стационаре у них можно было отмечать активные депрессивные высказывания, вплоть до суицидальных мыслей, и неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

Для больных группы сравнения были характерны неврастенический, эгоцентрический, эргопатический, паранойяльный, эйфорический, анозогностический типы реагирования на болезнь.

При неврастеническом типе реагирования у больных наблюдалось поведение по типу «раздражительной слабости». Неприятные ощущения и неудачи в лечении вызывали у них вспышки раздражения. Эти пациенты были нетерпеливы, не способны ждать облегчения, а в дальнейшем рассказывали о своей несдержанности.

Для пациентов с эгоцентрическим типом реагирования были характерны «уход в болезнь», выставление напоказ близким и окружающим своих переживаний и страданий с целью полностью завладеть их вниманием, требования исключительной заботы с их стороны.

Напротив, эргопатический тип реагирования характеризовался «уходом» от болезни в работу. Даже при тяжелом страдании пациенты охотно соглашались на лечение и строили планы на будущее, т.е. старались лечиться так, чтобы была возможность после выписки из стационара продолжать работу.

При паранойяльном типе больные были уверены в том, что их болезнь является результатом чьего-то умысла. Они проявляли крайнюю подозрительность к лекарствам и процедурам, стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу персонала.

Эйфорический тип реагирования на болезнь отмечался только у трех больных. У них было необоснованно повышенное настроение и легкомысленное отношение как к болезни, так и к лечению.

При анозогностическом типе реагирования пациенты активно отбрасывали мысли о болезни, возможных ее последствиях, приписывая их случайным обстоятельствам. Они отказывались от обследования и лечения. Как правило, их госпитализация была часто ситуативной, по настоянию близких родственников.

В целом, результаты проведенного исследования позволили нам выявить у больных определенную зависимость функционального состояния и отношения к болезни от их личностных особенностей и сделать вывод, что отклонение изученных психологических параметров от нормативных показателей может стать причиной нарушения адаптации больных к своему заболеванию и его лечению. В процессе реабилитационной работы с больными мы обратили внимание на две полярные группы наших пациентов. Первая группа – больные, добровольно согласившиеся на лечение и имеющие внутреннюю мотивацию, участвующие в реабилитационных программах, дающие стойкие ремиссии, т.е. больные с высокой степенью курабельности и высокой степенью терапевтической готовности (ВСТГ).

Вторая группа – больные, изначально негативно относящиеся к лечению и только под воздействием внешних факторов (воздействие родителей, силовых структур, дефицит наркотиков или денег на их приобретение и пр.) согласившиеся на госпитализацию и лечение. Их мотивация на лечение носила преимущественно внешний, потребительский характер. Этот контингент больных, как правило, даже при проведении дезинтоксикации категорически отказывался от участия в реабилитационных программах. Катамнестическая информация свидетельствовала о том, что динамика их заболевания была фактически безремиссионной. Условно мы констатировали у этих больных низкую степень терапевтической готовности (НСТГ).

Между этими полярными группами обнаружилось значительное количество больных, занимающих промежуточное положение. Внутренняя мотивация на лечение у них, хотя в основном и была низкой, но вместе с тем они не проявляли категорического негативизма, поддавались психотерапевтической коррекции, с трудом, но постепенно все же вовлекались в реабилитационные программы. У них отмечались различной продолжительности терапевтические ремиссии. Этот контингент был отнесен к средней степени терапевтической готовности (ССТГ).

Мы провели сравнительную оценку степени терапевтической готовности среди больных с синдромом зависимости от опиоидов и больных с синдромом зависимости от опиоидов ВИЧ-инфицированных.

В результате обследования установлено, что пациенты как основной, так и группы сравнения в половине случаев имели ССТГ соответственно (55,3 и 53,5%). Больных, добровольно согласившихся на лечение и имеющих ВСТГ было в 3 раза меньше среди больных с синдромом зависимости от опиоидов, осложненным ВИЧ-инфекцией, чем с неосложненным соотв. (8,5 и 27,9%). Больных с низкой степенью мотивации на лечение, которая носила преимущественно внешний, потребительский характер было 36,2% в основной группе и 18,6% в группе сравнения.

Пациенты с синдромом зависимости от опиоидов, ВИЧ-инфицированные в 91,5 % случаев имели среднюю и низкую степень терапевтической готовности и лишь в 8,5 % - действительно имели внутреннюю мотивацию на лечение.

**Выводы.** У больных с синдромом зависимости от опиоидов, в сочетании с ВИЧ-инфекцией одновременно с изменениями биологической реактивности организма наблюдается процесс прогрессирующей психической и, связанной с ней, социальной дезадаптации. Особенности психических нарушений при таком объединении имеют большое значение для диагностики и лечения этих больных. Поэтому изучение специфики психопатологических нарушений, роли психотерапевтических вмешательств, принципов построения реабилитационных программ весьма актуально у данной категории пациентов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вербенко В. А. Тактика лечения когнитивных нарушений у

- ВИЧ-позитивных пациентов с опиоидной зависимостью / В. А. Вербенко, Е. В. Филиппова // Наркология – 2011. – т. 15, №1 (54). – С. 49-59.*
2. Дворяк С. В. Опыт социально - психологической реабилитации при психических и поведенческих расстройствах в результате употребления опиатов / С. В. Дворяк // Архив психиатрии – 2002. – №2 (29). – С. 69-75.
  3. Дудко Т. Н. Реабилитация наркологических больных / Т. Н. Дудко // Руководство по наркологии / [Под ред. Н. Н. Иванца]. – М.: Медпрактика-М, 2002. – Т. II, гл. 9. – С. 222–270.
  4. Зигашии И. М., Шамагина Л. Ю., Кулькова Н. М. и др. Особенности личности наркологических больных и терапевтические подходы к ним // Вопросы наркологии. – 2005. – №2. – С. 63-67.
  5. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. Ленинград «Медицина», 1978. с. 54- 56.
  6. Лебедев Д. С. Об особенностях мотивации к лечению у наркозависимых пациентов // Архив психиатрии – 2002. – №2 (29). – С. 79-81.
  7. Лінський І. В. Структура афективних розладів у хворих із залежністю від опіоїдів та хворих із залежністю від психостимуляторів за результатами багатовимірного психодіагностичного дослідження / І. В. Лінський, О. І. Мінко, О. С. Самойлов // Архів психіатрії. – 2004. – Т. 10, № 4 (39). – С. 89–91.
  8. Личко А. Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А. Е. Личко, Н. Я. Иванов // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1980. – Вып. 8. – С. 1195–1198.
  9. Сосін І. К. Сучасні проблеми клініки, терапії та реабілітації станів залежності від психоактивних речовин / І. К. Сосін // Матеріали Української науково-практичної конференції з міжнародною участю. – Харків, 2008. – 351 с.
  10. Табачников С. И. Основные патогенетические механизмы и методы терапии опийной наркомании / С. И. Табачников, В. Н. Сидницкий // Архив психиатрії. – 2000. – № 3–4 (22–23). – С. 27–31.
  11. Шабанов П. Д. Наркоманизм: патопсихология, клиника, реабилитация / П. Д. Шабанов, О. Ю. Штакельберг. – СПб: Лань, 2000. – 367 с.
  12. Zule W. A. High dead-space syringes and the risk of HIV and HCV infection among injecting drug users / W. A. Zule, G. Bobashev // Drug Alcohol Depend. – 2008. - N 10. – P. 7–12.

### ВИВЧЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОПІОЇДІВ

Б. А. БАРКАЛОВ, К. Б. БАРКАЛОВА

При проведенні порівняльної оцінки ступеня терапевтичної готовності у хворих із синдромом залежності від опіоїдів, ускладненим ВІЛ-інфекцією виявлено ряд відмінностей.

При побудові реабілітаційних програм необхідно враховувати особливості психопатологічних порушень ВІЛ-інфікованих хворих.

**Ключові слова:** ВІЛ-інфекція, синдром залежності від опіоїдів, реабілітаційний потенціал.

### FEATURES THE REHABILITATION POTENTIAL OF THE HIV-INFECTION PATIENTS WITH OPIATE DEPENDING SYNDROME

B. A. BARKALOV, E. B. BARKALOVA

At realization a comparative estimation of a degree treatment of readiness at the patients with opiate depending syndrome, complicated the HIV-infection reveals a line of differences.

At construction rehabilitation of the programs it is necessary to take into account features psychopathology of infringements of the patients with opiate depending syndrome, complicated the HIV-infection.

**Keywords:** opioid addiction, HIV-infection, rehabilitation potential

УДК 616.89-053.2/613.95

**І. А. Марценковський**  
**ДЕЯКІ ПРОБЛЕМИ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ**  
**ПРИ РОЗЛАДАХ СПЕКТРА АУТИЗМУ**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, Київ

**Ключові слова:** аутистичний розлад, розлади спектра аутизму, туберозний склероз, синдром ламкої Х-хромосоми, синдром Ретта, синдром Ландау Клефнера, рецептивний розлад, експресивний розлад, мовленнєві розлади, розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю

Сучасні класифікації виділяють низку розладів, зумовлених порушеннями нейророзвитку, що характеризуються якісними порушеннями реципрокної соціальної взаємності, вербальної та невербальної комунікації, а також обмеженими стереотипними та повторюваними формами поведінки, інтересами і рухами. Для їх типологізації використовуються дефініції аутистичного розладу та розладів спектра аутизму [1].

Сучасні методи терапії дозволяють досягти значного поліпшення якості життя людей з РСА, забезпечують значно вищий рівень їх соціального функціонування та інклюзії, порівняно з тим, що було ще кілька років тому, проте залишаються невиліковними [2].

Поширеність РСА, високий рівень інвалідизації, тяжкість фінансових витрат на спеціальну терапію і соціальну підтримку особливих потреб хворих, емоційний вплив на членів родини роблять РСА серйозним викликом для систем соціального забезпечення та публічної охорони здоров'я навіть найбільш економічно розвинених країн [3].

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 [1; 3].

РСА не завжди вдається розмежувати з іншими соматичними та психічними розладами, які можуть бути,



як безпосередніми проявами РСА так і проявами патологічних станів із недоведеним причинно-наслідковим зв'язком. Вважається, що для РСА притаманна множинна соматична та психічна коморбідність [2].

**Мета та завдання дослідження.** Розлади спектра аутизму були об'єктом дослідження відділу медико-соціальних проблем терапії Українського НДІ соціальної і судової психіатрії. Одним із завдань дослідження було визначення проблем та розробка рекомендацій, щодо диференційної діагностики РСА із соматичними, психічними та поведінковими розладами у дітей різних вікових груп.

У процесі дослідження проведена типологізація симптомів аутистичних розладів, досліджено зв'язок між окремими симптомами спектра РСА з іншими психічними та соматичними симптомокомплексами, клініко-димачіні особливості, етапність формування стабільних монокалітативних симптомокомплексів у дітей різного віку, визначено їх вплив на рівень соціального функціонування.

**Характеристика матеріалу та методів дослідження.** Були рандомізовані 428 дітей у віці 2–18 років. Для діагностики РСА використовували напівструктуроване діагностичне інтерв'ю з батьками (Autism Diagnostic Interview Revised – ADI-R) [4]. Тяжкість аутистичної симптоматики оцінювали за рейтинговою шкалою аутизму (CARS: Childhood Autism Rating Scale) [5]. Для оцінки соціально-демографічних даних, сімейного анамнезу, історії захворювання використовували розроблені у відділі медико-соціальних проблем терапії УНДІССПН сімейний опитувальник і напівструктуровану рейтингову клінічну шкалу для формалізованої оцінки клінічних проявів аутизму, соматичних розладів, розладів психіки та поведінки. Окремо аналізувалися етапні соматичні та психічні діагнози, які виставлялися рандомізованим хворим. Для оцінки соціального функціонування та адаптивної поведінки використовували шкалу соціальної реципрокності (SRS-2: Social Responsiveness Scale, Second Edition) [6], контрольний список аномальної поведінки (ABC: Aberrant Behavior Checklist) [7] і шкалу адаптивної поведінки Вінеленд (Vineland II: Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition) [8].

**Результати дослідження.** Результати нашого дослідження свідчать, що дитині з РСА має бути проведено комплексне загально медичне обстеження на первинному рівні медичної допомоги. Під час загальномедичного обстеження дітей з РСА необхідно шукати ознаки травм, пов'язаних із самоушкодженнями та жорстоким поведінням. Діти з первазивними порушеннями розвитку можуть ставати об'єктами третирування і насильства з боку однолітків і людей, що займаються їх опікою.

Результати загально педіатричного скринінгу можуть бути корисні для виявлення супутніх захворювань, їх можливого причинно-наслідкового зв'язку із первазивними порушенням розвитку. Особливу увагу слід приділити виявленню шкірних стигм нейрофіброматозу, туберозного склерозу, дізембріогенезу та аномалій розвитку, в тому числі мікро- та макроцефалії. Серед

різноманітних соматичних захворювань, асоційованих із РСА, особливе значення мають синдроми, що супроводжуються ознаками ушкодження шкірних покривів та порушеннями розвитку статевих органів.

У нашому дослідженні захворювання шкіри (гіпомеланоз та туберозний склероз) спостерігалися у 17 (4%) рандомізованих хворих. У цих пацієнтів найчастіше спостерігалися невеликі або обширні плями шкіряної депігментації.

Під нашим спостереженням знаходилося 10 хворих РСА з туберозним склерозом. Вони характеризувалися своєрідним «пронизливим» поглядом, більшою тяжкістю клінічних проявів: тяжкою відгороженістю, дратівливістю, епілептичними нападами, аутоагресивною поведінкою з самоушкодженнями, мали тяжку чи глибоку розумову відсталість.

Порушення шкіри при туберозному склерозі були різноманітнішими, ніж при нейрофіброматозі, деякі з'являлися лише в шкільному віці. Темно-червоні та пурпурні вузлові висипання з твердими папулами в області носа і щік на ранніх стадіях захворювання помилково приймалися за вугрову висипку.

При нейрофіброматозі (7 спостережень) на шкірі з'являлися пухирці (пухлини) темного кольору, числені безбарвні та кавові (кавово-молочні) шкіряні плями. У однієї дитини за результатами рентгенологічного обстеження виявлені зміни в кістках щелепи.

У жодного з пацієнтів шкірні зміни не потребували терапевтичного втручання.

Три випадки РСА, асоційовані з генним поліморфізмом по 15-й хромосомі супроводжувалися порушеннями постави: сколіозом та кіфозом. Починаючи з підліткового віку порушення постави при РСА можуть ставати настільки серйозними, що потребуватимуть ортопедичного лікування. Багато дівчаток з цим синдромом з підліткового віку прикуті до інвалідних колясок.

У 12 пацієнтів симптоми РСА були асоційовані із синдромом «крихкої X-хромосоми». Для цих хворих були притаманні м'язова гіпотонія і висока розтяжність зв'язкового апарату, що зумовлювало надмірну гнучкість суглобів. Пацієнти з таким ознакоскладом характеризувалися також симптомами гіперкінетичного спектра: дефіцитом уваги, гіперактивністю, імпульсивністю.

Причиною затримки формування моторних навичок при аутизмі можуть бути диспраксічні порушення; 32% рандомізованих нами пацієнтів мали розлади рухових функцій та зорово-моторної координації.

Двоє хворих із синдромом Мьобіуса середнього та легкого ступеня мали погано сформовані кінцівки. Ця патологія може зумовлювати значні порушення дрібної моторики та рухової координації.

У підлітків і дорослих людей із РСА можуть спостерігатися порушення формування зовнішніх статевих органів. Підлітки і дорослі чоловіки із синдромом «крихкої X-хромосоми» мають зовнішні геніталії (особливо тестікули) значно більших ніж у нормі розмірів (8 спостережень). Хворі з іншими хромосомними порушеннями (XXY-синдромом, синдромом Прадера



-Віллі), навпаки, мають зовнішні геніталії дуже маленьких розмірів (6 спостережень). В усіх клінічних випадках стигматизуючий косметичний дефект був причиною специфічних травматичних переживань.

Проведене дослідження дозволило виділити основні проблеми диференційної діагностики в різних вікових групах.

Диференційна діагностика особливо актуальна в дитячому і ранньому дитячому віці у зв'язку із завданням ранньої діагностики РСА. Вона повинна забезпечити виключення розладів, які заважають нормальному розвитку у дитини мови і соціальних навичок.

**Приглухуватість (туговухість).** Туговухість можна запідозрити, якщо у дитини спостерігається регрес лепетної мови, відсутня реакція на звукові подразники. При первазивних порушеннях розвитку дитина може не реагувати на гучну, але реагувати на шепітну мову, не сприймати звуки в певних частотних діапазонах.

Зазвичай, для діагностики туговухості застосовуються методи отоакустичної емісії та імпедансної аудіометрії, але в більшості випадків вони не дозволяють провести диференційну діагностику між нейросенсорною приглухуватістю та перцепторними порушеннями слухового аналізатора при аутизмі.

У разі нормальних результатів потреби в продовженні тестування немає. У разі виявленого порушення слухового сприйняття через 2-3 місяці обстеження необхідно повторити. У разі якщо результати тестування знову не відповідають нормі повинні бути досліджені викликані потенціали мозку на звуки і мову. В окремих випадках у дітей з важкими порушеннями рецептивної мови і цей метод обстеження демонструє хибнопозитивні результати.

Результати проведеного нами катамнестічного дослідження свідчать, що у частини дітей, визнаних глухими через кілька років з'являється мова і відсутнє значне зниження слуху.

**Тяжка психосоціальна депривація.** Добре відомо, що тяжка емоційна депривація у дітей веде до тяжких психологічних порушень, включаючи формування псевдоаутистичної клінічної картини [9]. Симптомами схожими на аутистичні в таких випадках є байдужість до навколишнього світу, затримка мовного розвитку, обмежені інтереси і повторювана поведінка. На відміну від первазивних порушень розвитку у таких дітей відсутні грубі порушення соціальної реципрокності, їх стан швидко поліпшується, при появі об'єкта прихильності поліпшенні та забезпеченні належного догляду за дитиною.

**Інтелектуальна недостатність (раніше відома як розумова відсталість).** Когнітивна недостатність у дітей до трьох років визначається, як ступінь відставання формування психічних і моторних функцій від розвитку здорової дитини. Чим менша дитина, тим більше питома вага в оцінці її розвитку моторних функцій. Після півтора років на показники інтегрального розвитку дитини значимо впливає затримка мовного розвитку. При наявності певного морфофенотіпа, наприклад,

мікроцефалии, множинних стигм дізембріогенезу, можна припустити про наявність у малечі вроджених вад розвитку мозку, які є причиною інтелектуальної недостатності. Такий саме висновок може бути зроблено при діагностиці ряду генетичних синдромів.

Також встановлено, що тяжкість інтелектуальної недостатності у дітей з РСА корелює з дефіцитом соціальної взаємодії [10].

Таким чином, може бути досить складним віднести затримку формування повсякденних навичок, мови, наслідувальної та ігрової діяльності, дефіцит спілкування і соціальних навичок, стереотипні інтереси і форми поведінки у дитини до трьох років виключно до аутизму чи інтелектуальної недостатності.

Диференціальна діагностика можлива в тих випадках, коли відставання у формуванні навичок соціальної компетентності та комунікації дисонує із загальним рівнем інтелекту. Зазвичай, це складно визначити, якщо психічний вік дитини менше 18 місяців.

Результати нашого дослідження продемонстрували, що на відміну від вродженої інтелектуальної недостатності, при якій відставання дитини в різних підсферах психічного і моторного розвитку відбувається відносно рівномірно, при РСА спостерігається різко дисгармонійний розвиток, що характеризується найбільшими проблемами в сферах, пов'язаних із наслідувальною, ігровою діяльністю і міжособистісними відносинами.

При абілітації процесі, побудованому на принципах відтвореного онтогенезу у дітей із вродженою інтелектуальною недостатністю динаміка показників розвитку характерна для того чи іншого рівня когнітивної недостатності, показники розвитку поліпшуються відповідно до очікуваної вікової динаміки, при цьому показники IQ істотно не змінюються.

При РСА у разі ефективної абілітації можливе скорочення відставання від розвитку здорової дитини, при цьому ступінь когнітивної недостатності, оцінена за допомогою IQ індексу може зменшуватися.

У дитини з РСА різні психічні підсфери зазвичай мають різні зони найближчого розвитку, створюючи у процесі розвитку дисонанс між відносно гарними пізнавальними функціями і виконавчими психічними функціями.

Диференціальну діагностику ускладнює часте співіснування РСА та вродженої інтелектуальної недостатності.

**Розлад Ретта.** DSM-IV та МКХ-10 відносило це ознакоклад до спектра первазивних розладів розвитку. У DSM-V кваліфікація розладу Ретта була переглянута. Незважаючи на те, що пацієнти з цим синдромом часто мають аутистичну симптоматику, вона є очевидною протягом лише короткого проміжку часу в ранньому дитинстві. У переважній кількості хворих протягом більшої частини життя загальні для первазивних порушень розвитку діагностичні критерії не виконуються. Розлад Ретта пов'язують з генним поліморфізмом X-хромосоми, наявністю гена MECP2. Захворювання зустрічається здебільшого у дівчат. Зазвичай спостерігається

нормальний розвиток до 6-18 місяців, потім розвиток припиняється і починається психічний регрес із втратою мови, мануальних навичок, специфічними стереотипними «миючими» рухами рук, респіраторними порушеннями, появою судом та соціальною ізоляцією. У всіх дітей відзначається уповільнення зростання голови і формування мікроцефалії.

#### **Рецептивно-експресивний мовленевий розлад.**

Розлад виразної частини (експресивней розлад) мовленевої функції часто спостерігається у дітей і зазвичай полягає в затримці засвоєння фонетики, лексичної та синтаксичної складових мови, що виглядає дуже вибірково в контексті нормального розвитку соціальних навичок, невербальної комунікації, пізнавальних функцій та уяви.

Більш рідкісною є ситуація, коли у дітей, які не страждають первазивним порушенням розвитку, мають нормальний невербальний інтелект спостерігаються тяжкі порушення пов'язаної з порозумінням рецептивної частини мови. Виразна частина мови у таких дітей також зазвичай недорозвинута, але ці порушення носять вторинний характер. Найчастіше рецептивні мовні порушення описуються, як «семантико-прагматичний розлад» із шаблонною промовою, відстроченими і безпосередніми ехололіями, обмеженістю соціальної взаємодії і діалогової мови. Проте незвичайні заняття і ритуали для рецептивного розладу мови менш характерні, ніж для РСА.

**Синдром Ландау-Клеффнера.** Набута афазія з епілепсією або синдром Ландау-Клеффнера характеризується нормальним розвитком до 3-4 річного віку з наступною появою епілептичних припадків та / чи епілептичної активності на енцефалограмі під час сну, швидким регресом рецептивної, а пізніше і експресивної мови. На певній стадії захворювання майже завжди розвивається ЕСПС – електричний статус повільнохвильового сну з майже безперервною спайк-хвильовою активністю у фазі повільного сну. Проте слід відзначити, що реєстрація електричного статусу повільного сну не є обов'язковою умовою для постановки діагнозу. Регрес мовного розвитку може спостерігатися після психічної травми, може бути пов'язаний із соціальною депривацією, але діагностичні критерії аутизму при цьому не виконуються.

Синдром Ландау-Клеффнера потрібно диференціювати з клінічною відміною РСА – дитячим дізінтегративним розладом (ДДР). У разі ДДР очевидний регрес психічних функцій спостерігається раніше, у 18-24 місяці. При цьому варіанті РСА, на наш погляд, правильно говорити про дізінтеграцію, якій передують прискорений психічний та моторний розвиток.

**Селективний мутизм і сепаративна тривога.** Для дітей з сепаративною тривогою притаманні порушення комунікації поза межами звичного сімейного оточення, в присутності малознайомих людей, особливо в соціальних ситуаціях, відмова від мовленевої комунікації, порушення батьківсько-материнської прихильності. Диференційна діагностика з первазивними порушеннями

розвитку зазвичай не викликає складнощів і спирається на наявність нормальної комунікації і соціальних навичок вдома або в іншій сімейній обстановці.

**Високофункціональний аутизм.** У шкільному віці певні складнощі викликала діагностика випадків високофункціонального аутизму або атипового аутизму, при якому діагностичні критерії РСА виконуються не повністю. Історію розвитку дитини у віці до і після 3 років ми вважаємо визначальною для постановки правильного діагнозу. Проте в окремих випадках високофункціонального аутизму порушення соціальної реципрокності стають очевидними тільки при досягненні дитиною певного віку, після 10-12 років.

Діагностичні труднощі можуть бути також пов'язані з відсутністю у дітей з високофункціональним аутизмом загальної затримки мовленевих та когнітивних функцій у дошкільному віці. За відсутності затримки мовленевого розвитку важливим для постановки діагнозу є виявлення інших ознак порушення первазивного розвитку, які можна відстежити у віці до трьох років. Високофункціональний аутизм часто супроводжується порушеннями розвитку рухових функцій (диспраксією); у багатьох пацієнтів, як у ранньому дитячому, так і підлітковому віці спостерігається виражена незграбність.

**Гіперкінетичний розлад (розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю – РДВГ).** РСА та РДВГ характеризуються високою взаємною коморбідністю, але є дискретними психічними розладами.

**Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР).** У ряді випадків РСА доводилося диференціювати з обсесивно-компульсивним розладом. Складності викликало розмежування стереотипних рухів і рухових обсесій, повторюваних форм поведінки і захисних ритуалів, проте в більшості випадків диференціальна діагностика бути легкою проведена на підставі даних історії хвороби.

**Дитяча шизофренія.** При діагностиці РСА слід враховувати і ймовірність діагностики дитячої шизофренії. Певні складнощі при диференційній діагностиці цього рідкісного захворювання та РСА можуть виникнути через бідність емоційних проявів і негативістичну поведінку у хворих з РСА. При диференціальній діагностиці слід мати на увазі, що галюцинації і маячні ідеї специфічні для шизофренії. У більшості дітей з ранньої маніфестацією шизофренії відсутні затримки розвитку мови та дефіцит соціальної реципрокності, характерні для дітей з РСА.

Первазивні розлади розвитку не завжди вдається розмежувати з процесуальними психічними розладами шизофренічного спектра. Визнанням існування проблеми є спроби ввести в клінічну практику нову діагностичну категорію комплексного розладу розвитку. Дефініція була запропонована Дональдом Джей Коеном ще в 1986 році для позначення особливого варіанту первазивного розладу розвитку з порушеннями регуляції афективного стану, розладами мислення та перцепції аж до обманів сприйняття. До теперішнього часу розлад не було включено в сучасні діагностичні системи. На думку деяких авторів сутністю запропонованої діагностичної

категорії є спроба інтерпретувати «бодерляйн» розлади дитячого віку і дитячу шизофренію через призму теорії порушення нейророзвитку [11].

Таким чином, РСА можуть розглядатися, як континуум поліетиологічних синдромів із високим рівнем коморбідності з іншими психічними та соматичними розладами. Клінічний поліморфізм РСА ймовірно є відображенням його генетичного поліморфізму. Діти з ознаками РСА потребують комплексного загально-медичного скринінгу на первинному рівні медичної допомоги. Результати такого скринінгу можуть бути корисні для виявлення супутніх захворювань, їх можливого причинно-наслідкового зв'язку із первазивними порушеннями розвитку. Особливу увагу слід приділити виявленню шкірних стигм нейрофіброматозу, туберозного склерозу, дізэмбриогенезу та аномалій розвитку, в тому числі мікро- та макроцефалії. Діти з первазивними порушеннями розвитку часто стають об'єктами третирування і насильства з боку однолітків і людей, що займаються їх опікою. Під час загальномедичного обстеження дітей з РСА необхідно шукати ознаки травм, пов'язаних із самоушкодженнями та жорстоким поведінням.

### Література

1. Марценковский, И. А. Расстройства из спектра аутизма: особенности диагностики, возможности профилактики и лечения / И. А. Марценковский // Архив психиатрии: научно-практический журнал. – 2012. – Т.18. – № 2 (69). – С. 84 – 90.
2. Марценковский И. А. Расстройства спектра аутизма: вопросы диагностики и терапии / И. А. Марценковский, Д. И., Марценковский // Нейро – News: психоневрология и нейропсихиатрия. – 2013. – № 3/ 48 – С.20 – 27.
3. Autism and abnormal development of brain connectivity / M K Belmonte [et al.] // The Journal of Neuroscience. – 2004. – V. 24. – P. 9228 – 9231.

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](http://portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53,70436&_dad=portal&_schema=PORTAL).
5. 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](http://portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53,265699&_dad=portal&_schema=PORTAL).
6. 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](http://portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53,289372&_dad=portal&_schema=PORTAL).
7. 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.
8. Vineland Adaptive Behavior Scales: Survey Forms, Expanded Form, Teacher Rating Form manuals [Electronic resource] / Sara S. Sparrow.
9. Domenic V. Cicchetti, David A. Balla; Access profile: <http://psychcorp.pearsonassessments.com/HAIWEB/Cultures/en-us/Productdetail.htm?Pid=Vineland-II>.
10. Rutter M. Quasi-autistic patterns following severe early global privation. English and Romanian Adoptees (ERA) Study / M. Rutter, L. Andersen-Wood, C. Beckett // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 1999. – V.40. – P. 537-549.
11. Wing L. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification / L. Wing, J. Gould // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 1979. – V. 9. – P. 11-29.
12. Towbin K. E. Conceptualizing “borderline syndrome of childhood” and “childhood schizophrenia” as a developmental disorder / K. E. Towbin, E. M. Dykens, G. S. Pearson // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 1993. – V. 32. – P. 775-782.

### НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ СПЕКТРА АУТИЗМА

И. А. МАРЦЕНКОВСКИЙ

Расстройства спектра аутизма были объектом исследования отдела медико-социальных проблем терапии Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии. Изучена связь между отдельными симптомами спектра РСА, другими психическими и соматическими симптомокомплексами; изучена этапность формирования стабильных монокавалитативных симптомокомплексов; разработаны рекомендации для дифференциальной диагностики. Делается вывод, что РСА могут рассматриваться, как континуум полиетиологических синдромов с высоким уровнем коморбидности с другими психическими и соматическими расстройствами. Клинический полиморфизм РСА вероятно является отражением его генетического полиморфизма. Дети с признаками РСА нуждаются в проведении комплексного общемедицинского скрининга на первичном уровне медицинской помощи. Результаты такого скрининга могут быть полезны для выявления сопутствующих заболеваний, их возможного причинно-следственной связи с первазивными нарушениями развития. Особое внимание следует уделить выявлению кожных стигм нейрофиброматоза, туберозного склероза, дизэмбриогенеза и аномалий развития, в том числе микро- и макроцефалии. Дети с РСА часто становятся объектами третирувания и насилия со стороны сверстников и людей, занимающихся их опекой. При общемедицинском обследовании детей с РСА необходимо искать признаки травм, связанных с самоповреждениями и жестоким обращением

**Ключевые слова:** аутистическое расстройство, расстройства спектра аутизма туберозный склероз, синдром ломкой X-хромосомы, синдром Ретта, синдром Ландау Клеффнера, рецептивное, экспрессивное расстройства речи, расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью

### SOME PROBLEMS OF THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS

A. MARTSENKOVSKY

Autism spectrum disorders (ASDs) were the objects of research of Department of Medical and Social Care Problems of Ukrainian Research Institute of Social and forensic Psychiatry. We studied the relationship between individual symptoms of ASD and other mental and somatic symptom complexes; studied the stages of formation of stable consolidated symptom complexes, developed the recommendations for the differential diagnosis. It is concluded that the ASD can be viewed as a continuum of polyetiologial syndromes with a high level of comorbidity with other mental and somatic disorders. Clinical polymorphism of ASD is likely a reflection of its genetic polymorphism. Children with symptoms of ADS need for the integrated general medical screening at the primary level of care. The results of this screening may be useful to identify the comorbid disorders and their possible causal relationship with pervasive developmental disorders. Particular attention should be paid to the identification of cutaneous stigmas of neurofibromatosis, tuberous sclerosis, dysembryogenesis and developmental abnormalities, including micro-and macrocephaly. Children with ASD frequently become targets of bullying and abuse by peers and people involved in their care. During general medical assessment of children with ASD it is necessary to search for signs of injury associated with self-harm and abuse.

**Keywords:** autistic disorder, autism spectrum disorder, tuberous sclerosis, fragile X syndrome, Rett's syndrome, Landau-Kleffner syndrome, receptive, expressive speech disorder, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)



УДК 616.853-08-06:615:215:615.065

С. Г. Носов<sup>1</sup>, И. Г. Дробот<sup>2</sup>**КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ  
АНТИЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**<sup>1</sup>ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепропетровск<sup>2</sup>КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница ДОС», г. Днепропетровск**Ключевые слова:** эпилепсия, лечение антиэпилептическими препаратами, когнитивные побочные эффекты лечения

Эпилепсия – хроническое заболевание, которое проявляется не только эпилептическими припадками, но и психопатологией, среди которой нередко встречаются когнитивные нарушения. В настоящее время совершенно точно определены три основных фактора, которые могут приводить к развитию когнитивной дисфункции при эпилепсии: этиология болезни (органическое поражение головного мозга), припадки и мозговые побочные эффекты антиэпилептической терапии [1]. Данная статья посвящена рассмотрению когнитивных расстройств, развивающихся в виде побочных эффектов антиэпилептической терапии, поскольку систематическое изложение литературных данных по этому поводу встречается нечасто. Кроме того, когнитивные расстройства при приеме антиэпилептических препаратов (АЭП) не позволяют назначить лекарство в оптимальной дозе, и таким образом снижают эффективность антиэпилептической терапии, способствуют развитию резистентности к лечению [1; 2], что также определяет актуальность рассуждения данной темы.

Применяемые с лечебной целью при эпилепсии АЭП могут оказывать побочные эффекты в отношении психической сферы, среди которых, кроме негативного влияния на эмоции, настроение, поведение, нередко встречаются когнитивные нарушения [1;3]. Когнитивные расстройства, возникающие при приеме АЭП, чаще всего проявляются нарушениями памяти пациентов («дисмнестическим синдромом»), замедлением темпа мышления, дефицитом внимания, ухудшением сообразительности, дисфазией, снижением успеваемости у детей, работоспособности у взрослых [1; 3; 4]. Эти расстройства могут в большей степени нарушать социальное функционирование больных, чем эпилептические припадки, на купирование которых направлено их основное лечебное влияние.

Рассматривая типологию когнитивных нарушений при назначении АЭП у больных эпилепсией, следует отметить следующие их варианты: когнитивные нарушения при эпилепсии, связанные только с влиянием АЭП, расстройства, связанные с усилением АЭП когнитивной дисфункции вследствие эпилепсии, а также когнитивные нарушения, возникающие при комплексном влиянии АЭП, эпилепсии и сопутствующих заболеваний головного мозга и организма в целом [1; 4; 5]. В первом случае АЭП оказывают дезорганизующее влияние на функционирование медиаторных систем головного мозга с нарушением высших интегративных функций и развитием психопатологии, в т. ч. и когнитивных расстройств. Во втором случае когнитивные побочные

эффекты АЭП накладываются на когнитивную дисфункцию, возникающую вследствие эпилепсии, не только усиливая ее основные проявления, но и привнося в нее дополнительные специфические черты, связанные с влиянием препаратов [5]. У пациентов с сопутствующей патологией мозга и организма в целом когнитивные нарушения являются результатом сложного комплексного влияния АЭП, эпилептического процесса, ведущего к развитию когнитивной собственной дисфункции, также иных процессов головного мозга и организма пациента (сосудистая патология мозга, черепно-мозговые травмы, интоксикации, острые и хронические соматические заболевания и пр.), которые могут приводить к развитию дополнительной самостоятельной когнитивной дисфункции или создавать благоприятную почву для развития когнитивных расстройств от АЭП или эпилепсии, видоизменяя метаболизм препаратов или снижая активность собственных компенсаторных механизмов организма и головного мозга [5; 6; 7].

С точки зрения длительности когнитивных побочных эффектов АЭП целесообразно разделять их на транзиторные и перманентные [1; 4; 7]. К транзиторным эффектам относим нестойкие, относительно кратковременные, проходящие расстройства памяти, внимания, мышления вследствие влияния АЭП, которые полностью редуцируются после изменения влияния препаратов. Транзиторные когнитивные нарушения чаще всего дозозависимы, т. е. возникают при относительном или абсолютном превышении индивидуальной суточной дозы АЭП. Транзиторные расстройства могут быть обусловлены высокой суточной дозой или быстрым наращиванием дозы одного АЭП, которым проводится лечение больного, а также использованием комбинации нескольких АЭП или АЭП с лекарственным веществом неэпилептической направленности влияния, когда одно лекарственное средство значительно замедляет метаболизм другого препарата и выражено повышает концентрацию АЭП в плазме крови. Наконец, транзиторные когнитивные расстройства при назначении АЭП могут быть обусловлены временным проходящим повышением концентрации АЭП в крови больного вследствие сопутствующего острого соматического недуга (острая патология органов наиболее активного метаболизма АЭП - печени, почек) [2; 4]. Отмечены единичные случаи транзиторной когнитивной дисфункции при назначении некоторых препаратов (вальпроаты в комбинации с другими АЭП), проявляющейся спутанностью сознания, ступором. Эти нарушения были обусловлены врожденными нарушениями метаболизма АЭП и оказались полностью

обратимыми после прекращения лечения вальпроатами. Кроме того, транзиторные когнитивные нарушения при приеме АЭП могут быть обусловлены фармакогенными депрессивными аффективными расстройствами и носить функциональный характер [7; 8].

Реже наблюдаются дозозависимые транзиторные когнитивные побочные эффекты АЭП. Они чаще всего связаны с резким дополнительным снижением защитных сил организма и головного мозга вследствие острых соматических заболеваний, не относящихся к органам метаболизма АЭП, а также с приемом некоторых нейротропных лекарственных средств, которые фармакодинамически (влияя на мозговые рецепторные системы, на которые также оказывают воздействие и АЭП) способствуют развитию проходящих побочных когнитивных расстройств АЭП. Транзиторные когнитивные нарушения по своей природе являются преимущественно функциональными расстройствами [6; 7; 9].

Перманентные когнитивные нарушения в связи с применением АЭП обусловлены длительным негативным влиянием АЭП на мозговое функционирование с развитием стойких дисфункциональных изменений, токсической энцефалопатии от АЭП или смешанной (АЭП, эпилепсия, и, возможно, сопутствующая органическая мозговая патология травматического, инфекционного, интоксикационного, сосудистого, соматогенного происхождения) энцефалопатии. Такие когнитивные расстройства обычно не исчезают полностью после отмены (замены) АЭП, и требуют проведения дополнительных лечебных мероприятий, поскольку включаются дополнительные патогенетические механизмы, напрямую не связанные с влиянием только АЭП [7; 9; 10]. Перманентные когнитивные нарушения на начальных этапах их развития могут быть дозозависимы, но по мере укрепления энцефалопатического процесса их зависимость от дозы АЭП снижается или даже исчезает, поэтому снижение дозы препарата или его отсутствие после замены может сочетаться с поддержанием или дальнейшим развитием возникшей ранее когнитивной дисфункции. Также в развитии перманентных когнитивных нарушений играет роль влияющая на метаболизм АЭП, ослабляющая защитные силы организма и мозга острая и хроническая сопутствующая патология. Возможна трансформация транзиторных когнитивных нарушений в перманентные в случае продолжения лечения АЭП без изменения терапевтической тактики [10].

Под влиянием большинства АЭП возникают чаще всего когнитивные расстройства легкой или, реже, средней степени выраженности [7; 9; 11], которые характеризуются незначительным или умеренным влиянием на бытовую, профессиональную и социальную деятельность пациента, в том числе и на более сложные ее формы, не вызывают глубокой дезадаптации, хотя при умеренной когнитивной дисфункции могут приводить к временным, проходящим затруднениям в сложных или непривычных для пациента видах деятельности [10; 12]. Умеренные когнитивные нарушения с ограничением социальной адаптации больных возникают

чаще всего при приеме АЭП-барбитуратов [13; 14]. При сочетанной когнитивной дисфункции (АЭП, эпилепсия, сопутствующая органическая патология мозга) могут развиваться и тяжелые когнитивные нарушения с профессиональной, социальной и бытовой дезадаптацией больного [11; 13; 15].

Основными патофизиологическими закономерностями развития когнитивных нарушений в головном мозге вследствие приема АЭП являются проходящее или стойкое снижение функционирования ретикулярной формации мозгового ствола и медиобазальных структур мозга, что сопровождается нарушением поддержания на оптимальном уровне активности мозговой коры, особенно височных и лобных областей мозга, его ассоциативных зон. В результате кратковременно или стойко ухудшается интегративная деятельность головного мозга, затрудняется информационная переработка в головном мозге, следствием чего и являются снижения памяти, внимания, сообразительности, замедление темпа психических процессов, мышления. Медиаторной системой головного мозга, дисфункция которой играет главенствующую роль в развитии когнитивных нарушений при назначении АЭП у больных эпилепсией, является система ГАМК [7; 11; 17].

К факторам, способствующим развитию побочных когнитивных нарушений при приеме больными эпилепсией АЭП могут быть отнесены ниже описанные варианты [3; 7; 13]. Прежде всего, это наличие у АЭП доказанного побочного действия в виде возможного развития когнитивной дисфункции, информация о чем отражена в инструкции к лекарственному средству [7; 8]. Играет роль и пол пациента – у мужчин когнитивные расстройства возникают чаще, чем у женщин. Это связано с более выраженной активностью левого (доминантного) полушария у мужчин по сравнению с женщинами. Дисфункция системы тормозной системы ГАМК в виде выраженного повышения ее активности под влиянием АЭП, которая в большей степени представлена в левом полушарии [13; 17; 18], приводит к более отчетливым расстройствам функционирования левого полушария, что обуславливает большую вероятность развития и степень выраженности когнитивных расстройств именно у мужчин.

В возрастном аспекте наиболее выражены и часты когнитивные расстройства вследствие лечения АЭП у детей и лиц пожилого возраста. В этом плане неблагоприятно раннее начало эпилепсии с тоническими и атоническими приступами в детском возрасте [17]. Особенно высок риск развития когнитивных нарушений у детей, подвергшихся при внутриутробном развитии влиянию АЭП от принимавшей их матери, если в дальнейшем АЭП будут назначены и ребенку, а также у детей с врожденной незрелостью нервной системы, органическим поражением мозга ребенка во время беременности или родов, врожденными аномалиями развития и деятельности органов метаболизма и выделения АЭП (печень, почки) [4; 5]. Врожденные нарушения метаболизма также могут способствовать возникновению



когнитивной дисфункции не только у детей, но и подростков, взрослых, которым назначены АЭП [19]. У пожилых пациентов факторами риска появления когнитивных нарушений от АЭП является возрастное ухудшение интеллектуально-мнестического функционирования в результате снижения активности медиаторных систем мозга, участвующих в когнитивном функционировании человека и обеспечивающих оптимальную деятельность собственных компенсаторных механизмов головного мозга, а также вследствие возрастных гормональных перестроек, сопутствующих соматических заболеваний, и изменения фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов, прием различных лекарственных средств по поводу соматических расстройств наряду с АЭП, с высокой вероятностью взаимодействиями между ними [13; 19; 20].

В развитии когнитивной дисфункции при приеме АЭП имеют значение и фармакогенетические особенности метаболизма препаратов в организме пациента, определяющие генетически детерминированный состав и активность ферментов, участвующих в метаболизме ксенобиотика, в частности, конкретного АЭП [7; 13]. При этом когнитивные побочные эффекты преимущественно развиваются у лиц, являющихся медленными метаболиторами соответствующего АЭП, что способствует поддержанию повышенной концентрации препарата в крови больного при назначении даже рекомендуемых среднетерапевтических доз и развитию токсического влияния АЭП на головной мозг.

К факторам, способствующим развитию когнитивных расстройств при приеме АЭП, относится также неадекватный форме, типу течения эпилепсии и типу припадков качественный и количественный подбор АЭП с угнетающим влиянием на деятельность головного мозга, превышение индивидуальной оптимальной суточной дозы АЭП у взрослых на протяжении длительного времени [7; 20; 21]. Имеет значение скорость титрации АЭП, особенно при совместном применении с другими АЭП. Скорость титрации зависит от формы болезни и типа ее течения, различается при идиопатической и симптоматической форме эпилепсии, при ее благоприятном и неблагоприятном типе течения [13; 20; 21], и соблюдение правил титрации способствует профилактике когнитивных расстройств даже при применении АЭП с высокой потенциальной вероятностью их развития.

Также играет роль несвоевременность начала терапии АЭП (например, мощная терапия АЭП сразу после первого припадка, напугавшего родственников больного, которые потребовали начала активного лечения) [7; 13]. Имеет значение и нераспознанная аггравация припадков при применении АЭП с развитием опосредованного когнитивного побочного эффекта вследствие активизации пароксизмального эпилептогенеза [21; 22]. Иногда, не определив аггравацию припадков, предпринимаются попытки повысить дозу АЭП, что способствует развитию и непосредственной когнитивной дисфункции от их применения. Формируя лечебные комбинации АЭП, следует непременно учитывать особенности взаимодействия

между собой назначаемых препаратов, т. к. в ряде случаев комбинированная терапия может приводить к резкому повышению концентрации одного из АЭП даже при назначении его в рекомендуемой терапевтической дозе, что может способствовать развитию токсического эффекта АЭП и побочных когнитивных нарушений. Полипрагмазия АЭП также способствует развитию когнитивной дисфункции, поэтому предпочтительна монотерапия [13; 22]. Прием иных, не антиэпилептических препаратов в сочетании с АЭП, может также изменять фармакодинамику и фармакокинетику антиэпилептических средств, способствовать повышению концентрации АЭП в крови или активизации литического влияния антиэпилептических препаратов на рецепторные мозговые системы. Изменить фармакокинетику АЭП и способствовать развитию когнитивных побочных эффектов вследствие повышения концентрации препаратов в крови могут и сопутствующие соматические болезни органов метаболизма и выделения АЭП. Оказать влияние на фармакодинамику АЭП способны последствия органического поражения головного вследствие перенесенных ранее влияний разнообразных внешних факторов, а также текущие церебральные процессы. Они могут повысить вероятность возникновения когнитивных расстройств от АЭП или смешанного происхождения [7; 13; 21]. Сама эпилептическая патология с органическим поражением головного мозга также является фактором риска развития когнитивных нарушений при применении АЭП или смешанного генеза. При этом имеют значение как локальные органические изменения в головном мозге (мезиальный височный склероз гиппокампа, особенно с преимущественной левополушарной локализацией патологии), так и диффузные энцефалопатические процессы, являющиеся производными длительной активности пароксизмального эпилептогенеза [7; 13; 17; 21]. Другими словами, височная форма эпилепсии является тем расстройством, при котором весьма вероятны когнитивные побочные эффекты АЭП.

Повышают вероятность развития когнитивной дисфункции от принимаемых АЭП сопутствующая алкоголизации и наркотизация больных эпилепсией, прием лекарственных препаратов, снижающих эффективность антиэпилептической терапии с заместительным повышением суточной дозы АЭП врачом, нерегулярный прием АЭП больными по разным причинам. Наличие психопатологии в анамнезе у больного или в настоящее время также является фактором риска возникновения побочных когнитивных эффектов (Воронкова). Негативные последствия нейрохирургических операций по поводу эпилепсии с развитием органического поражения мозга, изменений функциональной асимметрии мозга и функционирования структур, или снижения собственных компенсаторных механизмов мозга также могут стать возможным пособником развития когнитивной психопатологии при приеме АЭП [19; 21; 23]. На практике когнитивные расстройства от АЭП чаще возникают при совместном наличии нескольких факторов риска развития этих нарушений [24].

Если говорить о конкретных АЭП и вероятности развития когнитивных расстройств при их применении, то следует отметить, что традиционные АЭП вызывают эти расстройства с большей частотой, чем новые антиэпилептические средства [13; 20; 25]. Из традиционных АЭП наиболее часто вызывают когнитивные нарушения фенобарбитал и иные производные барбитуровой кислоты. Их побочные эффекты обусловлены избыточной активацией тормозной ГАМК-системы мозга с развитием седации и снижения когнитивных способностей больных. При этом наиболее страдает краткосрочное запоминание и воспроизведение информации [13; 22; 25], а также возможно нерезкое снижение интеллекта при использовании фенобарбитала в течение длительного времени в дозах выше среднетерапевтических [19; 24; 29]. Фенитоин способен вызвать ухудшение внимания, памяти и особенно внутренней речи, замедление психических функций [22; 24]. Топирамат вызывает замедление психомоторных реакций, снижение сообразительности пациентов и дисфазию [26; 27; 28]. Карбамазепин оказывает негативное влияние на память, внимание, скорость мышления [30]. Вальпроаты могут оказывать негативное влияние на когнитивную сферу больных эпилепсией при использовании их в высоких дозах, при этом отмечается снижение скорости психических реакций у пациентов [13; 15] и менее выраженные расстройства памяти по сравнению с барбитуратами и карбамазепином. Ламотриджин также обладает побочными эффектами, которые, в отличие от других АЭП, характеризуются избыточной когнитивной активацией [31]. В отношении других АЭП (этосуксимид, тиагабин, габапентин, левитирацетам, зонисамид и лакосамид) развитие отчетливых когнитивных расстройств является недоказанным [31; 32].

Таким образом, АЭП в определенных условиях своего назначения, при наличии факторов риска, способны вызывать побочные когнитивные эффекты легкой или средней степени выраженности с транзиторным или перманентным течением, преимущественно касающиеся расстройств памяти, внимания, темпа мыслительной деятельности. Когнитивные побочные эффекты АЭП могут сочетаться с когнитивными проявлениями эпилепсии, других коморбидных органических расстройств головного мозга, что обязательно надо иметь в виду при оценке влияния АЭП на когнитивную сферу больных. Обязательным является учет индивидуального спектра когнитивных нарушений каждого АЭП.

## Литература

1. Aldenkamp A. P. *Antiepileptic drug treatment and epileptic seizures: effects on cognitive function* // *The Neuropsychiatry of Epilepsy*. - New York: Cambridge University Press, 2002. - P.256-267.
2. Aldenkamp A. P. et al. *A multicenter, randomized clinical study to evaluate the effect on cognitive function of topiramate compared with valproate as add-on therapy to carbamazepine in patients with partial-onset seizures* // *Epilepsia*. - 2000.-Vol.41.-P.1167-1178.
3. Aldenkamp A. P. *Antiepileptic drugs and cognitive disorders*//*In The Neuropsychiatry of Epilepsy* Ed. By Trimble M., Schmitz B. - Cambridge University Press, 2011.-P.153-164.
4. Rosche J., Kundt G., Weber R. et al. *The impact of antiepileptic polytherapy on mood and cognitive function* // *Acta Neurol.Belg.*-2011. - Vol.111 (1).-P.29-32.
5. Yamed S. A. *The aspect and mechanisms of cognitive alteration in epilepsy: the role of antiepileptic medications* // *CNS Neurosci. Ther.* - 2009. - Vol.15 (2).-P.134-156.
6. Aldenkamp A. P., De Krom M., Reijns R. *Newer antiepileptic drugs and cognitive issues* // *Epilepsia*. - 2003. - Vol. 44 (Suppl 4). - P.21-29.
7. *The Neuropsychiatry of Epilepsy*: Ed.by Trimble M., Schmitz B. - Cambridge University Press, 2011.-P.153-164.
8. Mula M., Trimble M.R., Sander J.M. *Psychiatric adverse events in patients with epilepsy and learning disabilities taking levetiracetam*// *Seizure*.-2004. - Vol.13(1).-P.55-57.
9. Onuma T. *Cognitive dysfunction and antiepileptic drugs*//*Brain Nerve*. - 2011. -Vol. 63(4).-p.331-346.
10. Harbord M. G. *Significant anticonvulsant side-effects in children and adolescents* // *L.Clin.Neurosci.*-2000.-Vol.7.-N3.-P.213-216.
11. Herranz J. L., Armijo J. A., Arteaga R. *Clinical side-effects of phenobarbital, primidone phenytoin, carbamazepine, and valproate during monotherapy in children* // *Epilepsia*.-1988.-Vol.29(6).-P.794-804.
12. Galassi R., Morreale A., Di Sarro R. et al. *Cognitive effects of tiagabine and topiramate in patients with epilepsy*//*Epilepsy Behav.*-2005. - Vol.6(3).-P.373-381.
13. Воронкова К. В., Петрухин А. С., Пылаева О. А., Холин А. А. *Рациональная антиэпилептическая фармакотерапия: Рук-во для врачей*. - М.: Бином, 2008.-С.119-120.
14. Alvarez N. *Barbiturates in the treatment in people with intellectual disability*//*J. Intellct. Disabil. Res.* - 1998.-Vol.42.-Suppl.1.-P.16-23.
15. Calandre E. P., Domiguez-Granadoz., Gomez-Rubio M., et al. *Cognitive effects of long-term treatment with phenobarbital and valproic acid in school children* // *Acta. Neurol. Scand.* - 1990.-V. 81(6).-P.504-506.
16. Glauser T.A. *Behavioral and psychiatric adverse events associated with antiepileptic drugs commonly used in pediatric patients* // *J.Child.Neurol.*-2004.-V.19.-Suppl.-1.-P.25-38.
17. Mula M., Trimble M.R., Sander J.M. *The role of hippocampal sclerosis in topiramate-related depression and cognitive deficit in people with epilepsy*//*Epilepsia*.-2003. - Vol. 44(2).-P.1573-1577.
18. Kanner A. M., Wu J., Faught E. et al. *The PADS investigators. A past psychiatric history may be a risk factor for topiramate-related psychiatric and cognitive events* // *Epilepsy Behav.* - 2003. - Vol. 4(5).-P.548-552.
19. Perucca E., Meador K.J. *Adverse effects of antiepileptic drugs* // *Acta Neurol.Scand.Suppl.*-2005.-Vol.181.-P.30-35.
20. Trimble M. R. *Anticonvulsant drugs and cognitive function: a review of the literature*//*Epilepsia*.-1987.-Vol.28 (Suppl 3).-P.37-45.
21. Юр'єва Л. М., Носов С. Г. *Психічні розлади при психічному захворюванні*. -К.: 2009.-195с.
22. Loring D. W., Marino S., Meador K. J. *Neuropsychological and behavioral effects of antiepileptic drugs* // *Neuropsychol.Rev.*-2007.-Vol. 17(4).-P.413-425.
23. Brunbeck L., Sabers A. *Effects of antiepileptic drugs on cognitive function in individuals with epilepsy: a comparative review of newer versus older agents* // *Drugs*.-2002.-Vol. 62(4).-P.593-604.
24. Meador K. J.M., Loring D.W., Abney O. L. et al. *Comparative cognitive effects of anticonvulsants* // *Neurology*.-1990.-Vol.40.-P.391-394.
25. Hirsch E., Schmitz B., Carreno M. *Epilepsy, antiepileptic drugs (AEDs) and cognition* // *Acta Neurol.Scand.Suppl.*-2003.-Vol.180.-P.23-32.
26. Lyatoo S. D., Wong I. C. K., Sander J. W. *Prognostic factors affecting long-term retention to topiramate in patients with chronic epilepsy*// *Epilepsia*.-2000.-Vol.41.-P.338-341.
27. Mula M., Trimble M. R., Lhatoo S. D. et al. *Topiramate and psychiatric adverse events in patients with epilepsy* // *Epilepsia*. - 2003. - Vol. 44(5).-P.659-663.
28. Kanner A. M., Wu J., Faught E. et al. *The PADS investigators. A past psychiatric history may be a risk factor for topiramate-related psychiatric and cognitive events* // *Epilepsy Behav.* - 2003. - Vol.4(5).-P.548-552.
29. Baulac M. *Phenobarbital and other barbiturates. Clinical efficacy and use in epilepsy* // *In Antiepileptic drugs. First edition.* - 2002. - P.514-521.

30. Brodie M. J., Johnson F. N. Carbamazepine in the treatment of seizure disorders: efficacy, pharmacokinetics and adverse event profile // *Rev. Contemp. Pharmacoter.*-1997.-V.8.-P.87-122.
31. Helmstaedter C., Witt J. A. The longer term cognitive effects of adjunctive antiepileptic treatment with lacosamide in comparison with lamotrigine and topiramate in a naturalistic outpatient setting // *Epilepsy Behav.*-2013.-Vol. 26(2).-P.182-187.
32. Ben-Menachem E. Leviteracetam: treatment in epilepsy//*Expert. Opin. Pharmacother.* -2003. - Vol. 4(11).-P.2079-2088.

#### КОГНІТИВНІ РОЗЛАДИ ПІД ЧАС ВИКОРИСТАННЯ АНТИЕПІЛЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ

С. Г. Носов, І. Г. Дробот

Стаття є оглядом сучасної літератури з класифікації, патогенетичних механізмів розвитку, факторів ризику виникнення та клінічної характеристики когнітивних розладів, які можуть спричинити антиепілептичні препарати у хворих на епілепсію.

**Ключові слова:** епілепсія, лікування антиепілептичними препаратами, когнітивні побічні ефекти лікування

#### COGNITIVE DISORDERS USING ANTI-EPILEPTIC DRUGS IN PATIENTS WITH EPILEPSY

S. G. Nosov, I. G. Drobot

Article is a review of the literature on the classification, pathogenetic mechanisms, risk factors and clinical characteristics of cognitive disorders that may occur in patients with epilepsy under the influence of anti-epileptic drugs

**Keywords:** epilepsy, treatment with anti-epileptic drugs, adverse cognitive effects of treatment

УДК 616.89-053.8/.9(075.5)

**В. Чайковська**  
**СУЧАСНИЙ СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ**  
**ГЕРАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ**  
Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України, м. Київ

**Ключові слова:** геріатрична допомога, інвалідність, психіатрична допомога, соціальне обслуговування населення похилого віку, медико-соціальна допомога населенню літнього віку

Україна належить до демографічно старих країн світу. Частка населення віком понад 60 років становить 20,3% з прогнозованою тенденцією до її подальшого підвищення. За даними Демографічного Департаменту ООН вже до середини сторіччя очікується збільшення цього показника в Україні до 38,1%, зокрема частка людей 80 років і старших збільшиться у 3,5 рази.

Для населення пенсійного віку рівні захворюваності, первинної інвалідності і смертності відповідно у 2,3; 1,5 і 8 разів вищі, ніж у працездатному віці, що детерміновано віковими змінами організму. Це визначає зростання кількості старих людей, які за станом здоров'я потребують активної підтримки з боку суспільства.

Погіршення з віком стану здоров'я літніх людей супроводжується значними змінами обсягу і характеру їх потреб у різних видах медичної допомоги і обумовлює необхідність переорієнтації сучасних систем надання медичної допомоги населенню літнього віку на поза-лікарняні форми обслуговування. Останні не тільки не поступаються традиційному стаціонарному лікуванню, але і більш економічно вигідні. Так, дослідженнями іноземних фахівців показано, що надання адекватної профілактичної первинної медичної допомоги людям 65 років і старшим на 17% знижує рівень їх смертності та на 23% підвищує бажання жити в громаді, а відсутність систематичності первинної допомоги літнім людям обертається збільшенням їх потреби у госпіталізації.

На жаль, сучасний рівень надання медичної і соціальної допомоги населенню літнього віку в Україні не

відповідає його реальним потребам і має високу соціально-демографічну вартість – зростання захворюваності і смертності. Особливої уваги заслуговує перевищення вдвічі показників захворюваності населення старше працездатного віку за результатами комплексних медичних оглядів у порівнянні з офіційними показниками поширеності хвороб за даними звертань за медичною допомогою (у середньому у 2–3 рази), серед сільських мешканців старше за 70 років ця розбіжність складає 6,4 рази. Такі дані свідчать про низьку доступність медичної допомоги для цієї верстви населення, що також підтверджує регіональний аналіз загальних рівнів летальності населення старше працездатного віку, які мають зворотній кореляційний зв'язок із рівнями поширеності захворювань за даними звертань за медичною допомогою.

За станом здоров'я 43,1% населення старше працездатного віку (41,8% міських і 45,0% сільських мешканців) потребують періодичного медичного нагляду і профілактичних реабілітаційних заходів, 40,7% (43,3% і 37,2%) – активного медичного нагляду і відновного лікування, 9,7% (10,6% і 8,3%) – інтенсивного стаціонарного лікування з наступною низкою заходів медико-соціальної реабілітації, 6,5% (4,3% і 9,5%) – постійної щоденної медичної та соціально-побутової допомоги у повному обсязі. Серед населення понад 70 років – 18,3% потребують щоденної соціально-побутової допомоги, 82% постійно приймають ліки, серед старших за 80 років – 20% потребують спеціалізованої психіатричної допомоги.



Потреби населення старшого віку у амбулаторній терапевтичній і спеціалізованій консультативній допомозі не задовольняються, у середньому на 47,0%; реабілітаційному поліклінічному лікуванні – на 81,0%; організації стаціонарів вдома – на 71,1%; швидкій медичній допомозі – на 32,5%; стаціонарному інтенсивному лікуванні – на 26,2%; соціально-побутовому обслуговуванні – на 20,5%. Для літніх мешканців сільської місцевості показники якості і доступності медичної допомоги значно нижчі, ніж для міських.

Нині в Україні відсутня єдина скоординована система геріатричної допомоги населенню. Щодо загальних державних форм медико-соціальної допомоги літнім людям в Україні, слід зазначити, що вона надається в системі загальних закладів охорони здоров'я і спеціальних геріатричних структурах Міністерства охорони здоров'я, а також у системі амбулаторних і стаціонарних закладів Міністерства праці і соціальної політики, а також частково громадськими та релігійними організаціями: Товариством Червоного Хреста України, Карітас України, Хессед та іншими.

Первинною ланкою амбулаторно-поліклінічної допомоги літнім людям є дільничний лікар-терапевт (лікар загальної практики – сімейної медицини). На його робоче навантаження припадає до 60% амбулаторного обслуговування і 90% допомоги вдома літнім хворим. Таким чином він є, по суті, геріатром, і має бути спеціально підготовленим із актуальних питань геронтології і геріатрії.

Всім людям літнього віку надаються ті чи інші види амбулаторно-поліклінічної допомоги: від обов'язкових щорічних медичних оглядів інвалідів війни до постійного медичного нагляду з організацією стаціонару вдома тяжких хворих.

Стаціонарна допомога надається в клініках усіх рівнів, а також у спеціалізованих геріатричних закладах: шпиталях для інвалідів війни, які функціонують у всіх регіонах країни, у спеціальних відділеннях довготривалого лікування хронічних хворих у складі багатопрофільних лікарень. Широкої розповсюженості набуває практика лікування літніх людей у позалікарняних формах медичної допомоги: денних стаціонарах та стаціонарах вдома. Одним із важливих питань організації ефективного функціонування геріатричної служби є реабілітаційна допомога, яка надається в клініках, а також у денних реабілітаційних відділеннях поліклінік і стаціонарів, реабілітаційних відділеннях і кабінетах у закладах амбулаторно-поліклінічної мережі, реабілітаційних відділеннях стаціонарних соціальних установ тощо.

Психіатрична допомога надається літнім людям у загальній мережі закладів охорони здоров'я (у спеціалізованих кабінетах поліклінік, психіатричних лікарнях, психіатричних диспансерах, денних психіатричних стаціонарах).

Головною формою комплексного соціального обслуговування населення похилого віку є Територіальні центри соціального обслуговування пенсіонерів, до складу яких входять усі районні структури соціально-побутової

допомоги літнім самотнім людям та інвалідам. В Україні функціонують близько 700 Територіальних центрів і 890 відділень соціального обслуговування вдома, які допомагають більш ніж 500 тис. самотнім громадянам. У межах цих закладів функціонують відділення медичної реабілітації та психотерапевтичної підтримки. Але, на жаль, ще не набула широкого розповсюдження практика взяття на облік самотніх старих людей із психічними розладами загальними соціальними службами надомної допомоги.

Слід наголосити, що усі вище зазначені форми амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної медико-соціальної допомоги не однаково розвинуті в усіх регіонах України, працюють недостатньо ефективно, а також їх діяльність не скоординована у єдину комплексну систему геріатричної допомоги населенню.

Проведений аналіз стану надання медичної допомоги населенню літнього віку в усіх регіонах України (24 областях, АР Крим, м. Київ, м. Севастополь) дозволив виявити недостатню геріатричну спрямованість у діяльності лікувально-профілактичних закладів, а також повільний розвиток мережі геріатричних закладів.

Незадовільний стан надання медичної допомоги літнім людям зумовлений не тільки соціально-економічними факторами, але й організаційно-кадровою неготовністю закладів до роботи з геріатричними пацієнтами.

В останні роки в Україні фактично зруйнована система підготовки та функціонування інституту геріатрів. За рахунок майже повної ліквідації у амбулаторній мережі посад лікарів-геріатрів штучно зникла і потреба у їх підготовці. Кількість спеціалістів зі спеціальності «геріатрія» різко зменшена (часто 1 на область – обласний геріатр). Між тим, такі спеціалісти, які мають поглиблені знання з особливостей вікової патології і геріатричної допомоги у терапії, неврології, психіатрії, ортопедії вкрай необхідні для медичного обслуговування ветеранів війни і праці у поліклініках, виконуючи одночасно функції координаторів і консультантів із геріатрії, а, особливо, для широкої мережі госпіталів для інвалідів війни, відділень медико-соціальної реабілітації, відділень тривалого догляду, будинків-інтернатів, геріатричних пансіонатів та хосписів. Надання статусу геріатра лікарям, які займаються інвалідами і ветеранами з включенням у їх обов'язки профільної координаційної та просвітницької роботи у медичних закладах, на наш погляд, суттєво підвищить ефективність геріатричної служби без додаткових фінансових витрат.

У межах виконання програми Кабінету Міністрів України «Назустріч людям» та Мадридського міжнародного плану дій з проблем старіння за ініціативою Верховної Ради України на базі Інституту геронтології АМН України наказом МОЗ України 5 липня 2005 року створено Державний навчально-методичний геріатричний центр, як підрозділ НМАПО імені П. Л. Шупика з метою удосконалення до дипломної та післядипломної геріатричної підготовки медичних і соціальних працівників, волонтерів для системи медико-соціальної допомоги людям літнього віку. Створення Центру і



проведення за його участі семінару з проблем старіння у ВР України були відзначені у доповіді Генерального секретаря ООН серед значних світових досягнень у організації допомоги людям літнього віку.

Головним сучасним напрямом геріатричної освіти в межах реформуючих заходів в охороні здоров'я є підготовка персоналу сімейних амбулаторій щодо особливостей надання допомоги людям літнього віку. Це є необхідним заходом, враховуюче стрімке постарінні населення України.

У подальшому вдосконалення організаційно-структурного забезпечення геріатричної допомоги населенню заходиться на шляху розвитку:

- амбулаторної допомоги: геріатричної діяльності сімейних лікарів (в т. ч. щорічний обов'язковий огляд усіх людей пенсійного віку та введення патронажних геріатричних сестер), геріатричних кабінетів, форм герореабілітації (реабілітаційних відділень, денних стаціонарів тощо);
- допомоги вдома: поліклінічних медико-соціальних відділень, стаціонарів вдома, виїзних герореабілітаційних бригад, консультативної та швидкої медичної допомоги;
- стаціонарної допомоги: геріатричних відділень, палат, відділень сестринського догляду і довгострокового перебування хронічних хворих, хоспісів;
- допомоги сільським літнім мешканцям: сільських лікарняних амбулаторій і виїзних консультативно-лікувальних та діагностичних бригад;
- нових форм геріатричної допомоги населенню: геріатричних центрів, геріатричних лікарень і поліклінік, лікарень сестринського догляду і сестринських скринінгових бригад, кризових центрів, нічних служб медико-соціальної допомоги літнім людям, служб «перепочинку», телефонних інформаційно-консультативних ліній, герореабілітаційних центрів і денних структур для психічно хворих, центрів геротехнічного обладнання і промислових товарів тощо;
- взаємозв'язку і наступництва у роботі медичних і соціальних служб;
- спеціальної підготовки медичного і соціального персоналу з питань геронтології і геріатрії;
- системи заходів інформації і санітарної освіти літніх людей та членів їх сімей.

При цьому важливе значення має нормативне забезпечення, а саме обґрунтування підходів до адекватного забезпечення літнього населення основними видами медичної допомоги і соціального обслуговування, стандартизація послуг із визначенням необхідного гарантованого рівня і обсягів допомоги, а також місця геріатрії у страховій медицині.

Координація геріатричних структур і чітке уявлення про реальні потреби населення у тих чи інших видах послуг значно збільшать коефіцієнт корисної дії використаних ресурсів, а широка реабілітаційна спрямованість діяльності медичних і соціальних служб поступово стабілізує розмір наступних організаційних і фінансових витрат на забезпечення допомоги літньому населенню.

Шляхами вирішення фінансового забезпечення системи геріатричної допомоги населенню можуть стати: бюджетно-цільове фінансування геріатричної галузі, дотації на діяльність геріатричних установ за рахунок соціального страхування та місцевого оподаткування, сприятливий податковий статус геріатричних установ, здешевлення вартості медичних послуг літнім людям, встановлення стандартів герореабілітаційної допомоги, розвиток системи цільових геромедичних громадських та приватних вкладів.

Таким чином, розвиток медико-соціальної допомоги населенню літнього віку ґрунтується на створенні мережі медико-соціальних структур, спеціалізованої підготовці кадрів, посиленні ролі середнього і молодшого медичного персоналу та сім'ї у проведенні лікувально-реабілітаційного процесу, орієнтації на надомні форми обслуговування.

Серед визначених напрямів вдосконалення геріатричної допомоги на даний час пріоритет має бути наданий найменш витратному і одному з найбільш ефективних у плані підвищення якості проведення лікувально-профілактичних заходів — оптимізації геріатричної підготовки кадрів, в першу чергу лікарів і медичних сестер на первинному рівні надання допомоги населенню (сімейних амбулаторій, лікарів швидкої медичної допомоги).

Із цією метою пропонується:

Створити в Україні єдину міжгалузеву систему геріатричної підготовки кадрів. При цьому:

- Міністерство праці та соціальної політики, Товариство Червоного Хреста України надають для навчання свої установи, як клінічні бази, а також беруть участь в оплаті роботи викладачів за умови безоплатного навчання спеціалістів цих структур у межах Державного навчально-методичного геріатричного центру НМАПО імені П. Л. Шупика МОЗ України (ДНМГЦ).
- ДНМГЦ створює робочу групу зі стандартизації програм до- та післядипломної підготовки кадрів для систем охорони здоров'я та соціального захисту з урахуванням потреб людей літнього віку, а також реабілітаційні програми для пацієнтів, членів їх сімей, медичних і соціальних працівників у тому числі персоналу по догляду; впроваджує дистанційне навчання.

Ввести до переліку спеціальностей штатну посаду «доглядальниця» (або «молодша медична сестра по догляду»). При цьому розробити 1–2 місячну програму їх очно-заочного навчання на базі медичних коледжів.

На базі Центрів здоров'я, територіальних центрів соціального обслуговування пенсіонерів та інших структур створити школи здорового способу життя та активного довголіття, університети третього віку, «центри тренування пам'яті», а на базі великих установ створити школи передпенсійної підготовки.

При кадровому забезпеченні геріатричних структур офіційно надавати перевагу спеціалістам, які мають післядипломну підготовку з фаху «геріатрія» (уточнення існуючих положень).

Розвиток системи надання геріатричної допомоги населенню може бути здійснений у три етапи:

**1 етап. Термінові заходи.**

Створити робочу групу, розробити та затвердити наказ МОЗ у співзгодженні з Мінпраці та соціальної політики про вдосконалення геріатричної допомоги населенню України.

З метою покращення якості надання медичної допомоги у системі госпіталів інвалідів та ветеранів війни надати статус клінічної бази Державному медико-соціальному центру ветеранів війни (с. Циблі), який має стати клінічною базою кафедри терапії і геріатрії та Державного навчально-методичного геріатричного центру НМАПО імені П. Л. Шупика.

Забезпечити проходження спеціалізації з геріатрії 2–4 керівних спеціалістів з кожного госпіталю ВВВ.

Забезпечити проходження тематичного удосконалення з геріатрії викладачів медичних коледжів.

Враховуючи підвищений рівень психоемоційної напруги під час роботи з людьми літнього віку та високу частоту психічних розладів серед них привіряти за оплатою лікарів-геріатрів до лікарів-психіатрів (30% доплати).

**2 етап. Середньострокові заходи.**

Забезпечити проходження спеціалізації з геріатрії районних і обласних позаштатних геріатрів з виплатою їм 30% надбавки до заробітної плати за роботу в особливих умовах.

Ввести до штату амбулаторних установ посад патронажних геріатричних медичних сестер.

Розвинути мережу геріатричних реабілітаційних структур, в т. ч. санаторно-курортного профілю, а також закладів паліативної допомоги та короткострокового перебування літніх пацієнтів (т. з. служби «перепочинку» сім'ї, в т. ч. на госпрозрахунковій основі).

**3 етап. Довгострокові заходи.**

Забезпечити доплату геріатричним патронажним медсестрам 30% надбавки до заробітної плати за роботу в особливих умовах.

Створити координаційні (опікунські) ради з питань медико-соціальної допомоги людям літнього віку при місцевих адміністраціях.

Поширити геріатричну спрямованість у роботі медичних і соціальних структур.

Формування адекватної потребам населення України системи геріатричної допомоги та її фінансова підтримка повинні стати відбитком ступеня відповідальності держави за здоров'я літніх громадян, додатковою гарантією здійснення їх конституційного права на охорону здоров'я, забезпечення тривалого активного життя і надійного догляду в старості.

**Література**

1. Вялих Т. І., Чайковська В. В., Величко Н. М., Коньшина О. І., Єгорова Л. В. Місце паліативної допомоги у обслуговуванні постінсультних хворих старшого віку. – Пробл. старения и долголетия, 2011, 20, № 2.-С. 264-267.
2. Пінчук І. Я., Чайковська В. В., Стаднюк Л. А., Левада О. А., Пустовойт М. М., Ширяєва М. І. Актуальні питання геронтопсихіатрії: навчальний посібник: -Тернопіль: ТзОВ „Терно-граф”, 2010.-432 с.
3. «Старение в XXI веке: триумф и вызов». / Press release Final. rus.1.10.2011
4. Филатова, С. А. Геронтология: учебник./ С. А.Филатова, Л. П. Безденежная, Л. С. Андреева. – 3-е изд.- Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 512с.
5. Sajkowska V. Geriatisch unterversorgt. Ein klinischer Bericht aus der Ukraine. /Osteuropa, 60. Jg., 5/2010,S.275-279.
6. Chaykovska V., Stadnyuk S., Mysula I. Elderly Care in the Ukraine: Challenges and Possibilities./ Adding Years. Supporting and Strengthening Community Care for older People in the Ukraine. MATRA Project UA-NL 15174. Publishing Saxion Enschede, Deventer 2010.-S.10-16.
7. Notter J., Chaykovska V., Stadnyuk L. Care for older people: An International Perspective. /Adding Years. Supporting and Strengthening Community Care for older People in the Ukraine. MATRA Project UA-NL 15174. Publishing Saxion Enschede, Deventer 2010.-S.5-10.
8. World Population Ageing 1950-2050. - United Nations, New York, 2002.- 483p.

**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ УКРАИНЫ**

**В. ЧАЙКОВСКАЯ**

В статье представлен статистический анализ состояния и перспектив развития гериатрической помощи населению Украины. Указаны организационные аспекты, нормативно-правовые документы, благодаря которым урегулировано предоставление гериатрической помощи населению. Указанные современные направления гериатрической службы, а именно: гериатрическое образование специалистов здравоохранения, развитие амбулаторной и стационарной помощи пожилым людям, развитие сельских больничных амбулаторий и выездных консультативно-лечебных бригад, создание гериатрических центров.

**Ключевые слова:** гериатрическая помощь, инвалидность, психиатрическая помощь, социальное обслуживание населения пожилого возраста, медико-социальная помощь населению летнего возраста

**CURRENT STATUS AND PROSPECTS OF GERIATRIC POPULATION BY UKRAINE**

**V. CHAYKOVSKA**

The article presents a statistical analysis of the situation and perspectives of geriatric care to the population of Ukraine. These organizational aspects, legal documents by which regulated the provision of geriatric care. These current trends geriatric services, namely, geriatric education for health care, development of ambulatory and inpatient care to the elderly, the development of hospitals, clinics and rural outreach consultative and medical teams, creating geriatric centers.

**Keywords:** geriatric care, disability, mental health care, social services for the seniors, medical and social assistance for the seniors

УДК 616.89-008.454:616.831-005

**І. Я. Пінчук<sup>1</sup>, О. А. Левада<sup>2</sup>, Н. В. Чердніченко<sup>3</sup>**  
**ШКАЛА NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI) ЯК ВАЛІДНИЙ ІНСТРУМЕНТ**  
**ОЦІНЮВАННЯ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ДЕМЕНЦІЯХ**  
**ТА ІНШИХ ОРГАНІЧНИХ УРАЖЕННЯХ МОЗКУ:**

**УКРАЇНСЬКА АДАПТОВАНА ВЕРСІЯ ТА ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ**

<sup>1</sup>Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України,

<sup>2</sup>ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»,

<sup>3</sup>ЦЛ Комунарського району м. Запоріжжя

У клінічній структурі деменцій та інших органічних уражень головного мозку, крім когнітивного дефіциту суттєве місце займають психопатологічні та поведінкові симптоми. Дані порушення погіршують якість життя пацієнтів з деменціями, прискорюють когнітивне і функціональне зниження, збільшують число шпиталізацій та смертність, асоціюються з дистресом осіб, що доглядають хворого [1]. Всебічне вивчення психопатологічних розладів у цій когорті хворих потребує валідних та стандартизованих діагностичних підходів. Сучасні інтеграційні тенденції української психіатрії до світової науки спонукають до застосування зарубіжних методів діагностики у вітчизняних когортах пацієнтів.

Одним з таких є шкала Neuropsychiatric Inventory (NPI) [2]. NPI було розроблено як засіб оцінювання психопатологічних порушень у пацієнтів з хворобою Альцгеймера та іншими нейродегенеративними захворюваннями. Шкала використовувалась для характеристики нейропсихіатричних симптомів при різноманітних органічних ураженнях мозку [3; 4]. NPI є чутливим інструментом задля оцінки динаміки поведінкових симптомів на тлі терапії інгібіторами ацетилхолінестерази та іншими антидементними і психотропними засобами [5; 6]. Шкала NPI виявила надійність в міжкультуральних дослідженнях [7], що дозволяє використовувати її для вивчення нейропсихіатричних симптомів у хворих на деменцію в різних країнах. Дана шкала показала валідність та надійність, що підтверджено у нейровізуалізаційних та патологоанатомічних дослідженнях [8].

У даній роботі нами зроблений адаптований переклад NPI та наводиться власний досвід часткового її застосування у пацієнтів похилого та старечого віку на етапах розвитку субкортикальної судинної деменції.

У NPI включена оцінка 10 поведінкових і двох нейровегетативних типів порушень: 1) марення; 2) галюцинацій; 3) агітації/агресії; 4) депресії/дисфорії; 5) тривоги; 6) ейфорії; 7) апатії; 8) розгальмованості/розбурханості; 9) дратівливості/лабільності настрою; 10) аберантної (неадекватної) рухової поведінки; 11) порушень сну та нічної поведінки; 12) порушень апетиту і харчової поведінки.

Інформацію для NPI отримують від добре інформованої людини, яка здійснює догляд за хворим, та (бажано) мешкає разом з пацієнтом. Важливо також зауважити, що питання шкали відносяться до тих змін у поведінці пацієнта, котрі з'явилися з моменту початку даної хвороби (у нашому випадку – когнітивного страждання).

Зазвичай оцінюють психопатологічні порушення за останні чотири тижні.

Адаптований протокол опитування за NPI має наступний вигляд.

**А. Марення**

Чи має пацієнт переконання, які Ви вважаєте невірними? (Наприклад: стверджує, що люди намагаються нашкодити йому/їй або обікрати його/її)? Чи говорить пацієнт, що члени його родини не ті, за кого себе видають, або будинок, в якому вони мешкають, не їхній будинок? Я не маю на увазі про припущення, мене цікавить, чи впевнений пацієнт у таких речах, які відбуваються з ним.

Так (якщо так, будь-ласка, переходьте до наступних уточнюючих питань),

Ні (якщо ні, будь-ласка, переходьте до наступного пункту В)

1. Чи вірить пацієнт в те, що знаходиться в небезпеці та, що існують люди, які планують завдати йому/їй шкоди?  Так  Ні
2. Чи вірить пацієнт в те, що його/її обкрадають?  Так  Ні
3. Чи вірить пацієнт в те, що його/її дружина/чоловік має когось на стороні?  Так  Ні
4. Чи вірить пацієнт в те, що непрохані гості живуть у нього/неї вдома?  Так  Ні
5. Чи вірить пацієнт в те, що його/її дружина/чоловік або інші люди не ті, за кого себе видають?  Так  Ні
6. Чи вірить пацієнт в те, що це не його/її будинок?  Так  Ні
7. Чи вірить пацієнт в те, що члени родини планують позбавитись його/її?  Так  Ні
8. Чи вірить пацієнт в те, що телевізійні або журнальні персонажі знаходяться у нього/неї вдома? Чи намагається він/вона розмовляти або взаємодіяти з ними?  Так  Ні
9. Чи вірить пацієнт в якісь інші незвичайні речі, про які я не спитав?  Так  Ні

Якщо скрінінгове питання підтверджено, визначають частоту, тяжкість, загальний бал порушення та дистрес від нього (методика приведена в кінці протоколу).

**В. Галюцинації**

Чи має пацієнт галюцинації, такі як: бачення не існуючих образів або слухання не існуючих голосів? Чи бачить, чи чує, чи відчуває він/вона речі, які в даний час відсутні? Ми не маємо на увазі помилкові переконання, такі як твердження, що хтось померлий досі живий.

Ми питаємо про те, чи дійсно пацієнт має помилкові переживання: слухові та/або зорові.

Так (якщо так, будь-ласка, переходьте до наступних уточнюючих питань),

Ні (якщо ні, будь-ласка, переходьте до наступного пункту С)

1. Чи описує пацієнт голоси, які він/вона чує, або діє так, ніби чує їх?  Так  Ні
2. Чи розмовляє пацієнт із людьми, яких навколо нього не має?  Так  Ні
3. Чи описує пацієнт такі речі, які інші люди навколо нього/неї не бачать (люди, вогники, та інші.)?  Так  Ні
4. Чи повідомляє пацієнт про запахи, які не сприймають оточуючі?  Так  Ні
5. Чи описує пацієнт відчуття речей у нього/неї на шкірі, відчуття повзання мурашок або доторкання до нього/неї?  Так  Ні
6. Чи розповідає пацієнт про смакові відчуття, що з'явилися без явної причини?  Так  Ні
7. Чи описує пацієнт які-небудь інші незвичайні сенсорні переживання?  Так  Ні

Якщо скрінінгове питання підтверджено, визначають частоту, тяжкість, загальний бал порушення та дистрес від нього.

### С. Ажітація/агресія

Чи є у пацієнта періоди, коли він/вона відмовляється від співробітництва або відмовляється приймати допомогу від оточуючих? Чи є пацієнт неслухняним?

Так (якщо так, будь-ласка, переходьте до наступних уточнюючих питань),

Ні (якщо ні, будь-ласка, переходьте до наступного пункту D)

1. Чи засмучується пацієнт у випадку, коли інші намагаються надати йому/їй допомогу або чинить опір таким заходам як: прийняття ванни або зміна білизни та ін.?  Так  Ні
2. Чи чинить опір пацієнт у разі потреби зміни обстановки для нього/неї?  Так  Ні
3. Чи чинить пацієнт опір людям які намагаються надати йому/їй потрібну допомогу?  Так  Ні
4. Чи має пацієнт, які-небудь інші розлади поведінки, які роблять його/її погано керованим?  Так  Ні
5. Чи буває так, що пацієнт стає сердитим, агресивним або кричить на оточуючих?  Так  Ні
6. Чи буває так, що пацієнт грюкає дверима, штурхає меблі або розкидає речі?  Так  Ні
7. Чи робить пацієнт спроби поранити або завдати шкоди оточуючим?  Так  Ні
8. Чи має пацієнт, які-небудь інші агресивні або збуджені форми поведінки?  Так  Ні

Якщо скрінінгове питання підтверджено, визначають частоту, тяжкість, загальний бал порушення та дистрес від нього.

### D. Депресія/дисфорія

Чи здається пацієнт пригніченим або сумним? Чи відчуває пацієнт себе сумним або пригніченим?

Так (якщо так, будь-ласка, переходьте до наступних уточнюючих питань),

Ні (якщо ні, будь-ласка, переходьте до наступного пункту E).

1. Чи бувають у пацієнта періоди сльозливості або ридання, які вказують на наявність печалі?  Так  Ні
2. Чи говорить пацієнт, або діє так, як би він/вона були сумними або занепали духом?  Так  Ні
3. Чи принижує себе пацієнт або відчуває себе невдахою?  Так  Ні
4. Чи говорить пацієнт про себе як про погану людину або бажає бути покараним?  Так  Ні
5. Чи здається пацієнт пригніченим або говорить, що в нього немає майбутнього?  Так  Ні
6. Чи висловлює пацієнт думки про те, що він/вона є тягарем для родини і що родині було би краще без нього/неї?  Так  Ні
7. Чи висловлює пацієнт бажання смерті або говорить про самогубство?  Так  Ні
8. Чи проявляє пацієнт які-небудь інші симптоми депресії або печалі?  Так  Ні

Якщо скрінінгове питання підтверджено, визначають частоту, тяжкість, загальний бал порушення та дистрес від нього.

### E. Тривога

Чи є пацієнт збудженим, схвильованим або наляканим без об'єктивних на те причин? Чи є він/вона напруженим/метушливим? Чи боїться пацієнт бути покинутим Вами?

Так (якщо так, будь-ласка, переходьте до наступних уточнюючих питань),

Ні (якщо ні, будь-ласка, переходьте до наступного пункту F).

1. Чи висловлює пацієнт занепокоєння з приводу запланованих подій?  Так  Ні
2. Чи бувають у пацієнта періоди, коли він/вона відчувають тремтіння, неможливість розслабитися або надмірне напруження?  Так  Ні
3. Чи бувають у пацієнта періоди, під час яких він/вона скаржаться на утруднення дихання, задуху, без видимої причини, за винятком хвилювання?  Так  Ні
4. Чи скаржиться пацієнт на дискомфорт у животі або посилене серцебиття у моменти своєї нервозності (симптоми не можна пояснити захворюванням серця)?  Так  Ні
5. Чи уникає пацієнт певних місць або ситуацій, які роблять його/її більш схвильованими, такі як: поїздка в автомобілі, зустріч з друзями або знаходження в натовпі?  Так  Ні
6. Чи засмучується пацієнт, коли залишається один, без Вас, або свого родича? (намагається всіляко зачепитися за особу, яка доглядає, щоб не залишитися наодинці)?  Так  Ні
7. Чи показує пацієнт якісь інші ознаки тривоги?  Так  Ні

Якщо скрінінгове питання підтверджено, визначають частоту, тяжкість, загальний бал порушення та дистрес від нього.



**Ф. Ейфорія**

Чи здається пацієнт надто веселим або надто щасливим без причини? Я не маю на увазі нормальне почуття щастя, яке виникає при зустрічі з друзями, отриманні подарунків, проведенні часу з родиною. Я запитую, чи знаходиться пацієнт постійно у ненормально хорошому настрої або знаходить смішне там, де інші цього не бачать?

Так (якщо так, будь-ласка, переходьте до наступних уточнюючих питань),

Ні (якщо ні, будь-ласка, переходьте до наступного пункту G).

1. Чи здається, що пацієнт перебуває в занадто гарному настрої або щасливим у відмінності від його/її звичайного стану?  Так  Ні
2. Чи знаходить пацієнт смішним, або сміється над речами, які інші не знаходять смішними?  Так  Ні
3. Чи здається, що пацієнт має дитяче почуття гумору зі схильністю до недоречного хихикання або сміється в ситуаціях, коли щось прикре трапляється з іншими?  Так  Ні
4. Чи відпускає пацієнт жарти або зауваження, які не є смішними для оточуючих, але йому здаються смішними?  Так  Ні
5. Чи проявляє пацієнт дитячі пустощі, щоб посміятися над ними?  Так  Ні
6. Чи хвалиться пацієнт або заявляє, що має більше можливостей або багатства, ніж є насправді?  Так  Ні
7. Чи проявляє пацієнт які-небудь інші ознаки занадто гарного самопочуття або надмірного щастя?  Так  Ні

Якщо скрінгове питання підтверджено, визначають частоту, тяжкість, загальний бал порушення та дистрес від нього.

**G. Апатія/байдужість**

Чи є у пацієнта втрата інтересу до навколишнього світу? Чи втратив він інтерес до людей, до звичайних справ або мотивації до початку нових видів діяльності? Чи має пацієнт труднощі, коли втягується в розмову або звичайну роботу? Чи є пацієнт апатичним або байдужим?

Так (якщо так, будь-ласка, переходьте до наступних уточнюючих питань),

Ні (якщо ні, будь-ласка, переходьте до наступного пункту H).

1. Чи здається пацієнт менш спонтанним і менш активним, ніж зазвичай?  Так  Ні
2. Чи має пацієнт труднощі, коли починає бесіду, чого раніше не було?  Так  Ні
3. Чи є пацієнт менш емоційним, ніж зазвичай?  Так  Ні
4. Чи став меншим внесок пацієнта в домашні справи останнім часом?  Так  Ні
5. Чи не здається Вам, що пацієнт менше цікавиться справами і планами оточуючих?  Так  Ні
6. Чи втратив пацієнт інтерес до своїх друзів та родини?  Так  Ні

7. Чи проявляє пацієнт менше ентузіазму у своїх звичайних інтересах?  Так  Ні

8. Чи проявляє пацієнт інші симптоми щодо стурбованості своїм зовнішнім виглядом та іншими справами?  Так  Ні

Якщо скрінгове питання підтверджено, визначають частоту, тяжкість, загальний бал порушення та дистрес від нього.

**H. Розгальмованість**

Чи не здається Вам, що пацієнт діє імпульсивно, не замислюючись над своїми вчинками? Чи діє він/вона або говорить речі, зазвичай не прийняті в суспільстві? Чи робить він/вона речі, які бентежать Вас або інших людей?

Так (якщо так, будь-ласка, переходьте до наступних уточнюючих питань),

Ні (якщо ні, будь-ласка, переходьте до наступного пункту I).

1. Чи здійснює пацієнт вчинки імпульсивно, не замислюючись про наслідки?  Так  Ні
2. Чи звертається пацієнт до усіх незнайомих людей, ніби він/вона знайомі з ними?  Так  Ні
3. Чи говорить пацієнт людям слова, які ображають почуття цих людей?  Так  Ні
4. Чи дозволяє собі пацієнт розмовляти грубо або відпускати жарти сексуального характеру, чого раніше, не дозволяв собі?  Так  Ні
5. Чи говорить пацієнт занадто відверто про дуже особисті речі, які зазвичай не обговорюються на публіці?  Так  Ні
6. Чи дозволяє собі пацієнт вольності (чіпати руками або обіймати, або інші речі) щодо чужих (малознайомих) людей, що зазвичай не властиво його характеру?  Так  Ні
7. Чи проявляє пацієнт які-небудь інші ознаки втрати самоконтролю або імпульсивності?  Так  Ні

Якщо скрінгове питання підтверджено, визначають частоту, тяжкість, загальний бал порушення та дистрес від нього.

**I. Дратівливість/лабільність настрою**

Чи можете Ви сказати, що пацієнт став більш дратівливим? Чи є його/її поведінка дуже мінливою? Чи стали він/вона більш нетерплячими, ніж зазвичай? Я не маю на увазі фрустрацію від втрати пам'яті або неможливість виконати звичайне завдання; мене цікавить, чи є пацієнт зайво схвильованим, нетерплячим або швидко емоційно змінюється.

Так (якщо так, будь-ласка, переходьте до наступних уточнюючих питань),

Ні (якщо ні, будь-ласка, переходьте до наступного пункту J).

1. Чи часто пацієнт має поганий настрій, «спалахує» за незначним приводом?  Так  Ні
2. Чи швидко змінюється настрій пацієнта від гарного до поганого?  Так  Ні
3. Чи є у пацієнта раптові спалахи гніву?  Так  Ні
4. Чи проявляє пацієнт нетерпіння, коли заплановані дії відкладаються?  Так  Ні



5. Чи є пацієнт примхливим і дратівливим?  Так  Ні
6. Чи часто пацієнт вступає в суперечку і чи важко з ним ужитися?  Так  Ні
7. Чи проявляє пацієнт які-небудь інші ознаки дратівливості?  Так  Ні

Якщо скрінінгове питання підтверджено, визначають частоту, тяжкість, загальний бал порушення та дистрес від нього.

#### Ж. Неадекватна рухова поведінка

Чи є у пацієнта прояви незвичайної рухової поведінки, такі як: блукання з боку в бік, відкривання та закривання ящиків столу і/або дверей туалету, багаторазове переодягання та інші?

Так (якщо так, будь-ласка, переходьте до наступних уточнюючих питань),

Ні (якщо ні, будь-ласка, переходьте до наступного пункту К).

1. Чи блукає пацієнт по дому без певної мети?  Так  Ні
2. Чи ристься пацієнт у ящиках шафи або коморі?  Так  Ні
3. Чи є у пацієнта моменти, коли він/вона багаторазово переодягаються протягом дня?  Так  Ні
4. Чи помітні в поведінці пацієнта дії (вчинки) які він/вона неодноразово повторює?  Так  Ні
5. Чи здійснює пацієнт протягом дня стереотипні дії (рухи), такі як: смикання гудзика, збирання речей, намотування нитки та інші?  Так  Ні
6. Чи проявляє пацієнт надмірну метушливість, чи не може всидіти на місці, безперервно стукає ногами, перебирає пальцями?  Так  Ні
7. Чи здійснює пацієнт які-небудь інші дії (рухи) багаторазово протягом дня?  Так  Ні

Якщо скрінінгове питання підтверджено, визначають частоту, тяжкість, загальний бал порушення та дистрес від нього.

#### К. Сон і нічне порушення поведінки

Чи має пацієнт порушення сну (за винятком, коли пацієнт встає один чи два рази протягом ночі, щоб сходити до туалету і після цього швидко засинає)? Чи встає пацієнт уночі? Чи блукає він/вона вночі? Одягається? Чи порушує він/вона Ваш сон?

Так (якщо так, будь-ласка, переходьте до наступних уточнюючих питань),

Ні (якщо ні, будь-ласка, переходьте до наступного пункту L).

1. Чи відчуває пацієнт труднощі при засипанні?  Так  Ні
2. Чи піднімається пацієнт протягом ночі (за винятком, коли пацієнт встає один чи два рази протягом ночі, щоб сходити до туалету і після швидко засинає)?  Так  Ні
3. Чи не блукає пацієнт уночі по будинку та чи не здійснює які-небудь невластиві дії?  Так  Ні
4. Чи порушує пацієнт Ваш сон уночі?  Так  Ні
5. Чи встає пацієнт уночі, одягається, збирається піти, вважає, що вже ранок і необхідно починати день?  Так  Ні

6. Чи прокидається пацієнт раніше звичайного?  Так  Ні

7. Чи витрачає пацієнт на сон зайву кількість часу вдень?  Так  Ні

8. Чи є у пацієнта інші розлади нічної поведінки, які турбують Вас, про які ми не поговорили?  Так  Ні
- Якщо скрінінгове питання підтверджено, визначають частоту, тяжкість, загальний бал порушення та дистрес від нього.

#### L. Порушення апетиту і харчової поведінки

Чи є у пацієнта які-небудь зміни апетиту, ваги або харчової поведінки (звичок)? (не оцінюється, якщо пацієнт не може їсти сам і потребує годування).

Чи став пацієнт віддавати перевагу іншим видам їжі, які до цього не любив?

Так (якщо так, будь-ласка, переходьте до наступних уточнюючих питань),

Ні

1. Чи знизився у пацієнта апетит?  Так  Ні
2. Чи збільшився у пацієнта апетит?  Так  Ні
3. Чи є зниження ваги?  Так  Ні
4. Чи є збільшення ваги?  Так  Ні
5. Чи є у пацієнта зміни харчової поведінки, такі як: запихання великої кількості їжі за один раз?  Так  Ні
6. Чи має він/вона зміну харчових звичок (пацієнт любить їсти занадто багато солодкого або харчів якогось іншого смаку?)  Так  Ні
7. Чи не з'явилося таке порушення харчової поведінки, як вживання виключно одних і тих самих продуктів щодня або їжа в строго визначеному порядку?  Так  Ні
8. Чи не спостерігаються якісь інші зміни в апетиті або прийомі їжі, які ми з Вами не обговорили?  Так  Ні

Якщо скрінінгове питання підтверджено, визначають частоту, тяжкість, загальний бал порушення та дистрес від нього.

Частоту зазначених психопатологічних порушень оцінюють наступним чином:

1. Рідко – менше, ніж 1 раз на тиждень.

2. Іноді – 1 раз на тиждень.

3. Часто – частіше, ніж 1 раз на тиждень, але менше ніж кожен день.

4. Дуже часто – 1 або більше ніж 1 раз на день.

Тяжкість психопатологічних та поведінкових симптомів визначають за такою шкалою:

1. Легка – мало турбує пацієнта.

2. Помірна – більш серйозно турбує пацієнта, але може бути скорегована особою, що доглядає.

3. Виразна – дуже турбує пацієнта і не може бути скорегована особою, що доглядає.

Загальний бал кожного порушення визначають за формулою: частота порушення x тяжкість порушення.

Для оцінки дистресу особи, що доглядає за пацієнтом їй пропонують оцінити свої власні страждання, ставлячи наступне питання: «Наскільки Ви знаєте емоційного або психологічного страждання, внаслідок догляду за

пацієнтом?». Оцінка дається за 5-ти бальною шкалою для кожного з 12 пунктів шкали NPI:

- 0. Дистрес відсутній
- 1. Мінімальний дистрес (догляд за пацієнтом майже ніяк не змінює заведеного порядку життя).
- 2. Легкий дистрес (догляд за пацієнтом викликає невеликі зміни заведеного порядку, котрі потребують незначного часу для відновлення).
- 3. Помірний дистрес (догляд за пацієнтом порушує заведений порядок і потребує часу, для його відновлення).
- 4. Тяжкий дистрес (догляд за пацієнтом руйнує заведений порядок; викликає страждання у особи, що доглядає, та інших осіб, що проживають із пацієнтом; потребує значних витрат часу).
- 5. Надзвичайно тяжкий (догляд дуже сильно руйнує заведений порядок; є джерелом великого страждання для здійснюючого догляд та інших осіб, які проживають із пацієнтом; вимагає значного часу та зусиль).

Таким чином, для кожної психопатологічної та поведінкової категорії є чотири показники оцінки:

- Частота;
- Тяжкість;
- Загальний бал (частота x тяжкість);
- Дистрес особи, що доглядає.

Повний загальний бал NPI може бути підрахований шляхом складання показників загальних балів 12 категорій. Підрахунок категорій дистресу не включається в загальний бал NPI. Загальний бал дистресу обчислюють шляхом, складання балів дистресу по кожній з 12 категорій.

NPI та усі переклади є власністю Джеффри Л. Каммінса (J. L. Cummings). Вони доступні безкоштовно для усіх некомерційних досліджень і клінічних цілей. Використання інструменту у комерційних цілях (клінічні випробування, скрінінги для комерційних проєктів, використання провайдером платних медичних послуг і т. ін.), є предметом переговорів з доктором Каммінсом. (Електронна пошта: jcummins@mednet.ucla.edu або NPItest.net).

#### Власний досвід застосування шкали NPI в українській популяції пацієнтів

За допомогою 12-пунктової NPI нами було досліджено поширеність психопатологічних та поведінкових симптомів у 60 пацієнтів з субкортикальною судинною деменцією (ССД), 63 хворих з субкортикальним судинним легким когнітивним порушенням (ССЛКН) і 49 осіб похилого та старечого віку без когнітивних порушень (БКП) (докладно див. [9]). Симптоми вважалися наявними при показнику частоти поширеності за NPI  $\geq 1$  бали. Всім включеним у дослідження додатково проводили неврологічний, нейропсихологічний

огляд, МРТ/КТ головного мозку. Психопатологічні та поведінкові порушення у осіб БКП спостерігалися в 63,27% випадках, при ССЛКП – у 92,06% хворих, при ССД – у 98,33% пацієнтів. В когорті ССД найчастіше спостерігали депресію (70%), апатію (60%), порушення нічної поведінки (46,67%) та зміни харчової поведінки (41,67%), у пацієнтів ССЛКП – депресію (52,38%), тривожність (50,79%), апатію (47,62%), порушення нічної поведінки (42,19%), а у осіб БКП – тривожність (40,81%), дратівливість (30,61%), депресію (22,45%), порушення нічної поведінки (20,41%). Основні психопатологічні зміни клінічної структури етапів розвитку ССД достовірно корелювали з нейропсихологічними синдромами та залежали від атрофічних процесів переважно лобово-субкортикальних регіонів головного мозку і ступеню ураження перивентрикулярної і субкортикальної білої речовини. Зроблено висновок, що шкала NPI є надійним інструментом для оцінки поширеності психопатологічних та поведінкових порушень на етапах розвитку ССД і може застосовуватися в клінічній практиці українських психіатрів.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Finkel S. I. Behavioral and psychological symptoms of dementia: a current focus for clinicians, researchers, and caregivers / S. I. Finkel // *J. Clin. Psychiatry*. – 2001. – Vol. 62 (Suppl 21), P. 3–6.
2. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia / J. L. Cummings, M. Mega, K. Gray et al. // *Neurology*. – 1994. – Vol. 44, P. 2308–2314.
3. Fauth E. B. Which behavioral and psychological symptoms of dementia are the most problematic? Variability by prevalence, intensity, distress ratings, and associations with caregiver depressive symptoms / E. B. Fauth, A. Gibbons // *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. – 2013. – doi: 10.1002/gps.4002.
4. Quantitative evaluation of severity of behavioral and psychological symptoms of dementia in patients with vascular dementia / W. D. Pan, S. Yoshida, Q. Liu [et al.] // *Transl. Neurodegener.* – 2013. – Vol. 2, N 1. – P. 9–10.
5. The safety, tolerability, and efficacy of once-daily memantine (28 mg): a multinational, randomized, double-blind, placebo-controlled trial in patients with moderate-to-severe Alzheimer's disease taking cholinesterase inhibitors / G. T. Grossberg, F. Manes, R. F. Allegri [et al.] // *CNS Drugs*. – 2013. – Vol. 27, N 6. – P. 469–478.
6. Cognitive change in donepezil treated patients with vascular or mixed dementia / K. Rockwood, A. Mitnitski, S. E. Black [et al.] // *Can. J. Neurol. Sci.* – 2013. – Vol. 40, N 4. – P. 564–571.
7. The Brazilian version of the Neuropsychiatric Inventory-Clinician rating scale (NPI-C): reliability and validity in dementia / F. Stella, O. V. Forlenza, J. Laks [et al.] // *Int. Psychogeriatr.* – 2013. – Vol. 25, N 9. – P. 1503–1511.
8. Subscale validation of the neuropsychiatric inventory questionnaire: comparison of Alzheimer's disease neuroimaging initiative and national Alzheimer's coordinating center cohorts / P. T. Trzepacz, A. Saykin, P. Yu [et al.] // *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. – 2013. – Vol. 21, N 7. – P. 607–622.
9. Левада О. А. Спектр психопатологічних і поведінкових порушень на етапах формування субкортикальної судинної деменції за даними Neuropsychiatric Inventory / О. А. Левада, А. В. Траїлін // *Архів психіатрії*. – 2013. – Том. 19, N 1 (72). – С. 69–74.

#### THE NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI) AS VALID TOOL TO ASSESS PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS IN DEMENTIA AND OTHER ORGANIC BRAIN DAMAGE: UKRAINIAN ADAPTED VERSION AND EXPERIENCE OF APPLICATION

YA. PINCHUK, O. A. LEVADA, N. V. CHEREDNICHENKO

The authors have done of the adapted Ukrainian translation Neuropsychiatric Inventory (NPI) and provide a partial experience of its use in elderly patients in the stages of subcortical vascular dementia formation. It is concluded that the NPI is a reliable tool for assessing the psychopathological and behavioral disorders in dementia and other organic brain lesions and can be used in clinical practice Ukrainian psychiatrists.

**Keywords:** The Neuropsychiatric Inventory, adapted Ukrainian translation, experience of application

**ШКАЛА NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI) КАК ВАЛИДНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ОЦЕНКИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДЕМЕНЦИЯХ И ДРУГИХ ОРГАНИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ МОЗГА: УКРАИНСКАЯ АДАПТИРОВАННАЯ ВЕРСИЯ И ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ**

**И. Я. Пинчук, О. А. Левада, Н. В. Череди́нченко**

Авторами сделан адаптированный украинский перевод шкалы Neuropsychiatric Inventory (NPI) и приводится собственный опыт ее частичного применения у пациентов пожилого и старческого возраста на этапах развития субкортикальной сосудистой деменции. Сделан вывод, что шкала NPI является надежным инструментом для оценки психопатологических и поведенческих нарушений при деменциях и других органических поражениях головного мозга и может использоваться в клинической практике украинских психиатров.

**Ключевые слова:** шкала Neuropsychiatric Inventory, адаптированный украинский перевод, опыт применения

УДК 616.89-008

**O. O. Khaustova**

**DEPRESSION IN ELDERLY PATIENTS**

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse

Keywords: depression, anxiety, comorbidity, noncommunicable illness, diagnosis, treatment

A depressive condition in the general elderly population is a major public problem due to their high occurrence and high somatic comorbidity. Furthermore, the prognosis of these depressive states is poor. According to many epidemiological studies, major depression occurs in 1% to 3% of the elderly patients [1; 2]. Moreover, from 8% to 16% patients have clinically significant depressive symptoms [1; 3]. Prevalence estimates for DSM-IV major depression criteria in adults aged 65 to 100 years in the community were reported about 3% in men and 4% in women [4]. In the primary medical care about 5% to 10% of older patients have major depression. Recent meta-analysis on median prevalence rate of depression in elderly population across India has been estimated about 21.9% [5]. Stress and core family pattern are some of the important psycho-social risk factor for the development of depression, which differ grossly between urban and rural areas.

In Ukraine, the health of the population under the age of 70 years, more than 18% of the daily need of social assistance, 82% regularly take medications, among people older than 80 years, 20% required a specialized psychiatric care [6]. In general, the health of the elderly population in Ukraine is gradually getting worse: the prevalence of disease among people older than working age has increased over the last decade by almost a third. And if the mortality of elderly people from all external causes of Ukraine is not very different from the EU countries, this figure is higher than the result of suicide in the EU is 1.6 times, as a result of murders – more than 7 times [7; 8]. The highest suicide rate is observed at the age of 80–84 years and males aged and elderly mortality due to suicide is 4–5 times larger than the female. Medical and psychological research in Ukraine indicate that the leading determinant of suicide among the elderly is their social isolation: almost half of those who commit suicide are living alone [9; 10].

Depression is a common but underdiagnosed and undertreated condition in older adults. Studies of depressed elderly adults indicate that those with depressive symptoms (with or without depressive disorder), have poorer functioning, in some cases worse than people with chronic medical conditions such as heart and lung disease, arthritis,

hypertension and diabetes [11]. In addition to poor functioning, depression increases the perception of poor health, the utilization of medical services, and health care costs [12].

Patients with depression and poorly controlled diabetes, coronary heart disease, or both have an increased risk of adverse outcomes and high health care costs. According to single-blind, randomized, controlled trial in 14 primary care clinics in an integrated health care system in Washington State, involving 214 participants with poorly controlled diabetes and/or coronary heart disease and coexisting depression (in compared with usual care) an intervention involving nurses who provided guideline-based, patient-centered management of depression and chronic disease significantly improved control of medical disease and depression [13]. Depressive symptoms are an independent risk factor for mortality in the elderly. Elderly depressive men and elderly without chronic diseases seemed to have a greater mortality risk [14].

However, some studies provide that treatment of major depression can extend life. The biological, social, psychological, and behavioral links between depression and mortality provided strong rationale to examine whether improved management of depression can decrease mortality in older adults (fig. 1) [15]. PROSPECT and other studies show that treatment of major depression in primary care reduces symptoms of depression, induces remission, improves quality of life, and reduces functional impairment. Resent study found: a 24% lower mortality risk was seen after a median of 98 months among patients with major depression in practices provided with resources for depression care management compared with usual care. The decline in mortality was across all causes of death, but with fewer deaths from cancer among people with major depression in intervention practices [16].

A depression care manager working with primary care physicians to provide algorithm based care for depression can mitigate the detrimental effects of depression on mortality.

Depression and anxiety are common in elderly people with chronic diseases. They are often associated with



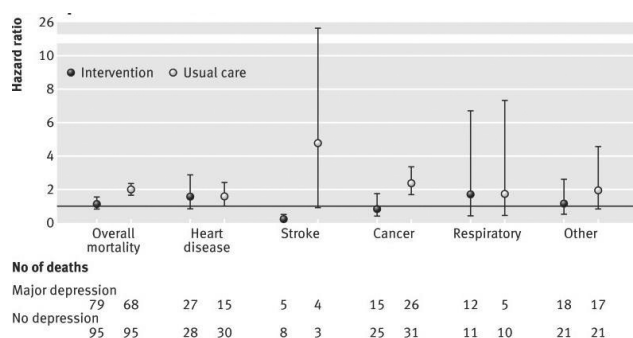


Fig 1. Adjusted hazard ratios (95% CI) for specific causes of death comparing major depression with no depression within intervention or usual care practices. Data from PROSPECT (1999-2008) [16].

increased disability and health-care utilization and with poor health status. Comorbid untreated anxiety and/or depression tend to persist, have relapsing courses, and are associated with increased vulnerability to social isolation, low self-esteem and confidence, nonadherence to medical treatment, and increased mortality [17].

We provide the pilot study of for psychiatric disorders' screening in 162 patients with chronic noninfectious diseases in primary health care using Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), including. 26.5% men above 55 (43 patients) and 40.1% women above 55 (65 patients). In the group of men above 55 level of subclinical anxiety is 44.4%, of depression is 22.2%, and level of clinical depression is 16.7%. In age group of women above 55 subclinical anxiety and depression is 14.3%, symptomatic anxiety is 14.3%, and depression is 57.1%. This data provides evidence of mental disorders (depression and anxiety) in a significant number of patients in general health care [18].

However, study determination the correlation of late-life depression with mild cognitive impairment (MCI) and dementia in a multiethnic community cohort revealed the association of depression with prevalent MCI and with progression from MCI to dementia, but not with incident MCI [19], suggests that depression accompanies cognitive impairment but does not precede it.

In German study [20], the general evaluation of depression among a large sample of non-demented individuals (75 years of age and older) living in private households in Germany, was substantial: 36.8 per 1,000 person-years in men and 46.0 in women. The incidence increased from 35.4 per 1000 person-years between the ages of 75 and 79 to 75.2 for subjects 85 years and older. This should alert general practitioners to look for signs and symptoms of depression particularly among the oldest individuals. The depression rating was significantly higher for subjects 85 years and older and for those with mobility impairment, vision impairment, mild cognitive impairment, subjective memory impairment and current smoking. The investigators note, to prevent late-life depression, it is important to call more attention to the impact of functional and cognitive impairment. The preceding findings suggest that depression in elderly community subjects is a serious problem. Probably fewer than 20% of cases are detected or treated. Even among those patients, the effectiveness of interventions appears to

be modest. Escalating health care costs and shrinking health care resources challenge health care professionals to find more effective and less expensive approaches to depression in the elderly.

According to data of St. Vincent's Health Emergency Department, a significant proportion of elderly patients have preexisting conditions including depression, which associated with social isolation, physical and mental health problems, and barriers to accessing community services [21]. Patients aged 65 years and over were screened for depression using a short form of the Geriatric Depression Scale (GDS-15). Approximately one in four participants experienced mild to moderate depression that was related to medical factors and associated reduced mobility. This study suggests that an assertive outreach program, with the inclusion of community intervention and links to social supports and services, could improve the management of depression in the elderly and associated health outcomes.

Treatment of elderly patients with major depression represents a different set of challenges for the physician than the treatment of young adults. Elderly patients may have more comorbid medical illnesses, take more medication, have slower drug metabolism than younger patients. Cognitive impairment, lack of social support, transportation difficulties, financial limitations and disabilities can be barriers for elderly patients receiving treatment. These clinical problems indicate the likelihood that the elderly are excluded from clinical trials, which leads to a lack of data on the basis of processing information. For this reason, the research team convened in 2001 to address some of the clinical issues related to the treatment of late-life depression. The team sent a written survey of 50 national experts about treatment options for elderly patients, and a consensus was reached on most of the experts presented variants. Evidence-based treatment strategies prefer the experts were then developed to assist physicians in the treatment of elderly patients with depression [15].

Diagnosis	Treatment
Dysthymic disorder	Antidepressant + psychotherapy
Unipolar nonpsychotic major depression	Antidepressant + psychotherapy; ECT if depression is severe and unresponsive to antidepressants
Unipolar psychotic major depression	Antidepressant + an atypical antipsychotic; ECT
Delusional disorder	Antipsychotic

Fig. 2. Consensus treatments for late-life depression (Alexopoulos G.S., 2001).

According to expert consensus, patients with 1 episode of major depression should be treated with antidepressants for at least 1 year; if they have had 2 episodes, they should be treated for 1 to 3 years, and longer than 3 years if they have had 3 or more episodes. The challenge in geriatric depression is to get patients to adhere to treatment.

Many factors influence to treatment adherence in older adults. They are cognitive impairment, complex dosing



regimens, adverse side effects, a lack of understanding of depressive symptoms, cost, lack of family support, and the stigma associated with depression. The clinician should anticipate and directly address nonadherence behavior and help the patient develop a method of monitoring his or her own adherence. Other ways to improve treatment adherence are assessing the patient for cognitive or physical impairment, involving family members in the treatment plan, maintaining frequent patient contact, and providing clear and easy-to-understand information regarding the patient's diagnosis and treatment regimen [22].

Consensus guidelines recommend an antidepressant plus psychotherapy for the treatment of unipolar nonpsychotic geriatric depression, and recent evidence has supported this recommendation. The consensus also was that the treatment for dysythmic disorder or persistent minor depression should consist of an antidepressant combined with psychotherapy, or possibly either an antidepressant or psychotherapy alone. The preferred treatment strategy for unipolar nonpsychotic major depression of any severity was an antidepressant plus psychotherapy, although ECT was also considered for severe depression unresponsive to antidepressants. The SSRIs were considered the preferred antidepressant class. The preferred psychotherapies were CBT, supportive psychotherapy, PST, and IPT. In addition, the Expert Consensus Guidelines affirmed that psychosocial interventions such as family counseling and visiting nurse services are integral components of treatment programs for patients with late-life depression, along with careful screening and treatment for comorbid medical conditions that might contribute to or even cause patients' depression.

The guidelines recommend CBT, supportive psychotherapy, PST, and IPT as the preferred psychotherapeutic techniques for treating older patients with depression. What is more, CBT, PST, and the combination of an antidepressant and IPT were efficacious in the acute treatment of geriatric depression, with CBT and IPT combined with an antidepressant having the largest evidence base. Cuijpers and colleagues [23] found no significant differences in efficacy between CBT and other types of psychotherapy.

Since the publication of the guidelines, a type of problem-solving psychotherapy has been developed for patients with depression and executive dysfunction [24]. The goal of this therapy is to maximize the patient's ability to adapt to their environment. Specifically, patients are taught how to identify problems and define them concretely, set goals, generate solutions, evaluate these solutions, implement the best solution, and then verify the effectiveness of the solution. These problem-solving skills have been adapted to directly address symptoms of depressed patients with executive dysfunction, such as lack of energy, psychomotor retardation, and reduced insight. In addition, therapists make changes in patients' physical environments to accommodate disabilities and instruct patients' caregivers on how to help with tasks that the patients themselves are unable to perform. Maximizing patients' problem-solving skills and creating a favorable ecosystem reduces their experience of stress and may facilitate their recovery from depression.

Drug therapy in the opinion of experts is mandatory for geriatric depression. Meta-analysis confirmed that antidepressants are more efficacious than placebo for late-life depression. In addition, evidence suggests that antidepressants may have a protective effect against suicide in those aged 65 years or older [25].

The antidepressants preferred by the experts for all types of depression were SSRIs, with sertraline and citalopram rated highest for efficacy and tolerability, followed by paroxetine, which was another first-line option. Studies published since the guidelines have had mixed results on the efficacy of these agents in older patients. The experts also recommended the SNRI venlafaxine as first-line pharmacotherapy. Direct comparisons<sup>13–15</sup> between venlafaxine and SSRIs so far have shown no differences in remission rates in the geriatric population. Since the publication of the guidelines, another SNRI, duloxetine, has shown good tolerability and significant improvement in depressive and pain symptoms versus placebo in older patients with major depression [26].

Augmentation therapy of antidepressants with atypical antipsychotics in geriatric depression has still not been systematically investigated. The use of atypical antipsychotics has been associated with increased mortality in older patients with dementia, but illness and other medication factors may confound these findings [27]. The mechanism by which atypical antipsychotic drugs might increase mortality in elderly patients with dementia is not well understood, and it is unclear whether the lower dosages used in augmentation therapy for geriatric depression will substantially increase mortality [28]. The experts recommended caution when using atypical antipsychotic agents; for example, olanzapine and clozapine should be avoided in those who are obese or diabetic, and olanzapine and ziprasidone should be avoided in those with QTc prolongation or congestive heart failure [29]. However, atypical antipsychotics likely increase appetite and weight and may be beneficial in elderly patients who are emaciated because of depression or anorexia related to depression and perhaps exacerbated by comorbid medical illnesses. Placebo-controlled trials [30] demonstrated the efficacy of aripiprazole augmentation of antidepressants for adults with treatment-resistant depression.

The STAR\*D study [31], which had a relatively small older population, found that bupropion and triiodothyronine were effective as augmentation to antidepressants in treatment-resistant major depression. Studies of this kind specifically for geriatric psychiatry are needed to provide a variety of augmentation therapies for this population. However, additional studies on geriatric depression are needed, particularly in regard to treatment strategies for patients with treatment-resistant depression.

So, elderly depression mainly affects those with chronic medical illnesses and cognitive impairment, causes suffering, family disruption, and disability, worsens the outcomes of many medical illnesses, and increases mortality. Ageing-related and disease-related processes increase vulnerability to depression. Psychosocial adversity-economic impoverishment, disability, isolation, relocation, caregiving, and bereavement-contributes to physiological changes, further

increasing susceptibility to depression or triggering depression in already vulnerable elderly individuals. Treatment with antidepressants is well tolerated by elderly people and is, overall, as effective as in young adults. Evidence-based guidelines for prevention of new episodes of depression are available as are care-delivery systems that increase the quality of diagnostics, and improve the treatment of late-life depression.

Consensus guidelines recommend an antidepressant plus psychotherapy for the treatment of unipolar nonpsychotic geriatric depression. Combining psychotherapy and antidepressants to treat both mild and severe geriatric depression continues to be first-line treatment. Psychotherapy is efficacious for treating late-life depression and may especially help with medication adherence and relapse prevention. Certain psychotherapies, such as CBT, IPT, and PST, have the most evidence of efficacy in treating depression in older adults, but additional controlled trials are needed to determine which types of psychotherapy work best for which patients. An antidepressant plus an atypical antipsychotic is the first-line recommendation for geriatric psychotic depression. Additional studies are needed in the elderly population to determine safe and efficacious strategies for late-life depression.

## References

1. NIH Consensus Development Conference: Diagnosis and treatment of depression of late life. // *JAMA* – 1992. – Vol. 268. – P. 1018-1029
2. Cole M. G., Yaffe M. J.: Pathway to psychiatric care of the elderly with depression. // *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. – 1996. – Vol. 11. – P. 157-161
3. Blazer D. Depression in the elderly. // *N. Engl. J. Med.* – 1989. Vol. 320. – P. 164-166
4. Steffens D. C., Skoog I., Norton M. C. et al. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study. // *Arch Gen Psychiatry*. – 2000. – Vol. 57(6). – P. 601-607.
5. Abhishekh H. A., Raghuram K., Shivakumar S., Balaji A. L. Prevalence of depression in community dwelling elderly: Study from rural population of India. // *J. Neurosci. Rural. Pract.* – 2013. – Vol. 4. – P. 138. Available from: <http://www.ruralneuropractice.com/text.asp?2013/4/5/138/116470>
6. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2011 році: Статистичний бюлетень. — К.: Державна служба статистики України, 2012. — 89 с.
7. Медикодемографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню у 2010 році: підсумки діяльності системи охорони здоров'я та реалізація Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». — К.: МОЗ України, 2011. — 104 с.
8. Актуальні питання геронтопсихіатрії: навчальний посібник / [І. Я. Пінчук, В. В. Чайковська, Л. А. Стадник, О. А. Левада, М. М. Пустовойт, М. І. Ширяєва]. — Тернопіль: Термограф, 2010. — 431 с.
9. Пінчук І. Распространенность психических расстройств в Украине / И. Пинчук // *Журн. АМН Украины*. — 2010. — Т. 16, № 1. — С. 168-176.
10. Пінчук І. Я., Хаустова О. Проблема депресії в аспекті охорони психічного здоров'я осіб похилого віку // *Вестник ассоциации психиатров Украины*. – 2013. – №3. – [http://www.mif-ua.com/archive/article\\_print/36851](http://www.mif-ua.com/archive/article_print/36851)
11. Chan S. W., Chien W. T., Thompson D. R. et al. Quality of life measures for depressed and non-depressed Chinese older people. // *Int J Geriatr Psychiatry*. – 2006. – Vol. 21(11). – P. 1086-1092.
12. Barry L. C., Soulos P.R., Murphy T. E. et al. Association Between Indicators of Disability Burden and Subsequent Depression Among Older Persons. // *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.* – 2013. – Vol. 68 (3). – P. 286-292.
13. Katon W. J., Lin E. H., Von Korff M., Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. // *N. Engl. J. Med.* – 2010. – Vol. 363 (27). – P. 2611-2620.
14. Tengab P., Yehcd C., Leeae M. et al. Depressive symptoms as an independent risk factor for mortality in elderly persons: Results of a national longitudinal study. // *Aging & Mental Health*. – 2013. – Vol. 17. – P. 470-478.
15. Alexopoulos G. S., Katz I. R., Reynolds C. F. Pharmacotherapy of depression in older patients: a summary of the expert consensus guidelines. // *J. Psychiatr. Pract.* – 2001. – Vol. 7(6). – P. 361-376.
16. Gallo J. J., Morales K. H., Bogner H. R. et al. Long term effect of depression care management on mortality in older adults: follow-up of cluster randomized clinical trial in primary care. // *BMJ*. – 2013. – Vol. 346. – f 2570. Published online 2013 June 5. doi: 10.1136/bmj.f2570
17. Yohannes A. M., Lavoie K. L. Overseeing Anxiety and Depression in Patients With Physical Illness. // *Chest*. – 2013. – Vol. 144 (3). – P. 726-728.
18. Дзюба О. М., Бушинська О. В., Кардашов В. П., Тарновецька К. І., Прохорова О. В. Проблемні питання в курації психічних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями // *Архів психіатрії*. – 2013. – Т. 19, № 2 (73). – С. 31 - 34
19. Richard E., Reitz C., Honig L.H. et al. Late-Life Depression, Mild Cognitive Impairment, and Dementia. // *JAMA Neurol.* – 2013. – Vol. 70(3). – P. 383-389.
20. Weyerer S., Eifflaender-Gorfer S., Wiese B. et al. Incidence and predictors of depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older: results from a 3-year follow-up study. // *Age Ageing*. – 2013. –doi: 10.1093/ageing/afs184 First published online: January 11, 2013
21. Joubert L., McKeever U., Holland L. Caring for Depressed Elderly in the Emergency Department: Establishing Links Between Sub-Acute, Primary, and Community Care. // *Social Work in Health Care*. – 2013. – Vol. 52. – P. 222-238.
22. Wetherell J. L., Unützer J. Adherence to treatment for geriatric depression and anxiety. // *CNS Spectr*. – 2003. – Vol. 12(suppl 3). – P. 48-59.
23. Cuijpers P., van Straten A., Warmerdam L. et al. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. // *Depress. Anxiety*. – 2009. – Vol. 26(3). – P. 279-288.
24. Alexopoulos G. S., Raue P. J., Kanelopoulos D. et al. Problem solving therapy for the depression-executive dysfunction syndrome of late life. // *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. – 2008. – Vol. 23(8). – P. 782-788.
25. Stone M., Laughren T., Jones M. L. et al. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. // *BMJ*. – 2009. – Vol. 339. – b2880.
26. Raskin J., Wiltse C. G., Sheikh J. et al. Efficacy of duloxetine on cognition, depression, and pain in elderly patients with major depressive disorder: an 8-week, double-blind, placebo-controlled trial. // *Am. J. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 164(6). – P. 900-909.
27. Jeste D. V., Blazer D., Casey D. et al. ACNP White Paper: update on use of antipsychotic drugs in elderly persons with dementia. // *Neuropsychopharmacology*. – 2008. – Vol. 33(5). – P. 957-970.
28. Simoni-Wastila L, Ryder PT, Quian J, et al. Association of antipsychotic use with hospital events and mortality among medicare beneficiaries residing in long-term facilities. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17(5):417-427.
29. Kales J. C., Valenstein M., Kim H. M. et al. Mortality risk in patients with dementia treated with antipsychotics versus other psychiatric medications. // *Am. J. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 164(10). – P. 1568-1576.
30. Berman RM, Fava M, Thase ME, et al. Aripiprazole augmentation in major depressive disorder: a double-blind, placebo-controlled study in patients with inadequate response to antidepressants. *CNS Spectr*. 2009;14(4):197-206.
31. Rush AJ, Warden D, Wisniewski SR, et al. STAR\*D: revising conventional wisdom. *CNS Drugs*. 2009; 23(8):627-647.

## DEPRESSION IN ELDERLY PATIENTS

O. O. KHAUSTOVA

Summary. Late-life depression negatively affect patients with chronic non-communicable diseases, increase cognitive impairment, are the causes of suffering and disability, worsens the prognosis of many systemic diseases and increases mortality. In turn, negative life events, disability, isolation contributes to pathological processes, increasing the susceptibility to depression or triggering depression in vulnerable older people. This is a problem for many countries, including Ukraine. The results of our pilot study also confirm the importance of the problem of depression in the elderly. Evidence-based guidelines to prevent new episodes of depression, quality of diagnosis and improve the treatment of late-life depression are available. For the treatment of geriatric unipolar nonpsychotic depression are recommended antidepressants plus psychotherapy. Antidepressant plus atypical antipsychotics is the first-line recommendation for geriatric psychotic depression. The combination of psychotherapy and antidepressant medication for the treatment of both mild and severe geriatric depression continues to be a first-line therapy. Psychotherapy is an effective treatment for depression in old age and can especially help with medication compliance and prevention of relapse. More research is needed in the elderly to determine the safest and most effective strategies for late-life depression.

**Keywords:** depression, anxiety, comorbidity, somatics, diagnosis, treatment

## ДЕПРЕССИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Е. А. ХАУСТОВА

Резюме. Депрессии позднего возраста негативно влияют на пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, усиливают когнитивные нарушения, являются причинами страданий и инвалидизации, ухудшают прогноз многих соматических заболеваний и увеличивают смертность. В свою очередь, негативные жизненные события, инвалидность, изоляция способствует патологическим процессам, увеличивая склонность к депрессии или инициируя депрессию у уязвимых пожилых людей. Эта проблема актуальна для многих стран, включая Украину. Результаты нашего пилотного исследования также подтверждают актуальность проблемы депрессии у пожилых людей. Разработаны научно обоснованные рекомендации для предотвращения новых эпизодов депрессии, повышения качества диагностики и улучшения лечения депрессии позднего возраста. Для лечения монополярной непсихотической гериатрической депрессии рекомендуются антидепрессанты плюс психотерапия. Антидепрессант плюс атипичные антипсихотики является первой линии рекомендации для гериатрических психотических депрессий. Сочетание психотерапии и антидепрессантов для лечения как легкой, так и тяжелой гериатрической депрессии продолжает быть первой линии терапии. Психотерапия является эффективной для лечения депрессии позднего возраста и может особенно помочь с соблюдением приема лекарств и профилактикой рецидивов. Необходимы дополнительные исследования у пожилых людей для определения безопасных и эффективных стратегий для депрессии позднего возраста.

**Ключевые слова:** депрессия, тревога, коморбидные заболевания, неинфекционные болезни, диагностика, лечение

## ДЕПРЕСІЯ У ЛІТНІХ ПАЦІЄНТІВ

О. О. ХАУСТОВА

Резюме. Депресії пізнього віку негативно впливають на пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями, посилюють когнітивні порушення, виявляються причинами страждань та інвалідизації, погіршують прогноз багатьох соматичних захворювань і збільшують смертність. У свою чергу, негативні життєві події, інвалідність, ізоляція сприяють патологічним процесам, збільшуючи схильність до депресії або ініціюючи депресію у вже вразливих людей похилого віку. Ця проблема актуальна для багатьох країн, включаючи Україну. Результати нашого пілотного дослідження також підтверджують актуальність проблеми депресії у літніх людей. Розроблено науково обґрунтовані рекомендації для запобігання новим епізодам депресії, підвищення якості діагностики та покращення лікування депресії пізнього віку. Для лікування уніполярної непсихотичної гериатричної депресії рекомендуються антидепресанти плюс психотерапія. Антидепресант плюс атипіві антипсихотики є першою лінією рекомендації для гериатричних психотичних депресій. Поєднання психотерапії та антидепресантів для лікування як легкої, так і складної гериатричної депресії продовжує бути першою лінією терапії. Психотерапія є ефективною для лікування депресії пізнього віку і може особливо допомогти з дотриманням прийому ліків і профілактикою рецидивів. Необхідні додаткові дослідження у літніх людей для визначення безпечних і ефективних стратегій для депресії пізнього віку.

**Ключові слова:** депресія, тривога, коморбідні захворювання, неінфекційні хвороби, діагностика, лікування

УДК 616.89

**О. С. Чабан**

**ОПАСНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПЕВТА**

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

**Ключевые слова:** психотерапия, личность психотерапевта, опасность профессии психотерапевта.

Если согласится с идеей Антони Кемпински, что психотерапия это не лечение души, как считается общепринято, а лечение душой, с чем я полностью согласен, то речь в этой статье пойдет конечно же о той самой душе психотерапевта и его теле, соответственно, и опасностях, которые их ждут на увлекательных альтруистических, или альтруистеподобных виражах взаимодействия с душами пациентов, называемой психотерапией.

Начнем с того, что в принципе я этими рассуждениями возвращаюсь к понятию унификации психотерапии

и главному постулату Карла Густава Юнга о том, что личность психотерапевта – лучшая формула самой психотерапии.

Не буду дискутировать на тему души психотерапевта. Дело темное и непонятное как и собственно вообще понимание души. Давайте поговорим о тех ловушках и капканах, которые выставляет жизнь для самих психотерапевтов в силу их благородной и элитной профессии.

Начнем с казалось бы простой и понятной мысли, а именно, об эффективном психотерапевте или точнее



эффективной психотерапии. Надеюсь вы не объединили эти два термина?

Итак что в реальности работает в любой психотерапии?

Изучение психотерапии ставит перед собой две основные задачи: во-первых, поиск эмпирического обоснования психологических методов лечения, т. е. выяснение, что является полезным, для кого, при каких обстоятельствах; во-вторых, описание и постижение механизмов изменений, т. е. как психотерапия в целом и различные ее разновидности в частности достигают позитивного эффекта. Разумеется, обе эти задачи взаимосвязаны: осуществление первой зависит от достижений в решении второй. Понимание механизмов психотерапии требует также и объяснения того, каким образом соотносятся терапевтические транзакции между пациентом и терапевтом с реальными изменениями в жизни пациента вне приемной психотерапевта.

У. Стайлз, Д. Шапиро и Р. Эллиот описали так называемый «парадокс эквивалентности», приблизительно равнозначной эффективности лечений, в которых складываются, по всей видимости, существенно различающиеся отношения между пациентом и психотерапевтом. До тех пор, пока этот парадокс не будет разрешен, понимание механизмов лечения останется весьма ограниченным.

В принципе речь идет о унифицирующих механизмах всех видов психотерапии и их нелинейном распространении на обоих участников терапии.

На мой взгляд (с учетом идей Михаэля Хайне, Левина и Ирвина Ялома) рабочим моментом этой унификации есть:

1. внутреннее решение пациента на терапию;
2. наличие трансфера и контртрансфера и их проработка;
3. кристаллизация проблемы пациента, в т. ч. с выходом на истинную проблему;
4. работа терапевта на опережение;
5. гуманизм, альтруизм в отношениях пациента и терапевта;
6. работа на фоне чувства защищенности пациента;
7. самостоятельность решений пациента;
8. осознания пациентом права на свою ошибку;
9. осознание изменений жизненной стратегии пациентом;
10. сообщение информации;
11. принадлежность для пациента к «его истинной» группе;
12. катарсис;
13. выход на социализирующие техники;
14. проработка экзистенциальных факторов;
15. безопасность проявления эмоций;
16. возможность вербализации эмоций;
17. конечное чувство удовольствия обоих.

Именно желание обоих (пациент, терапевт) стремиться к подобной унификации с неравноценным внесением в терапевтическое поле своего вклада, создает эффект от «парадокса эквивалентности», когда, чем бы

ни занимался терапевт и к какой бы то ни было школе он не принадлежал, он все равно поможет пациенту. Иногда даже к своему удивлению.

Казалось бы все понятно. Попробуйте возразить маститому Ялому. Но как раз здесь и начинают «расползаться» биологические и психологические понятия. Ведь, по сути, и терапевт, и пациент такие же биологические объекты как крысы или собаки или не менее социализированные гуси. И возникает еще один запрос на отношения между терапевтом и пациентом которые становятся жесткими, а вернее жестокими. Хотя бы так их считает пациент. Тогда опять обращаемся к идеям великих. Но теперь уже к Лоренцу.

Итак – жестокость. Все таки это одновременно и биологически детерминированное выявление психики и не менее социализировано самим понятием человек [7]. Допустимо ли жестокое отношение между пациентом и терапевтом? Первый испуганный ответ – ни в коем случае! Так что этого нет в процессе терапии? А как же фрустрация, перенос в виде, например, жестокого, «сухаря», безэмоционального отца? Или сверхопекающей матери, которую хочется убить? Мало кто будет оспаривать, что уже одно это можно отнести к фазе «жесточких отношений». Вопрос другой: что происходит и где все же побеждает альтруизм?

Следуя мысли маргинала от психотерапии Ирвин Ялом эти факторы являются рабочими. Другими словами психотерапевт который обеспечивает их есть эффективным. Согласен. Но как то становится подозрительно относительно этого самого уже похожего на Бога психотерапевта.

Не берусь на всех останавливаться. Давайте проанализируем хотя бы некоторые. Но с неожиданной позиции: а чем собственно это угрожает самому психотерапевту?

Опасность 1. Идеальный психотерапевт.

Понимая грандиозность вопроса который я поставил, попробую объяснить хотя бы на некоторых базальных понятиях. Например, альтруизме, термин который коучет из руководства в руководство по психотерапии.

Да, конечно групповая и не только групповая психотерапия может начать разрабатывать более позитивный взгляд на себя благодаря описанному Яломом (1970) лечебному фактору «альтруизм», в котором индивидуальное самоуважение возрастает благодаря осознанию возможности быть полезным для других членов группы, и «межличностному обучению», в котором коррекция «межличностных искажений» ведёт к более благоприятным реакциям от других и следовательно к более позитивному взгляду на себя [5].

Ну что же давайте задумаемся хотя бы о том факте, что альтруистическое поведение людей сильно зависит, например, от степени анонимности ситуации: любой намек на то, что за человеком кто-то наблюдает, повышает вероятность альтруистических поступков. Эксперименты, проведенные японскими психологами, показали, что этот эффект (по крайней мере в некоторых ситуациях) связан не со страхом наказания, а с надеждой на «награду», то есть на улучшение своей репутации.

Известен целый ряд механизмов, ведущих к развитию альтруистического поведения в ходе эволюции. Люди, однако, иногда совершают поступки, труднообъяснимые с позиций таких классических теорий, как родственный отбор (мы помогаем далеко не только родственникам), реципрокный, или взаимный, альтруизм (мы иногда совершаем добрые поступки по отношению к людям, которые заведомо не смогут нам отплатить той же монетой) или различные «модернизированные» версии теории группового отбора, такие как гипотеза о сопряженной эволюции парохимального альтруизма и войн. Некоторые альтруистические акты не приносят пользы ни генам жертвователя, ни группе, к которой он принадлежит. Типичный пример — пожертвования в фонд помощи голодающим детям какой-нибудь далекой страны. Могут ли быть у такого поведения эволюционные корни?

По-видимому, всё-таки могут. Специальные исследования показали, что в такой ситуации жертвователя, как ни странно, мало волнует, дойдет ли его пожертвование до адресата. Он не проявляет особого интереса к тому, насколько эффективно работает благотворительный фонд, в который он вносит деньги, и какая доля собранных средств уйдет на содержание самого фонда и накладные расходы. С другой стороны, жертвователь, как правило, хочет, чтобы о его поступке узнали окружающие — те, от чьего мнения зависит его социальный статус. А также особи противоположного пола, на которых он хотел бы произвести благоприятное впечатление.

Такой механизм мотивации альтруистических поступков называют непрямой реципрокностью. Выигрыш в данном случае достигается не за счет прямой отдачи по принципу «ты мне, я тебе», как при обычной реципрокности, а за счет демонстрации окружающим собственных качеств, ценимых особями противоположного пола и обществом в целом. В случае пожертвований, например, демонстрируются доброта, щедрость и материальная обеспеченность. [3]

Таким образом получается, что у психотерапевта в особенности молодого психотерапевта, который еще не успел набить себе психологические шишки на голове, появляется большой соблазн, а в моей терминологии еще первая ловушка — стремление к идеальности в своей профессии в силу того, что есть контролирующая сторона — свидетели той же альтруистичности — пациенты. Но вот в чем парадокс — чем больше психотерапевт будет походить на что то заоблачно правильное, чистое и сверхквалифицированное, тем более это уже «оно» будет становиться нежизненным, а значит неэффективным для пациента.

Толерантность и деморальность психотерапевта находится в конфликте его знаний и поведения с пациентом. Попробуйте сочетать вот это: нейрофизиология все более доходчиво объясняет нам, что человек совершает многие поступки помимо своей воли. Но по воле собственного мозга. Чем больше мы узнаем об устройстве собственного мозга, тем легче становится допустить, что ответственность за наши действия лежит на нем.

Постепенно эти знания начинают подтачивать основы одного из самых, казалось бы, устойчивых общественных институтов — системы морали, а отсюда правосудия. Не имеет значения какого: хоть институтов власти, хоть этических и менталитетных.

Купиться на просто голые знания, на биологизацию сложной психологических актов взаимодействия — это большая опасность для упрощенной биологически ориентированной психокоррекции. Идее будущей коррекции в виде чипования нового сознания и новой личности — вершина этой опасности.

Коснусь еще одной опасности, которая поджидает психотерапевта. Это постоянная работа на успех и возврат этого успеха со стороны пациента терапевту. Казалось бы, а в чем здесь подвох, опасность. Во-первых, я вообще только что смоделировал заведомо нежизненную ситуацию. Но меня интересует другое. И это другое уже из области нейрофизиологии.

Ученые-нейрофизиологи из США заявили о том, что позитивный опыт — достижение каких-либо побед — влечет за собой изменения структуры головного мозга, в результате чего человек имеет большую вероятность преуспеть в социальной жизни.

Такой «эффект победителя» действует в течение шести дней, в течение которого победитель вполне успеет утвердиться на «месте под солнцем». Кроме психологической уверенности в себе, действуют и физиологические процессы — происходит дополнительная выработка гормона тестостерона, который прибавляет готовности воевать за достижение желаемой цели. Тем временем, в головном мозге появляется больше рецепторов нейронных клеток, вследствие чего повышается чувствительность к действию гормонов.

В чем здесь проблема, спросите вы? Да в том, что психотерапевт как бы включается своими прямыми или косвенными интеракциями в систему создания положительного опыта. Это как раз беда молодых психотерапевтов — создавать положительный опыт для пациентов и получать обратно благодарность, что бы успешно перейти (психотерапевту) к опасности 4. Психотерапия — это моделирование амбивалентных ситуаций жизни, но в ситуации безопасности. Но это не должно происходить только в виде положительного достижения. Смотря кому это нужно и как он этим воспользуется. Психотерапевт должен быть всяким. И не включится в разряд стимулов для «эффекта победителя». Так легко воспитать и взрастить сверхуспешного человека, который, будучи миллиардером, в очередном экономическом кризисе потеряет миллионы и покончит жизнь самоубийством.

Опасность 2. Активация бессознательных проблем психотерапевта.

Эта ловушка или опасность, которая находится и на поверхности, и в глубине. На поверхности все более менее понятно. Например, те отношения в группе или в между пациентом и терапевтом, которые ворошат эдипальные конфликты самого терапевта, могут в силу неопытности терапевта найти выражение в психологических проблемах, которые возникнут, казалось бы, на

ровном месте у терапевта. Меня, честно говоря, интересуют более глубокие проблемы. И тут я позволю себе пространственную цитату из Отто Кернберга:

“...Если мы сравним открытия Бион с Фрейдовским описанием психологии орды или шайки, то увидим, что в малых группах идут те же процессы развития иррациональности, взаимной идентификации и идеализации лидера, но с появлением и дополнительных черт, которые отличают малую группу от шайки. Во-первых, ориентированный на групповую задачу отказ лидера группы принять роль ведущего, которая ему предписывается, ведет к фрустрации и поиску альтернативных путей взаимодействия с лидерством (выражающимся в перестановке основных координат группы) и конкурирует с поиском альтернативных лидеров внутри группы, которые обещают взять на себя функции, отвергнутые официальным лидером. В связи с этим факт, что члены группы с пассивно-зависимыми, гипоманиакальными и нарциссическими чертами так легко берут лидерство в зависимой группе, а с выраженными параноидальными чертами подталкиваются к лидерству в группах «атака-отступление» хорошо освещает взаимосвязь между индивидуальной психопатологией и групповыми процессами в малой группе. Во-вторых, в малых группах удивительно ярко проявляются защитные механизмы, характеризующие примитивную позицию «я» - (расщепленность, негативизм, проективные идентификации, идеализация, всемогущество) и, что с этим связано, интенсивная агрессия с довольно примитивными чертами. Бион (1895) и Фрейд (1925) обращались к обязательному началу насилия в шайках; в противоположность этому в малых группах склонность к насилию все же подконтрольна, не только из-за применения уже упоминавшихся механизмов, но также из-за относительно цивилизованного отношения, достигаемого в контексте «глаза в глаза контакт» и взаимного дружелюбия, которое гасит агрессию. Отсутствие «внешнего врага», однако, иногда поднимает групповое напряжение до высоких всплесков. Соучастие внешнего врага абсорбирует агрессию, порождаемую внутри группы, но агрессия пугает группы, которые не могут дифференцировать или отделить такого внешнего врага. В-третьих, поиск - в группах, распадающихся на пары - идеализированной пары защищает группу от опасности агрессии тем, что парные сексуализированные отношения являются двойником злобности и негодования в шайке и некоторых соц. организации, проявляющихся по отношению к парам, это было описано Фрейдом в 1921 г. Price (1965) и Turguet (1975) исследовали поведение больших бесструктурных групп, состоявших из 40-120 человек методом, похожим на Бионовский для малых групп. В таких больших группах установление «контакта глаза в глаза» оказывается невозможным, что отличает большую группу от малой, и, по контрасту с тем, что происходит в шайке, каждый член большой группы может быть представлен другим и услышан ими» [6].

Это возможно тогда, когда психотерапевт начинает делать ошибочные действия по отношению объекта

терапии. Объясню на примере групповой терапии. Собственно процитирую другого автора:

«Успешный групповой терапевт - это не личность, которая даёт сильные идеи индивидуумам в кругу. Наши цели как терапевтов - содействовать и сохранять способности группы делать то, что мы сами никогда не могли бы достигнуть полностью самостоятельно [4]. По сути Ормонт прав, группа меняется сама по себе, в силу правил, которые она, при помощи терапевта, приняла. Но не в силу хорошего или плохого терапевта. И терапевт, как особый член этой группы, меняется вместе с ними. Сохраняя при этом что-то особое, что отличает его от остальных членов группы, например, знания группового психоанализа или гештальт-терапии или еще чего-то. Но это особое (например, те же знания) становится, с какого то момента, конкурентным тем жизненным изменениям в группе, которая становится семьей и едино целостным механизмом, к которому неудобно или вернее не хочется дальше применять расчленяющие в понятии понимания знания, а появляется желание объединиться и стать обычным членом группы. То есть - возникает бессознательное желание вдруг превратится из психотерапевта в нормального плачущего невротика».

Опасность 3. Непроработанный контрперенос или кто кого лечит?

Здесь все становится достаточно понятным, если обратится к пониманию трансфера и контртрансфера. На мой взгляд, эта опасность может подстергать каждого от новичка до маститого психотерапевта. Недаром история, да и современность, знает множество случаев нарушения сеттинга вплоть до половых контактов психотерапевтов со своими пациентками, а также создание ими новых семей со своими пациентами. Не берусь сейчас детально описывать это явление. Отошлю читателя к собственной главе в этом томе «Эротический перенос: проблема пациента, проблема терапевта»

Опасность 4. Нарциссическое расширение.

Вернее сказать, неконтролируемое нарциссическое расширение. В чем я вижу здесь проблему и ловушку для психотерапевта? В том, что как у всякого лекаря (врача, психокорректора) в силу своей профессиональной деятельности у психотерапевта постоянно происходит конфликт собственного эдипального комплекса и знаний, которые он усваивает с пониманием своего всемогущества по отношению пациента. Другими словами, разрешение напряжения конфликта с сильными образами отца в любой внешней структуре и символах мира возможно при помощи понимания того, что происходит с пациентом и его жизнью в аналогичной ситуации. Но именно это создает большой соблазн стать богом для пациента и тем самым удовлетворить свои неосознанные потребности. По сути, это происходит по сценарию, который анализирует в своей работе Юнга («Ответ Иову»)

Это хорошо наблюдать на больших группах.

Опять обращаюсь к замечательной работе Кернберга: «Price (1965) и Turguet (1975) исследовали поведение больших бесструктурных групп, состоявших из



40–120 человек методом, похожим на Бионовский для малых групп. В таких больших группах установление «контакта глаза в глаза» оказывается невозможным, что отличает большую группу от малой, и, по контрасту с тем, что происходит в шайке, каждый член большой группы может быть представлен другим и услышан ими.

Turguet подчеркивал утрату членами больших групп идентичности и, сопутствующее этому драматическое способности реалистически оценивать эффект от того, что сказано им или ею на собрании членов. Обычная социальная обратная связь при вербальных коммуникациях между членами группы исчезает, возникает ощущение полной невозможности слушать друг друга, все диалоги рушатся прерывистостью коммуникаций и усилия создать маленькую, более тесную подгруппу обычно не удаются. Индивидуум оказывается в одиночестве, даже проективные механизмы не срабатывают, т. к. невозможно реалистически оценить чье-либо поведение. Т. о. проекции делаются множественными и нестабильными, и насущной задачей индивидуума оказывается поиск своего рода «шкуры», чтобы каким-то образом отделить себя от соседей» [6].

На примере этой модели интеракций с крайне малыми возможными вариантами активации механизмов, характерных для малых групп, психотерапевт может панически проецировать бессознательный страх потерь индивидумов на свое поведение и свою роль в этих группах. Тем самым демонстрировать для себя свою незрелость. Так и хочется порекомендовать ему в этой ситуации подождать этак лет двадцать – тридцать и состарится, что б понять, что происходит, а главное не успеть все испортить. Доживите до своего атеросклероза, что бы быть конструктивным в большой группе.

Опасность 5. Сопровождение пациента вне психотерапии (иногда всю жизнь).

Как правило, в этот капкан попадают те, кто не вылез из капкана №4. Правильное и успешное поведение требует подтверждения из-за постоянного напряжения быть неуспешным. Эдипов комплекс еще раз подтверждает свою живучесть, но уже при помощи психотерапевта. Умение закончить психотерапию – такое же искусство, как и начать ее. Есть еще варианты – пациент переходит в разряды подруг, друзей. Если психотерапевт думает, что этой новой терминологией он что-то изменил в своих интеракциях, он глубоко заблуждается. Ведь они (новые друзья – подруги) все равно спрашивают совет или просто молчат рядом, демонстрируя значимость подруги – друга с такой важной для них профессией – психотерапевт. Психотерапия, по сути, продолжается под новым именем и в новых правилах, где страдающей стороной будет уже сам психотерапевт. Ну хотя бы потому, что эта ситуация создает конфликт морали. И лучше чем Экзюпери не скажешь: «Мы в ответе за тех, кого приручили».

Опасность 6. Стимуляция экзистенциального кризиса психотерапевта.

Альфред Лэнгле (Alfried Längle) – австрийский психотерапевт, клинический психолог, профессор

медицины и философии, основатель Международного общества логотерапии и экзистенциального анализа GLE-International. Недавно он был в Москве, где дал пространственное интервью. Я попытаюсь несколькими фразами этого известного ученика Виктора Франкла объяснить проблему, которая может возникнуть с психотерапевтом в силу выполнения им профессиональных обязанностей.

Именно Франкл еще в 1920-х годах первым поставил проблему смысла.

За Франклом люди становятся менее религиозными, увеличивалось число тех, кто не принадлежал ни к какой конфессии, отсюда возникал дефицит ориентиров. Люди стали меньше понимать, для чего им в принципе проживать свою жизнь. Человек больше не нацелен на трансцендентность, на выход за рамки собственного бытия через служение Богу. Напротив, он безжалостно предоставлен самому себе и вынужден искать новые ориентиры. Снижение роли религии во многих странах ведет к утрате представлений о смысле бытия.

Но сегодня перед нами открывается множество абсолютно новых возможностей. У нас действительно гораздо больше возможностей самим формировать собственную жизнь. Свободный рынок, например, дает нам возможности, о которых не могли мечтать даже наши родители, что уж говорить о дедах. Жизнь предлагает удивительное множество разных видов деятельности и способов получения удовольствия. Но полагать, что потребление способно заменить смысл, – большая ошибка. Скорее это попытка удовлетворить голод в отношении смысла эрзацами полноценной пищи. В ситуации, когда постоянно растет число возможностей и соблазнов, проблема смысла только обостряется, хотя и недостаточно осознается, и нужно быть очень сильной и очень ясно мыслящей личностью, чтобы сохранить аутентичные жизненные установки.

Мы, современные люди, проживаем свою жизнь менее интенсивно, чем раньше, когда люди сталкивались с большим числом угроз. Скажем, неурожай непременно означал голод, стихия могла навсегда оставить без крыши над головой, от простуды можно было умереть. Сегодня большинства подобных опасностей просто не существует. Раньше каждый соприкасался со смертью: например, почти в каждой семье умирали маленькие дети. Сегодня это не так, и опыт столкновения со смертью, опыт осмысления ее сделался намного беднее. Наконец, мы стали меньше работать физически. Есть техника, автомобили, которые не дают нам переутомляться. И это не может не влиять на жизнь наших чувств. Наше существование словно бы заключено в вакуумную упаковку, но из нее этот вакуум просачивается в нас самих. Мы не испытываем настоящего голода, редко переживаем чувство подлинной опасности. Мы все менее интенсивно ощущаем, какое счастье – просто жить, все слабее понимаем истинную ценность жизни как таковой. И нам труднее различить ее смысл. Особенно тем, кто живет в развитых странах. Опрос, проведенный в Австрии в 2000 году, показал, что более половины



опрошенных хотя бы однажды переживали ощущение потери смысла. И лишь 11% ответили, что эти проблемы никогда не имели к ним отношения.

В логотерапии и экзистенциальном анализе различают два понятия смысла. Первое – это практический смысл, который заключен в конкретной ситуации. Именно его называют экзистенциальным. А второе – это глобальный, онтологический смысл, который имеет все сущее. Экзистенциальный смысл зависит от самого человека и может изменяться вместе с ситуацией. Его можно обнаружить, если осуществить экзистенциальный поворот: вместо того, чтобы постоянно спрашивать: «что я должен сделать?», «как следует поступить?», «что мне это даст?», попытаться развернуть свое отношение к ситуации. Отставить в сторону то, чего хочу я, и попробовать понять, чего хочет эта ситуация от меня. Чего ждет от меня жизнь? Поступив так из человека, задающего вопросы, мы сразу превращаемся в человека, дающего ответы. Экзистенциальный смысл заключается именно в том, чтобы понять вопрос каждой конкретной ситуации и дать на этот вопрос наилучший возможный ответ. То есть ответ, который в данный момент для меня возможен и который лично я рассматриваю как самый лучший. Этот ответ, разумеется, заключается не в словах, а в действии, поступке. Человек способен сам создавать свою осмысленную жизнь, нанизывая момент за моментом, подобно жемчужинам в ожерелье.

Виктор Франкл указывал несколько путей, которые ведут к экзистенциальному смыслу. Первый – пережить нечто замечательное: послушать прекрасную музыку, провести время в обществе любимых людей, полюбоваться закатом. Другой путь – создать что-то ценное: хорошо сделать свою работу или испечь вкусный пирог. Но бывают ситуации, когда ни то, ни другое невозможно: скажем, если человек тяжело болен. Франкл очень много пишет о важности нахождения смысла в безвыходных или очень тяжелых жизненных ситуациях. Тогда очень важно найти правильную внутреннюю установку по отношению к проблеме, к собственному страданию. Установку, которая позволит человеку высоко нести свою любовь к жизни [8].

Проблемы пациента, если они действительно задевают психотерапевта, обязательно должны на каком то этапе стимулировать экзистенциальные переживания терапевта. В первую очередь при неудачной терапии, в том числе суицидах пациентов. Терапевт неизменно выходит вначале на уровень нивелирования своей профессиональности, а затем и на экзистенциальные вопросы.

Здесь речь уже идет о смысле бытия. Что есть человек, зачем он появляется на свет? И – самый, может быть, острый вопрос – зачем существует страдание? Зачем оно выпадает на долю конкретному человеку в конкретный момент – и почему именно ему? Здесь мы упираемся в границы познания. Психология уже не может участвовать в решении этого вопроса. И нам остается вера, надежда. Однако и в этих случаях возможен экзистенциальный поворот. Он необходим, чтобы перестать спрашивать о глобальном смысле собственной

жизни и попытаться ответить на этот вызов, понять, что можно сделать даже в самой сложной и тяжелой ситуации такого, что принесло бы позитивный результат. Если человек ведет себя таким образом, если он ищет ответ, то один смысл уже создан: этот человек становится сильнее как личность [8].

Опасность 7. Обесценивание психотерапии.

Как следствие неконструктивного прохождения опасности 6, возникает опасность 7 – обесценивание собственной профессии. Сюда, как ни странно, может подлить масла в огонь и наука, вернее прямолинейное понимание ее результатов зачастую фрагментарных и частичных.

В настоящее время известно и осуществляется на практике около 400 разновидностей психотерапии для взрослых пациентов и примерно 200 – для детей и подростков; описано около 300 психологических синдромов или констелляций симптомов, для лечения которых рекомендуется та или иная. Если поставить себе задачу эмпирическим путем установить, какие виды психотерапии или их сочетания оптимальны для лечения одного расстройства, то придется опробовать астрономическое количество сочетаний, приблизительно равное 2400. Соответственно, чтобы получить возможное количество сочетаний для лечения всех описанных синдромов, это число надо будет умножить еще на 300 [10].

После великой «смуты» запущенной Айзенгом в 1952 году, поставившей под сомнение эффективность психотерапии, а это было не эмоциональное выступление, а раздумывания и анализ ученого с мировым именем, прошло полвека наполненных доказательными работами в области психотерапии.

Привожу только небольшое перечисления мета-аналитических исследований: Bergin A. E., Lambert, M. I. The evaluation of therapeutic outcomes // Handbook of psychotherapy and behavior change: An Empirical Analysis / Eds. S. L. Garfield, A. E. Bergin. 2nd ed. N. Y.: Wiley, 1978. Beutler L. E. Toward specific psychological therapies for specific conditions // J. of Consulting and Clin. Psychology. 1979. V. 47. P. 882-892. Goldstein A. P., Stein N. Prescriptive psychotherapies. N. Y.: Pergamon, 1976. Kellner R. Psychotherapy in psychosomatic disorders: A survey of controlled outcome studies // Archives of General Psychiatry. 1975. V. 35. P. 1021-1028. Luborsky L., Singer B., Luborsky L. Comparative studies of psychotherapy // Archives of General Psychiatry. 1975. V. 32. P. 995-1008. Nicholson R. A., Berman J. S. Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? // Psychological Bulletin. 1983. V. 93. P. 261-278. Rachman S., & Wilson G. T. The effect of psychological therapy: Second enlarged edition. N. Y.: Pergamon, 1980. Shapiro D. A., Shapiro D. Meta-analysis of comparative theory outcome studies: A replication and refinement // Psychological Bulletin. 1982. V. 92. P. 581-604.

И конечно же описания знаменитого Шифилдского проекта: Shapiro D., Firth J. Prescriptive versus exploratory psychotherapy. Outcomes of the Sheffield Psychotherapy Project // British J. of Psychiatry. 1987. V. 151.

Вывод: все методы (см. Приложение) психотерапии эффективны, но, главное, равноэффективны. Не более и не менее.

Вот теперь попробуй разберись самому психотерапевту в войне школ, методик, техник и всего, что за этим стоит.

Опасность 8. Эффект угасания.

Это не синдром выгорания. Речь идет о совершенно другом интересном психологическом феномене, который сейчас приобретает в кругах научных сотрудников интенсивного обсуждения.

Однажды психолог Джонатан Скулер, пытаясь повторить собственный эксперимент, обнаружил «эффект угасания», который поставил под сомнение результаты любых психологических экспериментов.

В науке существует базовый принцип — реплицируемость эксперимента: любой добросовестный ученый ставит и описывает свой эксперимент так, чтобы любой его коллега мог этот эксперимент повторить и получить на выходе те же результаты. Это знает любой студент. Разумеется, знал это и я, когда писал диссертацию в Вашингтонском университете и ставил свои первые психологические эксперименты.

В 1990 году был описан эффект, который называется «вербальное затемнение»: словесное описание невербального, визуального воспоминания приводит к его «забалтыванию» и «стиранию» из памяти. Первый эксперимент был такой: сто студентов разбиваются на две группы. Первой мы показываем фотографию человека, потом отвлекаем на пять минут посторонним занятием, а затем просим описать его. Второй группе показываем ту же фотографию, но описывать ее не просим. Затем мы просим всех участников эксперимента показать искомую фотографию в ряду с еще несколькими снимками похожих людей. В результате испытуемые из первой группы справлялись с заданием только в 50% случаев, в то время как результат второй группы был 80%. [1]

Таким образом, ловушка для психотерапевта состоит в том, что он покупается на идею быстрой помощи пациенту, которого он видит в реальном времени и довольно часто. И чем чаще, тем кажется лучше. Но в реальности наличие эффекта угасания как раз может объяснить навязчивые идеи самих психотерапевтов, которые «продолжают психотерапию» пациентов, которые в реальности уже давно в этом не нуждаются. Произошла подмена запроса со стороны пациента. Но психотерапевт этого не заметил.

Этот эффект проявляется не обязательно в виде осознания и понимания событий терапии в прошлом, но и в виде использования их случаев в собственных статьях, преподавании, обращении к ним на супервизиях и др. варианты. А еще становится понятной фраза Jung, которую он произнес по прошествию многих лет после работы с одной из своих пациенток: «Наконец-то мне стал понятен ее сон...»

Опасность 9. Подмена психотерапии эзотерикой.

Здесь опасность таится в малокавалифицированности психотерапевта, который в силу любознательности и

склонности к философии принимает эзотерику за науку и начинает подменять понятия своей работы занимательными учениями и особенностями духовных и религиозных течений и практик. Собственно опасность кроется в том, что у психотерапевта, как и любого человека, в рудиментарном виде с детства или в виде генетической памяти остается синкретическое или магическое мышление. Достаточно одного — двух степеней обстоятельств жизни в том числе особенностей терапии, как эти рудименты активизируются, и психотерапевт начинает использовать эзотерику подменяя ею науку. Таким образом заклинания, гадания, пророчества, выливания воска и катания яиц, практики Кастанеды и т. д. — большой соблазн признаться в собственной некомпетентности и неэффективности и обратиться к магии.

Опасность 10. Уход из профессии.

Ну что же, это не самый худший из капканов. В конце концов можно реализовать себя и где-то и с кем-то другим без этой психотерапевтической терминологии.

Опасность 11. Психосоматические болезни психотерапевта.

Если посмотреть на сущность идеи Меннингеровского исследования, то главными факторами достижения терапевтического эффекта есть:

- опыт переживания “помогающих” отношений;
- способность терапевта понимать пациента и реагировать (эмоционально откликаться);
- возрастающее самопонимание пациента;
- уменьшение степени “навязчивости” межличностных конфликтов;
- способность пациента интернализировать достигнутое в психотерапии;
- обретение пациентом большей терпимости по отношению к мыслям и чувствам других людей;
- мотивация пациента к изменению себя;
- способность терапевта предложить ясную, разумную и действенную технику [9].

Что из это следует. Да хотя бы быть максимально эмпатичным для пациента и естественно хорошо передавать информацию, в том числе эмоциональную. Но есть пределы и защиты самого психотерапевта от эмоциональной открытости и ранимости. И это может стать путем к алекситимии. А отсюда все, что вы вспомните о психосоматике, собственно путь реализации генетической программы на нездоровье. Вплоть до последней опасности.

Опасность 12. Смерть психотерапевта.

Неприятная тема. Но давайте посмотрим на это с позиции естествоиспытателя. Занимательная, однако, статистика получается, если проанализировать жизнь великих психотерапевтов и психиатров.

На вскидку вспомню:

Инфаркт (высокая ответственность, морализация, поглощение объекта, нереализованная агрессия, направленная на любимый или значимый объект):

- Абрахам Маслоу — смерть от инфаркта миокарда;
- Рональд Ленг — алкоголизм, депрессия, инфаркт;
- Стенли Менгем — инфаркт в 51 год;

- Эрик Берн – инфаркт;
- Курт Левин – инфаркт;
- Вильгель Райх – инфаркт в тюрьме;
- Михаэль Балинт – инфаркт;
- Альфред Кинзи – инфаркт;
- Дитрий Ошанин – смерть, в следствии операции на сердце;
- Сергей Рубинштейн – инфаркт;
- Борис Ананьев – инфаркт;
- Сергей Корсаков – инфаркт;
- Мэраб Мамардашвили – инфаркт;
- Альфред Адлер – инфаркт;

Рак (символическая интерпретация неосознанной и непрявляемой ненависти):

- Зигмунд Фрейд – сеттинг, рак, эвтаназия;
- Тимоти Лири – наркотики, тюрьма, рак;
- Ганс Айзенк – скандал вокруг идеи отсутствия связи между курением и раком. Всеобщее общественное осуждение – рак мозга
- Гордон Олпорт – рак

Вначале некоторые мысли из Меркурио: «Почему человек построил себе убежище в метафизике и в религии, породив представления о посястороннем и о потустороннем мирах?»

Не только ради удовольствия; но потому, что потерял свой первоначальный “дом”, а именно тесные отношения с природой; человек осуществляется благодаря процессу самосозидания; по ходу этого процесса он вынужден выделять себя из природного мира.

Человек наделен способностью превосходить самого себя, от эпохи к эпохе. Современный человек появился только сорок тысяч лет назад.

Превалирующая на сегодня концепция человека такова: человек есть существо предопределенное с духовной и материальной точек зрения. Поэтому ничего нельзя сделать, чтобы изменить свою жизнь». [2]

Итак что же получается? Психотерапевты ну хотя бы упомянутые в принципе умирают от двух болезней: сердечно сосудистая недостаточность (инфаркт миокарда) и рак.

Вот так мрачно, но жизненно.

Напомню о моделях, которыми пользуются сами психотерапевты. А именно моделях психосоматических механизмов образования органической патологии. Тех же болезней сердца и онкологии.

Но если следовать все тем же идеями психосоматики, которую проповедают большинство психотерапевтов, в том числе и я, то следует честно признаться, что в данном случае речь идет о нереализованном гневе и ненависти самого психотерапевта. Итак ловушка следующая: чем более ты хороший психотерапевт, чем больше ты контролируешь свои эмоции, чем больше ты обрастаешь пациентами и находишься в неизбежной и фатальной колее под названием «психотерапия», тем более вероятнее, что ты умрешь или от инфаркта миокарда, или от рака. Выбирайте.

Мне даже интересно на своей жизни посмотреть на реализацию или нереализацию этой опасности.

Хотя есть вариант – не усердствовать и быть посредственным психотерапевтом. И тем самым... попасть в другие опасности.

### Литература

1. *Вербальное затмение*. <http://esquire.ru/schooler>
2. Меркурио А. *Экзистенциальная антропология и персоналистическая метапсихология*, 2003.
3. Ryo Oda, Yuki Niwa, Atsushi Honma, Kai Hiraishi. *An eye-like painting enhances the expectation of a good reputation // Evolution and Human Behavior*. 2011 <http://esquire.ru/>
4. Luis R. Ormont. *The Group as Agent of Change // Modern Group. Journal of The Center for the advancement of Group Studies, Inc. Vol.1, n.1, Sping 1996*
5. David A. Winter «Group Therapy as a Means of Facilitating Reconstructing in Depressives». *Group Analysis*, vol. 22 (1989).
6. Otto Kernberg, O. Jason Tronson. 'Internal Word and External Reality', Ch. 11, *Regression in Group*, 1980.
7. Свинцов В. *Люди и крысы // «Кэмпо», 1994, № 5, с. 17-21.*
8. Альфред Лэнгле *Понять, чего ждет от меня жизнь, Psychologies, №58, март, 2011*
9. Luborsky., Schmek J., *Psychoanalytic theories and developmental change: implications for assesment \ Personality change \ Eds. P. Worche, N. Byrne N.Y.: Wiley, 1964*
10. Е. Калмыкова, Х. Кэхеле *Изучение психотерапии за рубежом: история, современное состояние (интернет публикация)*

### НЕБЕЗПЕКИ ПСИХОТЕРАПІЇ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПЕВТА

О. С. ЧАБАН

Мова в цій статті піде про душу психотерапевта та його тіло, відповідно, і небезпеках, які їх чекають на захоплюючих альтруїстичних або альтруїстеподібних віражах взаємодії з душами пацієнтів, що зветься психотерапією. Стаття розповість про ті пастки, які виставляє життя для самих психотерапевтів.

### DANGER OF PSYCHOTHERAPY FOR PSYCHOTHERAPIST

O. S. CHABAN

Discussion in this article will focus on the therapist's mind and his body, respectively, and the dangers that await them on the fascinating altruistic, or similar to altruistic interaction with the souls of the patients called psychotherapy. Article tells about the pitfalls and traps that puts life for psychotherapists.



УДК: 616.89-053.2

**Я. Б. Бикшаева**  
**КЛИНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ, ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ МАНИФЕСТАЦИИ**  
**ШИЗОФРЕНИИ У ДЕТЕЙ**

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

**Ключевые слова:** шизофрения, клиническая типология, этиология, генетические факторы, факторы среды, антипсихотическая терапия, дети

Раньше термином «детская шизофрения» обозначали разнообразное расстройство, не имевшее между собой ничего общего, за исключением тяжелого и хронического проявления симптомов в раннем детстве [1]. Представители московской психиатрической школы к спектру расстройств из спектра шизофрении нередко относят детей, имеющих пограничные (borderline) симптомы, или вовсе не имеющих психотических симптомов, у которых, в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 и DSM-IV, следовало бы диагностировать аутизм или другие тяжелые расстройства, связанные с нарушениями развития.

В настоящее время большинством детских психиатров признаются два тезиса: 1) шизофрения может манифестировать в детском, чаще в подростковом, но в отдельных случаях и в дошкольном возрасте; 2) шизофрению у дошкольников следует различать с более распространенными в этом возрасте расстройствами из спектра аутизма. Детскую шизофрению от детского аутизма отличают ряд факторов: 1) более поздняя манифестация; 2) менее серьезное нарушение интеллектуального развития; 3) менее тяжелое нарушение социального взаимодействия и развития речи; 4) появление продуктивной психопатологической симптоматики (галлюцинаций и бреда) в более старшем возрасте; 5) наличие периодов ремиссий и рецидивов.

Ранее предпринимались попытки диагностировать детскую шизофрению как отдельное заболевание, отличное от шизофрении у взрослых. Однако в настоящее время доказано, что на основе критериев, использующихся для диагностики шизофрении у взрослых, можно с высокой степенью надежности диагностировать шизофрению у детей [2].

Большинство детских психиатров считают, что шизофрения, наступающая в раннем возрасте или, в соответствии с принятой терминологией, шизофрения, манифестирующая в детстве, по-видимому, является более тяжелой формой шизофрении, а не самостоятельным заболеванием. Следует также иметь в виду, что с нарушениями общего (нейронального) развития принято связывать не только расстройства из спектра аутизма, но и шизофрению. Последнюю можно трактовать, как результат нарушения процесса синаптического сокращения и формирующегося в результате этого дисбаланса в развитии дофаминергической системы мозга (чрезмерной плотности дофаминовых рецепторов в мезолимбических структурах и недостаточности в лобных отделах мозга).

Факторы, связанные с индивидуальным развитием, могут находить выражение в индивидуальных клинических проявлениях расстройства. В частности, иногда сложно провести границу между такими патологическими симптомами, как бред и фантазии, вызванные игрой воображения и характерные для многих маленьких детей. Необходимо учитывать также тот факт, что в отличие от взрослых, маленькие дети могут не испытывать дискомфорта и не ощущать дезорганизирующего характера проявляющихся у них психотических симптомов. Поэтому при появлении таких симптомов на ранних стадиях развития дети могут не отличать их от своих нормальных переживаний.

**Клинические проявления шизофрении с началом в детском возрасте**

К числу манифестных симптомов можно отнести проблемы, связанные с концентрацией внимания, нарушениями сна, учебой, а также ранее не свойственное ребенку избегание общения. Дальнейшее развитие болезни может характеризоваться бессвязной речью, обманами восприятия. Вслед за периодами улучшения могут наступать периоды ухудшения, характеризующиеся бессвязным мышлением, продуктивной психопатологической симптоматикой. В течение психотических фаз болезни дети, страдающие шизофренией, могут быть убеждены в том, что они обладают сверхчеловеческими способностями, или что какие-то люди постоянно следят за ними. Во время психотического эпизода ребенок может вести себя непредсказуемым образом, а также проявлять склонность к агрессии или суициду.

При детской шизофрении возможны как галлюцинаторные, так и бредовые расстройства, не встречающиеся при расстройствах из спектра аутизма. Наиболее распространенным симптомом, наблюдающимся у детей, страдающих шизофренией, являются слуховые галлюцинации, которые появляются приблизительно в 80% случаев при наступлении болезни до 14 лет. У 40–60% детей, страдающих шизофренией, возникают также зрительные галлюцинации, бред и расстройства мышления [1, 3].

Психотические симптомы в детско-подростковом возрасте имеют свои клинические особенности. В частности, бред, галлюцинации и нарушения последовательности мышления встречаются крайне редко и с трудом поддаются диагностике в возрасте до семи лет. Однако, в более старшем возрасте (от 7 до 14 лет), если они все же наблюдаются, то могут иметь менее сложную, чем в зрелом возрасте, структуру и содержать детскую тематику.



Клинические примеры психотических симптомов у детей, страдающих шизофренией:

*Галлюцинации:*

Слуховые: заявление семилетнего мальчика: «Все говорит - стены, мебель; я просто знаю, что они говорят».

Слуховые командные: заявление восьмилетнего мальчика: «Однажды я слышал голоса, идущие с юга и с востока; один из них велел мне прыгнуть с крыши, а другой - ударить свою мать».

Слуховые: диалоговые: заявление восьмилетнего мальчика: «Я могу слышать, как говорит дьявол - Бог перебивает его, а дьявол говорит: «Заткнись, Бог». Бог и дьявол всегда враждуют».

Слуховые: религиозные: одиннадцатилетний мальчик слышал голос Бога, говорящего: «Прости, Х., но сейчас я не могу тебе помочь, я помогаю другому». Он также говорил о том, что слышал голоса Иисуса и дьявола.

Слуховые: преследующие: девятилетний мальчик сообщил, что слышал, как голоса обзывают его и угрожают ему, что если он не сделает того, что ему говорят, с ним случится что-то плохое.

Слуховые: комментирующие: восьмилетняя девочка сообщила, что слышала голос ангела, произносящего фразы типа: «Ты сегодня не плакала» и «Сегодня ты была хорошей девочкой».

Зрительные: двенадцатилетний мальчик видел призрака (мужчину) с красным, обожженным, изрезанным шрамами и ранами лицом в различных ситуациях и в разных местах. Он видел его, начиная с пятилетнего возраста.

Тактильные: восьмилетний мальчик ощущал, как дьявол трогал его и передвигал его тело: «так что он может заставить меня прийти к нему и жить с ним».

Соматические: восьмилетняя девочка сообщила, что ощущала ангела, младенцев и дьявола в своей руке, и что она чувствует, как они дерутся.

*Бред:*

Превращения в животное: девятилетний мальчик был убежден в том, что он является собакой, что у него растет шерсть; в отделении был уверен, что находится в ветеринарной клинике, отказывался покинуть ее, требуя, чтобы ему одели намордник и сделали укол.

Преследования: девочка считала, что «злой» человек пытается отравить ее апельсиновым соком.

Соматический: одиннадцатилетний мальчик описал «отбросы», которые производят добрые и злые голоса, когда они соперничают друг с другом; «отбросы» выходили из его ног, когда он плавал в бассейне с хлорированной водой.

Отношения: восьмилетняя девочка считала, что люди, проходящие мимо ее дома, смотрят и показывают на нее, пытаясь передать ей послание, чтобы она вышла из дома. Она также считала, что люди, которых показывают по телевизору, разговаривают с ней, потому что они используют слово «ты».

Величия: одиннадцатилетний мальчик твердо верил, что он «другой» и может убивать людей. Он чувствовал, что когда Боги «фокусируются» на нем,

он становится очень сильным, и у него появляются большие мускулы.

У детей, страдающих шизофренией, часто наблюдаются также другие симптомы и нарушения, такие как депрессия, тревожно-фобические расстройства, поведенческие проблемы и суицидные наклонности. В 70% случаев у больных помимо нарушений шизофренического спектра обнаруживаются другие симптомы, в большинстве случаев – поведенческие или аффективные (депрессивные). Зачастую врачу психиатру сложно однозначно определить, являются ли сопутствующие симптомы: предвестниками детской шизофрении, ее ранними проявлениями или коморбидными расстройствами (параллельно самостоятельно протекающим заболеванием) [3, 4].

Учитывая тот факт, что на протяжении длительного периода времени аутизм и шизофрения считались взаимосвязанными формами патологии, интересно отметить, что у детей, страдающих аутизмом и другими расстройствами из спектра аутизма не наблюдается повышенного риска заболевания шизофренией.

#### **Распространенность шизофрении с началом в детском возрасте**

Распространенность заболевания шизофренией с началом в детском возрасте составляет, по различным оценкам, от 0,14 до 1,0 случая на 10 000 детей. У взрослых шизофрения встречается в 100 раз чаще, чем среди детей [1].

Детская шизофрения у мальчиков встречается в два раза чаще, чем у девочек. Однако указанные половые различия исчезают в подростковом возрасте. Причины большей распространенности заболевания у лиц мужского пола пока неизвестны, но высказывались предположения, что этот факт объясняется более высокой общей биологической уязвимостью мозга мальчиков в отношении неврологических нарушений [2].

У взрослых шизофрения встречается чаще среди представителей маргинальных слоев населения. Однако мы не располагаем достаточной информацией о связи между социальными факторами и распространенностью шизофрении с началом в детском возрасте.

Уровень заболеваемости и характер симптомов у взрослых, страдающих шизофренией, отличается значительным сходством среди представителей различных культур, народов и расовых групп, однако и в этом случае мы не располагаем достаточной информацией о наличии кросс-культурных паттернов заболевания среди детей [1–3].

#### **Причинно-следственные взаимоотношения при шизофрении**

Современные взгляды на причины и механизмы манифестации детской шизофрении базируются на модели, основанной на представлениях о взаимодействиях между предрасположенностью, провоцирующими и сдерживающими экзacerbацию факторами в процессе нарушенного развития мозга.

К факторам предрасположенности относятся: генетический риск, нейробиологические нарушения

центральной нервной системы, отсутствие условий, необходимых для обучения и патологические формы семейных отношений.

К пусковым, провоцирующим эксацербацию относятся события, способные повлиять на всю дальнейшую жизнь ребенка, например, смерть близкого родственника и травматические факторы, действующие в течение детства, такие как грубое обращение с ребенком в семье, насилие.

К защитным относятся факторы, уменьшающие вероятность манифестации шизофрении у лиц, относящихся к группе риска. К таким факторам относятся высокий уровень развития интеллекта, социальных навыков или благоприятная обстановка в семье.

Модель предрасположенности – провокации учитывает сложность и многообразие механизмов развития шизофрении. Так, например, ребенок с генетической предрасположенностью к шизофрении может иметь нейробиологические нарушения центральной нервной системы, вследствие чего появляются проблемы, связанные с концентрацией внимания и переработкой информации. Если подобные проблемы, возникают у ребенка, с низким уровнем интеллекта, находящегося в неблагоприятной домашней среде, то риск манифестации шизофрении возрастает, тогда как те же самые нарушения у ребенка с высоким уровнем интеллекта, находящегося в благоприятной домашней среде, вероятно, не приведут к увеличению риска заболевания.

Таким образом, возникновение шизофрении в каждом конкретном случае будет зависеть от характера взаимодействия стойких психобиологических факторов предрасположенности, неблагоприятных факторов окружающей среды, биологических стрессоров и защитных факторов, обусловленных характером развития ребенка и благоприятных семейных условий.

Несмотря на генетическую предрасположенность к шизофрении, вероятность шизофренических эпизодов велика только в тех случаях, когда предрасположенный к заболеванию человек подвергается достаточно сильному воздействию стрессовых факторов определенного типа, а также не располагает достаточными ресурсами для сопротивления болезни.

#### **Биологические факторы риска**

Предварительные результаты исследований свидетельствуют о сильном влиянии генетических факторов на вероятность заболевания шизофренией в детстве, которая даже превышает вероятность заболевания в зрелом возрасте. В частности, количество случаев шизофрении среди родственников больных детей приблизительно в два раза превышает количество случаев заболевания родственников взрослых, больных шизофренией. В ходе одного из первых сравнительных исследований монозиготных и дизиготных близнецов была обнаружена 88% и 23% вероятность, соответственно, заболевания обоих близнецов до 15-летнего возраста. Эти данные в целом подтверждают, что детская шизофрения является более тяжелой формой шизофрении [5; 6].

Наличие дисфункций центральной нервной системы у лиц, страдающих шизофренией, а также

факт значительного улучшения состояния больных в результате приема медикаментов свидетельствуют о том, что шизофрения является нейробиологическим заболеванием мозга [6]. Однако до сих пор не найдено общего для всех случаев заболевания морфологического субстрата поражения мозга, а повреждения, которые в некоторых случаях были обнаружены, не являются специфическими для шизофрении.

Ключевым для понимания феномена шизофрении является вопрос, почему генетически обусловленное нейробиологическое расстройство не имеет (за редким исключением) клинических проявлений до 7–12-летнего возраста, а затем начинает прогрессировать. Пытаясь объяснить данный феномен, исследователи предложили модель нейроразвития шизофрении, согласно которой в силу генетической предрасположенности, а также отклонений в нейроразвитии в раннем возрасте, нарушаются связи между различными структурами мозга, в том числе между префронтальной корой и отдельными участками лимбической системы. Нарушенная нейронная структура становится более уязвимой и дисфункциональной под воздействием процессов развития, вызывающих синаптические изменения и полового созревания, вызывающих гормональные изменения. Нейрохимические изменения, возникающие на ранних стадиях шизофрении, по-видимому, опосредуются дофаминовой и глутаматной системами [6; 7].

Данная модель, подчеркивает роль нарушений нейроразвития в раннем возрасте при шизофрении и подтверждает данные о том, что у детей нарушения развития центральной нервной системы, выражающиеся в моторных, речевых и когнитивных расстройствах развития обнаруживаются раньше, чем психотические симптомы и нарушения социального взаимодействия.

Единичные данные, которые получены исследователями шизофрении с началом в детском возрасте, позволяют говорить о наличии различных морфологических субстратах, что также подтверждается результатами изучения шизофрении у взрослых. В частности, при вскрытии человека, умершего в возрасте 22-х лет, первые признаки шизофрении у которого проявились в 10-летнем возрасте, были обнаружены аномалии развития нескольких участков головного мозга, включая ствол, таламус и лобную кору. Результаты исследований снимков мозга детей, страдающих шизофренией, позволяют с высокой степенью вероятности предположить наличие нарушений нейроразвития мозга на ранних этапах развития плода [8].

Нейропсихологические исследования свидетельствуют о том, что для детей, страдающих шизофренией, характерны дефицит внимания и дефицит процессов переработки информации, обнаруженные также у взрослых, больных. Результаты выполнения заданий по переработке информации этими детьми значительно хуже, по сравнению с результатами других детей. Различия возрастают при увеличении количества подлежащей переработке предъявляемой информации. У детей, страдающих шизофренией, ресурсы когнитивной

переработки информации более ограничены, чем у здоровых сверстников [3; 4].

В целом результаты нейропсихологических исследований позволяют говорить о недостаточном развитии нейронных структур, участвующих в активизации и распределении ресурсов, требующихся для переработки информации.

### **Средовые факторы**

Детская шизофрения является наследственным заболеванием, однако тот факт, что не во всех 100% случаев при заболевании шизофренией одного из монозиготных близнецов заболевает и второй, говорит о том, что средовые факторы также имеют определенное значение.

Определенное значение имеют инфекционные, токсические, травматические и стрессовые воздействия в период пренатального и постнатального развития ребенка. Результаты ряда популяционных исследований свидетельствуют, что эти факторы, по-видимому, оказывают опосредованное, относительно слабое влияние на развитие нейроразвития [1; 2].

Влияние психологического стресса на этиологию шизофрении наиболее ярко проявляется в исследованиях лиц, относящихся к группам повышенного риска. Развитие шизофрении у этих детей небезосновательно принято связывать с тяжелыми семейными стрессами. В результате наблюдений в домашней обстановке за сиблингами и разнояйцевыми близнецами, один из которых страдает шизофренией, был установлен факт связи между неблагоприятными семейными условиями и симптомами из спектра шизофрении. Более чем в 80% случаев были обнаружены психические отклонения у одного из родителей.

Дети и подростки, страдающие шизотипическим расстройством, дефициты навыков социального и межличностного взаимодействия. Для них характерны проблемные отношения с близкими и родственниками, сопровождающиеся когнитивными и перцепторными нарушениями. Хотя правомерность диагностики шизотипического расстройства в детстве является спорной, некоторые негативные симптомы, такие как социальная изоляция и нарушения процессов мышления, могут являться предвестниками шизофрении [9].

Родители детей, страдающих шизофренией или шизотипическим расстройством личности, отличаются от родителей детей, страдающих депрессией, более высокими показателями по шкале коммуникативной девиантности, измеряющей уровень нарушений процессов внимания и мышления, проявляющихся в сфере межличностного общения. Дети из семей с высоким уровнем коммуникативной девиантности отличаются наличием более тяжелых нарушений, а также наиболее низким уровнем внимания. Эти данные свидетельствуют о том, что показатели коммуникативной девиантности в семье могут коррелировать с более высоким риском развития шизофрении [9].

### **Лечение шизофрении**

Антипсихотические препараты могут существенно улучшать состояние больного. Ранняя диагностика и

начало лечения существенно улучшают прогноз и исход заболевания [10]. Нейробиологической основой клинической эффективности нейролептиков у больных шизофренией является уменьшение плотности дофаминовых рецепторов в мезолимбических структурах головного мозга. Вследствие чего достигается устранение бредовых идей, галлюцинаций, агрессивного поведения у психических больных и т. д. Атипичные нейролептики, наряду с этим, улучшают трансмиссию дофамина в лобных отделах мозга, с чем связывают редукцию негативных симптомов шизофрении. Препаратам этой группы нет альтернативы при лечении детской шизофрении.

Условия успешного лечения шизофрении у детей:

Прием антипсихотика должен быть длительным и постоянным.

Некоторые врачи рекомендуют принимать препарат на протяжении определенных периодов времени, особенно если имеет место сезонное течение заболевания (обострения весной и осенью). Однако такая практика нецелесообразна, поскольку очень часто врач пропускает начинающееся обострение и процесс терапии приходится начинать сначала. Такая тактика особенно неприемлема у больных с небольшим стажем заболевания, поскольку теряется возможность полного и гармоничного восстановления работы мозга.

Режим и дозировка назначаемых препаратов должны соблюдаться неукоснительно.

Необходимо по возможности избегать комбинированного лечения (одновременного назначения двух или более нейролептиков). Правильно подобранное лечение позволяет не назначать дополнительных препаратов.

Дозы антипсихотиков, при назначении их детям, должны подбираться индивидуально, путем медленного наращивания до минимально эффективных. Отмена препаратов также должна проводиться очень медленно.

В педиатрической практике все более часто применяются атипичные антипсихотики. Применение атипичных антипсихотиков у детей и подростков должно опираться на принципы доказательной медицины. Основанием для применения препаратов являются доказанные в ходе международных контролируемых исследований на детях их эффективность и безопасность. Данные, полученные на взрослых пациентах, не могут быть экстраполированы на детскую популяцию.

Показания для применения в Украине любого из зарегистрированных для детской практики атипичных антипсихотиков основываются на результатах тех же международных контролируемых исследований, что и нормативные документы FDA и не могут иметь с ними принципиальных разногласий.

Организация многоцентровых контролируемых исследований лекарственных препаратов на детской популяции сопряжена с серьезными этическими ограничениями. Планирование и получение разрешений на проведение таких исследований требует большего времени, в силу чего, регуляторные сведения об эффективности и безопасности психотропных препаратов у детей отстают от быстрого роста частоты их назначения детям.



В США с 2001 по 2005 год назначение атипичных антипсихотиков детям удвоилось. Было установлено, что 41,3% новых пациентов не имели подтвержденного диагноза психического расстройства, для которого лечение атипичными антипсихотиками, на момент их назначения, было бы рекомендовано директивами FDA. В Украине подобные исследования не проводились, но результаты ситуационного анализа, проведенного МЗ Украины, позволяют предположить, что «лидером» среди антипсихотиков по безосновательным назначениям детям в нашей стране является тиоридазин (сонопакс), не рекомендованный для применения в детской практике в США и странах Западной Европы.

При назначении атипичных антипсихотиков детям чаще наблюдаются сонливость и седация, которые относятся к перечню наиболее важных побочных эффектов, из числа тех, которые должны учитываться. На их выявление и предупреждение у детей направлено медленное титрование. В течение первой недели приема атипичных антипсихотиков у большинства детей может наблюдаться сонливость, существенно влияющая на возможность обучения. Дети могут рано ложиться спать, засыпать во время уроков. Уменьшение разовой дозы, распределение ее на несколько приемов, как правило, позволяют устранить или смягчить побочные эффекты. В дальнейшем многие дети адаптируются к седативному действию и не демонстрируют сонливости в дневное время. Если дозу антипсихотика у таких детей увеличивать очень медленно, седации в большинстве случаев удается избежать.

Еще одной из важных проблем переносимости нейролептиков являются экстрапирамидные побочные эффекты. Эти побочные эффекты традиционно рассматриваются в качестве центральной проблемы безопасности терапии классическими нейролептиками у взрослых. Принято различать мышечную ригидность, тремор, акинезию (проявления паркинсонизма) и беспокойство (акатизию). Дети и подростки в большей степени, чем взрослые восприимчивы и чувствительны к таким побочным эффектам. В педиатрической практике экстрапирамидные нарушения наблюдаются при применении более низких, по сравнению со взрослыми, доз.

Хотя атипичные антипсихотики в большинстве случаев позволяют контролировать психотические симптомы у детей, страдающих шизофренией, психосоциальным

методам лечения отводится не менее важное значение. На сегодняшний день проведено недостаточное количество контролируемых исследований эффективности психосоциальных методов лечения в педиатрической практике. Тем не менее, к числу рекомендуемых форм помощи принято относить: тренинг социальных навыков, семейную и когнитивно-поведенческую терапию.

#### Литература

1. *Children and mental health (Chapter 3). In: Mental health: a report of the Surgeon General // Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.* - 1999. - P.123-220.
2. *Nicolson R., Rapoport J. L. Childhood onset schizophrenia: rare but worth studying // Biological Psychiatry.* - 1999. - Vol. 46. - P.1418-1428.
3. *Rapoport J. L. Childhood onset of «adult» pathology: clinical and research advances // Washington D.C.: American Psychiatric Press, Inc.* - 2000.
4. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with autism and other pervasive developmental disorders // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* - 1999. - Vol. 38(12). - P. 32-54.
5. *Murray C. J., Lopez A. D., et al. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 // Cambridge, MA: Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank / Harvard University Press.* - 1996.
6. *Giedd J. N., Blumenthal J., Jeffries N. O., Castellanos F. X., Liu H., Zijdenbos A., Paus T., Evans A. C., Rapoport J. L. Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study // Nature Neuroscience.* - 1999. - Vol. 2(10). - P. 861-863.
7. *Thompson P., Vidal C., Giedd J.N., Gochman P., Blumenthal J., Nicolson R., Toga A.W., Rapoport J. L. Mapping adolescent brain change reveals dynamic wave of accelerated gray matter loss in very early-onset schizophrenia // Proceedings of the National Academy of Sciences.* - 2001. - Vol. 98(20). - P. 11650-11655.
8. *Rapoport J. L., Giedd J. N., Blumenthal J., Hamburger S., Jeffries N., Fernandez T., Nicolson R., Bedwell J., Lenane M., Zijdenbos A., Paus T., Evans A. Progressive cortical change during adolescence in childhood-onset schizophrenia: a longitudinal magnetic resonance imaging study // Archives of General Psychiatry.* - 1999. - Vol. 56(7). - P. 649-654.
9. *Asarnow R. F., Nuechterlein K. H., Fogelson D., Subotnik K. L., Payne D. A., Russell A.T., Asamen J., Kuppinger H., Kendler K. S. Schizophrenia and schizophrenia-spectrum personality disorders in the first-degree relatives of children with schizophrenia: the UCLA family study // Archives of General Psychiatry.* - 2001. - Vol. 58 (6). - P. 581-588.
10. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* - 1997. - Vol. 36(10). - P. 177-193.

#### КЛІНІЧНА ТИПОЛОГІЯ, ПРИЧИНИ ТА МЕХАНІЗМИ МАНІФЕСТАЦІЇ ШИЗОФРЕНІЇ У ДІТЕЙ

Я. Б. БІКШАЄВА

МКХ-10 та DSM-IV не виділяє дитячу шизофренію як окрему діагностичну категорію, а для діагностики шизофренії, що маніфестує в дитячому віці, пропонує застосовувати діагностичні критерії для дорослих. У статті проаналізовані та описані сучасні погляди на етіологію шизофренії, що маніфестує в дитячому віці, які спираються на концепцію взаємодії генетичних та середовищних чинників. Визначено клініко-динамічні особливості та поліморфізм клінічних проявів шизофренії у дітей. Визначено особливості антипсихотичної терапії шизофренії, що маніфестує в дитячому віці.

**Ключові слова:** шизофренія, клінічна типологія, етіологія, генетичні чинники, середовищні чинники, антипсихотична терапія, діти

#### CLINICAL TYPOLOGY, CAUSES AND MECHANISMS OF MANIFESTATION OF SCHIZOPHRENIA IN CHILDREN

Y. B. BIKSHAIEVA

ICD-10 and DSM-IV does not single out children with schizophrenia as a separate diagnostic category, but for the diagnosis of schizophrenia, which manifests in childhood, offers to apply diagnostic criteria for adults. This article analyzes and describes current views on the etiology of schizophrenia, which manifests in childhood; that views are based on the concept of interaction between genetic and environmental factors. The article defines clinical and dynamic features and polymorphism of clinical manifestations of schizophrenia in children. It also defines the features of antipsychotic therapy of schizophrenia, which manifests in childhood.

**Keywords:** schizophrenia, clinical typology, etiology, genetic factors, environmental factors, antipsychotic therapy, children.



## Т Е З И

УДК:616.123-007.64-089+616.89-008-07

**О. М. Авраменко**  
**МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО КУРАЦІЇ ХРОНІЧНОГО**  
**АЛГІЧНОГО СИНДРОМУ**

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

Хронічний біль є однією із провідних проблем сучасної медицини: поширеність хронічного больового синдрому, за даними епідеміологічних досліджень, складає не менше 40 % дорослого населення, які відображаються на світовій спільноті, і ці показники мають тенденцію до неухильно росту (Павленко С. С., 2002; Крыжановский Г. Н., 2003; Яхно Н. Н., 2008; Голубев В. Л., 2009; R. Chou, J. D. Loeser, 2009, 2011). Понад 40% людей із хронічним болем зауважують, що біль серйозно знижує якість їхнього життя (працездатність, соціальне функціонування) (Яхно Н. Н., 2009).

Клініко-епідеміологічні дані про етіопатогенез хронічного болю дозволили групі експертів міжнародної асоціації з вивчення болю (IASP) дати наступне визначення: «Біль – це неприємне відчуття або емоційне переживання, яке пов'язане з реальним або потенційним пошкодженням тканин і яке описується в термінах такого пошкодження». Больові відчуття оцінюються людиною, як сигнал захворювання, яке може призвести до зміни соціального функціонування і в подальшому до інвалідації. Коморбідними хронічному болю є депресія та тривога. При хронічному болю треба насамперед шукати депресію (Дж. Мюррей, 1997, Zaproudina N., 2009; Данилов А. Б., 2010; Баринів А. Н., 2012). Багато досліджень (S.Turker, 1985; Вельтіщев Д. Ю., 2008; Марченко

А. С., 2009; Беялов Ф. И., 2010) наводять дані про наявність депресії у половини хворих, що страждають хронічним болем, ґрунтуючись на тому факті, що біль завжди супроводжується негативно-емоційними переживаннями і блокує можливість людини одержувати радість і задоволення (Яхно Н. Н.; 2008, Waddell G., 2011, Wager-Smith K., Markou A., 2010, Михайлов В. П., 2011). У понад 60% хворих на депресію виявляються хронічні больові синдроми (Мосолова С. Н., 1997; Голубев В. Л., Данилов А. Б., 2009; Герасимова О. Н., 2010; Turk D., Wilson H., 2012). Тривожні розлади нерідко виходять на перший план, затьмарюючи власне депресивні симптоми. Поєднання депресії і тривоги (Шацберга А. Ф. 1997) досягає 62%; особливо специфічне поєднання тривоги в поєднанні з м'язовою напругою і депресією саме при хронічних больових синдромах.

Підхід до лікування пацієнтів із хронічним больовим синдромом повинен здійснюватись комплексно (мультидисциплінарно), в основі якого залучення неврологів, нейрохірургів, ортопедів, спеціалістів з реабілітації, а також психологів, психіатрів, психотерапевтів, що дозволить досягнути прогнозовано хороших результатів. Такий підхід нині вважається «золотим стандартом» надання медичної допомоги пацієнтам із хронічним болем різної етіології.

## Т Е З И

**К. В. Аймедов**

### **ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОІМУНОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ЗНИЖЕННЯ УСПІШНОСТІ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ЕКЗАМЕНАЦІЙНОЇ СЕСІЇ**

Одеський національний медичний університет

Відомо, що реакція людини на стресогенну ситуацію, крім сили і характеру стресогенного чинника, у більшості залежить від її індивідуальних особливостей: тип нервової системи, темперамент, накопичений досвід. Метою цієї роботи було виявлення взаємозв'язків між захворюваністю студентів медичного університету та їхніми індивідуально-психологічними показниками

(стресостійкість, рівень тривожності) у період екзаменаційної сесії.

Об'єктом дослідження стали 50 студентів ОНМедУ віком 17–21 років. Першу (основну) групу склали студенти I курсу у період складання іспитів. До другої (контрольної) групи увійшли студенти IV курсу у звичайних умовах. Дослідження включало в себе тестування

студентів за наступними психологічними методиками: рівень тривожності Спілбергера-Ханіна, тест на стресостійкість С. Коухена та Г. Вілліансона, а також опитування про перенесені та набуті захворювання за час навчання. У якості показника захворюваності ми взяли загальну кількість гострих захворювань дихальних шляхів у кожній групі протягом місяця.

Проведене дослідження виявляє прояви психологічної дезадаптації у студентів, які знаходяться в ситуації складання іспитів, у вигляді підвищення особистісної та

реактивної тривожності (52,12%) та зниження стресостійкості (48,54%) (різниця між групами є достовірною,  $p < 0,05$ ).

Визначено, що в період складання іспитів спостерігається зниження імунітету студентів, що проявляється у збільшенні захворюваності на ГРЗ в цей період (34,12%; різниця між групами є достовірною,  $p < 0,05$ ).

Знайдено кореляційні зв'язки між високим рівнем тривожності, низьким рівнем стресостійкості та захворюваністю на ГРЗ ( $p < 0,05$ ).

УДК 616.89-008.454 + 616.89-008.87

**Г. Н. Вербенко**  
**НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ,**  
**СТРАДАЮЩИХ БИПОЛЯРНЫМ РАССТРОЙСТВОМ**

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского»

Биполярное аффективное расстройство (БАР) характеризуется колебаниями аффекта и настроения вследствие церебральной дисфункции мезолимбических и префронтальных нейронных сетей. Основные когнитивные функции (зрительно-пространственные и исполнительские) обеспечивают индивидуальную психическую деятельность. Зрительно-пространственные представления полностью актуализируются правым полушарием головного мозга и обеспечивают реализацию соматогностических, метрических, структурных и топологических параметров психической деятельности.

**Цель:** изучение когнитивных функций у пациентов, страдающих биполярным расстройством.

**Материалы и методы:** Обследовано 20 пациентов с маниакальным эпизодом при биполярном расстройстве, и 20 пациентов с депрессивным эпизодом биполярного расстройства в возрасте 28–50 лет. Зрительно-пространственные функции, память, внимание, планирование и рабочая память (исполнительные функции) оценивались с помощью комплексного теста Рея-Остерица и Тейлора (ROCF). Исследование проводилось в условиях сенсibilизации психической деятельности в два этапа – до начала терапии и через 12 недель после начала лечения. Проведен количественный и качественный анализ когнитивной деятельности в изучаемых группах.

**Результаты.** Выявлены недостаточность динамических составляющих психической деятельности различной степени тяжести у всех пациентов изучаемых групп; нарушения зрительно-пространственных синтезов различной степени у 90% пациентов с маниакальным эпизодом БАР и 85% пациентов с депрессивным эпизодом БАР, и 35% пациентов с маниакальным эпизодом БАР имели легкие нарушения зрительно-пространственных и исполнительских функций, а 60% имели умеренные нарушения зрительно-пространственных и исполнительских функций. У 25% пациентов с депрессивным эпизодом БАР отмечено легкое нейрокогнитивное расстройство, 50% пациентов данной группы имели умеренные нарушения зрительно-пространственных и исполнительских

функций. Качественный анализ результатов исследования выявил преимущественные нарушения исполнительской деятельности, модально-неспецифические нарушения избирательности памяти, внимания как при маниакальном, так и при депрессивном эпизоде БАР. Неспецифические нарушения памяти, сохранялись в период становления ремиссии, без значительного улучшения после проведенного антипсихотического лечения. Выявлены характерные отличия нейрокогнитивной деятельности в исследуемых группах больных. Пациенты с депрессивным эпизодом БАР имели более выраженные нарушения при выполнении тестов в звеньях памяти, зрительно-пространственных синтезов, мелкой моторики по сравнению с пациентами страдающими маниакальным эпизодом БАР. Для обеих групп были характерны искажения целостности восприятия перцептивного поля, случайная стратегия копирования, метрические и структурно-топологические искажения, несоблюдение расстояний, пропорций, искажение углов, игнорирование отдельных элементов копирования геометрических объектов, нарушения соединительных линий и точек пересечения. Выявленные особенности с позиций нейропсихологии являются патогномоничными для дисфункции правого полушария головного мозга на фоне от общей гиперактивности левого полушария. Пациенты с недостаточным ответом на терапию (стабилизатор настроения, антидепрессант) продемонстрировали признаки дисфункции преимущественного правого полушария головного мозга или двусторонние функциональные нарушения.

**Выводы.** Выявленные нарушения зрительно-пространственных и исполнительских функций у пациентов с биполярным аффективным расстройством требуют дальнейшего изучения в связи с тем, что их количественная и качественная оценка является объективным критерием прогноза и эффективности терапии при БАР. Перспективным направлением будущих исследований представляется разработка индивидуальных стратегий терапии при БАР с учетом нейрофункционального состояния мозговых структур головного мозга.



**Д. В. Возний**  
**ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНОЇ СФЕРИ ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ**  
**ЗАЛЕЖНІСТЬ**

Одеський національний медичний університет

Відомо, що хронічна інтоксикація етанолом при зловживанні алкоголем викликає ураження практично всіх відділів нервової системи внаслідок наявності різноманітних патогенетичних механізмів, які обумовлюють його токсичний вплив. Порушення мозкового метаболізму призводять до прогресуючого погіршення інтелектуально – мнестичних функцій.

Метою нашого дослідження стало вивчення рівня розвитку та особливостей пам'яті та уваги осіб чоловічої статі, які страждали на алкогольну адикцію. У дослідженні взяли участь 112 осіб у віці 22–49 років. Когнітивна сфера була обстежена за допомогою методик «10 слів», «Коректурна проба».

Під час вивчення особливостей когнітивних процесів у чоловіків, які страждали на алкогольну залежність за допомогою патопсихологічного дослідження, було виявлено, що у 63,3% пацієнтів першої групи домінувала виснажливості психічної діяльності, вони часто

відволікалися, мали труднощі з доведенням отриманих завдань до кінця, потребували постійного стимулювання з боку експериментатора. У 66,7% спостерігалось зниження здатності до концентрації та розподілу уваги, звуження її обсягу. У 60,0% чоловіків, які страждали на алкогольну залежність, відзначались порушення репродукційного компоненту пам'яті, у 43,67% – фіксаційного мнестичного компоненту. В 65,23% випадків досліджені демонстрували ознаки «органічного патопсихологічного симптомокомплексу».

Таким чином, встановлено клінічні особливості когнітивних порушень у залежності від перебігу психічних та поведінкових розладів унаслідок вживання алкоголю, які проявлялись у зниженні здатності до концентрації та розподілу уваги, виснажливості психічної діяльності та недостатності репродукційного та фіксаційного компонентів пам'яті.

УДК 616.895.8:02-036

**Ю. А. Войтенко****СЕРЕДОВИЩНІ ФАКТОРИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА РОЗВИТОК ШИЗОФРЕНІЇ**Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології  
МОЗ України, м. Київ

В Україні під час дослідження етіології шизофренії не враховувався вплив факторів зовнішнього середовища. Нові дані, отримані в цій сфері, свідчать про значущість середовищних впливів на клінічний поліморфізм.

Доказом цього є те, що конкордантність для монозиготних близнюків складає приблизно 45-60%, у порівнянні з 10-15% для дизиготних. Тобто у решті випадків розвиток шизофренії обумовлюється не генетичними, а іншими факторами – середовищними. Серед таких факторів, за даними Brown, 2011, є перинатальні ускладнення, стрес, психотравма в дитинстві, дія інфекційних факторів внутрішньоутробно, вживання канабіноїдів. Умовно дані фактори можна розділити на групи, що діють у різні вікові періоди розвитку людини:

1. У період зачаття та перинатальний період: ознаки гіпоксично-ішемічного ураження головного мозку, перенесені інфекційні та бактеріальні захворювання матір'ю під час вагітності, а саме: грип, краснуху, токсоплазмоз, герпес людини, генітальні та респіраторні інфекції, особливо в II триместрі вагітності; недостачу вітаміну D3 та фолієвої кислоти під час вагітності матері, вживання матір'ю протівірусних, протиепілептичних препаратів (солей вальпроєвої кислоти) та антидепресантів, вживання алкоголю та

наркотичних речовин матір'ю під час вагітності, батьком у рік запліднення, а також пізній вік обох батьків при зачатті (понад 40 років) та короткий інтервал між вагітностями (менше 2-х років).

2. У період раннього дитячого розвитку: емоційну депривацію, кризові взаємовідносини в сім'ї, порушення формування батьківсько-материнської прив'язаності, жорстоке поводження з дітьми, наявність соціальної депривації та психічної травми в ранньому віці.

3. У підлітковому та юнацькому віці: вживання психоактивних речовин, зокрема алкоголю, тютюну та в більшій кількості канабіноїдів, ряд соціальних факторів, пов'язаних із низьким економічним рівнем, високим показником безробіття батьків, високим показником міграції та неповна сім'я.

Метою дослідження було вивчити вплив середовищних факторів на ризик розвитку розладів шизофренічного спектра (F20 – F 29).

Було обстежено 76 хворих у віці від 19 до 40 років. Методом збору анамнезу, з допомогою карти дослідження фіксувалася наявність дії тих чи інших середовищних факторів.

Результати дослідження показали, що у більшості випадків у хворих на шизофренію мали місце такі чинники, як перенесені інфекційні захворювання

матір'ю під час вагітності, рання психотравма та вживання канабіноїдів у підлітковому віці. За допомогою факторного аналізу було встановлено, що психічна травма та вживання канабіноїдів спільно асоційовані з понад 50% випадків захворювання з маніфестацією в підлітковому віці. 42,1% хворих із розладами спектра шизофренії в підлітковому віці вживали канабіноїди, причому дане явище мало дозозалежний ефект: регулярне вживання коноплі супроводжувалося більш ранньою маніфестацією шизофренії та більш вираженими негативними симптомами. Перенесення

психотравмуючої ситуації в ранньому дитячому віці відмічалось у 29% випадків. Перинатальні інфекції під час першої половини вагітності мали місце у 18,4% рандомізованих випадків шизофренії. Інфекційними чинниками найчастіше були вірус грипу, герпесвірус, інфекції дихальних та сечостатевого шляхів.

Таким чином, вживання канабіноїдів, психотравма в ранньому дитячому віці та перенесені інфекції внутрішньоутробно асоційовані з підвищеним ризиком маніфестації, раннім початком, прогресивністю розладів спектра шизофренії.

**Ж. Г. Дудина**  
**АКТУАЛЬНОСТЬ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ,**  
**СТРАДАЮЩИХ ДЕМЕНЦИЕЙ**  
КЛПУ «Городская психоневрологическая больница №2 г. Донецка»

Паллиативная медицинская помощь — это подход, который хорошо соотносится с целями сконцентрированной на личности медицинской помощи при деменции. Нет сомнений в том, что стандарты медицинской помощи многим людям с выраженной деменцией низкие. Однако нет высококачественных данных, которые поддерживали бы какой-нибудь конкретный подход к оказанию медицинской помощи при деменции. Совершенно необходимо, чтобы качество медицинской помощи людям с деменцией в конце их жизни было лучше.

Что такое паллиативная медицинская помощь при деменции? Паллиативная помощь направлена на устранение боли и других мучительных симптомов, утверждает ценность жизни, но относится к смерти, как к естественному событию, не стремясь ни к ускорению, ни к отсрочке ее наступления. Паллиативная помощь включает психологическую и моральную поддержку, направленную на то, чтобы помочь больному сохранять в максимально возможной степени активную жизнь до последнего дня. Система поддержки для близких больного призвана помочь им справляться с трагической ситуацией, при необходимости — с применением психологического консультирования после смерти больного. Используя комплексный подход, паллиативная помощь чутко реагирует на нужды больных и их близких. Она способствует улучшению качества жизни и может оказать позитивное влияние на течение заболевания. Паллиативная помощь включает диагностические мероприятия, необходимые для максимально точной оценки характера клинических осложнений, вызывающих страдания больного, и их адекватного лечения.

Потребности пожилых людей в финальном периоде жизни. Пожилые люди несомненно имеют особые нужды, поскольку свойственные им нарушения здоровья носят не такой характер, как у более молодых, и зачастую отличаются повышенной сложностью. У пожилых людей чаще возникают сочетанные расстройства здоровья различной степени тяжести. Их кумулятивный эффект может значительно превышать проявления

любого отдельного заболевания и как правило ведет к более значительным нарушениям функций и потребностям в помощи. Расстройства, обусловленные острым заболеванием, могут развиваться на фоне имеющихся физических или психических нарушений, а также сочетаться с материальными трудностями и социальной изоляцией.

Физическое здоровье лиц с тяжелой деменцией требует повышенного внимания по мере ее прогрессирования и появления специфических симптомов и признаков, ассоциирующихся с умиранием. Требуется внимания общий уровень функционирования, необходимо также оказывать достаточную поддержку, позволяющую сохранять максимально возможную независимость, в то же время поддерживая чувство собственного достоинства у индивида.

Получены некоторые данные о том, что врачи не всегда распознают боль у людей с деменцией и не всегда принимают достаточные меры для ее устранения. Эти данные активизировали интерес к инструментам для оценки боли. Следует тщательно анализировать связь между болью, дистрессом, агитацией и другими поведенческими и психологическими признаками деменции. Сложно сказать определенно, какова истинная распространенность боли, поскольку очень трудно оценивать боль у людей с тяжелой деменцией.

Таким образом, нарушения, наблюдаемые у пожилых людей в течение финального года жизни, складываются из проявлений основного заболевания и собственно возрастных расстройств. Это обуславливает более значительные потребности в помощи, что давно известно специалистам во всех сферах здравоохранения, направленных на предоставление систематической помощи пожилым пациентам, включая общую практику, гериатрию и реабилитацию. Характер течения многих хронических заболеваний в пожилом возрасте достаточно плохо поддается прогнозированию, поэтому оказание паллиативной помощи должно быть основано на потребностях пациента и его близких, а не на прогнозе.



УДК 616.89

**О. М. Дзюба, О. С. Орлова**  
**ДО ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ КОРЕЛЯЦІЙНИХ ЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ЛЕГКИМИ**  
**КОГНІТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ У ОСІБ СЕРЕДЬНОГО ВІКУ ТА ПОДАЛЬШИМ**  
**РОЗВИТКОМ ДЕМЕНЦІЇ**

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

Утримання та нагляд за хворими із сформованою деменцією перевищує навіть найбільші фінансові витрати на превентивно-терапевтичну корекцію як латентно перебігаючих, так і клінічно виражених когнітивних розладів, що зумовлює необхідність ранньої діагностики та профілактики як деменції, так і додементних порушень, будучи надзвичайно актуальною в медико-біологічному та соціально-економічному аспекті.

Тому на сучасному етапі увага приділяється науковому вивченню саме легких та помірних когнітивних розладів.

У цілому за результатами як вітчизняних, так і іноземних наукових досліджень можна констатувати, що:

- з кожним наступним роком катамnestичного дослідження приблизно у 10% пацієнтів відмічається «перехід» легкого когнітивного розладу у деменцію, а через 8-10 років – вже у 50-80% пацієнтів, що знаходяться під спостереженням, діагностується деменція. При цьому швидкість приросту дементного процесу за рахунок легких когнітивних розладів вища у дослідженнях, які базуються на вибірці стаціонарних пацієнтів, на відміну від досліджень загальної популяції;
- темпи зростання когнітивних порушень у осіб з легкими когнітивними розладами вищі, ніж у здорових, але нижчі, ніж у пацієнтів із ранніми проявами хвороби Альцгеймера;
- при збільшенні тривалості спостереження за особами із легкими когнітивними розладами, швидкість перетворення розладу у деменцію зменшується і навіть у десятилітньому катамнезі суттєва доля осіб виявляє збережений інтелект. Даний тезис підтверджує доцільність медикаментозного втручання саме на етапі легких порушень задля попередження їх подальшого прогресування.

Залишається науково недостатньо вивченою кореляція між суб'єктивними симптомами погіршення

пам'яті та подальшими ризиками виникнення помірних когнітивних розладів та деменції у даних осіб. Попередні дослідження вказують на їх відносну клінічну значущість. На основі суб'єктивних скарг на погіршення пам'яті неможливо безсумнівно стверджувати наявність незворотних хворобливих змін, які ведуть до слабоумства лише через те, що скарги на погану пам'ять часто спостерігаються у осіб із вираженими депресивними переживаннями на фоні збереженої пізнавальної сфери. У свою чергу, депресивні порушення, особливо у осіб похилого віку, можуть бути ранніми передвісниками саме когнітивних змін. Але існують наукові дослідження, які підтверджують існування такого кореляційного зв'язку з ризиком подальшого розвитку хвороби Альцгеймера. До того ж, скарги на погіршення пам'яті отримують нове значення для віддаленого майбутнього пацієнта, якщо підтвержена (за допомогою відповідного психометричного дослідження) когнітивна дисфункція або є наявне підтвердження пошкодження білої речовини головного мозку. У даному випадку є всі підстави чекати розвитку деменції у подальші роки спостереження.

Таким чином, на сучасному етапі, безумовно, дослідження, які спрямовані на удосконалення діагностики та ранніх інтервенційних стратегій повинні бути пріоритетними, що дозволить зменшити медико-соціальні наслідки цього руйнівного захворювання. Необхідне також вивчення та виділення певних клінічних маркерів, які дозволять виявити пацієнтів на ранній стадії когнітивного зниження та за допомогою новітніх підходів у лікуванні призупинити процеси поглиблення даної патології. Наша наукова робота здійснюється саме в руслі вищенаведеного та має на меті розробку відповідних діагностичних алгоритмів для впровадження їх у практику лікарів первинної медико-санітарної ланки.

УДК 616.89

**Х. С. Живаго, Н. В. Коляденко**  
**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ**  
**З КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ**  
Національний медичний університет імені О. О.Богомольця, м. Київ

**Вступ.** Зростання ролі інформації в сучасному світі потребує ефективної інтелектуальної діяльності, тому зниження пам'яті та інших когнітивних функцій відносять до провідних медико-соціальних проблем.

Ослаблення когнітивних процесів при шизофренії свого часу вважали негативними наслідками інституціоналізації та побічної дії антипсихотиків. Останні дослідження стверджують, що когнітивні порушення є основною

рисою шизофренії, і уточнення їх особливостей сприятиме підвищенню ефективності лікування даного захворювання, зменшенню його соціальної шкоди.

**Аналіз наукових джерел.** Центральною ланкою в патогенезі шизофренії є функціональна мозкова дестабілізація, клінічні прояви якої охоплюють широкий діапазон хворобливих симптомів. Шизофренія відрізняється поліморфністю клінічних проявів, і все більшого визнання у клініцистів набуває розгляд когнітивного дефіциту («нейрокогнітивних розладів») як самостійної патології поруч із продуктивними, негативними та іншими розладами, притаманними шизофренічному процесу. За даними сучасних джерел наукової літератури, комплексна характеристика когнітивних порушень при шизофренії складається з наступних ознак: неструктурованості психологічних процесів, зокрема, мислення (відсутня вища психічна функція з її ієрархічною і опосередкованою будовою); операційних порушень (недоступність індивідові таких розумових операцій, як аналіз, класифікація, узагальнення та ін.); порушень мислення як діяльності (відсутність суб'єкта діяльності і його особливих ознак - мети, мотиву і результату, наслідком чого є беззмістовність когнітивної активності, заміна її ригідними стереотипами); порушень уваги; некритичності; вольових порушень; аутизації психічної діяльності, що є основною ознакою «втрати змісту» психологічних процесів, спочатку соціальних по своєму походженню. Виразність нейрокогнітивних

порушень, тяжкість захворювання і швидке формування дефекту у хворих на параноїдну шизофренію зумовлені ступенем функціональної зацікавленості в патологічному процесі глибинних і правопівкульних структур головного мозку. При шизофренії розпадається (або не формується) структура когнітивної діяльності в цілому, а симптоми тривоги, прояви депресії можуть додатково погіршувати стан когнітивних функцій. Розгляд в якості основної причини когнітивних розладів при шизофренії системних метаболічних порушень дозволяє припускати можливість їх відновлення в разі своєчасної адекватної лікувально-реабілітаційної тактики.

**Результати власних досліджень.** Задача, яку вирішують розроблені та впроваджені нами способи лікування та медико-соціальної реабілітації, полягає у лікувально-реабілітаційному впливі на всі складові здоров'я (фізичну, психічну, соціальну, духовну), фактори оточуючого природного середовища, відновлення порушених когнітивних функцій завдяки комплексності реабілітаційного впливу на основі розвитку творчої компоненти особистості. Ачасна діагностика та лікування таких симптомів, як тривога та депресія дозволяє підвищити результативність реабілітаційних заходів.

**Висновки.** Комплексний реабілітаційний підхід сприяє формуванню мотиваційної готовності до творчої діяльності, особистісного розвитку, професійного самовизначення і самореалізації, стаючи запорукою успішної соціалізації пацієнтів.

УДК: 616.897.003-007.8

**Ю. Н. Завалко, И. В. Черняков, В. Д. Чернякова**

**ЛЕЧЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ**

Коммунальное учреждение «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета», г. Днепропетровск

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), по сути, представляет кратковременный «сжатый» метод, который включает структурированную деятельность и адаптивные ожидания, и создан для того, чтобы снижать выраженность негативных аффективных состояний и дезадаптивного поведения, устраняя убеждения пациента и меняя их, как и способ переработки важной для него информации (Dimidjian S., Hollon S. D et al., 2006).

Когнитивные нарушения (КН) у лиц позднего возраста проявляются, прежде всего, в потере способности налаживания межперсональных контактов, снижении эмоциональности отношений с близкими и родными и, главное, катастрофическом утрачивании профессиональных навыков и упадке трудовой деятельности. Для лечения когнитивных нарушений в комплексе с медикаментозным арсеналом нами использовались индивидуальная психокоррекционная работа, бихевиоральные тренинги (гигиенический, практических навыков, финансовый, кулинарный, принятие активного

участия в личном фармакологическом лечении, общение с родственниками, разрешение индивидуальных проблем, психообразование, арттерапия, создание «Совета больных» с группой взаимоподдержки). Проводимые с каждым больным в психogerонтологическом мужском отделении КУ «ДКПБ» ДОС» коммуникативные тренинги (И. И. Влох, 2000) врачом-психиатром совместно с реабилитологом и психологом, позволили больным в возрасте свыше 70 лет с когнитивными расстройствами (F 06.8, F 06.7) после 8-10 сессий научиться самостоятельно решать проблемы, связанные с приемом лекарств, определять не только положительные, но и отрицательные последствия лечения, побочные действия принимаемых препаратов. У больных появилась способность при появлении побочных эффектов активно и своевременно обратиться за помощью к врачу, обсудив при этом свои наиболее проблемные.

При выписке больного проверялись наученные принципы безопасного приема лекарств в амбулаторных условиях, последовательность приема поддерживающей



терапии, контроль поведения по отношению к окружающим в общественных местах и дома, критичность к процессу мышления, способность концентрировать внимание и удерживать его на длительный срок, восстановленные бытовые привычки и ритуалы (ношение очков, использование трости при медленной и неуверенной ходьбе, гигиена протезов и утренняя личная гигиена). За время лечения КН при использовании коммуникативного тренинга устанавливались и укреплялись партнерские отношения с врачом, заметно редуцировались негативные симптомы заболевания, которые не контролировались пациентами,

устанавливался комплаенс и терапевтическая поддержка вне стен больницы.

КПТ особенно заметных результатов достигла при депрессивных и тревожно-депрессивных расстройствах у пожилых людей. Данная терапия эффективно снимает состояние тревоги и снижает вероятность возникновения рецидива заболевания в дальнейшем. КПТ работает при нарушениях эмоциональной сферы у лиц позднего возраста, когда нужно найти новые формы поведения в социуме, построить будущие отношения с близкими, закрепить результат медикаментозного лечения в комплексе с другими методами.

УДК 616.843.-007.6-047.

**В. З. Задорожный**

### **КОГНИТИВНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ПРИ ДЕЗОРГАНИЗОВАННОМ ПОВЕДЕНИИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

Коммунальное учреждение «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница»  
Днепропетровского областного совета», г. Днепропетровск

Дезорганизованное поведение включает два основных эмоциональных фактора – недостаточный уровень побуждений и эмоциональная реактивность, повышение которых сочетается с поиском новизны ощущений и риском (Newman & Wallace, 1992).

В детско-подростковом возрасте этот поиск связан со снижением физиологической активности (Raine, 1993). Подверженность физическому насилию в детском возрасте (жестокое обращение с детьми) приводит к тому, что ребенок испытывает трудности с управлением собственными эмоциями, проявляющие себя в агрессии и злости к окружающим. Физическое насилие является одним из когнитивных, связанных с нарушениями эмоций, проблем и проявлением агрессивного поведения. Когнитивный контроль над агрессивным поведением у детей с эпилепсией снижен, при недостаточном самоконтроле и импульсивности поступков. В этих случаях нельзя четко установить, какие именно нарушения конкретно эмоционального и когнитивного функционирования связано с идиопатической или локальной эпилепсией. Любые импульсивные поступки детей с эпилепсией невозможно строго отдифференцировать по уровням открытости, т. к. не существует какой-либо классификации, позволяющей установить связь и специфичность выраженного дезорганизованного поведения у детей, страдающих эпилепсией. Во всех наших исследованных клинических случаях (56 мальчиков, страдающих эпилепсией, в возрасте от 6 до 17 лет) в формах дезорганизованного поведения отмечались умеренно выраженное снижение когнитивного функционирования с дефицитом самоконтроля и систематическими импульсивными

перманентными проявлениями. Когнитивные тесты как психометрические методы давали возможность оценить уровень знаний детей. Использование в этих случаях самоописания отражало ощущение в определенных стрессовых ситуациях и позволяло определить частично неосознаваемые, лежащие в их основе предположения, которые провоцировали негативные установки и поступки.

Когнитивное функционирование при дезорганизованном поведении у детей, страдающих эпилепсией, отражает особенности механизмов мышления, благодаря которым формируется познание от восприятия, памяти и учения до понятия и логического рассуждения.

При когнитивных приемах в терапии следует осуществлять работу по усилению самоуважения и поддержки, проводя аналогично с другими поведенческими актами, быстрое выполнение которых свидетельствует о высокой потребности к усвоению новых навыков и знаний, а также о хороших способностях ребенка. В этом ключе можно проводить сопоставление с быстрым решением математических задач.

Однако когнитивные приемы не исключали необходимость медикаментозной терапии, направленной на лечение дезорганизованного поведения при эпилепсии.

Нарушения когнитивного спектра при дезорганизованном поведении у детей, страдающих эпилепсией, могут иметь значение для лучшей дифференциации эмоциональных и когнитивных аспектов этого поведения и прогноза заболевания с учетом критериев социального функционирования и адаптации, профессиональной направленности.

УДК 616.895.35

**В. З. Задорожний, И. Г. Дробот, О. Э. Холопченко, О. И. Антофійчук**  
**КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОРГАНИЧЕСКОМ**  
**БРЕДОВОМ РАССТРОЙСТВЕ**

Коммунальное учреждение «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета», г. Днепропетровск

Многофакторная модель формирования бредовых расстройств при органическом поражении головного мозга не противоречит концепции бреда (по D. Freeman, 2006), по которой «это наиболее убедительное объяснение, которое сумел создать пациент на основе предшествующего опыта детской и взрослой жизни, знаний, эмоционального состояния, воспоминаний, личностных и мыслительных процессов». В этом понимании бреда можно рассматривать показания использования при нем когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), которая учитывает следующие факторы (Рыбальский М. И., 1993): преморбид; элементы идеаторной базы образования бреда; факторы, провоцирующие образование бреда, форма и содержание бреда.

Проведена КПТ с 20 пациентами, страдающими хроническим органическим бредовым расстройством (55–65 лет). Для оценки психопатологических расстройств использовались шкала оценки позитивных и негативных симптомов – Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), шкала тревоги Гамильтона и опросник депрессии (шкала Бека). Длительность сеанса КПТ не превышала 40–45 минут, а на начальных этапах – до 30 минут. Количество сеансов в среднем достигало 10–12. Степень понимания пациентов при КПТ отличалась торпидностью, приводящей к необходимости делать паузы на этапах лечения. Пациентам давались простые домашние задания, одновременно с работой по созданию доверительных отношений с врачом. В КПТ обязательным блоком являлось психообразование, задачей которого было восполнение имеющегося у больных информационного дефицита о болезни, вовлечение больных в процесс активного изменения собственного поведения, научение распознать признаки рецидива болезни, обучение навыкам преодоления некоторых симптомов болезни с целью формирования адекватной внутренней картины расстройств.

Проводился тренинг когнитивных и социальных навыков. Параллельно рассматривались факты и события в прошлом и настоящем, которые могли по содержанию быть связаны с бредовым расстройством. Изучались последовательность этих событий, ощущений и рассуждений, приводящих к формированию подозрительности и недоверия, возможные «источники» бредовой интерпретации. Окончательным аспектом КПТ было достижение с больными «союзного соглашения» по специфическим приоритетным целям лечения болезни, формировании длительной ремиссии и социальной адаптации, что позволяет распознавать и корректировать непроизвольные мысли у пациента.

При проведении КПТ не исключалось проведение медикаментозного лечения в соответствии с протоколами по психиатрии. После сеансов КПТ проводилась оценка социального функционирования и степени адаптации в семье, на работе (включая профессиональные навыки и уровень работоспособности).

По результатам исследования отмечено значительное уменьшение параноидной симптоматики, подтвержденное по шкале PANSS ( $t(5) = 3,1$   $p < 0,033$ ), снижение тревоги по шкале Гамильтона ( $t(5) = 3,4$   $p < 0,015$ ) и снижение проявлений депрессии по шкале Бека ( $t(5) = 3,01$   $p < 0,028$ ). Катамнестические данные от 6 до 12 мес. указывают на формирование стабильной ремиссии с увеличением сроков пребывания дома и снижение категорий инвалидности по уровням социального функционирования. Так как количество исследованных больных невелико, сейчас твердо говорить о глубокой целесообразности проведения КПТ при органических бредовых расстройствах преждевременно. Однако использование КПТ при этих бредовых состояниях заслуживает определенного внимания и дальнейшего изучения как вспомогательного средства в лечении этой группы больных.

УДК: 616.707.02

**В. З. Задорожный, В. Д. Кетков**

**ПРЕОДОЛЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У РЕБЕНКА ПРИ ЕГО  
ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ РАЗВИТИЯ**

Коммунальное учреждение «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница»  
Днепропетровского областного совета», г. Днепропетровск

Коммунальное учреждение «Специализированный детский дом № 1»  
Днепропетровского областного совета», г. Днепропетровск

Индивидуально-психологические особенности ребенка до 3 лет (организмические черты личности или темперамент, оппозиционность, упрямство, стремление настоять на своем, пугливость и робость в новых для



него ситуациях, импульсивность и непосредственность реагирования на внезапные внешние факторы, эгоцентризм, отвлекаемость и нестойкость удержания внимания, подвижность и др.) являются почвой для создания блока проблем, связанных с отклонениями в развитии его психической сферы. А именно, в когнитивной сфере – нарушение внимания, восприятия, памяти, мышления, воображения, речи).

Опыт работы психиатра в доме ребенка по оказанию помощи не только детям, но и родителям, позволяет указать на важность аспекта психологической помощи семье в этих ситуациях. Психологическая помощь проводится после проведения диагностики и выявления нарушений ребенка. При необходимости привлекались к сотрудничеству невролог, дефектолог, логопед. Несмотря на то, что основная работа в таких случаях проводилась с ребенком, параллельно оказывалась информирование и просвещение родителей по имеющимся у них вопросам. Оказывалась индивидуальная консультативная и психотерапевтическая помощь супругам. В комплексе выявленных проблем проводилась семейная психотерапия, лечение ребенка (гиперактивность, тревожность, страхи, фобии) с включением его в детскую коррекционную группу.

При положительных, более близких отношениях между одним из родителей и ребенком («межпоколенная коалиция» Н. И. Олифинович, 2006) проводимая работа была направлена на повышение сплоченности супружеской подсистемы и восстановление ее границ. С этой целью использовались следующие техники и приемы – актуализация приятных воспоминаний, связанных

с совместным времяпровождением, домашние задания, направленные на организацию совместного досуга и связанные с различными формами проявления заботы супругами друг о друге и т. д. Поведенческие проблемы ребенка, обусловленные несформированностью некоторых коммуникативных навыков, осложняло взаимодействие как со сверстниками, так и с родителями (или с одним из родителей). Для преодоления когнитивных нарушений проводилась психокоррекционная помощь с регулированием детско-родительских отношений в индивидуальной и групповой форме по следующим направлениям: повышение социально-психологической компетентности родителей; обучение родителей навыкам общения и разрешения конфликтных ситуаций; согласование требований, предъявляемых родителями ребенку; коррекция стиля родительского воспитания. Специфическая психокоррекция (относящаяся к групповым методам работы с семьей) нами была направлена на коррекцию когнитивных и поведенческих аспектов детско-родительских отношений, воспитания и состояла из информирования, групповой дискуссии, обсуждения трудных ситуаций. Подобный принцип помощи можно использовать не только в лечебном учреждении, но и при организации индивидуальной работы с семьей, службами образования и социальной поддержки. Для практикующих специалистов детской психиатрии и психологии, дефектологов когнитивно-поведенческая психотерапия состоит в том, что она может гармонично применяться вместе с каким-либо психотерапевтическим подходом, дополняя и обогащая его эффективность.

УДК 616.895.041-007.8.

**В. З. Задорожный, А. А. Хижняк, О. Э. Холопченко**  
**ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЛИЦАМ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ**  
**РАССТРОЙСТВАМИ**

Коммунальное учреждение «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета», г. Днепропетровск

Когнитивно-поведенческая терапия (психотерапия) (КПТ) направлена на дезадаптивные формы поведения (ДФП), но не предполагаемые причины такого поведения. Для этого используются конкретные, четко сформулированные выполнимые задачи и цели лечения посттравматических стрессовых расстройств. Также используются принципы психообразования для изменения дезадаптивного поведения по формуле «здесь и теперь», а также модули КПТ: определение мотивации ДФП, функциональный анализ, преодоление стресса и копинг-механизма (механизма-совладения). Последнее важно для определения успешной или неуспешной адаптации после стресса и социального научения (Bandura, 1977; Lazarus & Folkman, 1988).

Проводилась КПТ у 42 пациентов (мужчины 20-50 лет), впервые заболевших посттравматическим

стрессовым расстройством (ПСР), в поведенческой сфере была направлена на поиск прежде всего эмоциональной поддержки – стремление быть выслушанным, встретить сочувствие и понимание. Использовались копинг-механизмы: отвлечение – обращение к какой-либо деятельности, уход в работу (профессию); альтруизм – проявление заботы о других, когда собственные потребности отодвигаются на второй план; активное стремление избежать «погружения» в процесс лечения; компенсация – отвлекающее исполнение каких-либо собственных желаний (покупка чего-то для себя); конструктивная активность – удовлетворение какой-то давней потребности (совершить путешествие); уединение – пребывание в покое и размышление о себе; активное сотрудничество – ответственное участие в диагностическом и лечебном процессе. Эти модули

копинг-механизма в целом демонстрируют усилия пациента соответствовать требованиям окружения и возможностям самого больного (резервным потенциалом), для восстановления равновесия между самим индивидуумом и окружающими.

Сессии КПТ, продолжительностью до 30–40 минут для больных с ПСР, проводились до 5–10 на фоне назначения антидепрессантов и транквилизаторов в соответствии с протоколами по специальности «Психиатрия» (утверждены приказом МЗ Украины от 05.02.2007 г. № 59). Конечным результатом КПТ, основанной на обучении утраченных навыков, явилось уменьшение внутреннего и внешнего давления (тревоги), осознание и преодоление чувства отчаяния и гнева, контроль негативных аффективных проявлений, реагирование на повторную стрессовую травму по формуле «осознать, избегать, преодолеть» с выявлением и изменением убеждения, которое способствует повышению порога к стрессовым факторам воздействий. За период лечения методом КПТ пациенты с ПСР полностью осознали свои собственные представления и установки, позволили

распознавать и изменять непроизвольные мысли и рассматривать межличностные конфликты при ДФП как неизбежность, неотъемлемую часть социального бытия, взаимодействия индивидов и групп.

Конфликт приобретал реальную форму тогда, когда осознавался участниками КПТ. Состояние эмоционального и волевого диссонанса переживалось участниками как дискомфорт, от которого человек стремился избавиться. Диссонанс проявлялся в ситуации, когда пациент об одном объекте (ситуации) располагал двумя взаимоисключающими блоками информации, сравнивал их, оценивал и выбирал импонирующий ему. По нашему мнению, с целью устранения когнитивного диссонанса пациент с помощью КПТ должен изменять взгляд на один из блоков информации или самостоятельно внести новое познавательное обозначение одному из противодействующих факторов. Такой вывод может быть признан определенным критерием для индивидуальной программы реабилитации и укрепления социальных установок для преодоления межличностных конфликтов при ДФП у больных с ПСР.

УДК 616.89

**Г. І. Захарова**

**ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ**

Одеський національний медичний університет

Дерматологами вже давно визнана роль психогенних чинників у розвитку багатьох шкірних захворювань. Вугрова хвороба є одним із найбільш поширених захворювань шкіри. У зв'язку з тим, що акне відноситься до хронічних, рецидивуючих дерматозів, що локалізуються, як правило, на відкритих ділянках шкіри, найбільш значущих для комунікативного спілкування, воно є постійним стресовим чинником, що приводить до психоемоційних реакцій, обмеженням у всіх сферах життєдіяльності, і як наслідок, істотно знижує якість життя.

Метою даного дослідження було вивчення особливостей емоційно-вольової сфери у хворих на вугрову хворобу. У дослідженні використовували такі психодіагностичні методики: шкала тривоги Тейлор, шкала депресії Зунга, методика САН (самопочуття, активність, настрої), методика вивчення агресивності Басса-Дарки, шкала стресостійкості Елліса. Дослідження було проведено в основній групі з 98 осіб (53 жінки та 45 чоловіків)

у віці 18-37 років, які страждали на вугрову хворобу; в якості контрольної групи виступали 79 досліджених без ознак шкірних захворювань.

У результаті дослідження визначено, що пацієнти основної групи мали специфічні особливості емоційно-вольової сфери (різниця з контрольною групою є достовірною,  $p < 0,05$ ). Так, для хворих на акне характерними були високий рівень тривожності (89,19%), підвищений рівень депресії (78,32%), погане самопочуття (81,54%), зниження активності (58,80%), зниження настрою (76,23%), підвищення індексів агресивності (63,45%) та ворожості (72,36%), зниження стресостійкості (69,78%).

Таким чином, дослідження демонструє наявність у пацієнтів із вугровою хворобою специфічних порушень в емоційно-вольовій сфері, які погіршують соціально-психологічну адаптацію та знижують якість життя хворих.



УДК 616.89

І. Ф. Здорик

**ТЕРАПІЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ТА КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ**

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

Сучасні демографічні тенденції в Україні вказують на зростання тривалості життя, постаріння населення, збільшення захворюваності на серцево-судинні захворювання та психічні розлади. Провідне місце серед психічної патології в осіб старших вікових груп починає займати депресія, яка характеризується вираженою соматизацією, затяжним перебігом та терапевтичними складнощами. Когнітивні порушення, які асоціюються з прогресуванням гіпертонічної хвороби, та супроводжують депресивні розлади вимагають своєчасної діагностики та корекції.

У дослідження було включено 92 пацієнти, які страждали на депресивні розлади коморбідні з гіпертонічною хворобою II стадії. Усі обстежені були жінками (середній вік  $60,5 \pm 7,5$  років). На момент обстеження середня тривалість захворювання на гіпертонічну хворобу склала  $12 \pm 3,5$  років. Хворим проводили клініко-психопатологічне, клініко-неврологічне та нейропсихологічне обстеження, яке включало в себе Монреальський когнітивний тест (MoCA), методику «Запам'ятовування 10 слів», тест «Коректурна проба», тест «Шифровка», методику «Таблиці Шульце». У комплексі психодіагностичних методів застосовували шкали реактивної й особистісної тривожності Спілбергер-Ханіна; шкалу Гамільтона для оцінки депресії (HDRS). Залежно від лікувальної стратегії

пацієнти були розділені на дві групи. Обидві групи суттєво не відрізнялися між собою за віком, освітою, соціальним статусом, рівнем когнітивних порушень та важкістю депресивних розладів. Основну групу склали 48 пацієнтів, які отримували антидепресант групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС); окрім того, з ними проводилася психокорекційна робота та когнітивний тренінг. Пацієнти групи порівняння ( $n = 44$ ) отримували лише антидепресивну терапію СІЗЗС.

У результаті обстеження у 84% пацієнтів було діагностовано когнітивні порушення різного ступеня; а у 4,3% рівень когнітивного дефіциту досягав рівня деменції легкого ступеня. Афективні симптоми були представлені емоційною лабільністю, гіпотимією, тривогою, апатією, ангедонією та дисфорією. Провідними синдромами депресивних розладів були тривожно-депресивний та астенодепресивний. Терапія СІЗЗС протягом 6 тижнів сприяла достовірній редукції депресивної симптоматики при всіх синдромальних варіантах депресії; та зниженню рівня тривоги за шкалами реактивної та особистісної тривожності. Відмічалось зменшення когнітивного дефіциту жінок обох груп. За даними наших спостережень рівень покращення когнітивного функціонування був більший у пацієток основної групи, які отримували комплексну терапію.

УДК 616.89

**Е. Н. Зинченко**

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ И ОРГАНИЧЕСКИХ  
НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ,  
ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ**

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины

В последнее время одной из актуальных проблем современной психиатрии является изучение психического здоровья различных социально- профессиональных групп населения с последующей разработкой методов превенции и реабилитации.

Проведенный анализ состояния психического здоровья сельского населения Украины свидетельствует об увеличении показателя распространенности невротических и органических непсихотических психических расстройств у сельского населения.

Целью комплексного исследования было изучение психологических особенностей невротических и органических непсихотических психических расстройств у сельского населения.

В результате проведенного исследования были определены общие и специфические психологические

особенности, характерные для пациентов с невротическими и органическими непсихотическими расстройствами. В процессе исследования определялся уровень и специфика социальной фрустрированности, особенности качества жизни, социально-психологической адаптации, индивидуальная система ценностей и их реализация в различных жизненных сферах, а также особенности межличностного взаимодействия у пациентов с различными формами невротических и органических расстройств.

Так, для пациентов с невротическими расстройствами отличительными признаками являлись: преобладание стратегии избегания в конфликтных ситуациях; низкий уровень социальной адаптации и эмоционального комфорта; склонность занимать экстермальную позицию. Среди факторов социальной фрустрированности

преобладали неудовлетворенность отношениями с супругом (ой), родителями, возможностью проведения досуга и образа жизни в целом. Особенности восприятия качества жизни заключались в неудовлетворенности, прежде всего, субъективным благополучием: психологическим и эмоциональным состоянием, духовной реализацией и общим качеством жизни. Выраженность потребности устанавливать двухсторонние эмоционально близкие отношения с окружающими и отсутствие желания брать на себя ответственность. Индивидуальная система ценностей характеризовалась высокой значимостью престижа и активных социальных контактов, которые реализовались в семейной сфере.

Для пациентов с органическими непсихотическими расстройствами отличительными признаками являлись:

- неудовлетворенность внешними жизненными условиями (местом работы, нехваткой служебной и общественной поддержки, а также состоянием своего здоровья и недостаточной работоспособностью);
- доброжелательное отношение к людям;
- преобладание потребности эмоционально близко общаться с небольшим количеством людей и стремление самостоятельно принимать решения и нести за них ответственность;
- значимость духовного удовлетворения, реализуемая в сфере увлечений; высокий уровень скрытой алкоголизации.

Таким образом, полученные результаты исследования необходимо учитывать при проведении лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий.

УДК 616.892-02:616.831-001

**В. Е. Казаков**  
**КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ**  
**ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ**

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Под нашим наблюдением находилось 437 больных, перенесших ЧМТ (основная группа). 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. У 178 чел. (41%) в течение болезни сформировались когнитивные нарушения (психоорганический синдром). Контрольная группа была представлена больными, перенесшими черепно-мозговую травму, не приведшую к отдаленным психотическим последствиям (72 человека).

У пациентов основной группы наиболее часто встречалась травматическая астения (церебрастения), которая проявлялась раздражительностью, истощаемостью, нарушением внимания, нарушением запоминания, диссомниями, головными болями, метеозависимостью. В 27% случаев отмечалась травматическая апатия, проявлявшаяся сочетанием повышенной истощаемости с вялостью, заторможенностью, снижением активности. Интересы пациентов ограничивались заботами о собственном здоровье и необходимых условиях существования. У больных нарушалась память. В отдаленном периоде ЧМТ у исследуемых пациентов частым симптомом являлась выраженная астения, проявлявшаяся истощаемостью, снижением работоспособности, а также хронической головной болью. Эта симптоматика могла привести к значительному нарушению трудоспособности и даже стать причиной инвалидности. Хроническую головную боль рассматривали как часть посткоммоционного синдрома, включающего помимо повышенной утомляемости, нарушения концентрации внимания, снижения работоспособности, диссомнию, головокружение, раздражительность, тревожность, депрессию и вегетативные расстройства.

У больных на этапе отдаленного периода ЧМТ достоверно чаще, чем у лиц, не имеющих психотических последствий после перенесенной ЧМТ, отмечались затруднения засыпания, частые пробуждения, поверхностный сон. Инсомнии, обусловленные ЧМТ были представлены нарушениями всех составляющих процесса сна, а именно – у больных отмечались нарушения засыпания, сон был поверхностным, пробуждения – ранними.

У больных отмечались яркие красочные сновидения, ночные ужасы и кошмары, сновидения устрашающего характера, панические атаки, а также синдром «беспокойных ног», неприятные сновидения и просоночные галлюцинации. У больных с когнитивными расстройствами во время сна нередко наблюдались храп, апноэ, снохождение, встречались просоночные галлюцинации.

Следует отметить, что не только нарушения сна, но и особенности суточной секреции мелатонина, а также нарушения температурной кривой могут свидетельствовать о механизмах течения адаптационных процессов у больных с ЧМТ. Как оказалось, с течением посттравматического процесса не только изменялся уровень секреции, но и возникал аномальный синтез.

Прослеживается определенная закономерность в формировании когнитивных нарушений на этапе отдаленных последствий ЧМТ. Вначале возникает церебрастеническая симптоматика, сочетающаяся с нарушением суточных биоритмов, такими как уплощение температурной кривой, расстройства сна, отклонения в концентрации мелатонина в крови (понижение или повышение). В дальнейшем более резко нарастает изменение концентрации МТ, что сопровождается нарушением ритма секреции, появляются психические, в том числе когнитивные нарушения.

УДК 616.89

**И. В. Калугин, Е. А. Хаустова**  
**ПРОБЛЕМЫ ПОЛИМОРБИДНОСТИ И АДЕКВАТНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ**  
**У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

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

Состояние полиморбидности – наличия нескольких заболеваний, не связанных между собой патогенетическими механизмами, – в большей степени характерно для лиц пожилого возраста. В среднем у одного пациента старше 65 лет, обратившегося за амбулаторной или стационарной психиатрической помощью обнаруживается четыре-пять различных хронических патологических состояний в разных фазах и стадиях. Именно явление полиморбидности заставляет пациентов пожилого возраста обращаться и наблюдаться у врачей разных специальностей, что, в свою очередь, порождает проблему избыточности фармакотерапии в виде полипрагмазии и полифармации.

Полипрагмазия (одновременное назначение врачами, нередко неоправданное, многих лекарственных веществ или лечебных процедур) и термин полифармация (одновременный прием нескольких лекарственных средств пациентом) тесно взаимосвязаны между собой. Первой объективной причиной полипрагмазии и полифармации у пожилых больных является старческая полиморбидность («избыточность патологии»). Второй объективной причиной является отсутствие, ослабление или инвертированность ожидаемого конечного эффекта лекарственного препарата в силу изменения лекарственного метаболизма в увядающем организме с естественно развивающимися изменениями – ослабление метаболических процессов в печени и тканях, уменьшение объема циркулирующей крови, снижение почечного клиренса и т. д.

В мировой практике имеется достаточно примеров, свидетельствующих о негативном влиянии полипрагмазии и полифармации у пожилых пациентов. Так, в

исследовании больных старшей возрастной группы в количестве 7 тыс. человек оценивался риск сочетанного применения лекарственных средств, влияющих на ЦНС и диуретиков. Выяснилось, что комбинация этих групп препаратов является наиболее частой причиной падений у пожилых: из 2 тыс. больных, имеющих в анамнезе перелом шейки бедра, 70% лечились лекарственными препаратами высокого риска развития падений и переломов. Такие пациенты в 2 раза чаще получали антидепрессанты и в 4 чаще – противопаркинсонические препараты.

Явление «избыточности патологии» у пожилых пациентов способствует также появлению такого феномена как фармакомания (стремление пациента к употреблению различных лекарственных средств или необоснованно продолжительному приему отдельного лекарственного средства). Длительный и необоснованный прием лекарственных средств может приводить к развитию синдрома зависимости и неконтролируемым межлекарственным взаимодействиям, что значительно усложняет лечение пациентов пожилого возраста и увеличивается риск развития побочных эффектов.

Таким образом, прежде всего профилактика явлений полиморбидности, полифармации, полипрагмазии и фармакомании у пациентов пожилого возраста является актуальной проблемой современной социальной психиатрии. Успешное ее разрешение позволит улучшить эффективность лечения пациентов пожилого возраста (стандарты ведения), значительно снизить риск развития побочных эффектов, уменьшить финансовую нагрузку и в целом улучшить качество жизни таких пациентов.



УДК 616.89

**А. М. Кожина, В. И. Коростий, А. В. Полякова, И. Н. Стрельникова**  
**ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ АФФЕКТИВНЫХ И КОГНИТИВНЫХ**  
**НАРУШЕНИЙ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

Харьковский национальный медицинский университет

Эпилепсия представляет собой одно из наиболее распространенных нервно-психических заболеваний, занимая в структуре неврологической патологии 3-е, а в психиатрической 4-е место среди других болезней. Многообразие её проявлений определяет неизменную актуальность данной проблемы для здравоохранения. Одним из наиболее частых коморбидных нарушений у лиц страдающих эпилепсией являются когнитивные и аффективные расстройства.

Вышеизложенное определило актуальность настоящего исследования, цель которого сравнительная оценка

эффективности и безопасности Эпимила и Эпирамата у больных эпилепсией с аффективными и когнитивными нарушениями.

В исследование было включено 60 пациентов, обоего пола, с установленным диагнозом парциальная эпилепсия (согласно классификации эпилепсии и эпилептических синдромов Международной противоэпилептической лиги, 1989 г.) и уточненной локализацией очага.

Все пациенты были распределены на две группы: I группа – 30 больных эпилепсией, принимавшие Эпимил

и II группа 30 больных эпилепсией, принимавших Эпирамат.

При отборе больных в исследование и нозологической верификации использовали диагностические критерии по МКБ–10. Больные соответствовали диагнозам органическое изменение личности вследствие эпилепсии, депрессивное расстройство при эпилепсии, деменция при эпилепсии и других уточненных заболеваниях (F 07.03, F 06.362, F 02.832 и G 40).

Углубленный анализ результатов клинико-психопатологического и психодиагностического исследования позволил выделить следующие клинические варианты непсихотических аффективных расстройств у больных эпилепсией в межприступном периоде: депрессивные расстройства (39,6%), аффективные реакции (24,3%), дисфории (24,2%) и обсессивно-фобические расстройства (16,9%).

Депрессивные расстройства включали в себя: токсические депрессии (46,7%), адинамические депрессии (29,4%), ипохондрические депрессии (14,2%), тревожные депрессии (8,9%), депрессии с деперсонализационными нарушениями (0,8%).

Когнитивные функции у больных парциальной эпилепсией оценивались с помощью краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE). При первичном обследовании до начала исследования у всех пациентов обеих групп были установлены равновыраженные когнитивные нарушения по шкале MMSE:  $20,5 \pm 2,5$  балла в группе принимающей Эпимил и  $21,7 \pm 2,8$  балла – в группе принимающей Эпирамат. Согласно критериям шкалы MMSE эти показатели когнитивной продуктивности можно классифицировать как «деменция лёгкой степени выраженности» (диапазон 20-23 балла).

Как показали результаты исследования, на фоне применения как Эпимила, так и Эпирамата нами на 3 неделе терапии отмечена нормализация фона настроения, редукция тревожно-депрессивной и астенической симптоматики, исчезновение аффекта тоски, внутреннего напряжения, различного рода страхов и опасений, ипохондрически окрашенных фобий. Поведение больных становилось более упорядоченным, возрастала их психофизическая активность, возобновлялся привычный двигательный режим. К концу девятой недели приема препарата заметно улучшались когнитивные показатели с акцентом на положительную динамику функций нейродинамики, внимания и мышления. Все

вышеперечисленное способствовало более успешной психосоциальной адаптации больных.

На фоне проводимой терапии у пациентов обеих групп наблюдалось равновыраженное улучшение функциональных показателей когнитивной сферы, что выражалось в повышении суммарной оценки по шкале MMSE в группе I до  $25,1 \pm 1,7$  и во II группе – до  $24,8 \pm 2,0$ . Эти показатели по шкале MMSE соответствуют диапазону 24–27 баллов – «преддементные когнитивные нарушения».

В результате 12-ти недельного лечения препаратом Эпимил у 27 больных (90,0%) произошло повышение когнитивной продуктивности по шкале MMSE, у остальных 3 пациентов (10%) сохранился исходный более высокий по сравнению с другими пациентами в этой группе балл – 25.

В группе больных, получавших Эпирамат, когнитивная продуктивность по шкале MMSE возросла у 26 (86,7%) пациентов и осталась на уровне 25 баллов – у остальных 4-х (13,3%) пациентов. Более значительное увеличение продуктивности по шкале MMSE наблюдалось у пациентов с более низкими исходными его значениями (до 20 баллов) и с высокой частотой эпилептических приступов в начале лечения (12–15 в месяц). Такое улучшение когнитивных функций, возможно, было связано с уменьшением общего количества эпилептических припадков.

При анализе динамики когнитивной продуктивности у пациентов с «высокой эффективностью» сравнимых препаратов по критерию уменьшения количества эпилептических приступов – 19 больных (63,3%) в I группе и 21 больной (70%) во II группе – у этих больных выявляется существенное и равновыраженное повышение продуктивности по шкале MMSE: до лечения средний балл указанных 19 больных в группе Эпимил составлял  $18,94 \pm 1,17$  и 18 больных в группе Эпирамат –  $19,72 \pm 1,56$ ; после завершения исследования средний балл указанных пациентов этих групп возрос соответственно до  $24,22 \pm 1,4$  и  $23,89 \pm 1,4$  балла.

Эти данные, во-первых, подтверждают надёжность приведенных выше результатов оценки эффективности противоэпилептической терапии сравнимыми препаратами, а во-вторых, свидетельствуют о закономерной позитивной корреляции между снижением частоты эпилептических приступов и повышением когнитивной продуктивности у пациентов с эпилепсией.

УДК 616.89

**В. І. Коростій, Г. М. Кожина, О. Л. ТОВАЖНЯНСЬКА, Э. Е. Литвін, І. О. Безуглова**  
**КОГНІТИВНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ ІЗ ОРГАНІЧНИМИ ТА СИМПТОМАТИЧНИМИ**  
**ПСИХІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

Харківський національний медичний університет

На основі результатів обстеження 344 хворих із органічними та симптоматичними психічними захворюваннями внаслідок ендокринних захворювань

(63 хворих із цукровим діабетом другого типу та 281 хворий із первинним гіпотиреозом), віком від 36 до 59 років встановлені психофізіологічні особливості

когнітивних розладів та специфіку церебрального електрогенезу:

Когнітивні порушення були виявлені у 83,3% хворих, ступінь виразності яких у 76,6% випадків відповідав помірним когнітивним порушенням, в 6,6% випадків – деменції легкого ступеня. На другому і третьому етапах дослідження представленість когнітивних порушень знижувалася. Переважали помірні когнітивні порушення у 60% хворих на другому етапі дослідження, у 70% хворих – на третьому етапі. Загальний показник за шкалою MMSE становив ( $25,2 \pm 0,2$ ) балів із 30 можливих. Мали місце зниження обсягів вербальної пам'яті до ( $5,4 \pm 0,6$ ) балів із 6 можливих, лічильних операцій до ( $3,6 \pm 0,6$ ) балів із 5 можливих, орієнтації до ( $9,0 \pm 0,6$ ) балів із 10 можливих, показників перцептивно-гностичної сфери до ( $7,2 \pm 0,6$ ) балів із 9 можливих балів. Деменція легкого ступеня виявлялася у 6,6% хворих на 2-му етапі дослідження і у 10,0% хворих – на 3-му етапі (загальний показник по шкалі MMSE становив ( $22,5 \pm 0,2$ ) балів із 30 можливих).

Середній бал за шкалою MMSE у обстежених хворих із діабетичною енцефалопатією становив 26-28 балів (I ступінь захворювання), 24-27 балів (II ступінь) та 24-18 балів (при третій стадії енцефалопатії). Розширене нейропсихологічне дослідження виявило зниження загальної когнітивної продуктивності за Адденбрукською шкалою оцінки пізнавальних здібностей до  $78 \pm 7$  балів (при нормі 100 балів). При цьому у пацієнтів із діабетичною енцефалопатією характерним було поєднання зниження бальної оцінки по доменах «увага і орієнтація» (13–16 балів при віковій нормі  $> 17$  балів;  $-11,8\%$ ,  $p < 0,05$ ), «пам'ять» (9–14 балів при віковій нормі  $> 19$  балів;  $-36,8\%$ ,  $p < 0,01$ ) і «швидкість мови» (6–8 балів при віковій нормі  $> 10$  балів;  $-25,6\%$ ,  $p < 0,01$ ) із нормальними показниками по областях «зорово-просторова орієнтація»

і «мова». Така характеристика когнітивного дефіциту згідно з Адденбрукським когнітивним опитувальником відповідає м'яким та помірним когнітивним порушенням та відображає розлад функціональної діяльності лобово-підкіркових співвідношень та нейродинаміки когнітивних процесів, пов'язаних із стовбурово-підкірковими структурами, поєднуючи у собі риси хвороби Альцгеймера та фронто-темпоральної деменції.

Встановлено, що у хворих із когнітивними розладами на тлі первинного гіпотиреозу відбувається збільшення латентності піку P300 до  $369 \pm 24$  мс ( $p < 0,05$ ) щодо контролю ( $320 \pm 18$  мс). Крім того, результуюча хвиля ендегенних ВП, отримана методом когерентного накопичення відповідей після 100 стимулів (30 з яких значимі), у групі хворих із первинним гіпотиреозом була згладжена, а амплітуда досліджуваного піку P300 знижена. Виявлений зворотний взаємозв'язок між кількісним показником короткочасної пам'яті (проба на запам'ятовування 10 слів), із кількістю балів при виконанні коректурної проби і латентністю P300 ( $r = -0,71$ ;  $-0,55$ ). Нейрофізіологічними корелятами енцефалопатії при ПГ є дифузні зміни біоелектрогенезу з превалюванням дезорганізованого (39,8%) та десинхронного «пологого» типів ЕЕГ (52,3%) за класифікацією О. О. Жирмунської (1994). Під час цього амплітуда основного альфа-ритму знаходилася у зворотно пропорційному зв'язку із рівнем ТТГ у крові. Порушення спонтанної біоелектричної активності головного мозку при ПГ залежали від глибини порушення тиреоїдного стану. Вивчення показників когнітивних визваних потенціалів хворих із первинним гіпотиреозом виявило збільшення латентності піка P300 до  $369 \pm 21$  мс ( $p < 0,05$ ) відносно контролю ( $320 \pm 18$  мс) та згладжування результуючої хвилі, що є нейрофізіологічним корелятом стомлення мозку в гіпотиреоїдних умовах.

УДК 616.89

**В. И. Коростий, А. М. Кожина, С. Х. Хмаин, Е. А. Зеленская**  
**КОГНИТИВНАЯ И АРТ-ПСИХОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНЫХ**  
**И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ**

Харьковский национальный медицинский университет

Пациенты с рекуррентным депрессивным расстройством, с психическими нарушениями тревожного и депрессивного регистров в первую очередь нуждаются в психотерапевтической коррекции эмоционального состояния. Однако результаты исследований эффективности различных методов психотерапии при данной патологии противоречивы, в части из них отмечаются существенные трудности в установлении терапевтического контакта, выборе методов и меньшая, чем у пациентов с невротической патологией, эффективность традиционных психотерапевтических подходов.

**Цель работы** – исследование эффективности применения когнитивной и арт-терапии больным рекуррентным депрессивным расстройством.

В данном исследовании были применены следующие методы: 1 – клинико-диагностический; 2 – рисуночный метод; 3 – шкала депрессии Гамильтона; 4 – шкала тревоги Гамильтона. В исследовании принимали участие 20 пациентов – мужчин и 20 – женщин в возрасте 18–30 лет.

**Результаты исследования.** В депрессивном состоянии, по сравнению с контрольной группой, демонстрируют более негативное содержание мыслей, безнадежность и более выраженные депрессогенные схемы. Процесс переработки информации у таких больных более искажен, а их поведение соответствует общему негативному настроению. У больных с тревожными расстройствами отмечаются мысли и мысленные образы, наполненные ощущениями собственной незащитности,



неадекватности, потери самоконтроля, собственной ущербности в глазах общества, болезни, физическом вреде и смерти. При панических расстройствах больные, как правило, подвержены размышлениям о грозящих им физическом ущербе или повреждениях. Для таких больных особенно характерны нарушения восприятия, когда внимание концентрируется преимущественно на факторах, якобы несущих угрозу. Эти мысли могут быть сознательными, полусознательными или бессознательными и являются основным объектом работы для когнитивной терапии.

Трудности в проведении психотерапии на начальном этапе были связаны с «разочаровывающей» степенью эффективности психотерапии, коррелирующей с выраженностью алекситимических черт у пациента. В большинстве случаев даже при наличии у больного установки на коррекцию психического состояния развитие эффекта личностно-ориентированной психотерапии

«запаздывает» по отношению к снижающейся со временем мотивации больного. Гипотезой работы было повышение эффективности комплексной психотерапии с применением арт-терапевтической рисуночной методики.

В результате проведения психотерапии уровень тревоги снизился у 50% женщин и 70% мужчин после 3 сеанса; у 75% мужчин и женщин отмечалось улучшение настроения между сеансами; у 75% мужчин и 60% женщин увеличилась самооценка, у 80% мужчин и женщин отмечалась устойчивая ремиссия; и у 75% мужчин и 70% женщин появился позитивный взгляд на будущее.

Таким образом, проведенное исследование показало целесообразность комбинирования когнитивной психотерапии и арт-терапевтической рисуночной методики при лечении больных с рекуррентным депрессивным расстройством с сочетанием тревожной и депрессивной симптоматики.

УДК 616.89

**О. В. Кривоногова**  
**ГЕНДЕРНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ВІДМІННОСТІ СТУДЕНТІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ**  
**В УМОВАХ ОДНОСТАТЕВИХ ТА РІЗНОСТАТЕВИХ ГРУП**  
Одеський національний медичний університет

Вивчення гендерних особливостей особистості є однією з найактульніших проблем у сучасній медичній, соціологічній і психологічній науці. У наш час у різних країнах світу не існує єдиної думки щодо доцільності роздільного навчання школярів і студентів чоловічої і жіночої статі. Метою даного дослідження є виділення і порівняння специфічних гендерних рис, що виявляються у осіб різної статі в умовах навчання в одностатевих та різностатевих групах. У дослідженні взяло участь 30 студентів у віці 16–18 років. Були використані методи спостереження, бесіди, методи психологічного тестування із застосуванням методик «Полорольова ACL-шкала А. В. Neilbrun» і «Дом-Дерево-Людина». Випробовувані були розподілені на три групи: до першої групи увійшли особи жіночої статі, що навчаються в одностатевій групі; до другої – студенти чоловічої статі, що навчаються в одностатевій групі; третя група змішаного типу, складалася з осіб чоловічої та жіночої статі.

За результатами дослідження, були зроблені такі висновки. У першій (жіночій) групі в середньому маскуліність переважає над фемінінністю в співвідношенні 55% / 45%; у другій (чоловічій) групі маскуліність також переважає над фемінінністю в співвідношенні 85% / 15%; у третій (змішаній) групі межі маскуліності переважають над фемінінними рисами серед осіб чоловічої статі в співвідношенні 52,5%/47,5%, а серед дівчат – 85% / 15%.

Таким чином, проведене дослідження виявляє загальну тенденцію до маскулінізації на рівні «Я-концепції» дівчат як в умовах сумісного, так і в умовах роздільного навчання, при цьому в умовах змішаної різностатєвої групи ця тенденція виявляється яскравіше. Також спостерігається тенденція до фемінізації на рівні «Я-концепції» студентів-хлопців, що навчаються у змішаних групах, які мають різностатєвий склад.

УДК 616.89

**А. М. Кушнір<sup>1</sup>, В. Я. Пішель<sup>2</sup>, М. Ю. Полив'яна<sup>2</sup>**  
**КОРЕКЦІЯ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ**  
**НА ШИЗОФРЕНІЮ, ЯКІ ВЧИНИЛИ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ДІЯННЯ**  
**ПРОТИ ЖИТТЯ ОСОБИ**

<sup>1</sup>ДЗ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України», м. Дніпропетровськ

<sup>2</sup>Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Одним з основних напрямів удосконалення судово-психіатричної профілактики при здійсненні примусових заходів медичного характеру є розширення арсеналу методів психосоціальної реабілітації, а також

їх адаптація до контингенту суспільно небезпечних пацієнтів. Переважно більшість таких осіб складають хворі на шизофренію.

Численними експериментально-психологічними дослідженнями доведено наявність певних когнітивних порушень, що супроводжують перебіг шизофренії. У свою чергу, когнітивна дисфункція сприяє розвитку порушень соціального функціонування. Розлади уваги, пам'яті, мислення призводять до зниження працездатності хворих, соціальної дезадаптації та інвалідизації. А порушення соціального сприйняття і комунікативної спрямованості мислення викликають певний соціальний дистрес унаслідок загальної неадекватності поведінки. Із цього випливає можливість поліпшення соціального функціонування хворих на шизофренію шляхом корекції їх когнітивних порушень.

В умовах психіатричної лікарні з суворим наглядом було апробовано інтегративну психологічну терапевтичну програму (А. Б. Холмогорова та співав., 2007), що об'єднувала тренінг когнітивних функцій і соціальних навичок у хворих на шизофренію, які вчинили суспільно небезпечні діяння проти життя особи. Було сформовано 3 групи по 10–11 осіб у кожній, усі – чоловіки. До групи підбирали хворих приблизно одного віку і рівня інтелектуального розвитку. Обов'язковими також були усвідомлення пацієнтами своїх когнітивних проблем і наявність мотивації на їх подолання. Заняття проводили 3 рази на тиждень протягом однієї години. Всього в кожній групі проведено 18–20 занять.

Основні завдання, що вирішували протягом тренінгу, полягали в наступному:

- 1) посилення довільної регуляції пам'яті й уваги шляхом навчання використання спеціальних засобів (тренування в переключенні і утриманні уваги, селекції інформації, використанні мнемотехнічних технік);
- 2) посилення комунікативної спрямованості і когнітивної диференційованості мислення (використання понять з орієнтуванням на іншу особу, сумісна

діяльність у парах і у групі задля досягнення загальної мети);

- 3) розвиток когнітивної правильності і диференційованості соціального сприйняття (тренування в розпізнаванні невербальних комунікацій – міміки, жестів, пози, кваліфікація міжособистісних ситуацій);
- 4) зниження інтелектуальної ангедонії (включення в інтелектуальну діяльність грального компоненту, закріплення успіху);
- 5) розвиток регуляції емоційних станів, мислення і поведінки шляхом розвитку спроможності до самоспостереження, самоінструкування і діалогу;
- 6) формування навичок соціальної поведінки (комунікація, моделювання реальних життєвих ситуацій у групі);
- 7) навчання ефективним стратегіям вирішення міжособистісних проблем.

Повторне експериментально-психологічне дослідження довело ефективність даної програми. У хворих на шизофренію спостерігалось загальне поліпшення когнітивного і соціального функціонування. Було зафіксовано позитивну динаміку комунікативної спрямованості мислення: зростала орієнтація на іншу людину, зменшувалась кількість латентних ознак при сприйнятті, поліпшувалась самооцінка і спроможність розпізнавання емоцій іншої особи. Також зростала активність і поліпшувалась довільна регуляція когнітивних функцій, а саме: дещо підвищились показники запам'ятовування і швидкість при виконанні завдань на увагу, зменшилась виснажливність у процесі діяльності. Хворі відзначали поліпшення емоційного стану, зменшення симптомів ситуативно обумовлених пригніченості і тривоги, підвищення рівня соціальної підтримки.

Отримані дані свідчать про перспективність роботи в даному напрямі та необхідність подальшої адаптації програми тренінгу з урахуванням соціальних і психологічних особливостей пацієнтів, які перебувають у психіатричній лікарні з суворим наглядом.

УДК: 616.89

**А. К. Ладик-Бризгалова**  
**ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ЕКЗОГЕННО-ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ**  
**У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ**  
Міська психоневрологічна лікарня №2 м. Донецька

Всесвітня організація охорони здоров'я вважає психічне здоров'я центральним аспектом для побудови здорового, інклюзивного та продуктивного суспільства, а ВІЛ/СНІД найсерйознішою проблемою охорони здоров'я та соціальної сфери за минулі 25 років. За темпами розвитку епідемії ВІЛ/СНІД Україна посідає одне з перших місць у Східній Європі. З 1987 до 2011 року в Україні офіційно зареєстровано 202 787 випадків ВІЛ-інфекції, у тому числі 46 300 випадків захворювання на СНІД та 24 626 смертей від СНІД. За даними ВООЗ, від 38% до 73% пацієнтів із ВІЛ/СНІД, мають щонайменше

один психічний розлад протягом життя, і до 20% виявляють психічні розлади у вигляді раних проявів СНІД. Частота суїцидів серед хворих на СНІД у 20 разів перевищує популяційний рівень.

Психічні розлади у пацієнтів з ВІЛ/СНІД мають психогенне або екзогенно-органічне походження, що пов'язане із нейротропністю саме вірусу, опортуністичними інфекціями або антиретровірусною терапією. Із розвитком органічного ураження головного може спостерігатися психоз, малий когнітивно-руховий розлад, ВІЛ-асоційована деменція, ВІЛ-асоційована манія, розлади



особистості, розлади сну. Поширеність психозів серед пацієнтів зі СНІД становить від 5% до 15%. Фактори, що асоціюються із розвитком психозу у ВІЛ-позитивних осіб містять безпосередній вплив ВІЛ на головний мозок, опортуністичні інфекції та новоутворення ЦНС, важке системне захворювання, антиретровірусну терапію, розлади, що пов'язані із вживанням психоактивних речовин. Клінічна картина психозів зазвичай характеризується наявністю галюцинацій будь-якої модальності, маячення, що супроводжуються афективними порушеннями та розладами когнітивного функціонування. Залучення до патологічного процесу скроневих часток та підкоркових структур може призводити до розвитку маніакальних розладів з прискореним темпом мислення, гіперактивністю, гіперсексуальністю, дратівливістю, імпульсивністю. Когнітивні розлади нерідко супроводжують ВІЛ-інфекцію. Американська академія неврології залежно від ступеня порушення когнітивного функціонування виділяє нейропсихологічний дефіцит, малий когнітивно-моторний розлад та ВІЛ-асоційовану деменцію. ВІЛ-асоційована деменція є складним синдромом, що поєднує когнітивні, афективні, рухові та поведінкові

симптоми. Зазвичай спостерігається психічна і рухова загальмованість, апатія, порушення координації та труднощі використання знань. Деменція, що супроводжує ВІЛ-інфекцію зазвичай швидко прогресує до рівня глобальної деменції, мутизму і смерті. Розлади сну зустрічаються на всіх стадіях ВІЛ-інфекції і характеризуються збільшенням частки повільнохвильового сну. Дотепер невідомо, чи обумовлені розлади сну у ВІЛ-інфікованих порушеннями імунної системи, впливом вірусу, астенією, депресією, стресом, побічними явищами від лікарських препаратів або їх кумулятивним ефектом. Пацієнти із розладами особистості найбільш інтенсивно переживають діагноз серйозного захворювання. У індивідів, що використовують примітивні способи психологічного захисту, особливо розщеплення, це сприяє посиленню заперечення хвороби та недотримання схеми прийому лікарських препаратів.

Рання діагностика і лікування екзогенно-органічних розладів психіки та поведінки у ВІЛ-інфікованих пацієнтів відіграє важливу роль у питаннях прихильності до антиретровірусної терапії, а також у запобіганні подальшого поширення інфекції.

УДК 159.9:616.1-008.6-053.6-084

**М. В. Маркова, Н. Ю. Веньовцева**

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИКИ СОМАТОФОРМНОЇ  
ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ**

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Незважаючи на стійку тенденцію до зростання захворюваності на соматоформну вегетативну дисфункцію серед підлітків, даній категорії пацієнтів приділяється увага переважно з боку лікарів-терапевтів. Підлітки із функціональними порушеннями різних систем та органів спостерігаються у гастроентерологів, кардіологів, неврологів тощо, хоча соматоформну вегетативну дисфункцію можна віднести до психосоматичних розладів.

У контексті підліткового віку, який є складним періодом як фізичної, так і психологічної перебудови організму, значної соціально-психологічної дезадаптації в умовах стрімкого розвитку сучасного суспільства із його вимогами, соматоформна вегетативна дисфункція є частим розладом невротичного реєстру. Поряд із функціональними симптомами, які зазвичай супроводжують його, у клінічній картині спостерігаються афективні порушення, такі як тривога, дратівливість, емоційна лабільність тощо. Нездатність підлітків справлятися із значним впливом суспільства, його нормами та стереотипами, часто завищені вимоги до них, з яким вони ще не здатні впоратися самостійно, призводять до розвитку соматоформної вегетативної дисфункції. Враховуючи це,

у комплексному лікуванні таких пацієнтів необхідно коригувати не лише соматичні, а й психологічні симптоми.

Незважаючи на зусилля лікарів-соматологів, соматоформна вегетативна дисфункція, особливо серцево-судинної системи, має стійку тенденцію до рецидивування, а ремісії часто є нестійкими та неякісними. У зв'язку із цим, потреба у медико-психологічному супроводі підлітків, хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію, є актуальною та своєчасною. Підлітки, яким поряд із основним курсом лікування надається медико-психологічна допомога, краще адаптуються у стаціонарних умовах, у них відзначається більш швидка редукція функціональної та афективної симптоматики та стабілізація як фізичного, так і психологічного стану.

Необхідність створення науково обґрунтованої моделі медико-психологічного супроводу підлітків із соматоформною вегетативною дисфункцією, особливо на етапі стаціонарного лікування, є необхідною умовою для покращення якості надання медичної допомоги пацієнтам із даним захворюванням, а також зниження рівня захворюваності серед підлітків та покращення їх якості життя.

Л. Г. Матвіць

**ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ М'ЯКИХ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ  
ПРИ ПРОВЕДЕННІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ  
З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В УМОВАХ АМБУЛАТОРІЇ  
ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ**

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

У похилому віці звичні ситуації часто перетворюються на проблемні, які викликають стрес, а пацієнт намагається їх перебороти. Переборювання направлене на пошук шляхів зміни взаємозв'язку між суб'єктом і стресовими умовами зовнішнього середовища або на зниження його емоційних переживань і дистресу; воно проявляється на когнітивному, емоційному і поведінковому рівнях у формі різноманітних стратегій протидії стресогенним факторам або стресовим реакціям.

При надмірних довготривалих нервово-психічних навантаженнях у пацієнтів похилого віку розвиваються дезадаптивні стани. Досить часто пацієнти літнього віку скаржаться на слабкість, підвищену втомлюваність, дратівливість, нетерплячість, ослаблення або втрату здатності до фізичного або розумового напруження. Значне місце в клінічній картині порушень адаптації посідає біль. Пацієнти висловлюють скарги на головний біль, біль в хребті, кістках і суглобах, животі. Може спостерігатись, також, нестійкість настрою, тенденція до його зниження з сльозливістю, перебільшеною образливістю, важкість концентрації уваги, минущі явища мнестичної слабкості зі скаргами на забудькуватість, труднощі швидкого пригадування необхідного, що притаманно для астеничного стану.

Подібні скарги характерні і для цереброваскулярних захворювань, таких як дисциркуляторна енцефалопатія, гіпертонічна енцефалопатія, церебральний атеросклероз.

Нами було проведено вивчення думки та обсягу заходів, які проводять лікарі загальної практики-сімейні лікарі (ЗП-СЛ) з приводу психоемоційної діагностики та реабілітації у пацієнтів похилого віку з соматичною патологією. За результатами анкетування 649 лікарів ЗП-СЛ сільської місцевості і міських поселень, 18,57% лікарів психоемоційні порушення у пацієнтів похилого віку з соматичною патологією означають діагнозами порушень головного мозку судинного генезу. Традиційна для вітчизняної неврологічної практики і загальної практики слабка увага до емоційного стану пацієнта призвела до недостатньої компетенції в психодіагностиці у сімейних лікарів. Причини розглядаються як наслідок, тобто супутні і вторинні розлади, без надання спрямованої кваліфікованої медичної допомоги. Але вони є головним фактором порушення щоденного функціонування, особливо в похилому віці, і головним негативним наслідком для літнього пацієнта є втрата потенціалу самостійного існування в суспільстві.

Психоемоційний стрес є важливим серед факторів ризику розвитку ускладнень артеріальної гіпертонії (АГ), який активізує природжені фізіологічні механізми,

збільшує викид катехоламінів, звужує судини, підвищує рівень цукру, холестерину, артеріальний тиск, порушує обмін гормонів наднирників, впливає на гіпофіз, гіпоталамус.

Нами досліджувався нервово-психічний стан 251 пацієнтів похилого віку з соматичною патологією, які зверталися по медичну допомогу в амбулаторію загальної практики-сімейної медицини (АЗПСМ) за місцем проживання. За допомогою методики PSM-25 [Lemyr—Tessier—Fillion], що передбачала вимірювання стресу як природного стану психічної напруженості було виявлено 10,0% пацієнтів із високим рівнем стресу, 62,1% пацієнтів із середнім рівнем стресу, і третина пацієнтів (27,9%) були психоемоційно адаптованими.

Дослідження структури невротичного реагування пацієнтів за методикою К. К. Яхіна, Д. М. Менделевича (1998) виявило у пацієнтів із високим рівнем стресу невротичну депресію, астенію, вегетативні порушення у всіх 100% обстежених; у пацієнтів із середнім рівнем стресу переважала невротична депресія (93,6%), астенія (85,9%); серед адаптованих у більшій половині пацієнтів (52,9%) виявлено астенію. Отже, астенія виявилась найбільш характерним типом невротичного реагування для всіх людей похилого віку.

У гериатричних пацієнтів з АГ невротичні прояви астенії виявлені у 100% пацієнтів із високим рівнем стресу, 90,8% – із середнім рівнем стресу і 86,5% пацієнтів проявляли ознаки астенії, залишаючись у межах психологічної адаптованості до робочих навантажень, компенсуючи зниженням психологічного функціонального оптимуму, тоді як у пацієнтів похилого віку з соматичною патологією без АГ з високим рівнем стресу астенія виявлена у 100%, з середнім рівнем – у 86,0%, а серед адаптованих – тільки у 15,2% пацієнтів. Встановлено високу кількість пацієнтів з астенією при I ст. АГ (83,9%) та достовірне зростання ( $p < 0,05$ ) наявності астенії у пацієнтів із другою стадією АГ (95,9%) і стабілізацією показника в III стадії АГ (95,0%), що підтверджує формування астеничного стану на початку захворювання і його недостатнє корегування лікувальними-профілактичними заходами.

Для оптимізації медичної реабілітації пацієнтів похилого віку з АГ в поєднанні з іншою соматичною патологією розроблено модель медико-психологічного супроводу для застосування на практиці лікаря ЗП-СЛ, що включає алгоритм медико-психологічного консультування пацієнтів похилого віку з соматичною патологією; групову форму інтерактивного динамічного спілкування між пацієнтами з приводу їх проблем, що викликають

надмірне нервово-психічне напруження, в умовах АЗ-ПСМ; нагляд та психологічну підтримку сімейної медсестри за психологічним станом консультованого пацієнта в родині, серед оточення.

Оцінюючи ефективність застосування медико-психологічного супроводу встановлено регресію невротичних скарг, що кількісно визначалися за методикою А. І. Сердюка (1994), характерних для астенії ( $\Delta=11,13 \pm 0,67$  – високий,  $\Delta=10,05 \pm 0,69$  – середній рівень стресу) у пацієнтів похилого віку з соматичною патологією, поєднаною з АГ; зниження рівня нервово-психічного напруження (стресу)

пацієнтів із коефіцієнтом медичної ефективності 0,7, тоді як без застосування медико-психологічного супроводу у групі порівняння коефіцієнт медичної ефективності становив 0,07. За результатами дослідження зміни якості життя методикою Mezzich (Coher, Ruiperez, Liu & Yoon, 1999) від застосування комплексної терапії з медико-психологічним супроводом встановлено покращення якості життя через два місяці після лікування у 2,16 рази, тоді як у групі порівняння – тільки в 1,14 разів, отже соціальна ефективність від застосування медико-психологічного супроводу зросла у 1,89 рази.

УДК 616.89

**М. М. Матяш**  
**КОГНІТИВНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ**  
Київська міська клінічна психоневрологічна лікарня №1

**Шизофренія** – найпоширеніший психічний розлад, рівень захворюваності на який залишається стабільним і вражає здебільшого людей молодого віку.

Останні дослідження в галузі нейровізуалізації дозволяють зробити висновок про наявність специфічних змін структур головного мозку у хворих на шизофренію.

Ступінь вираженості когнітивних розладів при шизофренії корелює з рівнем соціального функціонування.

Проблема когнітивних порушень у сучасному світі є найбільш актуальною тому, що за даними ВООЗ до 2030 року психічні розлади займуть перше місце серед інвалідизуючих захворювань.

Нами на базі 1 клінічного відділення Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні №1 було проведено дослідження та лікування 87 хворих чоловічої статі. Вік пацієнтів був від 18 до 37 років (середній 27,5 років). Досліджувалися пацієнти, що захворіли на первинний психотичний епізод – 38 хворих, що складає 43,7%, та пацієнти, що поступили на повторне лікування – 49 осіб (56,3%). Хворим проводилась базисна антипсихотична терапія: галоперидол у комбінації з діазепамом та/або хлорпромазином на етапі активної терапії з подальшим переходом на атипичні антипсихотики: клозапін, рисперидон, оланзапін, кветіапін, амисульприд. При переважанні продуктивної психосимптоматики перевагу надавали рисперидону, оланзапіну та клозапіну; при переважанні негативної симптоматики – амисульприду та кветіапіну. 18 хворим (20,7%) проводилась комбінація психофармакотерапії та електросудомної терапії. При афективній симптоматиці призначали антидепресанти, стабілізатори настрою. При вираженому збудженні використовувався масляний розчин зуклопентиксолу.

Всім пацієнтам проводилися такі методи дослідження: клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні, психодіагностичні, нейропсихологічні, лабораторні методи, неврологічні обстеження та методи нейровізуалізації.

Спіральну комп'ютерну томографію (СКТ) головного мозку було проведено 49 хворим (56,3%) (комп'ютерний

томограф Hitachi ECLOS-16slice), 10 хворим (11,5%) – магніто-резонансну томографію (МРТ) головного мозку (магніторезонансний томограф Hitachi AIRIS-Mate 0,2Т).

У результаті проведених досліджень виявлені зміни в структурах головного мозку: зменшення об'єму сірої речовини лобних долей та префронтальної кори у 68 хворих (78,2%); потилично-скроневої та скроневої борознах у 43 хворих (49,4%); зменшення об'єму тканини гіпокампальної та парагіпокампальної ділянок у 31 хворого (35,6%). Також відмічено розширення субарахноїдальних просторів у 71 пацієнта (81,6%), розширення бокових шлуночків у 57 хворих (65,5%) та третього шлуночка у 53 пацієнтів, що складає 60,9%.

При експериментально-психологічному дослідженні підтверджене зниження основних когнітивних функцій: зорової та слухової пам'яті у 66 пацієнтів (75,9%), уваги у 73 пацієнтів (83,9%), зосередження у 74 пацієнтів (85,1%), праксису у 55 хворих (63,2%), гнозису у 49 хворих (56,3%), операційної складової мислення у 79 хворих (90,8%) та визначена структура когнітивного дефіциту.

Під час неврологічного обстеження виділені: синдром вегетативної дисфункції у 65 хворих (74,7%), лікворно-дисциркуляторний синдром у 21 хворого (24,1%) та астеничний синдром у 81 пацієнта (93,1%).

Проведені дослідження дозволили зробити наступні висновки:

- 1) Для пацієнтів хворих на шизофренію обов'язковим є проведення загальноклінічного, нейропсихологічного, неврологічного обстеження та методів нейровізуалізації.
- 2) Когнітивні розлади при шизофренії корелюють з атрофічними процесами головного мозку за даними СКТ та МРТ.
- 3) Вираженість когнітивних розладів при шизофренії є показником ефективності раціональної антипсихотичної терапії.



УДК 616.89

**С. В. Мерліч**  
**ДИНАМІКА ЗМІН РІВНІВ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ В ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ**  
**НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЗАХВОРЮВАННЯ**  
Одеський національний медичний університет

Існує невелика кількість хвороб таких, що несуть таке ж могутнє стресорне навантаження, а також вплив на психоемоційний стан пацієнтів, як злоякісна пухлина. Ця виняткова тяжкість пояснюється тим, що для більшості пацієнтів і їх рідних слово «рак» є прямим синонімом приреченості, пов'язаним зі стражданнями та смертю (А. Ш.Тхостов).

Метою нашого дослідження стало вивчення динаміки змін рівнів тривожності та депресії на різних етапах онкологічного захворювання: домедичному, діагностичному, передопераційному та постопераційному. Кількісну оцінку психопатологічних порушень в емоційно-вольовій сфері онкохворих здійснювали з використанням стандартизованої об'єктивної рейтингової шпитальної шкали оцінки депресії (HDRS) та тривоги (HARS) (за В. С. Підкоритовим, 2003).

У результаті дослідження виявлено, що на першому, домедичному етапі, для хворих на онкозахворювання

характерна анозогнозія та відкидання думок про причини виникнення симптомів захворювання та їхній зв'язок з онкопатологією (63,12%). Найбільша виразність тривожності та депресивних тенденцій спостерігається на другому, діагностичному етапі захворювання (59,23%). Типовим для даного періоду є відчуття загального неспокою, виражена тривога, яка іноді досягає ступеня страху, відчуття повної безнадійності, безперспективності існування, думки про неминучу швидку і болісну смерть. Також типовою на даному етапі є виникнення гіпергностичної реакції щодо власного захворювання. Тривожність та депресія дещо знижуються в передопераційний період, але спостерігається їх зростання в період безпосередньо перед хірургічним втручанням («синдром тривожного очікування») у 48,13% пацієнтів. Значне зменшення виразності симптомів тривоги та депресії відмічається на останньому, постопераційному етапі.

УДК 616.89

**Т. П. Мозговая<sup>1</sup>, В. Л. Гавенко<sup>1</sup>, И. В. Лещина<sup>1</sup>, С. В. Федорченко<sup>2</sup>**  
**ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ**  
**НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

<sup>1</sup>Харьковский национальный медицинский университет,

<sup>2</sup>Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

**Введение.** Когнитивные нарушения являются частым симптомом широкого спектра психоневрологической патологии.

**Цель:** изучение особенностей когнитивных расстройств у больных с органической патологией головного мозга.

Дизайн исследования: было обследовано 46 больных в возрасте от 36 до 68 лет, обратившихся за психоневрологической помощью. Объектом исследования являлись легкое и умеренное когнитивные расстройства. В процессе исследования использовали клинико-неврологический, клинико-психопатологический и психодиагностический методы. Последний включал краткую шкалу оценки психического статуса, обеспечивающую проведение первичного скрининга когнитивных нарушений.

Результаты: среди обследованных больных 61% страдали полинейропатией различного генеза (1 гр.)

и 39% – цереброваскулярной патологией (2 гр.). Умеренные когнитивные расстройства (как более тяжелый вариант, соответствующий 24–25 баллам по шкале) чаще наблюдались у больных 1-ой группы – 64%, в то время как во 2-ой группе они отмечались у половины больных. Кроме того, анализ полученных результатов свидетельствовал о наличии динамических особенностей когнитивных нарушений: редукция симптомов основного заболевания способствовала улучшению когнитивного функционирования до уровня легкой степени (26–27 баллов по шкале).

Таким образом, определение уровня когнитивных нарушений должно иметь динамический и комплексный характер; обратимость когнитивного дефицита выше у больных в стадии редукции аффективных проявлений, вестибуло-атактического и алгического синдромов.

УДК 616.89

**С. М. Мороз, В. Е. Семенихина**  
**СТРАТЕГИЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ НА РАННИХ СТАДИЯХ**  
**БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА**

Областная клиническая больница им. И. И. Мечникова, г. Днепропетровск

В последние годы актуальность проблемы когнитивных нарушений постоянно возрастает в связи с известными демографическими тенденциями современного мира. Увеличение средней продолжительности жизни привело к увеличению числа лиц пожилого возраста. Ожидается, что в дальнейшем указанная тенденция к «постарению населения» экономически развитых стран мира будет сохраняться и ожидается, что к 2030 году относительно большинство населения экономически наиболее развитых стран составят пожилые лица. Впрочем, уже и сейчас более половины пациентов, обращающихся за врачебной помощью старше 65 лет. Поскольку возраст является самым сильным и независимым фактором риска когнитивных расстройств и деменции, число пациентов с этими расстройствами нарастает одновременно с увеличением числа лиц пожилого возраста. Наличие деменции существенно снижает качество жизни, как самого пациента, так и его ближайших родственников. Наличие деменции вызывает дополнительные трудности диагностики и лечения сопутствующих заболеваний, так как врачи испытывают сложности при сборе анамнеза, оценке жалоб больного, не могут быть уверены в надлежащем исполнении врачебных рекомендаций. В результате, смертность среди пациентов с деменцией значительно превышает среднестатистическую смертность среди пожилых лиц.

Деменция представляет собой не только медицинскую, но и серьёзную социально-экономическую проблему. Следует учитывать, что деменция приводит не только к прямым экономическим потерям в виде расходов общества на лечение и уход за пациентами. Ещё более значительны так называемые косвенные потери, которые возникают вследствие невозможности родственниками, которые ухаживают за пациентами, продолжать свою работу.

Между тем, серьёзной проблемой, как в Украине, так и в других странах мира является недостаточная диагностика когнитивных нарушений. Это связано, во-первых, с низкой информированностью населения. Большинство людей полагают, что снижение памяти и ухудшение других когнитивных функций являются нормой для старых лиц. Поэтому, нередко пациенты и их родственники не обращаются за врачебной помощью вплоть до этапа крайне тяжёлых нарушений, когда больные перестают узнавать окружающих или утрачивают навыки самообслуживания. Между тем, терапия когнитивных нарушений на ранних этапах патологического процесса имеет более существенные шансы на успех.

Помимо поздней обращаемости за помощью, причиной не полного выявления когнитивных расстройств

является недостаточное знание неврологами, психиатрами, геронтологами и врачами других специальностей методов диагностики когнитивных нарушений.

В связи с вышеизложенным целью исследования стало определение принципов дифференциальной диагностики в отношении пациентов преклонного возраста для раннего выявления болезни Альцгеймера.

Материалы и методы исследования.

В исследовании приняли участие 357 пациентов (мужчин и женщин старше 55 лет), которые обращались за амбулаторной помощью к терапевту, кардиологу, невропатологу и психиатру Днепропетровской Областной клинической больницы им. И. И. Мечникова. Данные пациенты были разделены на две группы:

1. 189 человек – 52,9% – предъявляющие жалобы на проблемы с памятью (на снижение памяти (83,1% случаев в данной группе), умственной работоспособности (77,8% случаев у пациентов 1 группы), трудности с подбором слов (в данной группе у 15,9%);
2. 168 человек – 47,1% – не предъявляющие жалоб на проблемы с памятью.

Всем пациентам был проведен тест MMSE, который предусматривает градацию когнитивных нарушений. Пациентам обеих групп, у которых были выявлены когнитивные нарушения, были проведены нейровизуализационные обследования – КТ (МРТ) головного мозга и ЭЭГ.

Результаты исследования. В первой группе пациентов были диагностированы легкие и умеренно выраженные когнитивные расстройства у 44,4% пациентов этой группы (29,6% – средние, 14,8% – легкие), во второй группе пациентов – у 34,5% представителей второй группы диагностированы нарушения когнитивной сферы (22,6% случаев – легкие, 11,9% – умеренно выраженные).

139 пациентам обеих групп (97,9%), у которых были выявлены когнитивные нарушения проведены нейровизуализационные обследования (КТ или МРТ) и ЭЭГ, которые в 90,9% случаев подтвердили наличие атрофического процесса мозга.

#### **Выводы**

Применение скрининговых шкал всем пациентам, жалующимся на снижение памяти, позволяет значительно оптимизировать раннюю диагностику когнитивных расстройств.

Пациенты, которые не предъявляют жалоб на нарушение памяти, но имеют возраст старше 55 лет также должны быть обследованы при помощи скрининговых шкал, для выявления начальных проявлений симптомов болезни Альцгеймера.

УДК 616.89

**С. М. Мороз, И. И. Макарова**  
**ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ НАРУШЕНИЯХ**  
**ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Обласная клиническая больница им. И. И. Мечникова, г. Днепропетровск

Наиболее значимое место в настоящее время в ряду других пограничных расстройств занимают расстройства пищевого поведения. Патология пищевого поведения обычно связывается с усилением и ослаблением пищевого влечения, либо представляется следствием аффективно-идеаторных нарушений невротического уровня. Больные нервной анорексией представляют крайние формы проявлений дезадаптивного пищевого поведения. В настоящий момент уже исследовано, что вмешательство субъекта в механизмы контроля пищевого поведения может привносить своеобразие в нейрокогнитивные механизмы исполнительского функционирования и быть связанным с нарушением обработки эмоциональных стимулов, что, как следствие, может приводить к низкому уровню социальной адаптации больных с нарушениями пищевого поведения. Современное понимание социально-когнитивного функционирования человека подразумевает его способность создавать представления об отношениях между ним самим и другими людьми с их последующим гибким использованием в процессе реализации социального поведения. Однако в настоящий момент требует уточнения, какие именно механизмы исполнительского функционирования приводят к нарушению социальной адаптации, приводящему к нарушению питания. Таким образом, целью нашего исследования стало изучение одного из ведущих компонентов структуры личности – пространственно-временных характеристик внутреннего мира личности, как сквозных характеристик всех видов психических процессов.

**Материалы и методы исследования.** Была обследована группа девушек, больных анорексией (34 человека). В исследование не включались лица с первичными аффективными, органическими, невротическими расстройствами, уровень интеллектуального развития в пределах возрастной нормы. В исследовании пациентам предлагались Шкала оценки пищевых предпочтений (ШОПП), которая позволяет определить выраженность специфических признаков отклонения пищевого поведения, методика «Схема наиболее значимых жизненных событий» А. А. Кроник, Е. А. Кроник, тест Мини-мульти, тест смысложизненных ориентаций Д. А. Леонтьева.

#### **Результаты и обсуждение**

Шкала оценки пищевых предпочтений позволила выявить чрезмерное беспокойство о весе, ощущение общей неадекватности, нарушенная способность четко дифференцировать свои внутренние ощущения. Наиболее выраженными выявлены: стремление к худобе ( $5,13 \pm 2,4$ ), чрезмерное беспокойство о весе и систематические попытки похудеть ( $4,51 \pm 3,7$ ), неудовлетворенность телом, восприятие себя как чрезмерно толстой ( $5,66 \pm 2,1$ ),

ощущение сильного одиночества ( $4,25 \pm 2,2$ ), отсутствие ощущения безопасности и неспособности контролировать собственную жизнь ( $3,84 \pm 4,0$ ), перфекционизм ( $3,51 \pm 3,2$ ), недоверие в межличностных отношениях, чувство отстраненности от контактов с окружающими ( $4,52 \pm 2,7$ ), дефицит уверенности в отношении распознавания чувства голода и насыщения ( $4,74 \pm 2,5$ ).

Обследование с помощью методики Мини-Мульти выявило выраженное проявление депрессивности, тревожности, паранойяльные тенденции, которые соответствовали невротическому профилю личности с преобладание по перечисленным шкалам ( $236,71489/FKL$ ). Это определило выраженное проявление настороженности в отношении любых попыток скорректировать дезадаптивное пищевое поведение и предупредить его драматичные последствия, что дает основания предполагать специфический характер когнитивной организации их психических процессов. У формально здоровых студентов не выявлено преобладание какого-либо профиля личности и шкал, достигающих уровня патологии и определяющих поведение.

Исследование с помощью методик «Схемы наиболее значимых жизненных событий» и теста смысложизненных ориентаций Д. А. Леонтьева позволил определить следующие особенности у больных нервной анорексией: построение всей схемы жизни разворачивается не вокруг какого-либо события, а вокруг образа «Я» сведенным до уровня образа тела. Для всех больных отмечается отсутствие позитивных событий в прошлом, связи прошлого с настоящим и будущим (результативность жизни –  $11,13 \pm 3,286$ , интерес к жизни, ее эмоциональная насыщенность –  $16,41 \pm 3,346$ , локус-контроля жизни –  $13,17 \pm 4,426$ ). Выделяется явное сужение временной перспективы значимым является только настоящее связанное с весом тела (локус-контроля «Я» –  $16,64 \pm 4,816$ ). Проведённое нами исследование смысловой сферы больных позволило выявить устойчивые нарушения психологической структуры смысловой сферы и компонентов социально-когнитивного функционирования: восприятие, интерпретацию и генерирование ответа на эмоции, намерения и характерологические проявления других людей, навыков, которые индивид использует для понимания и эффективного взаимодействия с другими людьми.

#### **Выводы**

Выявлено когнитивное своеобразие и особенности эмоционального восприятия в глобальной организации пространственно-временной схемы собственной личности, свойственные больным нервной анорексией.

Это позволяет определить что сознательная коррективная коррекция механизмов контроля пищевого поведения может

определять специфические механизмы когнитивной организации всего функционирования и быть связанным с нарушением обработки эмоциональных стимулов,

что, как следствие, нарушает социальную адаптацию больных с нарушениями пищевого поведения.



УДК: 616.895.8

**О. Ф. Мруг**

### **ЗАСТОСУВАННЯ АТИПОВИХ АНТИПСИХОТИКІВ У ЛІКУВАННІ ШИЗОФРЕНІЇ**

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

В останні десятиліття психіатрія зазнала бурхливих змін у терапевтичних підходах до лікування шизофренії. Причиною цього став синтез нових антипсихотиків та поєднання елементів психотерапії та психофармакології з метою покращення якості лікування захворювань шизофренічного регістру. Передумовою даного комплексного підходу стала інтеграція його в клінічну практику, позитивний досвід зменшення кількості екзоцербаций та повторних госпіталізацій.

У 1950-х роках почався стрімкий розвиток використання психотропних речовин при лікуванні психічних захворювань. Всім нам відомо, що хлорпромазин — перший нейролептик – первинно був створений як вегетостабілізуючий препарат. І з того часу висувалися нові біологічні теорії, за допомогою лабораторних аналізів, комп'ютеризації та проведення клінічних досліджень вдосконалювалися терапевтичні підходи. Нині відомо багато даних про механізми дії нейролептиків та наявність їх побічних ефектів. За рахунок клінічної практики використання антипсихотиків стає зрозумілою взаємозалежність між дозою та ефектом, що дає можливість створення нового покоління антипсихотиків та якісно нової зміни в лікуванні шизофренії. Раніше першочергове значення надавалося позитивній симптоматиці — галюцинаціям та маячінню, наразі ж більш важливим фактором інвалідизації вважається дефіцитарна симптоматика у вигляді ангедонії, сплющення афекту, вольових порушень та нейрокогнітивного дефіциту. Такі атипові антипсихотики, як, наприклад, кветіапін, зипрасідон, аріпіпразол, оланзапін, рисперидон та ін.

мають більшу ефективність у порівнянні з типовими нейролептиками перш за все в лікуванні негативної симптоматики, згладження або нівелювання якої необхідне для адаптації хворих на шизофренію, підвищення їх реабілітаційного потенціалу та якості життя.

Згідно з даними деяких авторів [А. Ф. Шацберг, Д. О. Коул, Ч. ДеБаттиста «Руководство по клинической психофармакологии», Москва «Медпресс-информ», 2013 г.], переважна більшість ефективних антипсихотиків діють на нігдростріарну систему та викликають екстрапірамідні розлади. Для досягнення бажаного клінічного ефекту необхідне блокування не менше 60–80% дофамінових D2-рецепторів антипсихотиком. У зв'язку із цим постає дилема: низький рівень антагонізму до дофаміну не забезпечує антипсихотичного ефекту, а вищий рівень блокади може спричинити виникнення ЕПР. При цьому вищі дози атипових антипсихотиків не мають прямої залежності зі збільшенням антипсихотичного ефекту, а відсутність ЕПР може бути пояснена коротким періодом блокади дофамінових рецепторів.

Вибір і призначення оптимальної антипсихотичної терапії для конкретного пацієнта відіграє значну роль у встановленні комплаєнсу між пацієнтом та психіатром, підвищує впевненість хворого у вплив лікування, формує позитивне відношення до хвороби та реалістичні очікування у повернення до звичного способу життя.

Отже, перспективність та практичне значення клінічної розробки нових антипсихотиків є важливою передумовою вдосконалення існуючих методів лікування шизофренії та реабілітації даного контингенту пацієнтів.

УДК 616.89

**Е. С. Осуховская, С. И. Табачников**  
**ХИМИЧЕСКИЕ И НЕХИМИЧЕСКИЕ АДДИКЦИИ:**  
**АССОЦИИРОВАННЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ**

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии

Принцип единства психофизиологических процессов в организме человека обуславливает формирование, как правило, на фоне стержневой, доминирующей сопутствующих, коморбидных патологий. Как показывает изучение результатов последних исследований в психиатрии и наркологии, достаточно распространена сочетанная психопатология, в структуру которой входят как нехимические (например, игровая), так и химические

(например, алкогольная, табачная, наркотическая) аддикции, образуя при этом широкий спектр полиморфных клинических проявлений (процессуальных, личностно-патологических, психоорганических, аффективных), усложняя диагностический процесс и оказание специализированной психо-наркологической помощи и требуя проведения более дифференцированных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Обнаружен также перемежающийся тип коморбидности патологической зависимости от азартных игр и алкоголизма: при развитии ремиссии одного из указанных заболеваний резко обострялось другое.

Ввиду чрезвычайной актуальности темы аддиктивного поведения, связанного с химическими и нехимическими аддикциями, для изучения распространенности и особенностей проявления такого поведения нами был обследован 3361 человек (студенты ВУЗов Украины). У 9,6% молодых людей (из которых 55,18% – юноши, 44,82% – девушки) обнаружено аддиктивное поведение, ассоциированное с участием в азартных играх, среди которых достоверно большее количество респондентов курят табак, причем во время игры количество выкуренных сигарет значительно возрастает, употребляют спиртные напитки до, во время и после участия в азартных играх. В ходе обследования определено, что среди игровых аддиктов отсутствуют лица, не употребляющие

алкоголь. Нарушения сна, раздражительность вне игры, реакция при разрешении абстиненции, вегетативные нарушения, аффект подавленности и тоски, астенический компонент были более выражены у респондентов, курящих табак, которые чаще жаловались на плохое самочувствие до увлечения играми, чем некурящие, что могло стать дополнительным пусковым механизмом в проявлении и усугублении нарушений адаптации. Вегетативной дисфункции у игроманов сопутствует агрессивность, депрессивные радикалы, а у курильщиков и астенические проявления, ярче выраженные и глубже интегрированные с эмоциональными нарушениями. Игровая абстиненция сопровождалась аффективными переживаниями, более интенсивными у курильщиков. Таким образом, детерминировано положение о взаимопотенцирующем формировании у молодых людей сочетанной аддиктивной химической и нехимической психопатологии и наличии личностной предрасположенности.

УДК 159.2/.3:343.811-051

**О. А. Панченко, И. Ю. Басараб**  
**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ ЛИЦ,**  
**РАБОТАЮЩИХ В СЛЕДСТВЕННЫХ ИЗОЛЯТОРАХ**

ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»,  
г. Константиновка, Донецкая обл.

Профессиональная деятельность сотрудников пенитенциарной службы имеет свою специфику и оказывает негативное воздействие на личность.

**Цель исследования:** выявление уровня тревожности и эмоциональной напряженности, определение стратегий преодоления стрессогенных ситуаций.

Объект исследования: 125 человек в составе младших инспекторов надзора и безопасности Артемовского следственного изолятора управления Государственной пенитенциарной службы Украины в Донецкой области. Из них мужчин – 80,8%, женщин – 19,2%. Средний возраст – 29,4 лет.

**Методы исследования:** тест «Исследование тревожности» (опросник Спилбергера); метод цветочных выборов Люшера; определение моделей поведения в стрессовых ситуациях (шкала SACS). Анализ результатов осуществлялся с помощью методов описательной статистики, корреляционного анализа (показатель ранговой корреляции Спирмена). Результаты тестов позволяют не только выявить картину психоэмоционального состояния, определить предпочитаемые модели преодоления стрессогенных ситуаций, но и дают возможность обозначить психологические аспекты стрессоустойчивости данного контингента.

**Результаты исследования:** у обследованных преобладает средний уровень личностной и реактивной тревожности. Низкий уровень реактивной тревожности выявлен у 41 чел. (32,8%); средний – у 76 чел. (60,8%); высокий – у 8 чел. (6,4%). Низкий уровень личностной

тревожности зафиксирован у 46 чел. (36,8%); средний – у 73 чел. (58,4%); высокий – у 6 чел. (4,8%).

Эмоциональная устойчивость (0 баллов по тесту Люшера) зафиксирована у 47 чел. (37,6%); эмоциональная неустойчивость (1-2 балла) отмечается у 49 чел. (39,2%); эмоциональная напряженность (3-7 баллов) – у 29 чел. (23,2%).

В зависимости от выбранной стратегии преодоления стрессогенных ситуаций определенные модели поведения могут способствовать или препятствовать успешности преодоления профессиональных стрессов, а также оказывать влияние на сохранение здоровья субъекта общения и труда. «Здоровое» преодоление является и активным, и просоциальным. Активное преодоление в совокупности с положительным использованием социальных ресурсов повышает стрессоустойчивость человека. Стратегии пассивности, асоциальная, агрессивная влекут за собой неуверенность, несмелость и предвещают негативный исход в стрессогенной ситуации.

Так, 62 чел. (49,6%) отдадут предпочтение пассивной стратегии преодоления, с моделью поведения «осторожные действия», 45 чел. (36%) выбирают модель поведения – «избегание», 60 чел. (48%) обследованных предпочитают просоциальную стратегию, с моделью поведения «поиск социальной поддержки», 43 чел. (34,4%), с моделью поведения «вступление в социальный контакт». Активная стратегия, с моделью поведения «ассертивные действия» характерна для 43 чел. (34,4%). Прямая стратегия, с моделью поведения «импульсивные действия» наблюдается у 40 чел. (32%).

**Выводы:** результаты проведенного исследования позволяют выявить лиц с низким уровнем стрессоустойчивости, способствуют профилактике негативных изменений личности, определению рекреационных

мероприятий с целью сохранения работоспособности и повышения адаптивных возможностей сотрудников пенитенциарной службы.



УДК 154.2/.3-07:656.13-051

**О. А. Панченко, М. В. Гаража, И. И. Кутько**  
**ПСИХОДИАГНОСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ НАРУШЕНИЙ**  
**У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА**

ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»,  
г. Константиновка, Донецкая обл.

По вине водительского состава происходит 70% всех дорожных происшествий. ДТП наносят значительный экономический ущерб гражданам и государству. Высокая аварийность на дорогах в значительной степени связана с психоэмоциональным и функциональным состоянием водителей, которые вынуждены работать в условиях воздействия экстремальных факторов или угрозы их появления. Профессиональная деятельность водителей связана с высоким нервно-эмоциональным напряжением, с высокой ответственностью, большой ценой ошибок, наличием личного риска и риска для окружающих при ошибочных действиях. Негативные психические состояния, эмоциональное напряжение, личностные нарушения отрицательно сказываются на процессе профессиональной деятельности, снижают ее надежность, приводят к возникновению ошибочных действий.

Своевременная диагностика эмоционального состояния и личностных особенностей позволяет выявить водителей, в наибольшей степени склонных к ошибочным действиям, а также на ранней стадии предупредить развитие нарушений в эмоциональной и личностной сферах.

Материалы и методы. Испытуемые – 47 чел.: 22 водителя маршрутных автобусов и 25 водителей МЧС Украины. Средний возраст –  $38,8 \pm 8,4$  года, стаж вождения –  $18,9 \pm 8$  лет.

Методы исследования: анализ документов, биография, психодиагностика (метод цветовых выборов М. Люшера; диагностика нервно-психического напряжения Т. А. Немчина; опросник структуры темперамента В. М. Русалова; пятифакторный опросник личности «Большая пятерка»), методы математической статистики (методы описательной статистики, корреляционный анализ по Спирмену).

Результаты и их обсуждение. Тревога, высокий уровень эмоциональности, высокая чувствительность к фрустрирующим ситуациям, неуверенность, беспокойство по поводу работы выявлены у 5 чел. (10,6%). Депрессивность, неустойчивость настроения установлена у 2 чел. (4,3%). Эмоциональная напряженность и эмоциональный стресс диагностирован у 7 чел. (14,9%). Уровень нервно-психического напряжения у данных испытуемых слабый. Установлены нарушения эмоциональной сферы, негативные тенденции в личностной организации: у 10 чел. (21,2%) – низкий уровень предметной эргичности, сниженный тонус, низкая вовлеченность в процесс деятельности. Замедленность действий, низкая скорость моторно-двигательных операций установлена у 7 чел. (14,9%); низкий уровень пластичности – у 8 чел. (17,0%).

Определялись корреляционные связи между показателями психологических особенностей и стажем водительской деятельности ( $p < 0,05$ ): прямые связи – между стажем водительской деятельности и эмоциональностью (0,38), а также социальной эмоциональностью (0,47); обратная связь – между стажем и экстраверсией (-0,32).

Выводы. У обследованных водителей выявлены нарушения в эмоциональной и личностной сферах. Стаж работы связывается с накоплением человеком профессионального опыта, формированием у него комплекса взаимосвязанных профессионально важных качеств. Однако под влиянием неблагоприятных факторов с увеличением стажа профессиональной деятельности у обследованных водителей проявляются деструктивные тенденции в виде повышения уровня общей и социальной эмоциональности, что оказывает отрицательное воздействие на адаптацию. Своевременная психодиагностика эмоциональной и личностной сфер позволяют выявить группу риска водителей, в наибольшей степени склонных к ошибочным действиям.

УДК 616.8:613.6:656.132-051

**О. А. Панченко, В. В. Плохих, М. В. Гаража**  
**АНАЛИЗ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ВОДИТЕЛЕЙ**  
**ГОРОДСКОГО ПАССАЖИРСКОГО АВТОТРАНСПОРТА**

ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»,  
г. Константиновка, Донецкая обл.  
Национальный аэрокосмический университет им. Н. Е. Жуковского, г. Харьков  
Украинская инженерно-педагогическая академия, г. Харьков

Дорожно-транспортные происшествия в настоящее время продолжают занимать первое место среди причин травматизма. Ежедневно на дорогах Украины в дорожно-транспортных происшествиях погибает от 13 до 20 человек, и еще более 100 травмируются. В современных условиях дорожного движения значительно возрастают требования, предъявляемые к психике человека, элементами которой являются восприятие, внимание, память, мышление, навыки, эмоции, мотивация, свойства личности. При управлении автомобилем каждая из этих составных частей психики может быть источником ошибочных действий.

Анализ водительской деятельности показывает, что она сопряжена с большими нервно-психическими и энергетическими затратами, наличием значительного числа непредвиденных, быстроизменяющихся ситуаций, с опасностью и высоким риском, которые могут способствовать возникновению пограничных и непсихотических психических нарушений.

**Цель работы** – анализ психического состояния водителей с целью выявления «группы риска» и профилактики психических расстройств.

Материалы и методы. В ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины» обследовано 36 водителей маршрутных автобусов. Применялись психологические и психофизиологические методики: «Отыскивание чисел с переключением» (красно-черная таблица), «10 слов», «Компасы», «Теплинг-тест», методика для определения динамических характеристик субъекта (свойства темперамента по Стреляу), метод цветных выборов Люшера, методика изучения фрустрационных реакций С. Розенцвейга, методика изучения доминирующей стратегии поведения в конфликте К. Томаса, тест дифференциальной самооценки функционального состояния «Самочувствие, активность, настроение» (САН), методика определения мотивации к достижению успеха и избеганию неудач Т. Элерса, компьютеризированный тест «Зрительно-моторные реакции» (ЗМР), компьютеризированная методика «Скорость оценки формирования установки на действие».

**Результаты и их обсуждение.** По результатам исследования установлены лица с низким уровнем распределения и переключения внимания, низкими способностями к ориентации в пространстве, слабым типом нервной системы, что свидетельствует о низком уровне вхождения в рабочее состояние. Нарушений мнестических функций не установлено.

Эмоциональная неустойчивость выявлена практически у 40% обследованных водителей. Снижение работоспособности отмечается у 60% испытуемых. Установлено наличие низкого уровня социальной адаптации и преобладание импунитивной реакции с фиксацией на самозащите. Среди обследуемых обнаружено преобладание конструктивных форм поведения в конфликте. Низкая мотивация к достижению успеха проявляется в безинициативном поведении при решении сложных задач, пассивной позиции, бездействии в ситуации осознанного риска. Все испытуемые считают собственное самочувствие и настроение хорошим, 77% отметили у себя удовлетворительный уровень активности.

#### **Выводы**

В результате исследования установлено, что 44% обследованных водителей маршрутных такси имеют нарушения показателей психофизиологического, психоэмоционального и функционального состояния, что обуславливает низкую психологическую надежность их профессиональной деятельности.

Водители с нарушениями вышеперечисленных показателей составляют «группу риска» как в связи с повышенной вероятностью ошибочных действий, так и в плане возникновения психических нарушений, т. к. они являются наименее устойчивыми к воздействию негативных факторов профессиональной деятельности.

Эффективная организация проведения медико-психологических исследований, а также адекватные меры, принятые по их результатам, являются одним из ключевых звеньев профилактики психических расстройств у самих водителей, возникновения дорожно-транспортных происшествий, экономического ущерба и залогом психологического благополучия в обществе.

УДК 616.89-008.46-07:616.831-002]+ 615.832.9

Л. В. Панченко, О. Г. Садчікова

**ОЦІНКА КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ОСІБ З ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ ПРИ ПРОХОДЖЕННІ ЗАГАЛЬНОЇ ПОВІТРЯНОЇ КРІОТЕРАПІЇ**

ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,  
м. Костянтинівка, Донецької обл.

Дисциркуляторна енцефалопатія – це синдром хронічного прогресуючого ураження головного мозку судинної етіології, який розвивається в результаті повторних гострих порушень мозкового кровообігу або хронічної недостатності кровопостачання головного мозку. Цереброваскулярні захворювання, у тому числі досить виражені, можуть довгий час виявлятися тільки когнітивними розладами. На стадії судинної деменції відзначається виражене дифузне порушення всіх когнітивних функцій, через яке пацієнт позбавляється успішної адаптації. Тому в діагностиці хронічної цереброваскулярної недостатності слід приділяти особливу увагу оцінці стану когнітивної сфери.

У дослідженні брали участь 118 осіб з дисциркуляторною енцефалопатією. Пацієнти були розділені на дві групи: експериментальну (61 особа) та контрольну (57 осіб). Пацієнтам експериментальної групи призначали комплексне лікування: поряд із медикаментозною терапією призначали сеанси загальної повітряної кріотерапії; пацієнтам контрольної групи призначали класичне лікування при даній патології. Оцінка динаміки когнітивних функцій пацієнтів проводилась на 1-й, 4-й та 20-й день проходження курсу лікування, з метою аналізу його ефективності.

Для діагностики когнітивних процесів у пацієнтів використовувалися наступні психодіагностичні методики: «Запам'ятовування 10 слів» (С. Я. Рубінштейн), таблиці Горбова-Шульте та червоно-чорна таблиця Шульте, коректурна проба.

Після проведення діагностичного дослідження в експериментальній групі на перший день проходження кріо процедури у 71% були діагностовані порушення короткочасного запам'ятовування, у 79% – порушення довготривалої пам'яті, у 53% виявлено порушення уваги, у 45% увага характеризувалася виснаженістю.

В контрольній групі в результаті психодіагностики виявлено, що у 74% є порушення короткочасного запам'ятовування, у 80% – порушення довготривалої пам'яті, у 49% виявлено порушення уваги, у 46% увага виснажена.

Статистично значущих відмінностей як в експериментальній, так і в контрольній групах між результатами проведеної психодіагностики на 1-й та 4-й день не встановлено. Це свідчить про необхідність продовження лікування з метою отримання очікуваного терапевтичного ефекту.

Після проходження 20-ти сеансів загальної повітряної кріотерапії за результатами психодіагностичних методик в експериментальній групі була встановлена позитивна динаміка, а саме, у 15% пацієнтів покращились показники короткочасного запам'ятовування, у 18% – показники довготривалої пам'яті, у 16% покращилась увага. Результати психодіагностики функцій пам'яті та уваги на 1-й та 20-й день кріотерапії мають статистично значущі відмінності ( $p < 0,05$ ).

Після 20-го дня проходження лікування в контрольній групі у 7% покращились показники короткочасного запам'ятовування, у 4% покращились показники довготривалої пам'яті, у 15% покращилась увага. Однак статистично значущі відмінності встановлені лише за показниками уваги ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, комплексне лікування дисциркуляторної енцефалопатії із застосуванням загальної повітряної кріотерапії має більш виражений терапевтичний ефект, ніж при класичному лікуванні, про що свідчить покращення показників короткочасного запам'ятовування, довготривалої пам'яті, уваги. Використання психодіагностичних методик дає можливість оцінити динаміку лікування судинних порушень через аналіз когнітивних функцій хворих.

УДК 616.89-008.46-07-082.4-085

**О. А. Панченко, А. В. Стасюк, Т. В. Петракова**  
**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»,  
г. Константиновка, Донецкая обл.

В последние десятилетия в психиатрии отмечается повышенный интерес к проблеме когнитивного функционирования у пациентов. Под когнитивными (познавательными) функциями понимают наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания

мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним.

**Цель:** определение особенностей и эффективности психологических методов диагностики и коррекции когнитивных нарушений у пациентов психоневрологического отделения.

**Объект исследования:** нами наблюдалось 50 чел. с органическим расстройством личности в возрасте от 45 до 75 лет (средний возраст  $63,5 \pm 3,6$  года), проходившие курс лечения в дневном стационаре психоневрологического отделения ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины».

Методы исследования: сбор анамнеза, определение сомато-неврологического и психиатрического статуса, психодиагностические методики («Запоминание 10 слов», «Запоминание фигур»), Краткое Исследование Психического Состояния (Mini-Mental State Examination – MMSE), Батарея лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery – FAB), Тест рисования часов).

**Результаты исследования:** в результате проведенных исследований выявлено: нарушение памяти – 45 чел. (90%), сужение объема внимания – у 33 чел. (66%), снижение работоспособности – у 42 чел. (84%), нарушение мыслительных операций – у 13 чел. (26%), симптомы деменции – у 2 чел. (4%).

Коррекция когнитивных функций представляет собой применение комплекса тренинговых программ – произвольного внимания, восприятия, зрительной и слухоречевой памяти, логического мышления, произвольной регуляции психической деятельности. Впоследствии достигается улучшение и развитие психических функций, т. е. восстановление когнитивного функционирования

больных. Психологическая реабилитация, включающая тренинг социальных навыков, больных органическим расстройством личности с когнитивными нарушениями проводилась в индивидуальной и групповой формах. Длительность занятий составляла от 1 часа до 1,5 часов.

После проведения реабилитационных мероприятий у пациентов наблюдалось улучшение памяти – у 9 чел. (36%), увеличение объема внимания – у 19 чел. (76%), повышение работоспособности – у 23 чел. (92%). По данным психодиагностического обследования, нарушение мыслительных операций сохранялось у 2 чел. (8%), симптомов деменции у 1 чел. (4%). Сами же больные субъективно отмечали появление некоторой «ясности» в мышлении.

**Выводы:** Применение методов психодиагностики в клинической практике позволяет установить наличие и оценить выраженность когнитивных нарушений, определить индивидуальную программу лечения и реабилитации.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что проведение тренинговых программ, нацеленных на улучшение когнитивных функций, в сочетании с тренингами социальных навыков, является не только целесообразным, но и необходимым звеном в комплексной программе восстановительного лечения больных органическим расстройством личности.



УДК 616.81/85.-085+615.837

**О. А. Панченко, Т. Э. Чумак, Л. В. Панченко**

**БИОАКУСТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ И СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССАМИ РАССТРОЙСТВ**

ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»,  
г. Константиновка, Донецкая обл.

В методике биоакустической коррекции (БАК) на основе компьютерного преобразования осуществляется отображение параметров биоэлектрической активности головного мозга в параметры звуковых стимулов.

**Целью** данного исследования явилось изучение эффективности и безопасности применения метода БАК в системе реабилитации невротических и связанных со стрессами расстройств.

**Материалы и методы:** лечение проводилось в дневном стационаре психоневрологического отделения ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины». Были выбраны больные с невротическими связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F40-F48 – 50 человек). Исследования проводились с помощью аппарата «Синхро-С» (г. Санкт-Петербург).

До начала и по окончании курса проводилась многомерная экспресс-оценка психоэмоционального состояния пациентов с использованием методик субъективного опроса, психологического и психофизиологического тестирования. Статистическая обработка осуществлялась

с помощью пакета статистических программ MedStat (Лях Ю. Е., Гурьянов В. Г., 2006).

Лечение включало: фармакотерапию (антидепрессанты СИОЗС и СИОЗС Н, адаптогены, нейрометаболические препараты, ноотропы); психотерапию (рациональная, групповая, телесно-ориентированная, гипносуггестивная, аутогенная тренировка); физиотерапию; БАК.

**Результаты и их обсуждение:** после проведения реабилитационных мероприятий с применением метода БАК отмечалось снижение уровня тревожности, фрустрации, депрессии, напряжения, эмоционального стресса; положительная динамика когнитивных показателей. Субъективные ощущения эффективности воздействий подтверждались и данными электрофизиологического обследования. В процессе проведения сеансов у всех пациентов происходило улучшение восприятия звукового образа посредством перестройки спектральных характеристик ЭЭГ, вследствие чего создавалось новое функциональное состояние ЦНС.

На фоне положительной динамики большинства исследуемых показателей отмечалось достоверное улучшение показателей качества жизни (энергичность, качество сна, эмоциональные реакции, физическая активность).

**Выводы:** метод биоакустической коррекции является современным эффективным, безопасным, немедикаментозным средством коррекции нервно-психических нарушений.

УДК 616.89

**О. А. Панченко, Л. В. Панченко, Т. Э. Чумак**

**СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины», г. Константиновка, Донецкая обл.

Рост распространенности когнитивных нарушений (в Украине составляет 23–25% всей популяции), связанный с увеличением доли людей пожилого и старческого возраста в популяции, возрастание требований к когнитивной сфере человека по мере развития современного общества диктуют необходимость поиска новых методов терапии.

Проведено комплексное клиническое, экспериментально-психологическое, функционально-диагностическое обследование 120 пациентов с легкими или умеренными когнитивными нарушениями в структуре непсихотических психических расстройств преимущественно сосудистого генеза в возрасте от 70 до 85 лет, которые в период с 2012 до 2013 гг. находились на лечении в дневном стационаре психоневрологического отделения ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины». Все пациенты имели среднее специальное или высшее образование.

Психологическая диагностика включала проективные и объективные личностные тесты, а также исследование нейро-когнитивного функционирования. Проводились электрокардиологическое, а также лабораторные исследования: общий анализ крови, определение количества глюкозы, общий анализ мочи. Применялись методики инструментальной диагностики – компьютерная и магнитно-резонансная томография, качественная и количественная электроэнцефалография, триплексное сканирование, эхоэнцефалоскопия.

На каждого пациента психиатром и психологом составлялась программа реабилитации, включающая план мероприятий по уходу и терапии. Медикаментозную терапию проводили психотропными, ноотропными, сосудистыми препаратами наряду с симптоматическим лечением. Симптоматическую терапию проводили антигипертензивными средствами, кардиотоническими и аналептическими препаратами и т. д.

При исследовании зрительного и предметного гнозиса у 21 пациента (17,5%) при узнавании перечеркнутых и наложенных изображений отмечалось включение внешней речи и легкая латентность деятельности.

При исследовании неречевого слуха было зафиксировано сужение объема запоминания и контроля за течением деятельности за счет выявления единичных ошибок.

При исследовании динамического праксиса у 104 пациентов (86,7%) отмечались трудности удержания трехэтапной программы плавного переключения с одного движения на другое; удержание правильной последовательности движений (проба «кулак – ребро – ладонь»).

«Простая реакция выбора» не вызывала затруднений у испытуемых, а при выполнении «усложненной реакции выбора» у 36 обследуемых (30%) были зафиксированы ошибки.

Исследование оптико-пространственной деятельности («Тест рисования часов») выявило трудности лишь при самостоятельном рисовании у 10 человек (8,3%), в то время как способность расположения стрелок на уже нарисованном циферблате сохранилась. При копировании куба, пересекающихся пятиугольников трудности возникли у 7 пациентов (5,8%).

При выполнении произвольного обратного счета (100-7) 91 пациент (75,8%) допускал ошибки, связанные с трудностями удержания программы, снижением контроля за выполнением задания.

При исследовании мнемических функций было зафиксировано снижение кратковременной памяти у 92 чел. (76,7%), долговременной – у 84 чел. (70%). Объем произвольного непосредственного запоминания 10 слов колебался в пределах 3–7 слов, а отсроченное воспроизведение в этой пробе – 4–7 слов. Выявлена истощаемость психической деятельности у 108 пациентов (90%).

По данным МРТ, в 80 случаях (66,7%) выявлены очаги ишемии в медиальных отделах височных долей, таламусе, мультифокальное поражение в базальных ганглиях, белом веществе головного мозга, в отдельных случаях наблюдали многочисленные или одиночные лакунарные очаги, расположенные в глубинных отделах белого вещества, в лобной и височной долях.

На фоне проведенной терапии, улучшение состояния отмечалось у 91 пациента (75,8%) при выписке.

Состояние когнитивных функций, оцениваемое по совокупности представленных параметров, достоверно улучшилось у 87 пациентов (72,5%).

Проведение MMSE в конце курса лечения продемонстрировало улучшение суммарного балла на 1-3 пункта. Наиболее явные улучшения наблюдались по таким показателям, как воспроизведение ранее заученных слов,

внимание и счет. Зафиксировано ускорение темпа психической деятельности, повышение уровня умственной работоспособности.

Таким образом, диагностика и лечение когнитивных нарушений в пожилом и старческом возрасте уменьшает риск и скорость развития деменции, улучшает качество жизни пациентов и их родственников.

УДК 616.89-008.441.1-08-059+615.832.9

**О. А. Панченко, Т. Э. Чумак**  
**ПРИМЕНЕНИЕ КРИОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ**  
**С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»,  
г. Константиновка, Донецкая обл.

Экспертная оценка тревожных расстройств свидетельствует о том, что они занимают ведущее место среди заболеваний населения и становятся одной из наиболее важных медико-социальных проблем. Актуальность проблемы обуславливает необходимость поиска новых методов лечения этой патологии. Одним из таких методов лечения является криотерапия.

**Цель исследования** – оценить эффективность криотерапии в реабилитации пациентов с тревожными расстройствами.

Проведено клиническое, экспериментально-психологическое, функционально-диагностическое обследование 68 чел. с тревожными расстройствами, в комплексном лечении которых применялась криотерапия. Контрольную группу составили 65 чел. – пациентов дневного стационара психоневрологического отделения ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины».

На современном этапе накоплен некоторый эмпирический опыт использования криотерапии с лечебной и профилактической целью. Установлено, что влияние экстремально низкой температуры вызывает ряд неспецифических адаптационно-компенсаторных реакций системы терморегуляции, кардио-респираторной, центральной нервной системы, системы вегетативной регуляции, которые приводят к оптимизации функционирования организма, повышению его функциональных резервов, что проявляется в улучшении психофизиологического состояния организма человека.

Для криотерапии использовалась криокамера «Cryo Therapy Chamber «Zimmer Medizin Systeme» -110°C (Германия). Криотерапия осуществлялась по авторской методике Fricke R. (1989). Применяли структурированное клиническое диагностическое интервью, САН, шкалу астенических состояний, шкалу нервно-психического

напряжения, методику для исследования личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина.

У 60 пациентов (88,2%) основной группы выявлены астенические нарушения, в контрольной группе – у 53 пациентов (81,5%), у 15 пациентов (22,0%) основной группы – чрезмерное нервно-психическое напряжение, в контрольной группе – у 12 обследуемых (18,5%). У 39 обследуемых (57,3%) основной группы и у 32 пациентов (49,2%) контрольной группы зафиксирован высокий уровень личностной тревожности, у 53 пациентов (77,9%) основной группы и у 48 пациентов (73,8%) контрольной группы – высокий уровень ситуативной тревожности. Неудовлетворительное самочувствие установлено у 16 пациентов (23,5%) основной группы и 18 пациентов (27,7%) контрольной, 33 пациента (48,5%) основной группы и 30 обследуемых (46,2%) контрольной группы оценили свою активность как неудовлетворительную. Неудовлетворительное настроение имеют 8 пациентов (11,7%) основной группы и 7 пациентов (10,7%) контрольной группы, 51 пациент (75%) основной группы и 47 пациентов (72,3%) контрольной группы отмечали средний уровень качества жизни.

Положительная динамика психического состояния пациентов отмечалась с 6 дня криовоздействия и опережала таковую в контрольной группе. Изменения психического состояния проявлялись в улучшении самочувствия, активности и настроения; снижении личностной и реактивной тревожности, астенических проявлений, повышении работоспособности, нервно-психического напряжения больных ( $p < 0,05$ ). Улучшение состояния отмечалось у 57 пациентов (83,8%) при выписке.

Таким образом, криотерапия в системе лечения и реабилитации лиц с тревожными расстройствами является безопасным, эффективным методом и может применяться для данной категории пациентов.



УДК 340.63:343.1-056.34

А. А. Педак

## ПРОФІЛАКТИКА СУСПІЛЬНО-НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЙ: ЕКСПЕРТНО-ПРАВОВІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПИТАННЯ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПРИМУСОВОМУ ПОРЯДКУ

Миколаївська обласна психіатрична лікарня №2

В Україні набрав чинності прийнятий Верховною Радою України новий Кримінально-процесуальний Кодекс (КПК, 2012) [1]. Положення КПК, Кримінального Кодексу України (КК) та Закону України «Про психіатричну допомогу» (ЗУППД) формують основу сучасної нормативно-правової бази надання психіатричної допомоги населенню як на загальних засадах, так і в примусовому порядку, з метою запобігання суспільно небезпечних дій відповідної категорії хворих [2; 3]. Відповідно цього, слід зазначити, що феномен злочину, згідно ч. 1 ст. 18 Кримінального кодексу України (КК), являється юридичним фактом, при якому – осудність є обов'язковою ознакою суб'єкта злочину. Згідно п.1 ст. 19 КК осудною визнається особа, яка під час вчинення злочину могла усвідомлювати свої дії (бездіяльність) і керувати ними, тому особа яка під час вчинення злочину не мала можливості усвідомлювати свої дії (бездіяльність) і керувати ними внаслідок хронічного психічного захворювання, тимчасового розладу психічної діяльності, недоумства або іншого хворобливого стану психіки, вважається неосудною.

До таких осіб, згідно ч. 2 ст. 19 ККУ, за рішенням суду можуть бути застосовані примусові заходи медичного характеру (ПЗМХ). Згідно ст. 9 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [4], застосування ПЗМХ щодо осіб, які вчинили суспільно небезпечні діяння, допускається тільки на підставах і в порядку, передбачених законами України. При цьому слід зазначити, що згідно ст. 506 КПК, особа, стосовно якої передбачається застосування ПЗМХ, або вирішується питання про їх застосування, користується правами підозрюваного та обвинуваченого в обсязі, який визначається характером розладу психічної діяльності чи психічного захворювання відповідно до висновку судово-психіатричної експертизи, та здійснює їх через законного представника, захисника. І тільки якщо характер розладу психічної діяльності чи психічного захворювання особи перешкоджає проведенню процесуальних дій за її участю або участі у судовому засіданні, прокурор, суд мають право прийняти рішення про проведення відповідних процесуальних дій без участі такої особи.

Згідно ст. 508 КПК, до особи, з моменту встановлення у неї факту розладу психічної діяльності чи психічної хвороби, та стосовно якої передбачається застосування ПЗМХ, або вирішується питання про їх застосування, можуть бути застосовані судом наступні 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.

Застосування вище передбачених запобіжних заходів, у залежності від характеру та тяжкості захворювання, тяжкості вчиненого діяння, а також з урахуванням ступеня небезпечності психічно хворого для себе або інших осіб здійснюється згідно із загальними правилами, передбаченими КПК, та у відповідності зі ст.19 ЗУППД [5], ст. 94 КК. Таким чином, при виконанні вищезазначених процесуальних рішень (пп. 1, 2 ст. 508 КПК), психіатричні служби повинні керуватись наступними положеннями:

Передання під піклування опікунам, близьким родичам чи членам сім'ї з обов'язковим лікарським наглядом відповідає вимогам надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку особі, яка страждає на психічний розлад і вчинила суспільно небезпечне діяння (СНД), проводиться у разі, якщо вона за станом свого психічного здоров'я не потребує госпіталізації до психіатричного закладу (п.1 ст. 94 КК).

Поміщення до психіатричного закладу в умовах, що виключають її небезпечну поведінку проводиться шляхом госпіталізації до відповідного режиму нагляду в психіатричний заклад із звичайним, посиленням, чи суворим наглядом.

Окрім цього, слід зазначити, що згідно ст. 19 КК кримінальній відповідальності не підлягають особи, які під час вчинення СНД, передбаченого КК, перебувала в стані неосудності. Не підлягають покаранню і особи, які вчинили злочин у стані осудності, але до постановлення вироку захворіли на психічну хворобу, яка позбавляла її можливості усвідомлювати свої дії (бездіяльність) або керувати ними. А також особи, які: а) вчинили у стані обмеженої осудності злочини; б) вчинили злочин у стані осудності, але захворіли на психічну хворобу до постановлення вироку або під час відбування покарання.

Таким чином, до осіб з психічними розладами, за рішенням суду, згідно ст. 93, 94 ККУ, ст. 19 ЗУППД, можуть застосовуватися наступні ПЗМХ:

1. Надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку (ПДПП) – якщо особи за станом свого психічного здоров'я не потребують госпіталізації до психіатричного закладу.
2. Госпіталізація до психіатричного закладу із звичайним наглядом може бути застосована судом щодо психічно хворих, які за своїм психічним станом і характером вчиненого суспільно небезпечного діяння потребують утримання у психіатричному закладі і лікування у примусовому порядку.
3. Госпіталізація до психіатричного закладу з посиленням наглядом може бути застосована судом щодо психічно хворих, які вчинили суспільно небезпечне діяння, не пов'язане з посяганням на життя інших осіб, і за своїм

психічним станом не становить загрози для суспільства, але потребує тримання у психіатричному закладі та лікування в умовах посиленого нагляду.

4. Госпіталізація до психіатричного закладу із суворим наглядом може бути застосована судом щодо психічно хворого, який вчинив суспільно небезпечне діяння, пов'язане з посяганням на життя інших осіб, а також щодо психічно хворого, який за своїм психічним станом і характером вчиненого суспільно небезпечного діяння становить особливу небезпеку для суспільства і потребує тримання у психіатричному закладі та лікування в умовах суворого нагляду.
5. У разі, якщо не буде визнано за необхідне застосування до психічно хворого примусових заходів медичного характеру, або припинення застосування таких заходів, суд може передати його на піклування родичам або опікунам з обов'язковим лікарським наглядом.

Продовження, зміна або припинення застосування ПЗМХ здійснюється судом за заявою представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра), який надає особі таку психіатричну допомогу, на підставі висновків комісії лікарів-психіатрів. При цьому слід зазначити, що згідно ст. 96 КК примусове лікування може бути застосоване судом, до осіб, які не вчинили злочини, а мають хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб. У такому разі, примусове лікування може здійснюватися у спеціалізованих відділеннях психіатричних закладів. У даному випадку це стосується психічно хворих осіб, які не вчинили суспільно-небезпечних діянь, але відмовляються від лікування у спеціалізованих протитуберкульозних закладах.

Відносно обмеженої осудності окремо слід зазначити, що згідно ст. 20 КК, обмежено осудна особа зобов'язана бути підданою примусовому впливу держави – покаранню (п.1), але вчинення злочину у стані обмеженої осудності повинно враховуватися судом при винесенні вироку і може бути підставою для застосування ПЗМХ (п.2). При цьому стан обмеженої осудності повинен характеризуватися наявністю проявів часткової свободи волі, що у кримінальному праві означає здатність усвідомлювати свої дії та керувати ними, хоч і обмежено. Тому наявність обмеженої осудності у підслідного дає підставу ставити питання про винність особи, її кримінальну відповідальність.

Таким чином, у відповідність до положень ст. 368, п. п. – 8,9,10, нового КПК судом, при ухваленні вироку, повинно вирішуватися питання, відносно того:

- чи вчинив обвинувачений кримінальне правопорушення у стані обмеженої осудності;
- чи є в наявності підстави для застосування до особи, яка вчинила кримінальне правопорушення у стані обмеженої осудності, примусові заходи медичного характеру (ПЗМХ), передбачені ч. 2, ст. 94 КК;
- чи слід у випадках, передбачених ст. 96 КК, застосувати до обвинуваченого примусове лікування.

Відносно організації надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку (АПДПП)

слід зауважити, що термін проведення ПЗМХ для цієї категорії хворих не обов'язково отожднюється терміну строку позбавлення волі. Якщо процесуальне рішення не передбачає позбавлення волі, поряд з покаранням суд відповідно до ч. 6 ст. 94 КК України може передати психічно хворого злочинця на піклування родичам з обов'язковим лікарським наглядом або, керуючись ч. 1 ст. 94 КК України, ст. 19 ЗУППД – застосувати ПЗМХ у вигляді амбулаторної психіатричної допомоги у психіатричних закладах органів охорони здоров'я за місцем проживання засуджених.

У цих закладах, відповідно до рішення суду та «Інструкції 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» затвердженої спільним наказом МОЗ України та МВС України №346/877 від 19.12.2000 р. здійснюється лікувально-профілактичний нагляд та супровід (диспансерна група «ТПР») [6]. Таким чином, основною метою покарання з застосуванням ПЗМХ у вигляді АПДПП є – спеціалізована медична профілактика можливих злочинів, скоєних психічно хворими.

Окремо слід наголосити, що обираючи при ухваленні вироку норму закону України про кримінальну відповідальність, яка підлягатиме застосуванню при скоєнні СНД, суд зобов'язаний враховувати висновки Верховного Суду України, викладені в його ухвалах, до випадків, передбачених ч. 2 ст. 455 і ч. 2 ст. 456 КПК. Попри це слід зауважити, що до особи, яка вчинила кримінальне правопорушення у стані обмеженої осудності, ПЗМХ передбачений п. 9 ч.1. ст. 96 КК, може бути застосований, лише за наявності акта психіатричної експертизи та висновку лікувальної установи. А примусове лікування, передбачене п. 10 ч.1 цієї статті, може бути застосоване лише за наявності відповідного висновку лікувальної установи. Таким чином, аналізуючи нормативно-правову базу з цього питання, слід зазначити, що ефективність покарання повинно залежати не від суворості, а від спрямованості на чинники скоєння злочину, виходячи з медичного критерію обмеженої осудності, який передбачає наявність у підсудного певних психічних розладів; при цьому слід усвідомлювати, що, можливо, саме вони могли бути основним чинником скоєння суспільно небезпечного діяння (СНД).

Відносно висновків експертів-психіатрів щодо необхідності застосування вище приведених ПЗМХ слід зазначити, що у постанові Пленуму Верховного суду України від 03.06.2005 р. №7 вказано, що суди повинні критично оцінювати висновки експертів-психіатрів з точки зору їх наукової обґрунтованості, переконливості й вмотивованості, оскільки згідно зі статтями 75, 84, 91 КПК, ці висновки є доказами у справі, які не мають наперед установленної сили, не є обов'язковими для суду, але незгода з ними має бути вмотивована у відповідних процесуальних рішеннях суду [7]. По цьому питанню у Постанові Пленуму Верховного суду України №8 від 30.05.1997 р. «Про судову експертизу в кримінальних

і цивільних справах» (із змінами, внесеними згідно з Постановою Пленуму Верховного суду України №15 від 25.05.1998 р.) зазначено, що, оцінюючи висновок експерта, суд повинен з'ясувати, крім іншого, узгодженість між дослідницькою частиною і підсумковим висновком експертизи та обґрунтованість експертного висновку, його узгодженість з іншими матеріалами справи [8].

У зв'язку з вищезазначеним окремо слід наголосити, що у відповідність до постанови Європейського суду з прав людини (ЄСПЛ, Страсбурзький суд) від 20.10.2005 р., по справі «Романов проти Росії» – визнав, що присутність особи, відносно якої судом вирішується питання щодо застосування ПЗМХ у приміщенні, де слухається справа, обов'язкова, оскільки суддя повинен особисто переконатися у його психічному стані й прийняти справедливе рішення. Розгляд справи судом при відсутності заявника у судовому засіданні всупереч його бажання допускається лише при наявності виняткових обставин, наприклад таких як – агресивної поведінки особи, або такого психічного і фізичного стану, що не дозволяє предстати перед судом [9].

Переведення хворих на психічні розлади, до яких застосовані ПЗМХ відбувається у відповідності з «Порядком» затвердженим наказом МОЗ України від 08.10.2001, № 397 [10]. Так, згідно п.7 «Порядку» хворі зі слідчих ізоляторів, тюрем і психіатричної лікарні для засуджених у психіатричні заклади із суворим, посиленням або звичайним наглядом переводяться силами і засобами установ-відправників. Зі слідчих ізоляторів, тюрем і лікарні для засуджених до найближчих до них обмінних пунктів планових маршрутів внутрішніх військ МВС України, а за плановими маршрутами – караулами внутрішніх військ МВС України. При цьому переведенні хворі на всьому шляху руху повинні супроводжуватися медичними працівниками цих установ.

У 2012 р., з метою вдосконалення медичного забезпечення осіб узятих під варту, та у відповідність до ст. 11 Закону України «Про попереднє ув'язнення» та ст.ст. 6, 39, 72 Основ законодавства України про охорону здоров'я, наказом МОЗ № 239/205 від 18.04.2012 р. був затверджений Порядок взаємодії закладів охорони здоров'я з Державною кримінально-виконавчою службою

України із закладами охорони здоров'я з питань надання медичної допомоги особам, узятим під варту» [11].

Підбиваючи підсумок викладених у статті матеріалів, ми маємо сказати, що саме комплексне тлумачення вищезазначених нормативно-правових актів повинно відбуватись, коли йдеться про захист суспільства від потенційно небезпечних суб'єктів та захист конституційних прав осіб, які страждають на психічні розлади, оскільки людина, її життя та здоров'я, честь і гідність, недоторканність та безпека, на підставі ст. 3 Конституції України визнаються найвищою в Україні соціальною цінністю [12].

### Література

1. Кримінально-процесуальний кодекс України із змінами і доповненнями, внесеними Законом України від 5 липня 2012 року N 5076-VI.
2. Кримінальний кодекс України від 5 квітня 2001 р. №2341-III // Відомості Верховної Ради. – 2001. – №25-26.-С. 131.
3. Закон України «Про психіатричну допомогу» від 22 лютого 2000 р. №1489-1 // Відомості Верховної Ради. – 2000. – №19. – С. 143.
4. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. №2801-XI // Відомості Верховної Ради. – 1993. – №4.
5. Закон України «Про психіатричну допомогу» від 22 лютого 2000 р. №1489-11 // Відомості Верховної Ради. – 2000. – №19. – С. 143.
6. Наказ МОЗ України та МВС України від 19.12.2000 р. №346/877 «Про заходи щодо запобігання небезпечним діям з боку осіб, які страждають на тяжкі психічні розлади» від // Нормативно-правові документи з питань надання психіатричної допомоги. – МОЗ України. – 2007.
7. Постанова Пленуму Верховного суду України «Про практику застосування судами примусових заходів медичного характеру та примусового лікування» від 03.06.2005 р. №7.
8. Постанова Пленуму Верховного Суду України «Про судову експертизу в кримінальних і цивільних справах» від 30.05.97 №8 (із змінами, внесеними згідно з Постановою Пленуму Верховного суду України від 25.05.1998 р. №15).
9. Бюлетень Європейського суду з прав громадян. – 2006. – №4.
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я № 397 від 08.10.2001 р. Порядок переведення хворих на психічні розлади, до яких застосовані примусові заходи медичного характеру // Офіційний вісник України від 22.003.2002 – 2002 р., №10, стор. 280, ст.. 493, код акту 21805/2002.
11. Наказ Міністерства охорони здоров'я № 239/5/104 від 18.04.2012 р. Порядок переведення хворих на психічні розлади, до яких застосовані примусові заходи медичного характеру // Міністерство юстиції України 10.02.2012, № 212/20525.
12. Конституція України від 28 червня 1996 р. №254-к/96-ВР // Відомості Верховної Ради. – 1996. – №30. – С. 141.

УДК 616.89

**І. Я. Пінчук, О. А. Полив'яна**

**АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ СКРИНІНГОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ДЛЯ ПОПЕРЕДНЬОЇ  
ДІАГНОСТИКИ РОЗЛАДІВ СПЕТРА АУТИЗМУ У ДІТЕЙ НА ПЕРВИННОМУ ЕТАПІ  
НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

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

Розлади спектра аутизму є однією із найважливіших проблем дитячої психіатрії як у світі, так і в Україні. Це пояснюється високою частотою розвитку цих розладів, труднощами своєчасної діагностики, частими інвалідизуючими наслідками, коморбідними захворюваннями. Відомо, що чим раніше було діагностовано РСА у

дитини, тим сприятливіший прогноз щодо соціальної адаптації, корекції розладів поведінки та когнітивного функціонування.

У країнах із високим рівнем надання медичної допомоги при РСА, раннім виявленням займаються сімейні лікарі, педіатри, дитячі неврологи та навіть педагоги

дитячих освітніх закладів, тобто люди, що не мають спеціальних знань із дитячої психіатрії. В одному з наукових досліджень, проведених у Російській Федерації, де раннє виявлення РСА також, як і в Україні, не є прерогативою сімейних лікарів та педіатрів, було отримано результати, що початок захворювання на розлади аутистичного спектра у дітей та первинне звернення до дитячого психіатра були відставлені на період від кількох місяців до 6 років, діти тривалий час оглядалися дитячими лікарями різних профілів, отримували педагогічну та психологічну допомогу, яка не завжди відповідала тій, що потребують діти с РСА. Лише 30% пацієнтів із аутистичними розладами, що перебували на обліку на момент дослідження, почали отримувати

спеціалізовану допомогу майже одразу після виникнення перших проявів хвороби.

Отже, необхідним є впровадження обов'язкових скринінгових досліджень для попередньої діагностики розладів зі спектра аутизму у дітей на первинному етапі надавання медичної допомоги, оскільки найчастіше з дітьми та батьками контактують лікарі загальної практики сімейної медицини та лікарі-педіатри. Проведення скринінгових досліджень лікарями первинної ланки надання допомоги дозволить удосконалити раннє виявлення та діагностику РАС, задля розробки програм індивідуальної цілеспрямованої профілактики, що мають на меті зменшення або редукування симптомів розладів зі спектра аутизму, покращення соціалізації дітей та зниження кількості випадів дитячої інвалідності.



УДК 616.89

**М. Ю. Полив'яна**  
**МЕТОДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИЯВЛЕННЯ ПОРУШЕНЬ МИСЛЕННЯ**  
**У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ**

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

Характерною ознакою мислення хворих на шизофренію є однакова вірогідність актуалізації суттєвих і латентних властивостей предметів. Тому від ступеня детермінованості експериментального завдання, яке пропонується пацієнту, залежить і можливість його багатозначного рішення.

Для визначення особливостей шизофренічного мислення в патопсихології зазвичай використовують методику класифікації та методику виключення. Ці методики суттєво відрізняються одна від одної. Інструкція для здійснення класифікації характеризується меншою однозначністю, сама методика допускає значно більшу кількість можливих рішень.

З використанням обох методик проведено експериментально-психологічне дослідження 23 хворих на шизофренію на етапі маніфестації психозу. Виявлено, що найбільша кількість помилкових рішень за шизофренічним типом спостерігалась при застосуванні методики класифікації в її предметному варіанті. Відмічалась недостатня цілеспрямованість мислення, хворі здійснювали класифікацію на різних рівнях узагальнення:

створювали значну кількість паралельних груп, були не в змозі віднести багато карток до якої-небудь групи. Відмічались прояви різноплановості суджень. У той же час більшість завдань методики виключення хворі виконували правильно.

Розлади мислення у процесі захворювання не є стабільними за своєю структурою й об'ємом. Тому ті ж самі методики ми використали під час обстеження 36 хворих із вираженим апато-дисоціативним дефектом. Результативність обох методик в експерименті виявилась приблизно однаковою. Тобто в ініціальній стадії шизофренічного процесу валідність двох методик була різною, а у випадку хроніфікації захворювання і формування у хворих дефекту валідність методик урівнювалась. Цей факт може бути пояснений різницею у структурі самих методик, а саме – наявністю чи відсутністю жорсткої інструкції і ступенем детермінованості завдань.

Таким чином, для раннього виявлення порушень мислення шизофренічного спектра слід використовувати методику класифікації, яка є більш надійною і валідною саме на ініціальній стадії захворювання.

УДК 616.89

**І. В. Прокопчук**

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ХВОРИХ НА ПСОРІАЗ**

Одеський національний медичний університет

Відомо, що індивідуально-психологічні особливості особистості можуть впливати на виникнення і перебіг психосоматичних захворювань, зокрема псоріазу. З іншого боку, початок псоріатичного процесу може викликати соматизацію психічної реакції і призводити

до змін особистості, коли розвиток особистості протікає в специфічних умовах, зв'язаних із хворобою. Метою нашого дослідження стало вивчення особливостей психоемоційного стану хворих на псоріаз. Під нашим спостереженням знаходилися дві групи випробовуваних:

основна і контрольна. Основну групу склали 83 особи, страждаючі на псоріаз. Контрольна група складалася з 72 здорових випробовуваних. Вік випробовуваних коливався від 18 до 53 років.

Було проведене комплексне експериментально-психологічне обстеження випробовуваних основної і контрольної груп з метою виявити і порівняти рівні тривожності і депресії випробовуваних, які страждають на псоріаз, а також здорових обстежених.

З метою визначення рівня ситуативної і особистісної тривожності використовувався опитувальник Спілбергера-Ханіна. Ступінь депресії в групах випробовуваних визначали за допомогою опитувальника «Шкала депресії Бека».

Виходячи з одержаних даних, можна зробити висновок, що високий рівень тривожності (і ситуативної, і особистісної) достовірно частіше зустрічається в групі випробовуваних, що страждають на псоріаз (43,85%) у порівнянні з групою здорових (10,31%,  $p < 0,05$ ). У нашій вибірці у більшості випробовуваних (40,11%) визначено середній ступінь депресії, тоді як у контрольній групі у більшості випробовуваних (61,33%) не спостерігалось депресивних тенденцій ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, серед ознак психологічної дезадаптації у хворих із хронічним захворюванням шкіри – псоріазом – найбільшою мірою виражені підвищення рівня ситуативної і особистісної тривожності, депресивні тенденції.

УДК 616.89

**О. В. Прохорова, О. О. Хаустова**  
**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВИВЧЕННЯ ДЕПРЕСИВНОЇ МАНІФЕСТАЦІЇ**  
**СУДИННОЇ ДЕМЕНЦІЇ**

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології

**Актуальність.** За даними сучасної статистики невинно зростає кількість людей похилого і старечого віку, а депресія і деменція – це психіатричні захворювання, які мають найбільшу поширеність серед людей цієї вікової категорії. Взаємовідносини, диференціальна діагностика цих патологічних станів викликають певні труднощі. З одного боку, на початковому етапі деменції може проявлятися депресивна симптоматика, з іншого – депресивні захворювання можуть супроводжуватись розладами концентрації уваги, легкими когнітивними порушеннями. Необхідно враховувати також, що у літніх пацієнтів прояви деяких депресивних симптомів (наприклад, відчуття безвиході, страх, яскраво виражена повільність, апатія) можуть легко призвести до помилки та оцінці захворювання як початкової деменції. При судинних ураженнях мозку депресія є найчастішим психопатологічним симптомом (Вейн А. М. 2007), вона обтяжує перебіг і наслідки хвороби, істотно обмежує можливості реабілітації хворих, погіршує когнітивні функції. Останнім часом виявлено, що літні люди, у яких була виявлена депресія, мали у два рази більший ризик розвитку судинної деменції, ніж ті люди, які не були пригнічені. Але причинно-наслідковий зв'язок між депресією і деменцією не встановлено, проте відомо, що при депресії у крові підвищуються маркери запалення та рівень кортизолу, які в свою чергу уражують кровоносні судини головного мозку, тим самим погіршуючи кровообіг, що призводить до порушення

феномену нейропластичності. Ймовірно є загальні механізми розвитку депресії та деменції, так депресія у людей похилого віку може бути першим сигналом ранніх когнітивних порушень або депресія є емоційною реакцією на погіршення функції мислення та пам'яті. Логічно припустити, що пацієнти з судинною депресією повинні розглядатися як ті, що підпадають під загрозу розвитку судинної деменції (Левада О. А. 2012 р.). Цим обумовлюється доцільність пошуку додаткових методів діагностики, у тому числі з використанням сучасних методів нейровізуалізації для можливої оцінки важкості, уточнення етіології та патогенезу депресивних розладів (Іванов М. В., 2004; Амосов В. І., 2006; Шамрила В. К. та співавт. 2008).

Разом із тим, багато аспектів діагностики, клініки і терапії органічних афективних розладів поєднаних із цереброваскулярною патологією вивчено недостатньо. Зокрема, необхідна розробка оптимальних алгоритмів діагностики і терапії васкулярної депресії з урахуванням особливостей на основі принципів і методів доказової медицини, що є метою нашої роботи. Для її реалізації нами заплановано вивчення синдромогенезу захворювання, встановлення темпоральних та кореляційних зв'язків між клініко-феноменологічними проявами депресії, нейровізуалізаційною картиною та ризиком розвитку важких когнітивних порушень при васкулярній депресії, а також визначення оптимальних принципів терапії даної патології.

УДК 159.923.3:316.6

**Н. Г. Пшук, М. В. Коваленко, І. В. Коваленко**  
**АКТУАЛЬНІСТЬ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ У СТУДЕНТІВ**  
**МЕДИЧНОГО ВНЗ**

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

Однією з актуальних проблем сучасного суспільства, що стрімко розвивається, є формування особистості, яка постійно самовдосконалюється, здатна ефективно функціонувати в складній системі соціальних відносин, здійснювати активний вплив на існуючу дійсність. Пріоритетними для особистості стають такі риси та якості, як активність, здатність до творчості, соціальна відповідальність, високий рівень освіти та професійний рівень. Культ високих досягнень, успіху фактично став соціо-культуральним стандартом сучасного суспільства. Відповідно до цих стандартів у процесі навчання в медичному ВНЗ студенти мотивовані на отримання високопрофесійних знань, набуття професійної компетентності, прагнуть до саморозвитку та професійної самореалізації. Намагання відповідати всім цим вимогам може набувати перфекційного характеру нестримного прагнення до недосяжної досконалості.

Перфекціонізм – багатомірний конструкт, параметри якого відображають як внутрішньоособистісні, так і міжособистісні аспекти. Перфекційне спрямування особистості має як позитивний, так і негативний вплив на соціальну адаптацію студентів у процесі навчання.

Було встановлено зв'язок перфекціонізму з конструктивним прагненням до досягнень, позитивним афектом,

позитивною самооцінкою, ефективними стратегіями навчання, гарною академічною успішністю, високими досягненнями в різних сферах професійної діяльності, позитивними інтерперсональними якостями, упевненістю в собі, альтруїстичними соціальними установками, формуванням адаптивних копінг-стратегій.

«Невротичний» перфекціонізм демонструє кореляційні зв'язки з цілим рядом дезадаптивних явищ: ірраціональним мисленням, схильністю до самокритики і самозвинувачення, утрудненнями в спілкуванні, прокрастинацією, дезадаптивними копінг-стратегіями, порушенням адаптації, що може призводити до широкого кола психічних та поведінкових розладів, у тому числі депресії, тривоги, obsесивно-компульсивних розладів, суїцидальних тенденцій, соматоформних розладів, розладів харчової поведінки, сексуальних дисфункцій, розладів особистості.

Дослідження феномену перфекціонізму, його динаміки в процесі навчання, взаємозв'язок його рівня та окремих параметрів із характерологічними особливостями та формуванням адаптивних якостей особистості у студентів різних факультетів медичного ВНЗ є важливим для здійснення підготовки фахівця, адаптованого до майбутньої професійної лікарської діяльності.



УДК 616.89

**О. В. Радзевілова**  
**ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЖІНОК**  
**ІЗ СИНДРОМОМ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АЛКОГОЛЮ**

Український НДІ соціальної та судової психіатрії та наркології МОЗ України

На сьогодні алкоголізм є однією із найрозповсюдженіших проблем в Україні. Алкоголізм змінює нормальне функціонування людини в суспільстві: змінюються усталені властивості особистості, її мотиваційна спрямованість, виникають порушення когнітивної діяльності. Зазначені зміни зумовлюють певну соціальну незахищеність як самих хворих, так і членів їх родин. В останні роки також зазнають змін криміналістичні характеристики правопорушень, у бік підвищення жіночої злочинності, збільшення злочинів скоєних у стані алкогольного сп'яніння. У зв'язку з цим збільшується кількість призначених судових експертиз по визначенню здатності таких осіб усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними (УЗСД та КН) у цивільному та кримінальному процесі, що обумовлює підвищений інтерес до медико-правових аспектів цієї проблеми.

У результаті аналізу 35 актів стаціонарних комплексних судових психолого-психіатричних та судово-психіатричних експертиз стосовно жінок із залежністю від

алкоголю, які скоїли суспільно-небезпечні діяння проти життя, було досліджено особливості когнітивних процесів у даного контингенту. Вік підекспертних коливався від 38 до 64 років.

Аналіз показав, що в 40% випадків кримінальне правопорушення було скоєно жінками у стані алкогольного сп'яніння. У 82,9% випадків виносилось експертне рішення про їх здатність УЗСД та КН у повній мірі. В 14,3% випадків встановлювався психічний розлад у вигляді органічного порушення головного мозку (судинно-інтоксикаційного генезу) із психоорганічним синдромом помірного ступеня вираженості, що суттєво впливало на здатність УЗСД та КН. Та лише в 1 випадку особа визнавалась такою, що була нездатна УЗСД та КН, із діагнозом органічний розлад особистості, хронічний алкоголізм.

У 28,6% осіб спостерігалось порушення темпу протікання когнітивних функцій, їх уповільнена впрацьованість, тугорухливість. У 71,4% жінок були

виявлені різноманітні розлади уваги у вигляді ускладненої концентрації, звуженого обсягу, невисокої активності, нестійкості, поверхневості, виснаження. Ще у 54,3% випадках виявлено невисокий рівень протікання інтелектуальної діяльності, низький запас загальноосвітніх знань та рівня загальної обізнаності як наслідок педагогічної занедбаності шкільного періоду. У 20% за даними патопсихологічного дослідження визначено граничну норму мнестичної діяльності. Інтелектуально-мнестичне зниження спостерігалось лише у 17,1% випадків (у 2,8% випадків – легкого ступеня, 14,3% – помірне).

Таким чином, за результатами проведеного дослідження жінок із синдромом залежності від алкоголю, у

більшості з них спостерігалось порушення когнітивних процесів. На початкових етапах становлення хвороби характерними були різноманітні порушення уваги без яскраво виражених змін когнітивної сфери. На більш пізньому етапі ускладнювався темп та динаміка протікання когнітивних функцій, з'являлася слабкість когнітивної функції, аж до формування мнестичного зниження. Зниження процесів абстрагування, уповільнення темпу мислення призводили до інтелектуального зниження на більш пізніх етапах зловживання алкоголем та оформлялись у психоорганічний синдром, що впливало на здатність усвідомлювати та прогнозувати наслідки кримінальних дій.

УДК 616.89

**І. А. Рассказова**

**ПОПЕРЕДЖЕННЯ НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЙ З БОКУ ОСІБ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ТЯЖКІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ, ЗА 6 МІСЯЦІВ 2013 РОКУ В М. МАКІЇВКА**

На 01.01.2013 р. на диспансерному обліку перебувало 64 особи, які вчинили в минулому суспільно-небезпечні діяння, передбачені кримінальним законодавством із застосуванням, у зв'язку з цим, заходів медичного характеру, або страждають на тяжкі психічні розлади. Підстава: спільний наказ МОЗ та МВС України від 19.12.2000 р. № 346 /877.

Взято на облік протягом 6 місяців 2013 р. таких осіб 10, що на рівні минулого року (10). Із них 9 госпіталізовано в КУ «ПЛ № 1 м. Макіївка» по 14 ст. без усвідомленої згоди у примусовому порядку.

Знято з нагляду у гр. ТПР за 6 місяців 2013 року – 13, що на 23,5% менше ніж за аналогічний період минулого року (17).

Перебуває в гр. ТПР на 01.07.2013 р. 61 особа, що на 1,6% менше ніж у 2012 р. (62).

У групі осіб із суїцидальними тенденціями на 01.01.13 р. спостерігалось 24 пацієнти. Протягом I півріччя 2013 р. взято під нагляд 2.

Завершених суїцидів протягом 6 місяців 2013 р. не було.

Перебуває на 01.07.13 р. 26 осіб.

На 01.01.13 р. амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку за рішенням суду надавалась 9 особам, у минулому році – 6.

Взято в гр. АППД за рішенням суду за 6 місяців 2013 р. 3 пацієнти.

Скасовані заходи медичного характеру у вигляді АППД 2 особам.

Продовжені заходи медичного характеру у вигляді АППД за рішенням суду 5 особам.

На 01.07.2013 р. перебуває в гр. АППД 9 осіб.

Амбулаторні карти цих хворих мають спеціальне маркування згідно Закону України «Про психіатричну допомогу» та Інструкції до наказу МОЗ і МВС, в

амбулаторній карті ф. 025/о є обґрунтування спостереження пацієнтів у групі АППД і ТПР (наказ МОЗ та МВС від 19.12.2000 р. № 346/877) і висновок ЛКК про необхідність спостереження в даній групі.

Контрольні карти диспансерного обліку ф. 030-1/у цих осіб знаходяться в загальній картотеці з кольоровим маркуванням і позначкою в лівому верхньому куті «АППД» і «ТПР».

До Органів внутрішніх справ за місцем проживання цих осіб відправлений список встановленого зразка та письмова інформація карткою-повідомленням. В амбулаторній карті особи, яка перебуває на АППД і ТПР, є етапний епікриз, індивідуальний план оздоровлення, реабілітаційна карта з розробленою індивідуальною реабілітаційною програмою.

Не рідше одного разу на місяць пацієнт обстежується лікарем-психіатром. До роботи з цим контингентом залучаються співробітники міліції, з якими дільничними психіатрами проведені заняття з вивчення спільного наказу МОЗ і МВС України № 346/877 від 19.12.00 р. Всього охоплено 246 слухачів за I квартал 2013 р. і 221 – у II кварталі 2013 особового складу РВ МУ м. Макіївки. Крім того, проведення спільних заходів з органами внутрішніх справ, направлених на координацію дій з профілактики антигромадських проявів з боку психічно хворих, здійснюється щоквартально взаємною інформацією про всіх протиправних діяннях таких осіб шляхом обмінно-інформаційних карт.

Протягом I півріччя 2013 р. зареєстровано 3 випадки госпіталізації з диспансерного відділення у примусовому порядку згідно ст. 14 Закону України «Про психіатричну допомогу» (минулого року – 3).

Випадків виписки осіб, які втекли зі стаціонару психіатричної лікарні до отримання повідомлень з Органів внутрішніх справ про оголошення їх у розшук, не було.

УДК 616.89.05-007-616.89-53/46-037

І. С. Риткіс

**ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМНОГО ПІДХОДУ ДО ПСИХОТЕРАПІЇ ТА КОРЕКЦІЇ ТЮТЮНОПАЛІННЯ І ТЮТЮНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

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

Тютюнова залежність є однією з найбільш гострих проблем сучасного суспільства. З ціллю розробки системного підходу до психотерапії, психопрофілактики та корекції тютюнопаління та тютюнової залежності у осіб молодого віку нами досліджено 2500 студентів Донецького національного медичного університету ім. М. Горького та Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова, з яких 1449 осіб ( $57,9 \pm 0,9\%$ ) позитивно відповіли на питання про куріння.

Отримані нами результати дозволили сформулювати загальні вимоги до змісту і організації комплексного лікування та профілактики тютюнової залежності, а також тютюнопаління у осіб молодого віку. Основною метою психотерапії та корекції було підсилити і закріпити внутрішню мотивацію відмови від куріння у студентів. Допомога у цій проблемі включає такі основні компоненти, як і навчання знанням про тютюнову інтоксикацію та її наслідки, мотивація на відмову від паління і лікування тютюнової залежності.

При розробці системи психотерапії та корекції тютюнопаління і тютюнової залежності в осіб молодого віку ми керувалися рядом принципів і підходів, а саме: єдність психосоціальних і біологічних методів впливу; комплексність, що дозволяє інтенсифікувати лікування за рахунок взаємного потенціювання, а також ефектів різних впливів; етапність; партнерство, яке полягає в

залученні самого пацієнта до здійснення лікування; диференційоване поєднання патогенетичної, симптоматичної та профілактичної спрямованості психотерапевтичних заходів при проведенні індивідуальних і групових форм роботи з курцями-студентами.

Загальними принципами побудови системи психотерапії та психопрофілактики було поєднання методів роз'яснювальної, раціональної, непрямой, тілесно-орієнтованої, когнітивно-поведінкової, сугестивної (навіюванням наяву) і емоційно-стресової психотерапії. При цьому, як будь-який системний психотерапевтичний вплив, він складався з когнітивного (інформаційного), афективного (емоційного), конативного (поведінкового) компонентів і адресувався до трьох підсистем особистості: інтраіндивідної, інтеріндивідної і метаіндивідної.

Комплексне лікування тютюнопаління та тютюнової залежності в осіб молодого віку проводилося у три етапи: підготовчий, власне лікувальний, підтримуючий, і визначалося, мінливими терапевтичними завданнями, а психотерапевтичний вплив відрізнявся за формою, спрямованістю та змістом.

Таким чином, на підставі проведеного масштабного дослідження серед студентської молоді нами розроблено систему психотерапії, психопрофілактики і корекції тютюнопаління та тютюнової залежності.

УДК 616.895.4-092:612.012.1.015

**Г. С. Рачкаускас, Є. В. Височин, І. Г. Рачкаускене**  
**СТАН МАКРОФАГАЛЬНОЇ ФАГОЦИТУЮЧОЇ СИСТЕМИ ТА КОНЦЕНТРАЦІЯ**  
**ЦИРКУЛЮЮЧИХ ІМУННИХ КОМПЛЕКСІВ У ПІДЛІТКІВ З СОМАТИЗОВАНИМИ**  
**ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ**

ДЗ «Луганський державний медичний університет»  
Луганська обласна клінічна психоневрологічна лікарня

Актуальність проблеми обумовлена насамперед розповсюдженістю соматизованих депресивних розладів (СДР) серед дітей та підлітків, недостатньою їх вивченістю та підходами до діагностики та лікування. Останнім часом налічується багато наукових робіт, пов'язаних з імунологічними порушеннями при депресивних розладах у дорослих, але відсутні систематизовані дані щодо аналогічних порушень у дитячому та підлітковому віці. Враховуючи це, нас зацікавило вивчення стану макрофагальної фагоцитуючої системи (МФС) та концентрації циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) і їхнього молекулярного складу у підлітків, які страждають на СДР. Нами було обстежено 35 підлітків, із наступними діагнозами за МКХ-10: F32.01, F32.11, F33.01 та F33.11.

Психопатологічне обстеження виконувалося за шкалою Гамільтона для оцінки депресії (HDRS). Серед імунологічних показників вивчали фагоцитарну активність моноцитів (ФАМ) периферійної крові чашечковим методом, а саме: фагоцитарне число (ФЧ), фагоцитарний індекс (ФІ), індекс атракції (ІА) та індекс перетравлення (ІП), а також вміст у сироватці крові ЦІК шляхом преципітації у розчині поліетиленгліколю та молекулярний склад імунних комплексів із виділенням великомолекулярної (>19S), середньомолекулярної (11S–19S) та дрібномолекулярної (<11S) фракцій. При проведенні імунологічного обстеження було встановлено, що показники ФАМ у хворих підлітків на СДР мали суттєві розбіжності щодо норми. ФІ в був знижений у середньому



в 1,6 рази відносно норми, ФЧ у цей період дослідження було знижено в 1,9 рази. Показник ІА був у середньому в 1,6 рази нижче норми, ІІ – у 2 рази. При вивченні концентрації ЦІК було відмічено її підвищення переважно за рахунок найбільш токсигенних середньо- та дрібно-молекулярних фракцій. Так, загальна концентрація ЦІК була підвищена в 1,8 рази. Концентрація фракції ІІS-19S

ЦІК була підвищена в середньому в 2,3 рази відносно норми, фракція >19S ЦІК – в 1,2 рази, <11S ЦІК – в 2,7 рази. Виходячи з отриманих даних, слід зазначити, що доцільним є подальше вивчення стану імунної системи у хворих підлітків на СДР та пошуки патогенетично обґрунтованої терапії.

УДК 616.89-008

**O. P. Romaniv**

**AUTODESTRUCTIVE ASPECTS OF MYOCARDIAL INFARCTION**

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse

**Keywords:** myocardial infarction, suicide, autoaggression, autodestruction

Combination of the individual patient's life as suicidal activity (thoughts, intentions, attempts) and of severe physical illness (eg myocardial infarction) show complex psychological, physiological and psychiatric interactions between them. If the majority of cardiac patients with a high probability can establish a self-destructive tendencies in the past, the role suicidology intentions expressed in these patients, their interaction with the pathogenesis of cardiac pathology is not so obvious.

In this study, we paid attention to such cases as the identification of interaction suicidology and psychosomatic phenomena in these patients will allow a more accurate understanding of key aspects of development, and therefore – and as suicide prevention activities as well and myocardial infarction. It examined 48 patients with myocardial infarction (closest to 3 weeks after emergence), which to varying degrees has been expressed suicidal mood – from occasional

suicidal thoughts at altitudes life crisis, expressed suicidal intent of suicide attempts.

The key research tool in this regard, we chose Columbia Suicide The difficulty rating scale (C-SSRS). In conjunction with the study follow-up and anamnestic information about the patient, identifying key behavioral coping strategies in difficult situations and immediate conditions of myocardial given the estimated scale made it possible to compare suyitsydolnichnu and psychosomatic implementation autoahresynnoyi behavior one person at different times. Through this approach, we found that these behavioral strategies and motivation to help the individual overcome suyitsydolni thoughts and intentions, proved ineffective in the case of myocardial infarction. Also found some quantitative and qualitative relationship between the severity of suicidal tendencies in the past and of myocardial infarction.

УДК 616.89

**К. В. Рябухін**  
**ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОШЕННЯ ДО СІМЕЙНОЇ РОЛІ МАТЕРІВ,**  
**ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ**

Одеський національний медичний університет

Проблема боротьби з алкоголізмом продовжує залишатися однією з найважливіших соціальних проблем у більшості країн світу. Незважаючи на значне зростання наркоманій, хронічний алкоголізм залишається домінуючим наркологічним захворюванням (П. В. Волошин, С. І. Табачников, І. В. Лінський, О. І. Мінко). Залежність від алкоголю є поширеним явищем не тільки в чоловічій популяції, це патологічне явище останнім часом поширюється і в жіночому середовищі і має негативний вплив не тільки на психологічний стан жінок, їхню особистість, але й на родинні стосунки та ставлення до ролі в сім'ї. В експериментально-психологічному дослідженні, яке проводилось із метою вивчення особливостей відношення до сімейної ролі жінок з алкоголізмом, використовувалась методика PARI (parental attitude research instrument) Е. Шеффера та Р. Белла.

Дослідження проводилось у групі з 98 жінок віком 20–48 років, які мали дітей. У результаті дослідження виявлено, що більшість матерів, які страждали на алкогольну залежність, відчували тяготіння роллю матері. Спостерігалась надмірна емоційна дистанція з дитиною (68,32%), надмірна строгість у відношенні до дитини (61,43%), фізична агресія з боку матері (53,67%). Значна кількість жінок мали відчуття самопожертвування, пов'язане з необхідністю виконувати роль матері (47,54%), при цьому спостерігалась тенденція до домінування матері в родині (38,96%), також спостерігалась значна кількість випадків пригнічення волі дитини (42,11%).

Таким чином, у родині жінок, які страждають на алкогольну залежність, спостерігаються дисгармонійні сімейні тенденції, а також фізична агресія або феномен емоційного відкидання по відношенню до дитини.

УДК: 616.

Д. Н. Сапон

**ВНЕСОК РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ В ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОГО НЕВРОПАТИЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ**

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

Больові синдроми, в особливості довготривалі, персистуючі, залишаються актуальною проблемою сучасної неврології, нейрохірургії та психіатрії. Хронічні алгічні синдроми різного генезу, локалізації виразності та тривалості корелюють із цілою низкою психопатологічних змін, що впливають на перебіг та прогноз патологічних станів. Одним із завдань сучасної психіатрії є дослідження психопатологічних станів, при яких основною скаргю хворих є хронічний больовий синдром різного ступеня важкості.

Поширеність хронічного больового синдрому, за даними епідеміологічних досліджень, складає не менше 40% дорослого населення, які відображаються на світовій спільноті і ці показники мають тенденцію до неухильно росту (С. С. Павленко, 2002; Г. Н. Крыжановский, 2003; Н. Н. Яхно, 2008; В. Л. Голубев, 2009; R. Chou, J. D. Loeser, 2009, 2011). Понад 40% людей із хронічним болем зауважують, що біль серйозно знижує якість їхнього життя (працездатність, соціальне функціонування) (Н. Н. Яхно, 2009).

Хронічний больовий синдром викликає виснаження психічних функцій хворого та веде до зриву саморегуляції психіки, на тлі якої виникають психопатологічні стани різного ступеню важкості, а саме тривожно-фобічні, депресивні, неврастенічні розлади, інсомнія, зникає почуття задоволення, якість та рівень життя, що в свою чергу посилює больові відчуття. Біль завжди супроводжується негативно-емоційними переживаннями і блокує можливість людини одержувати радість і задоволення (Яхно Н. Н.; 2008, Waddell G., 2011, Wager-Smith K., Makou A., 2010, Михайлов В. П., 2011). У понад 60% хворих на депресію виявляються хронічні больові синдроми (С. Н. Мосолова, 1997; Голубев В. Л., Данилов А. Б., 2009; Герасимова О. Н., 2010; Turk D., Wilson H., 2012). Тривожні розлади нерідко виходять на перший план, затьмарюючи власне депресивні симптоми. Поєднання депресії і тривоги (А. Ф. Шацберга, 1997) досягає 62%; особливо специфічно поєднання тривоги у поєднанні з м'язовою напругою і депресії саме при хронічних больових синдромах.

Для медичної практики дуже важливою є об'єктивна характеристика вираженості больового відчуття. Важкість та складність цієї оцінки пов'язані з тим, що по своєму характеру біль є субактивним відчуттям залежним не тільки величиною подразника, який її викликає, але й психічною емоційною реакцією особистості на біль. Переживання болю індивідом залежить як від величини подразника, перш за всього сили, якості та тривалості, так і від психологічних особливостей індивіду, а реактивність організму, функціональний стан центральної нервової системи в свою чергу залежать від низки інших чинників, зокрема психологічних. Такий подвійний характер болю відіграє дуже велике значення в діагностиці та лікуванні хронічного больового синдрому, саме ступінь суб'єктивного переживання болю, що в сучасній лікарській практиці не має належного відображення. Адже насамперед у переживанні больового відчуття грає очікування болю і відношення до нього, від чого в значній мірі залежать «межі витривалості» болю і можливості її подолання.

При аналізі соматоформних станів найбільшої актуальності набувають порушення спеціального типу – хронічні психічні болі. Прицільні клініко-катамнестичні дослідження показали, що хронічні психалгії слід відносити перш за все до розряду специфічних невротичних порушень (S. Chaturvedy, 1987; J. Jensen, 1988; R. Kellner, 1990), а їх вивчення вимагає перегляду багатьох положень пограничної психіатрії (А. Б. Смулевич із співр., 1991р).

При патології центральної нервової системи вкрай важливо розрізнити соматоформний розлад у вигляді хронічного психічного болю від хронічного больового відчуття органічного генезу. Соматоформні розлади при органічному хронічному больовому синдромі вимагають особливих підходів до їх ранньої діагностики, диференційної оцінки та терапевтичної тактики. Вказані аспекти визначають у своїй сукупності необхідність спеціального феноменологічного, клініко-психопатологічного та типологічного вивчення психосоматичних розладів при хронічному органічному больовому синдромі.

УДК 616.89-008.441.33-085:616.822.1

**С. І. Табачніков, Є. М. Харченко, Т. В. Синіцька, К. А. Власова, О. В. Вороніна**  
**ОСОБИСТІСНО-СЕРЕДОВИЩНІ ПЕРЕДУМОВИ ФОРМУВАННЯ СТАНІВ ЗАЛЕЖНОСТІ**  
**У ПІДЛІТКІВ З АДДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ, ЩО ПРИЙМАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ**  
**РЕЧОВИНИ**

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

Серед провідних медико-соціальних питань сучасності проблема споживання психоактивних речовин (ПАР) серед населення різних країн світу, зокрема в

Україні, є однією з найбільш актуальних. Нині наркологічна ситуація в країні характеризується домінуванням насамперед хімічної аддикції: алкогольної та тютюнової,



далі йдуть наркотики та інші ПАР. Особливо небезпечно становище в цьому аспекті має широке розповсюдження і неухильне зростання споживання ПАР серед осіб дитяче-підліткового та молодого віку, що призводить до реальної небезпеки ранніх форм залежних станів, а також формування нездорової генерації в популяції сучасної молоді. Незважаючи на значну кількість досліджень, як вітчизняних, так і зарубіжних фахівців за даною темою, до останнього часу залишається нез'ясованими низка питань, зокрема з аспектів раннього періоду прихованого споживання ПАР із послідовним формуванням станів залежності різного типу.

**Метою** нашої роботи стало виявлення характерних особливостей передумов формування станів залежності у підлітків з аддиктивною поведінкою, що споживають ПАР. Категорією обстежених стало 1009 осіб підлітково-молодого віку (учні старших класів, коледжів та студенти вузів молодших курсів). Із них була відібрана безпосередньо група дослідження у кількості 100 осіб (9,9%).

**Методи дослідження:** соціально-демографічний, клініко-епідеміологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний, клініко-психопатологічний, статистичний.

**Результати роботи.** Специфічними факторами ризику виникнення патологічної схильності до споживання ПАР можна визначити наступні: біологічні – молодий вік, синдром дефіциту уваги і гіперактивності в анамнезі та інші особливості когнітивної сфери (рисинфантильності у сприйманні взаємозв'язку себе та спільноти); психологічні – екзистенційний вакуум, відсутність життєвого сенсу та цілей, високу схильність до аддиктивної поведінки і 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, наявності 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 вдома, переоцінка значення матеріальних благ, на яких фіксована увага, протиріччя бажаного та реального, що призводить до психологічного дисбалансу особистості.

Провокуючими факторами вживання ПАР вважаються нервово-психічна нестійкість, акцентуації характеру, поведінкові реакції групування, реакції емансипації та інші особливості підліткового віку. Існує ряд поведінкових стереотипів, характерних для цього вікового періоду.

До них відносяться реакції: опозиції; імітації; негативної імітації; компенсації; гіперкомпенсації; емансипації; групування і захоплення. Найбільшу категорію (за типом акцентуації) склали особи з нестійким типом – 32,3%; також велику частину займав «істероїдний» тип – 21,5%; «збудливий» – 16,4%; декілька менший – «гіпертимний» – 11,2%; відповідно конформний – 8,0%; епілептоїдний – 6,5%; інші – 4,2%. Серед усіх досліджених виявлено 17,4% осіб із прихованими («маскованими») депресіями (непсихотичного рівня), в основному в рамках патохарактерологічних особливостей, які частіше належали «нестійкому» типу акцентуованих осіб або категорії «інші».

У плані ступеня споживання психоактивних речовин, більшість досліджених знаходилась на субклінічному рівні – 82,4%, а 17,6% – на клінічному (ступені залежності). Субклінічні дезадаптивні прояви класифікувались в 5 клінічних варіантах: астенічні – 11,7%; астено-вегетативні – 36,16%; obsесивно-фобічні – 15,45%; тривожні – 26,15% та змішані – 8,16%. У свою чергу досліджені, що знаходились на ступені залежності, розподілялися на дві підгрупи: субкомпенсована – більша за обсягом – 84,4%; та некомпенсована – 15,6%.

Отримані результати дослідження характеризують наступні положення:

Більшість підлітків з аддиктивною поведінкою, що вживають ПАР, мають специфічні особистісні риси: акцентуацію характеру різного типу (частіше збудливу, нестійку, істероїдну та інші).

Особливості співвідношення типу акцентуації у даних підлітків співпадають відповідно з характером проєктивних, дезадаптивних рис та конфліктогенних ситуацій.

Значне місце у формуванні аддиктивної поведінки з прийманням ПАР становлять особистісні особливості даної категорії, зокрема, когнітивна неспроможність, інфантильність у розумінні поняття себе та спільноти як близького середовища, так і макросоціума, мікро- та макросередовищні чинники, зокрема дефекти виховання у сім'ї, провокуюче середовищне оточення, моральна неспроможність особистості, аспекти соціально-економічної нестабільності, доступність ПАР в побуті, низька інформаційна свідомість підлітків відносно виникнення станів залежності та ін.

Психопатологічні особливості клінічної картини при споживанні ПАР на ранніх етапах мають незначну вираженість, що значно утруднює виявлення відповідної стадії у даної категорії підлітків з аддиктивною поведінкою.

Таким чином, виявлені особливості етіопатогенетичних, патопсихологічних та психопатологічних характеристик аддиктивної поведінки у підлітків, що приймають ПАР, дають можливість більш професійно підходити до раннього субклінічного періоду виявлення даної категорії осіб та надання їм своєчасної кваліфікованої медико-соціальної допомоги.

УДК 616.89-008.441.33-085:616.822.1

**С. І. Табачников, Є. М. Харченко, Т. В. Синіцька, І. С. Риткіс, К. А. Власова**  
**КОГНІТИВНО-ОСОБИСТІСНІ ТА СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ АДДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ**  
**ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ**

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

Питання залежності від психоактивних речовин (ПАР) є одним із найбільш актуальних серед медико-соціальних проблем сучасності. Як свідчать дані епідеміологічних досліджень, рівень розповсюдження алкогольної, тютюнової та інших станів наркотичної залежностей неухильно зростає та поширюється в більшості країн світу, у тому числі і в Україні. Особливо небезпечним це стає відповідно катастрофічного зростання споживання ПАР серед дітей, підлітків та молоді, що призводить до ранньої психофізичної декомпенсації і десоціалізації підростаючого покоління. Незважаючи на значну кількість досліджень за даною темою, як зарубіжних, так і вітчизняних науковців, до останнього періоду залишається значна різноплановість в оцінці залежних станів узагалі та пов'язаних із прийманням ПАР зокрема. Особливо значним у цьому плані стає питання етіопатогенезу та клінічної феноменології цих станів.

**Метою** нашої роботи стало виявлення етіопатогенетичних, когнітивно-особистісних, соціальних та психопатологічних характеристик аддиктивної поведінки підлітків, що споживають ПАР.

**Методи дослідження:** соціально-демографічний, клініко-епідеміологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний, клініко-психопатологічний, статистичний.

Дослідження проводилось серед учнів старших класів середніх шкіл, коледжів та студентів вузів молодших курсів. Загальна кількість обстежених 1200 осіб, із них безпосередньо була виявлена група з аддиктивною поведінкою, що приймала ПАР – 100 осіб.

Результати роботи. Вживання ПАР тісно пов'язане з поняттями деліквентної та аддиктивної поведінки. Основним її мотивом є «втеча від нестерпної реальності». Досить значними вважаються внутрішні причини, такі як переживання стійких невдач в учбовому процесі, конфлікти з батьками, педагогами, однолітками, відчуття самотності, втрата сенсу життя, повна незатребуваність у майбутньому, а також особливості когнітивної сфери-інфантильність мислення. Провокуючими факторами вживання ПАР вважаються нервово-психічна нестійкість, акцентуації характеру (гіпертимний, емотивний, збудливий, конформний, істероїдний, епілептоїдний типи), поведінкові реакції, реакції емансипації та інші особливості підліткового віку. Виявлено, що клінічними особливостями залежності від ПАР часто є домінування дистимічно-дисфоричної симптоматики з надцінною ідеєю бути в особливому стані, бажанням участі у спілкуванні та порушення здатності контролювати споживання ПАР, тривоогою, депресією, підвищеною дратівливістю, демонстративною активністю, 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, когнітивні порушення у сприйманні себе як особистості та взаємовідносин з оточуючим середовищем на мікро- та макросоціальному рівні, недостатня здатність контролювати свою поведінку, явища депресивного спектра, формальність суджень. При цьому можна діагностувати наступні стадії розвитку відповідної залежності, а саме: «умовно контрольована стадія», яка характеризується формальною поведінкою до відмови від приймання ПАР, 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). Ідентифіковано біологічні, психологічні та психосоціальні чинники ризику розвитку аддиктивної поведінки при споживанні ПАР, які ранжовані за інтенсивністю впливу на предиспонуєчі, сприяючі та підтримуючі, а також на загальні та специфічні. Предиспонуєчими факторами є молодий вік, особливості когнітивної сфери, екзистенційний вакуум, відсутність життєвого сенсу та цілей, висока схильність до відхиленої поведінки, наявність психологічного деліквентного потенціалу. Сприяючими чинниками є синдром дефіциту уваги та гіперактивності в анамнезі, більш виражена компрометація 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. Підтримуючими чинниками є наявність демонстративної, збудливої, емотивної або інших рис акцентуації характеру щодо неможливості досягнути бажаного (почасту сфантазованого) соціального статусу й положення в суспільстві, розрив соціальних зв'язків, знижена самооцінка із можливістю її компенсації в процесі споживання ПАР, часто створення у родині переоцінки значення матеріальних благ, на яких фіксована увага, низька риса моральних критеріїв.

Вирішення питань допомоги при аддиктивних розладах у підлітків та молоді, що приймають ПАР характеризується тим, що психогігієнічні і психопрофілактичні заходи мають бути націлені на біосоціальні, суб'єктивно-особистісні та поведінкові фактори ризику. Патогенетичні механізми реалізації аддикції: контроль над імпульсивною поведінкою, характер самооцінки, недостатню переносимість фрустрації, порушення адаптації. Психотерапевтичними мішенями мають бути афективні, когнітивні, вольові та поведінкові функції аддикта.

Виявлені положення дають можливість більш глибокого розуміння етіопатогенетичних, когнітивних та патопсихологічних характеристик аддиктивних розладів

у підлітків, що споживають ПАР і кваліфікованої медико-соціальної допомоги на ранніх етапах формування залежних станів.

УДК 616.89-53/46-037

**S. Tabachnikov, I. Ritkis**

**EFFECTIVENESS OF MODERN APPROACH TO PSYCHOHYGIENE AND PSYCHOPROPHYLAXIS  
SMOKING AND TOBACCO DEPENDENCE IN STUDENTS**

Ukrainian research institute of social and forensic psychiatry and addictology  
of ministry of public health of Ukraine, Kyiv

The most up-to-date is a comprehensive approach to the prevention of diseases related to tobacco smoking, given the early detection of risk factors or symptoms of these diseases, as well as the application of measures to eliminate the consumption of tobacco. In this regard, psychohygiene and psychoprophylaxis in our opinion, should be comprehensive, differentiation, consistent and work on all components of mental and psychosomatic health. Only under these conditions can be developed effective measures for the prevention, early identification and timely etiologic and pathogenetic treatment of individuals with tobacco dependence.

The purpose of psychohygiene, as well as primary psychoprophylaxis of tobacco use and tobacco dependence was the preservation, enhancement and maintenance of mental health. Secondary psychoprophylaxis was in the early detection of persons with tobacco and the elimination of tobacco dependence in order to prevent the development of non-psychotic mental disorders register, preventing them an unfavorable dynamics (decompensation, relapse, progression and worsening). The tasks included psychoprophylaxis tertiary prevention in patients newly arisen neurotic and somatoform disorders.

We have developed a complex psychoprophylactic measures was applied at 352 students with habitual smoking ( $50,0 \pm 1,9\%$ , the study group) and 352 students who refused to participate in the offered activities amounted to a comparison group ( $50,0 \pm 1,9\%$ ).

The effectiveness of the proposed system of mental health and psycho-prophylaxis was evaluated at the end of the course, and at 3, 6 and 12 months. For example, in the study group immediately after completion of the course of events psychoprophylactic 253 student  $71,9 \pm 2,4\%$  refused to quit, 89 young people ( $25,3 \pm 2,3\%$ ) – reduced the number of cigarettes smoked and only 10 ( $2,8 \pm 0,9\%$ ) continued to smoke with the

same intensity. In the comparison group independently stopped smoking 56 students ( $15,9 \pm 1,9\%$ ), 189 young people ( $53,7 \pm 2,7\%$ ) – reduced the number of cigarettes smoked and only 107 ( $30,4 \pm 2,5\%$ ) continued to smoke with the same intensity.

At the re-examination within 3 months after the completion of psychoprophylactic events in the study group did not smoke 227 students ( $64,5 \pm 2,6\%$ ), 102 students ( $28,9 \pm 2,4\%$ ) have renewed (or continued) smoking with fewer smoked cigarettes and 23 students ( $6,5 \pm 1,3\%$ ) returned (or continued) smoking with the same intensity (in the comparison group: 23 students ( $6,5 \pm 1,3\%$ ); 203 students ( $57,7 \pm 2,6\%$ ) and 126 students ( $35,8 \pm 2,6\%$ ), respectively).

After 6 months in the intervention group continued to refrain from smoking 207 students ( $58,8 \pm 2,6\%$ ), 130 students ( $36,9 \pm 2,6\%$ ) renewed (or continued) smoking with a smaller number of cigarettes smoked, and 25 students ( $7,1 \pm 1,3\%$ ) returned (or continued) smoking with the same intensity (in the comparison group: 16 students ( $4,5 \pm 1,1\%$ ); 209 students ( $59,4 \pm 2,6\%$ ) and 127 students ( $36,0 \pm 2,6\%$ ), respectively).

In the study of smoking status at 12 months revealed that the main group have completely given up smoking 183 students ( $51,9 \pm 2,7\%$ ), 137 students ( $38,9 \pm 2,6\%$ ) renewed (or continued) smoking with less the number of cigarettes smoked, and 32 students ( $9,1 \pm 1,5\%$ ) returned (or continued) smoking with the same intensity (in the comparison group: 4 students ( $1,1 \pm 0,6\%$ ); 212 students ( $60,2 \pm 2,6\%$ ) and 136 students ( $38,6 \pm 2,6\%$ ), respectively).

Thus, we designed and implemented a system of psychohygiene and psychological prophylaxis improved the culture studied general education students, motivate them to stop smoking and commitment to a healthy lifestyle, as well as significantly reduce the prevalence of smoking among students of some universities in Ukraine

УДК 616.89:612.014

**И. А. Франкова**  
**К ВОПРОСУ О ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ОСНОВАХ ФЕНОМЕНА ОСТРОЙ СОЦИАЛЬНОЙ**  
**САМОИЗОЛЯЦИИ**

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

Явление острой социальной самоизоляции социальной изоляции – психопатологический и социальный феномен, для которого характерно полное (Нікікотогі) – одно из составляющих феномена



отчуждение от общества, и, наряду с этим, изоляция от общения вне семьи на протяжении 6 месяцев или дольше. (Kaneko, 2006, Коуама А., 2010). Острая социальная самоизоляция это социальная проблема, которая отражается как на жизни общества, так и на качестве жизни пациента. Данная категория находится на этапе определения четких диагностических критериев, а так же определения predisponирующего значения различных этиологических факторов (психиатрических, психопатологических, социальных).

Целью данного исследования является исследование факторов риска, которые приводят к развитию острой социальной самоизоляции. В ходе исследования феномен острой социальной самоизоляции был изучен с точки зрения теории привязанности и теории психосоциального развития.

В ходе анализа опросников оценки отношений с родителями и сверстниками, школьных отношений и темперамента мы обнаружили, что пациенты с острой социальной самоизоляцией имели более высокую частоту амбивалентного стиля привязанности, чаще

сообщали об опыте отвержения со стороны родителей и сверстников, издевательствах и запугивании в школе, в сравнении с контрольной группой, а так же испытывают большую застенчивость при изучении особенностей темперамента.

Застенчивость и отвержение со стороны родителей являются предикторами амбивалентного стиля привязанности, который в сочетании с издевательствами и отвержением в школьном возрасте со стороны сверстников способствует возникновению острой социальной самоизоляции. В следствии амбивалентного стиля привязанности, сформированного значимыми взрослыми в раннем детстве, в дальнейшем при острой социальной самоизоляции пациенты испытывают трудности в преодолении проблем в социальных коммуникациях в связи со страхом провала или отвержения со стороны социума, что заставляет их изолироваться от социальных взаимодействий и отчуждаться от общества. На основании полученных данных планируется изучение возможных превенторов данного поведения.

Є. В. Харчук

**ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЛЕКСИЧНОЇ СИСТЕМИ  
ТА ВЕРБАЛЬНОЇ АСОЦІАТИВНОЇ ПРОДУКТИВНОСТІ У ОСІБ З ПОЄДНАННЯМ  
ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ**

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

Не тільки питання редукції гострої психотичної симптоматики, згладжування негативних розладів, але й проблема когнітивного дефіциту зумовила пошук оптимальних терапевтичних рішень, здатних впливати на широкий спектр патологічних процесів, викликаних шизофренічним процесом. Ще складнішим завдання стає за наявності низки супутніх захворювань, зокрема гіпертонічної хвороби, яка також викликає когнітивні порушення.

На підставі обстеження 97 хворих, що проходили лікування в умовах психіатричного стаціонару, – жінок середнього та зрілого віку, які страждають на параноїдну шизофренію, коморбідну з гіпертонічною хворобою, була оцінена динаміка показників функціонування лексичної системи та вербальної асоціативної продуктивності.

Оцінка динаміки показників когнітивних функцій в умовах стаціонару була викликана необхідністю встановлення принципової можливості оборотності когнітивних порушень у цього контингенту хворих. Умови стаціонару представлялися найбільш адекватними з позиції дотримання хворими схеми прийому препаратів, оскільки явища нон-комплаєнтності серед пацієнтів із шизофренією є досить поширеними.

Монотерапію на момент обстеження отримували менше половини пацієнтів – 46,39% хворих. Серед них типові антипсихотики отримували 53,33% хворих,

атипові – 46,67%. У більшості спостережень пацієнти отримували комбіновану терапію, що включала два (40,21% обстежуваних), або більше (13,4%) антипсихотичних препарати. У 54,65% хворих застосовувалися середні рекомендовані для даного препарату дози, у 28,86% – нижче, а у 16,49% – вище середніх.

В якості антигіпертензивної терапії застосовувались інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту та бета-адреноблокатори.

Основним інструментом обстеження був тест вербальної швидкості, або тест швидкості мовних відповідей (Verbal fluency test, VFT) (M. D. Lezak, 1995), що використовується для оцінки вербальної асоціативної продуктивності (буквена частина тесту) та функціонування лексичної системи, запасу семантичної пам'яті (категоріальна частина тесту).

Дефіцит вербальної швидкості та функціонування лексичної системи у досліджуваних ймовірно детермінований дефектом механізму переробки семантичної інформації, що призводить до виникнення клінічно виражених порушень мислення та мовлення. Більшості обстежених у процесі тестування були притаманні типові помилки. Зокрема, поширеним було символічне трактування стимулу, що пред'являвся в якості категорій, стереотипне повторення відтворених слів, уповільнення темпу виконання завдання ближче до його кінця внаслідок ослаблення мотиваційного компонента та психічного виснаження.

До кінця періоду спостереження (26-30 день терапії) відбувалось поліпшення показників функціонування лексичної системи, що відобразилось за допомогою оцінки виконання буквеної частини VFT (до 14,3%). Процес утворення понять та їх узагальнення у категоріальній частині тесту піддався поліпшенню у меншому ступені – до 12,5%.

Часткову редукцію когнітивної недостатності в області вербальної асоціативної продуктивності та функціонуванні лексичної системи слід оцінити, як

результуючий та взаємопотенціюючий вплив антипсихотичної та антигіпертензивної терапії. Найбільш істотне поліпшення когнітивних показників було досягнуто у пацієнтів, що приймали монотерапію атипovими антипсихотиками у поєднанні з інгібіторами АПФ. Таким чином, є підстави вважати, що вибір адекватних засобів лікування обох захворювань може призводити не тільки до виразно клінічного покращення психопатологічної картини, а й до появи позитивних тенденцій щодо когнітивного функціонування.

УДК:616.123-007.64-089+616.89-008-07

**О. О. Хаустова, О. В. Бушинська, К. І. Тарновецька**  
**КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ СОМАТИЧНИМИ**  
**ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

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

**Актуальність.** Тяжке хронічне соматичне захворювання, за даними епідеміологічні дослідження різних країн, є психотравмуючою ситуацією, провокуючим фактором для розвитку психічних порушень, які почасті суттєво змінюють можливості в здійсненні різних видів діяльності, ведуть до обмеження контактів з оточуючими людьми, призводять до зміни місця зайнятого в житті раніше. У пацієнтів спостерігається зниження вольової активності, обмеження кола інтересів, в'ялість, апатичність, порушення цілеспрямованої діяльності із зниженням працездатності; виникають зміни в пізнавальних процесах, таких як: пам'ять, увага, мислення – передумов інтелекту. Відбувається звуження обсягу уваги, порушення процесів фіксації і збереження інформації; поступово спостерігається зниження рівня аналітико-синтетичної діяльності мислення із переважанням наочно-образного мислення над абстрактно-логічним. Розумова діяльність починає носити риси конкретності та ситуативності – формується інтелектуальна недостатність. Вона, у свою чергу, призводить до змін в емоційній сфері, що поглиблюють когнітивні розлади, які посилюють тривогу та депресію. Однак причинно-наслідкові зв'язки між депресією та когнітивними розладами двосторонні: депресія та тривога є прямим, так і опосередкованим чинником розвитку когнітивних розладів.

**Матеріали і методи.** Уніфікована карта психолого-психіатричного обстеження пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями (соціально-демографічний, анамнестичний, клініко-діагностичний блоки), у склад якої входить Монреальська шкала когнітивної оцінки (МОСА).

**Результати досліджень.** Нами було обстежено 62 пацієнти загально терапевтичного відділення: чоловіків до 55 років – 11,3% (7 осіб), після 55 років – 29,0% (18 осіб); жінок до 55 років – 25,8% (16 осіб), після – 33,9% (21 особа), з яких 63% працюючих і 37% пенсіонерів; 25% мають вищу освіту, 45% – середню, 18% середню-спеціальну, 12% неповну середню освіту. Результати дослідження вказують на зниження показників у когнітивній сфері, особливо у жінок до 55 і після 55 років – з 26 балів до 23 і 22 відповідно; у чоловіків рівень когнітивних порушень до 55 років склав 25 балів, а після 55 років – 23 бали (рис.1).

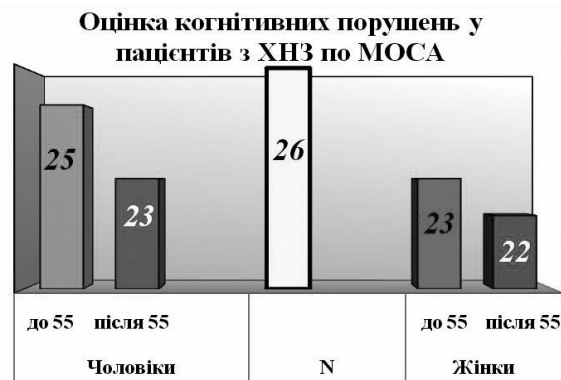


Рис.1. Оцінка когнітивних порушень у пацієнтів із ХНЗ по МОСА

**Висновки.** Наявність знижених показників у когнітивній сфері у пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями свідчать про необхідність продовження дослідження на етапі первинної ланки медичної допомоги і обов'язковим адекватними медико-психологічним супроводом.

УДК:616.123-007.64-089+616.89-008-07

**О. О. Хаустова, О. В. Бушинська, К. І. Тарновецька**  
**ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ**  
**НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

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

**Актуальність.** У загальносоматичній практиці 1/3 пацієнтів страждає на хронічні неінфекційні захворювання (ХНІЗ) з обтяженням психічною патологією (Д. Патон, Р. Дженкінс, 2001), що призводить до ще більшого зниження працездатності пацієнтів з підвищенням рівня інвалідизації, до погіршення якості життя та соціального функціонування. Значна розповсюдженість психічних порушень серед пацієнтів первинної медичної мережі (Шафігулін М. Р., 2008; Zimmet P, Alberti KGMM, Kaufman F, 2007; Steptoe A., 2009; Sigl B., 2010; Хаустова О. О., 2012) і прогностичне їх зростання ще на 4,8% відповідно до встановлених до 2020 р. тенденцій набула статусу високо актуальної проблеми: вона обговорювалась на 65-й Сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (ВООЗ) у Женеві (травень 2012 року) (Єрмолова Ю., Грузева Т., Чен М., 2012). Оскільки хронічна хвороба з приєднаною психічною патологією цілісно послаблює організм, вкрай необхідно прораховувати всі психологічні аспекти особливостей особистості з хронічними неінфекційними захворюваннями, у тому числі внутрішньої картини хвороби, яка включає: преморбідні біологічні й особистісні фактори; особливості перебігу захворювання (формування, клініку, прогноз); соціальне функціонування хворого (систему взаємодії особистості з дійсністю і вплив оточення на нього); медичні аспекти (умови діагностики і лікування).

Для вирішення окреслених проблем медико–психологічного характеру пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями необхідно запровадження виваженої пролонгованої програми комплексного медичного супроводу, починаючи з розробки відповідного скринінгового і моніторингового інструментарію та завершуючи удосконаленням моделі психіатричної допомоги «зустрічного руху» із визначенням організаційних форм участі спеціалізованої служби в умовах загальносоматичної мережі та їх взаємодії з іншими службами з урахуванням забезпечення міждисциплінарного співробітництва психологів, психіатрів та лікарів загального профілю для раціонального використання медичних ресурсів. Особливістю комплексного медичного супроводу постає поєднання медичних та психологічних методів із визначенням індикаторів, предикторів і превенторів психічних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями з подальшим визначенням принципів та алгоритмів терапевтичної тактики, диференційованих відповідно до спектра психопатологічних порушень при різних профілях соматичної патології.

Методи та матеріали. Нами було обстежено 67 пацієнтів з ХНІЗ за методикою ТОБОЛ (визначення

переважаючого типу ставлення до хвороби) у терапевтичному відділенні ДКЛ №1 ст. Київ. Середній вік пацієнтів був  $47,6 \pm 8,4$  років. Серед пацієнтів переважали жінки (68,7%) та особи вікової категорії понад 50 років.

Результати. Виявлено наступні особливості внутрішньої картини хвороби у пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями: до першого блоку (адаптивний варіант реагування на хворобу) увійшли 19,4%, до другого (інтрапсихічний варіант) – 46,3%, до третього (інтерпсихічний варіант) – 34,3% пацієнтів. Отже, переважаюча більшість пацієнтів виявила інтрапсихічний тип реагування (тривожний, іпохондричний, неврастеничний, меланхолійний і апатичний типи ставлення до хвороби). Для цих пацієнтів були притаманні дратівлива слабкість та почасти пригнічений стан.

Другим за чисельністю пацієнтів виявився інтерпсихічний варіант (переважання сенситивного, егоцентричного, паранойяльного, дисфоричного типів реагування на хворобу). Емоційно-афективні реакції у цій групі пацієнтів призводили до виразної психічної дезаптації, додатково обумовленої преморбідними особливостями особистості хворих.

Найменша група пацієнтів представляє адаптивний варіант (гармонійний, ергопатичний та анозогностичний тип реагування) із нормальною адаптацією до хронічного хворобливого стану. Ми звернули увагу, у хворих на цукровий діабет з адаптивним варіантом ставлення до хвороби переважає ергопатичний тип (занурення в роботу, витіснення думок про хворобу та ін.), а у більшості пацієнтів з ССЗ – анозогностичний (більш несприятливий). У той же час, більшість пацієнтів з ХНІЗ використовували дезадаптивні (неконструктивні) типи реагування на свою хворобу.

Були також виявлені гендерні відмінності у ставленні до хвороби: у жінок переважав тривожний настрій з елементами роздратування; у чоловіків домінували роздратування та нетерплячість. Вікові відмінності: пацієнти від 50 до 60 років також були більш тривожними.

Висновки. Проведене дослідження свідчить про негативний вплив ХНІЗ на повноцінне функціонування особистості пацієнтів. Ставлення пацієнтів до свого захворювання певним чином визначає перебіг і прогноз ХНІЗ. Виявлені закономірності покладені в основу розробки рекомендацій щодо курації пацієнтів з ХНІЗ шляхом формування у них адекватної моделі очікуваних результатів лікування для прискорення процесу одужання, покращення прогнозу захворювання та рівня ресоціалізації.



УДК:616.123-007.64-089+616.89-008-07

**О. О. Хаустова, О. В. Бушинська, В. П. Кардашов**  
**ВИЯВЛЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ**  
**СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

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

Актуальність. Психічні порушення становлять одну із головних проблем охорони здоров'я суспільства з точки зору частоти, тяжкості захворювання та інвалідизації: більша третина населення щорічно наражається на психічні розлади, серед яких найбільш розповсюдженими є тривога та депресія. Депресивний розлад у жінок зустрічається у два рази частіше, ніж у чоловіків. Майже 50% осіб, які звернулись до первинної ланки медичної допомоги, страждають від проблем психічного здоров'я, і являються недиагностованими. Тому якісна диференційна діагностика психічних порушень у пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями залишається досить актуальною проблемою.

Матеріали і методи. Уніфікована карта психолого-психіатричного обстеження пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями (соціально-демографічний, анамнестичний, клініко-діагностичний блоки), в склад якої входить HADS. Перевагою використання уніфікованої карти є комплексність, динамічність та прогнозованість оцінки результатів.

Результати досліджень. Було обстежено 62 пацієнта загально терапевтичного відділення: чоловіків до 55 років – 11,3% (7 осіб), після 55 років – 29,0% (18 осіб); жінок до 55 років – 25,8% (16 осіб), після – 33,9% (21 особа), з яких 63% працюючих і 37% пенсіонерів; 25%

мають вищу освіту, 45% – середню, 18% – середню-спеціальну, 12% – неповну середню освіту. Супутні соматичні хвороби: гіпертонічна хвороба спостерігалась у 58% пацієнтів; у 15% – захворювання дихальної системи; у 37% – кишково-шлункового тракту; у 19% – ниркові ураження.

За госпітальною шкалою HADS, у чоловіків до 55 років рівень субклінічної тривоги та депресії склав 28,6% випадків, клінічно вираженої тривоги та депресії не спостерігалось; після 55 років: рівень субклінічної тривоги становив 44,4%; депресії – 22,2%, клінічно вираженої тривоги не спостерігалось, а депресія відмічалась у 16,7% пацієнтів. У жінок до 55 років: рівень субклінічної тривоги становив 40,1%, депресії – 33,3%; клінічно виражена тривога спостерігалась у 33,3%, депресія у 40,1% осіб; після 55 років субклінічна тривога та депресія спостерігалась у 14,3%; клінічно виражена тривога спостерігалась у 14,3%, депресія у 57,1%.

Висновки. Депресія є значущим феноменом, що впливає на перебіг та прогноз поєднаних хворобливих станів і тому потребує подальшого дослідження на етапі первинної ланки медичної допомоги для призначення адекватного комплексного лікування та раціонального використання медичних ресурсів.

УДК:616.123-007.64-089+616.89-008-07

**О. О. Хаустова, К. І. Тарновецька, О. В. Прохорова**  
**ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ**  
**ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

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

Актуальність. Протягом останнього століття об'єктом інтенсивних досліджень у межах психосоматичної медицини є психосоматичні розлади, які становлять значну частину «хвороб цивілізації» і відмічаються тенденцією до зростання у межах загальної захворюваності населення. Частота психосоматичних розладів коливається від 15 до 60% серед населення, а серед пацієнтів первинної практики – від 30 до 57%. Розлади, які відносять до психосоматичних, включають не лише психосоматичні захворювання в традиційному, вузькому розумінні цього терміну, але й значно ширше коло порушень – соматизовані розлади, патологічні психогенні реакції на соматичні захворювання та інші, а також психічні розлади, які часто ускладнюються соматичною патологією.

Серед контингенту багатопрофільних лікарень психосоматичні розлади були виявлені у 53,6% випадків. За останні 25–30 років відзначається різке збільшення

чисельності хворих із психосоматичною патологією серед населення особливо працездатного віку і становить 50–70%, підвищуючи загрозу для життя, посилюючи тягар захворювання, знижуючи якість життя, тим самим, збільшуючи кількість перебування на лікарняному і передчасного виходу на інвалідність.

Матеріали і методи. Уніфікована карта психолого-психіатричного обстеження пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями, у склад якої входить шкала «Рівень якості життя» (по О. С. Чабану). Перевагою використання уніфікованої карти є комплексність, динамічність та прогнозованість оцінки результатів.

Результати досліджень. Було оцінено 62 пацієнти загально терапевтичного профілю і виявлено, що 58% осіб відмітили себе як люди з середнім рівнем якості життя; 32% із низьким рівнем; 3% вкрай низьким, і тільки 7% становлять особи з високим рівнем якості життя (рис 1).

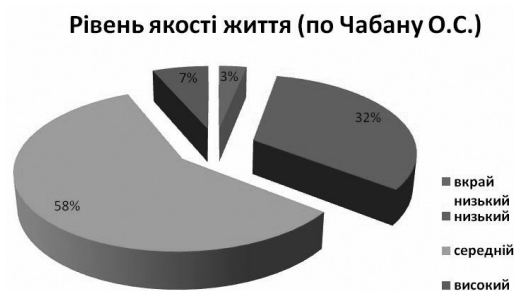


Рис. 1. Оцінка якості життя у пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями

Висновки. Тому з вищевикладеного, актуальною є необхідність впроваджувати комплексний медичний

супровід, який буде поєднувати інструментальні та медичні методи із визначенням індикаторів, предикторів і превенторів психічних розладів у пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями з подальшим визначенням принципів та алгоритмів терапевтичної тактики, диференційованих відповідно до спектра психопатологічних порушень при різних профілях соматичної патології. Впровадження медичної допомоги пацієнтам із поєднаною патологією в запропонованому форматі скоротить загальний час діагностики, зменшить кількість багатовартісних інвазивних втручань та консультацій додаткових спеціалістів, скоротить термін непрацездатності хворого, зменшить кількість виходів на інвалідність та підвищить якість життя.

УДК 616.89

А. Р. Цьона

**КОРЕКЦІЯ НЕЙРОКОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ПАРАНОЇДНІЙ ШИЗОФРЕНІЇ**

Львівський національний медичний університет ім. Данила галицького

Вивченню нейрокогнітивних порушень при шизофренії протягом останнього десятиліття приділяється особлива увага. Чисельними дослідженнями встановлено, що вираженість нейрокогнітивних порушень корелює з медикаментозною комплаєнтністю, показником якості життя та рівнем трудової адаптації, здатністю функціонувати незалежно, здатністю інтегрувати психотичний досвід та тестувати реальність. Нейрокогнітивне функціонування визначає успішність психосоціальної реабілітації, рівень функціональної компетентності пацієнтів, а отже, і прогноз загалом. Показово, що багатьма науковцями та експертами психіатричної діагностики висловлюється ідея, що нейрокогнітивний дефіцит грає ключову роль при шизофренії, а не просто є результатом шизофренічної симптоматики чи лікування. Цілком імовірно, що нові класифікаційно-діагностичні системи (зокрема V перегляд DSM) будуть включати когніцію як домен, який повинен бути оцінений психіатрами при діагностичному обстеженні. З огляду на це, закономірно, що порушення когнітивного функціонування при шизофренії все частіше розглядаються як потенційні мішені для терапевтичного втручання.

**Мета роботи:** дослідження ефективності використання церебралізіну для корекції нейрокогнітивного дефіциту у пацієнтів із параноїдною шизофренією на етапі симптоматичної ремісії. Дослідницька гіпотеза про потенційну ефективність вказаного лікування побудована на даних за дефіцит нейротрофічних факторів при шизофренії. Нейротрофічні фактори беруть участь у процесах нейрональної пластичності, синаптичної передачі, довготривалої потенціації, відіграють захисну

роль в умовах стресу, а тому визначають рівень нейрокогнітивного функціонування.

**Методи:** клініко-психопатологічний, експериментально-психологічний (нейрокогнітивні тести DSST, Letter-Number Test, Dot test для дослідження робочої (оперативної) пам'яті, STROOP тест та TMT тест для дослідження виконавчих функцій, RAVLT для дослідження здатності до навчання та утримування інформації), психометричний (шкали PANSS, CGI).

У дослідження було включено 58 пацієнтів із параноїдною шизофренією. Основні критерії включення: інформована згода, мінімальна вираженість позитивних симптомів (оцінка 3 за PANSS); стабільна доза атипичного антипсихотика протягом не менше 6 тижнів; відсутність клінічно значущих ЧМТ, захворювань головного мозку та інших медичних станів, які могли б вплинути на когнітивне функціонування; відсутність екстрапірамідних порушень. Пацієнти контрольної групи (28 осіб) продовжували знаходитись на монотерапії атипичним антипсихотиком, пацієнтам другої групи (30 осіб) додатково до терапії атипичним антипсихотиком призначалось лікування церебралізіном у дозі 10 мл в/в краплинно протягом 20 днів. Обстеження проводилось на вихідному етапі та через 4 тижні лікування.

Порівняно із пацієнтами контрольної групи, пацієнти другої групи демонстрували покращення нейрокогнітивного функціонування за результатами виконання тестів DSST, STROOP, TMT, RAVLT.

Таким чином, показано ефективність використання нейротрофічної терапії для корекції нейрокогнітивних порушень при шизофренії.

УДК 616.89

**А. В. Чайка**

## **НАДАННЯ ДОПОМОГИ ЛЮДЯМ ПОХИЛОГО ВІКУ, ЯКІ ХВОРЮТЬ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ**

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

Одним із наслідків характерної для останніх десятиліть демографічної кризи є значне збільшення чисельності літнього населення, і, як наслідок цього, зростання кількості психічно хворих пізнього віку.

У зв'язку зі значним "постарінням" населення країни та зростанням кількості психічно хворих людей у віці 50–65 років і в похилому (після 65 років) віці, проблема психічних розладів означеної категорії набуває все більшої актуальності.

За даними інформаційно-аналітичного огляду за 2008–2012 рр. «Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні» захворюваність на розлади психіки та поведінки за 2010 – 24598, 2011 – 25730, 2012 – 26547. Аналогічні дані в перерахунку на 100 тисяч населення, склали у 2010 – 219,7, 2011 – 228,6, 2012 – 233,8. Поширеність розладів психіки та поведінки у 2010 – 261824, 2011 – 263696, 2012 – 267978. На 100 тисяч населення 2010 – 2338,0; 2011 – 2343,3; 2012 – 2360,1.

За даними ВООЗ хвороба Альцгеймера та деменція стали найбільш поширеними психічними розладами у похилому віці та посідають четверте місце серед причин смерті людей похилого віку.

Геронтопсихіатрія на сучасному етапі стала одним із пріоритетних напрямів у науці та практиці, що обумовлено з одного боку скрутною демографічною ситуацією, а з іншого – реформами системи охорони здоров'я та загальними тенденціями розвитку психіатрії. У цьому сенсі має значення соціальна спрямованість психіатрії, її зближення із загальною, зокрема медичною практикою, розширення кола фахівців, залучених до вирішення проблем адаптації людей літнього віку, залучення психологів, соціальних працівників, медичних сестер та ін).

У даному випадку слід підкреслити роль соціальних працівників, які надають допомогу в спеціальних геронтологічних центрах, стаціонарах, денних стаціонарах, центрах денного перебування. Соціальні працівники використовують свої знання в області теорії і практики соціальної роботи, геронтології та геріатрії, відповідної нормативно-правової бази.

Під час роботи з людьми похилого віку обов'язково необхідно надавати комплексну допомогу літнім людям,

що мають хронічні психічні захворювання в тому числі за місцем проживання. В умовах постійного зростання вартості послуг, кошти, що виділяються державою на соціальне обслуговування, в останні десятиліття постійно скорочуються, що потребує уваги суспільства до зазначеної проблеми.

У пошуках альтернатив державному фінансуванню, соціальні працівники часто виступають ініціаторами створення громадських організацій, у рамках яких можливе надання необхідної допомоги літнім людям. Якщо брати до уваги закордонний досвід, то у всіх розвинених країнах діють об'єднання інвалідів та осіб похилого віку, діяльність яких виходить далеко за рамки суто побутової, соціально-медичної та соціально-економічної допомоги. Ці організації займаються культурно-просвітницькою роботою, пропонують різноманітні освітні програми, беруть участь у політичному житті своїх країн. Практично всі громадські організації літніх людей (а їх у світі налічується кілька тисяч, у тому числі й кілька десятків міжнародних) прагнуть втілити в життя основні положення Принципів ООН «Зробити повноцінним життя осіб похилого віку» (серпень 1982 р.)

Надання на відповідному рівні соціально-медичної допомоги людям похилого віку з психічними розладами демонструє ставлення держави до категорії населення, яка зробиє свій внесок у розвиток держави, а тепер потребує відповідної уваги та гідного ставлення до себе.

Підсумовуючи, варто сказати, що надання медико-соціальної допомоги людям літнього віку в нашій державі знаходиться на початковому етапі розвитку та не відповідає потребам часу. У зв'язку з соціальними, економічними перетвореннями в сучасному українському суспільстві, проблеми надання соціальної, психологічної та медичної допомоги людям літнього віку з психічними розладами, як однієї з найбільш уразливих груп населення, стоять особливо гостро. Тому виникає необхідність акцентувати увагу не лише на медикаментозному лікуванні, але й переході від психіатричної моделі лікування психічних розладів у осіб похилого віку до сучасної мультидисциплінарної моделі, із залученням спеціалістів різних профілів.



УДК 616.89

Д. Чайківська

**ДОМАШНЯ ОПІКА В УКРАЇНІ. ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ ПЕРСОНАЛУ ПО ДОГЛЯДУ  
ЗА ОСОБАМИ ПОХИЛОГО ВІКУ З КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ**

«Шпиталь імені митрополита Андрея Шептицького»

Частка літніх людей у загальній чисельності населення Європи є найбільшою в світі. Вісімнадцять із двадцяти країн світу з найбільшою кількістю літніх людей знаходяться в Європі. Некоректно прирівнювати вік до хвороби, проте фактом є те, що в старості прогресує зростає кількість захворювань і, як наслідок, збільшується потреба в лікуванні та догляді. Демографічний розвиток і тривала міграція молодих людей із країн Східної Європи і Центральної Азії призводять до зростаючої потреби у догляді за літніми людьми та їх забезпеченні. Потреба в догляді посилюється в східно-європейських країнах через недосконале медичне страхування (або його відсутність), а для бідних людей часто – через недоступність медичного обслуговування. Відсутні пропозиції по забезпеченню хворого вдома необхідним лікуванням, реабілітацією та доглядом. Доступ до медичного забезпечення є правом, записаним у статуті основних прав Європейського Союзу, що захищають людську гідність. Право людини на медичне забезпечення гарантовано в конституціях більшості держав. Однак реально доступ до охорони здоров'я, рівний для всіх громадян, не завжди реалізується. Навіть у тому випадку, коли лікарська допомога законодавчо закріплена, це не означає, що за необхідності нею можна скористатися. Необхідну діагностику і послуги з проведення лікування у більшості випадків можна отримати тільки за додаткову оплату, що, в свою чергу, неможливо через обмежений дохід або пенсію. Догляд за хворими вдома не може компенсувати відсутнє медичне забезпечення. МБФ «Карітас України» з 1999 року почав імплементувати в Україні модель Домашньої опіки за особами похилого віку, хворими та немічними. Основною цільовою групою є самотні старенькі люди, що потребують стороннього догляду.

Перші кроки впровадження програми показали недосконалість підготовки фахівців по догляді. Спеціалізації доглядальника, фахівця, який умів би надавати не тільки кваліфіковану медичну та соціальну допомогу, але і здійснювати догляд за тілом, шкірою і знався на особливостях психологічного стану хворих та старих людей, досі в Україні не готують.

Особливості догляду за особами похилого віку з ознаками старечої деменції, хвороби Альцгеймера, інших порушеннях психіки також стали одними із проблемних питань у організації допомоги особам цієї категорії вдома.

Під час догляду за пацієнтом похилого чи старечого віку, потрібно брати до уваги фізіологічні та біологічні зміни, які зазвичай пов'язані із старінням. Особа такого віку може мати одне або більше хронічних захворювань, які ускладнюють догляд за нею.

Соціально-економічний та психологічний фактори, зокрема самотність, збільшення потреби в опіці з боку рідних, нові вимоги до харчування, нестача грошей для купівлі корисних продуктів харчування – все це негативно впливає на стан здоров'я людини похилого віку та його психічний стан.

Пацієнт похилого віку може мати неправильне уявлення про стан свого здоров'я. Старіючи, люди можуть присвячувати йому надмірну увагу або ігнорувати його. Пацієнт може не звертати увагу на серйозні проблеми, оскільки не хоче, щоб його побоювання справдилися. Якщо пацієнт серйозно хворий, то під час розпитування про історію хвороби він може здогадуватися про важкість свого стану.

Оцінка самостійності пацієнта у повсякденному житті, виконанні ЦВД, підтверджена інструментальними методами дослідження, необхідна для упевненості, що догляд за ним є корисним і належним.

Параметри функціонального стану пацієнта допомагають визначити відповідний реабілітаційний курс і зрозуміти його потреби у спеціальному обслуговуванні, а також у трудотерапії. Для визначення ЦВД належить оцінити функціональну самостійність пацієнта під час купання, одягання, відвідування туалету, переміщення та споживання їжі. Для визначення рівня інструментальної ЦВД потрібно оцінити такі функції, як приготування їжі, прання, використання транспорту, вживання медикаментів і здійснення фінансових розрахунків.

До типових психологічних проблем пацієнтів похилого віку належать: деменція, делірії, депресія, похмурість, зловживання різними речовинами, параноя і тривожність.

Деменція, розумова неповноцінність – це незворотний розумовий стан, для якого характерні зменшення когнітивних функцій, погіршення пам'яті, зміни особистості, порушенням раціонального мислення. Найпоширенішою причиною розумової неповноцінності є хвороба Альцгеймера. До інших чинників належать: післяінсультна деменція, хвороби Піка, Кройтцфельдта-Якоба, Бінсвангера і СНІД.

Делірій, або гостра дезорієнтація спричинює інтелектуальну недостатність, порушення вимови, розгубленість, дезорієнтацію, порушення пам'яті. Пацієнт може мати галюцинації, ілюзії, зміни у рівнях моторної активності. Стан делірію може бути наслідком поганого харчування, інтоксикації ліками, порушення водно-електролітної рівноваги, інфекції, гіпоксії мозку, депресії, ізоляції чи впливу довкілля. Делірій часом буває передсмертним станом. Якщо його виявити на ранній стадії та правильно лікувати, пацієнта можна вивести з такого стану.

Депресія часто трапляється в осіб похилого віку і здебільшого вона є незначною або взагалі непомітною. Депресія може виявлятися через зміни в поведінці (апатія, інертність), у процесах мислення (розгубленість, дезорієнтування, порушення раціонального мислення) або соматичні порушення (втрата апетиту, закреп чи безсоння). В осіб старечого віку депресія часто нагадує хворобу Альцгеймера.

Пацієнти похилого віку часто страждають від втрати роботи, прибутків, друзів, сім'ї чи навіть власного дому. Такі обставини спричинюють стрес, який має психологічні та фізіологічні наслідки. Він може призвести до патологічної больової реакції, що набирає форми захворювання. Іноді самотність, зловживання алкоголем, звільнення з роботи, втрата здоров'я, смерть близької людини можуть спонукати особу похилого віку до самогубства.

Серед пацієнтів похилого віку часом трапляються зловживання різними речовинами, які у відповідь на великі життєві зміни і важкі стреси, призводять до спроби самогубства. Якщо пацієнт вживає велику кількість медикаментів або якщо він має симптоми зловживання алкоголем, зокрема жовтяницю і тремор, з'ясуйте, чи не було в нього роздумів про самогубство.

У пацієнтів із параноєю ми намагаємося з'ясувати, що стало причиною цього захворювання. Параноя часто з'являється внаслідок втрати сенсорних функцій (які можна частково відновити за допомогою окулярів та слухового апарату), психологічних проблем, реального страху перед нападом чи пограбуванням.

До симптомів параної належать: виражене відчуття самотності і страху, непередбачувана поведінка, недовіра до інших, відчуття переслідування.

Процес пристосування до фізичних, емоційних, соціально-економічних змін може призвести у пацієнтів похилого віку до гострої стривоженості, яка часом набуває форм розгубленості і дезорієнтації.

Ризик поранення пов'язаний із зміною церебральних функцій, зниженням рухливості, послабленням чутливості, небезпечним довкіллям.

Необхідність спеціальних знань у персонала, що здійснює догляд за особами з когнітивними порушеннями є очевидною. Тому система підвищення кваліфікації повинна бути значно підсилена саме такими знаннями і навичками догляду не тільки для працівників із медичною освітою, але і для соціальних працівників і членів родин, які самостійно здійснюють догляд за хворими вдома.

УДК 616.89

**О. В. Чернишов, Є. Н. Харченко**

**ХАРАКТЕРИСТИКА ЕТИОПАТОГЕНЕТИЧНИХ ФАКТОРІВ ТА КЛІНІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОМАТОФОРМНОГО СИНДРОМУ БОЛЮ У ПІДЛІТКІВ**

Миколаївська обласна психіатрична лікарня № 1, м. Миколаїв

За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я, у найближчі десятиліття саме психічні розлади ввійдуть до числа найбільш поширених хвороб, а економічний збиток, пов'язаний з їх наявністю і витратами на лікування психічних порушень та їх наслідків, буде постійно зростати. Однією з найбільш поширених проблем є соматоформні порушення. Значна їх частина представлена синдромом вегетативної дисфункції (СВД) насамперед функціональними порушеннями серцево-судинної системи та шлунково-кишкового тракту. Рання діагностика та ефективне лікування СВД в підлітковому віці є найважливішим завданням сучасної психіатрії, так як складність їх диференціальної діагностики та терапії пов'язана з тим, що істотну патогенетичну роль у розвитку цих психопатологічних розладів відіграють психологічні механізми та соціальні фактори.

**Мета дослідження.** Вивчити клінічні особливості СВД у підлітків із проявами хронічного болю (СЦфал і САбдал), а також соціально-психологічні фактори його формування.

**Матеріали і методи дослідження.** У рамках дослідження було обстежено 82 підлітки: 48 дівчат (58,5%) і 34 юнаки (41,5%) у віці 16–17 років. Усі підлітки є учнями старших класів середньої школи. Причиною звернення за психіатричною допомогою став стійкий

больовий синдром, без верифікації якого-небудь серйозного соматичного захворювання, здатного викликати подібні больові відчуття. Диференційно-діагностичне дослідження пацієнтів проводилося згідно діагностичним критеріям психічних і поведінкових розладів у рамках МКХ-10 [11], статистична обробка даних – методами варіаційної статистики за допомогою програми Microsoft Excel.

**Результати дослідження.** Було встановлено, що найчастіше в групі обстежених підлітків спостерігалася соматоформна вегетативна дисфункція з цефалгічним синдромом (F45.30) – 23,2% випадків. У цілому серед обстежених пацієнтів більш ніж у половині випадків СВД був провідним клінічним проявом різних соматоформних розладів (60,9%): у 29 дівчат (60,4%) і у 20 юнаків (58,8%). Тривожно-депресивна симптоматика в рамках різних розладів була зафіксована в цілому в 32,9% випадків: у 17 дівчат (35,4%) і у 10 юнаків (29,4%). Найрідше причиною формування СВД була астенична симптоматика в рамках органічного розладу ЦНС, яка переважно виявлялася у юнаків. Аналіз даних про локалізацію больового синдрому (як провідного прояву СВД у обстежених підлітків) дозволив зробити такі висновки. І серед дівчат, і серед хлопців істотно переважала СЦфал, у порівнянні з кількістю випадків, у яких

абдомінальні болі пред'являлися як провідна скарга. Але якщо у юнаків кількість випадків СЦфал на 17,7% перевищувала кількість пацієнтів із САбдал ( $p < 0,05$ ), то серед дівчат така різниця склала вже 37,5% – практично вдвічі більше ( $p < 0,01$ ). Важливим результатом стали дані про те, що і у дівчат, і у хлопців при виявленні іпохондричного розладу (F45.2) і хронічного больового розладу (F45.4) достовірно переважав САбдал стосовно СЦфал ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Таким чином, проведене дослідження виявило, що у всіх обстежених підлітків СЦфал суттєво переважають над тими, у яких провідне значення мали абдомінальні болі. Провідною етіологічною основою больового синдрому в підлітковому віці є різні варіанти соматоформних розладів: СВД (F45.30 і F45.31), іпохондричний (F45.2) і хронічний больовий розлад (F45.4). Значний внесок у генез СЦфал і САбдал додають також афективні невротичні порушення, зокрема легкий депресивний епізод із соматичними симптомами

(F32.01), панічний розлад (F41), депресивна реакція у рамках розладу адаптації (F43.21). Дослідження рівня вираженості депресії за шкалою депресії А. Бека виявило, що всі обстежені пацієнти мали, як мінімум, помірну вираженість депресивної симптоматики. Важливо відзначити, що всі обстежені пацієнти своєчасно не зверталися до психіатра, оскільки основною скаргою у підлітків були головний або абдомінальний біль, маючи психічні порушення. Поширеність будь-яких видів СВД у підлітків обумовлена проблемністю в дитячо-батьківських стосунках, які потенціюють розвиток психопатологічних порушень у процесі дорослішання. Тяжкість даних патологічних порушень обумовлена незрілістю когнітивно-емоційних структур і доданням поведінкових стратегій у ранньому віці. Отже, СВД, що супроводжується вираженим больовим синдромом у підлітковому віці – психічні порушення, які потребують одночасно психофармакологічного психотерапевтичного втручання.

УДК: 616.89 – 008.45/.48:616.37- 036.87

**Л. Н. Юрьева, Ю. Н. Шевченко**  
**КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ**  
**С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ**

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепропетровск

Нами было обследовано 25 пациентов в возрасте от 35 до 45 лет с диагнозом: рецидивирующий панкреатит. Обследование проводилось на 3-и сутки пребывания в стационаре, после купирования болевого синдрома. Пациенты обследовались клинико-психопатологическим методом и методикой «заучивания 10 слов А. Р. Лурия». В клинической картине у 60% обследуемых отмечались жалобы на повышенную утомляемость при умственной работе, снижение внимания, легкую забывчивость, тревожность, сниженное настроение. Однако при применении медицинских тестов наличие когнитивных нарушений достигающих выраженности деменции не подтвердилось. При исследовании методикой «заучивания

10 слов А. Р. Лурия» 75% пациентов сразу воспроизвели 8-10 слов, через 10 минут 6-7 слов и через 30 минут 5-6 слов, что свидетельствует о наличии легких когнитивных нарушений в виде ослабленности внимания и повышенной утомляемости.

Когнитивные нарушения при повышенной тревожности и сниженном настроении, обусловлены перераспределением внимания, пониженной самооценкой и медиаторными нарушениями.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости исследования когнитивных нарушений, психотерапевтической и фармакологической коррекции у пациентов с рецидивирующим панкреатитом.



**О. А. Левада**  
**НА ПАМЯТЬ ПРО НПК «КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПСИХИАТРИИ»**  
**(ВЗГЛЯД ИЗ ЗАЛА)**

16-17 сентября 2013 в Алуште прошла научно-практическая конференция «Когнитивные нарушения в психиатрии». Все, кто думал, что на отечественных мероприятиях такого сорта делать нечего (я так тоже всегда думал), ошиблись явно. С первой минуты было не так, как обычно. С главным специалистом Минздрава по психиатрии можно было не только поздороваться, но и легко поговорить любому желающему. Пленарное заседание транслировалось в режиме on-line на всю страну. Все, кто не смог приехать, имели возможность не только видеть выступления, но и задавать вопросы.

Но главное – это все-таки подборка докладчиков. Кроме, чего там греха таить, явно заказных выступлений (спонсорство ведь никто не отменял), кочующих из одной конференции в другую, можно вспомнить десятка полтора докладов, которые сделали бы честь любому международному медицинскому форуму.

Что же запомнилось, прежде всего. Сообщение о научной деятельности кафедр психиатрии. Из него стало ясно – время «тихой заводи» прошло. Формируется единый подход к оценке эффективности научных изысканий. Отечественная психиатрия – часть мировой науки. Поэтому нужен единый язык, методология, подходы к терапии.

Безусловно, событием стал доклад об изменениях в диагностике шизофрении согласно DSM 5. Прекрасно освещены значительные поправки в критерии диагноза, обоснована ликвидация форм заболевания. Это существенно повлияет на изучение данной нозоформы, стандартизирует лечебные подходы.

Огромный интерес вызвали доклады о проблемах гериатрической помощи в Украине и состоянии паллиативной помощи пожилым на дому. Созданные специалистами международного уровня в данной проблематике,

эти сообщения имели успех у слушателей различных специальностей.

Интересными и вызвавшими заинтересованное обсуждение были доклады, посвященные различным аспектам когнитивных нарушений, проблемам детской психиатрии, результатам исследований препаратов.

В этой связи хочется подчеркнуть, что в отечественную медицинскую практику все более уверенно входят технологии, основанные на доказательствах высокого уровня. Данный процесс явно проявился на конференции. Ряд докладов с промоцией препаратов с сомнительными доказательствами эффективности вызвал череду вопросов и замечаний. Особой живостью проявилась дискуссия между неврологами и психиатрами относительно необходимости такого диагностического конструкта как дисциркуляторная энцефалопатия. Отсутствие данной клинической формы в международных классификациях, соответственно и критериев ее диагностики, не позволяет вырабатывать доказательные стратегии лечения, а значит – применять «традиционные» методы терапии, которые часто используются только в отечественной медицине. К сожалению, конференция не смогла сблизить подходы в этой проблеме.

Прошедшая конференция отмечена еще одним ярким событием. Впервые была проведена секция докладов молодых ученых. Доброжелательная атмосфера, возможность непринужденно обсуждать животрепещущие вопросы с экспертами в различных областях психиатрии, юношеский задор и опыт сделали мероприятие незабываемым для всех его участников.

Общий вывод, который созрел у многих – в украинской психиатрии начались явные перемены. Всем заинтересованным в этом стоит внести свой вклад. Остается только вспомнить приветственные слова, прозвучавшие в начале форума: «В добрый путь».

## ДАЙДЖЕСТ

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ТРИЦИКЛІЧНИХ АНТИДЕПРЕСАНТІВ ПРИ ДЕПРЕСІЇ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ: РЕЗУЛЬТАТИ КОКРАНІВСЬКОГО ОГЛЯДУ

Кокранівська група по депресії, тривозі та неврозам опублікувала результати систематичного огляду та мета-аналізу присвяченому оцінці ефективності трициклічних антидепресантів (ТЦА) при депресії у дітей та підлітків. Головною метою Кокранівських систематичних оглядів є постачання релевантною інформацією щодо діагностики та терапії медичних патологій для працівників сфери охорони здоров'я. Ці огляди є незалежними науковими роботами, проведеними згідно із принципами доказової медицини.

Вчені здійснили пошук рандомізованих контрольованих досліджень (РКІ), у яких брали участь особи у віці 6-18 років із депресивним розладом. Оскільки лише декілька ТЦА мають дозвіл використовуватись при лікуванні пацієнтів цієї вікової категорії, науковий пошук обмежили лише тими РКІ, у яких порівнювалась ефективність амітриптиліну, хлормипраміну, дезипраміну, дотієпіну, іміпраміну, нортриптиліну, протриптиліну та триміпраміну із плацебо.

Всього визначеним критеріям відповідали 14 РКІ. При порівнянні ТЦА з плацебо не відмічали суттєвої різниці у співвідношенні пацієнтів, що досягли ремісії (відносний ризик (ВР) 1,07; 95% довірливий інтервал (ДІ) 0,91-1,26). При цьому ВР ремісії у групах активної терапії коливався в межах від 0,43 до 1,44, але в жодній роботі він не досягнув статистичної значимості.

Порівняння симптомів депресії продемонструвало більш значиму редукцію у групах ТЦА (стандартизоване середнє відхилення (ССВ) -0,32; 95% ДІ -0,59...-0,04). Однак серед досліджень відмічали високу гетерогенність даних.

Такі побічні ефекти, як втомливість, проблеми зі сном, головний біль, серцебиття, підвищена пітливість та запори мали однакову зустрічаємість у порівнюваних групах. Серед побічних ефектів, що частіше зустрічались у групах активної терапії, реєстрували запаморочення

(ВР 2,76; 95% ДІ 1,73-4,43), ортостатичну гіпотензію (ВР 4,86; 95% ДІ 1,69-13,97), тремор (ВР 5,43; 95% ДІ 1,64-17,98) та сухість у роті (ВР 3,35; 95% ДІ 1,98-5,64).

Оцінка глобального клінічного покращення не показала значних міжгрупових відмінностей (ССВ -0,10; 95% ДІ -0,40...0,20). Частота відміни ТЦА та плацебо також суттєво не відрізнялась (ВР 1,48; 95% ДІ 0,94-2,31).

Дані з аналізу ефективності ТЦА у підгрупах (6-12 років та 12-18 років) були схожі до таких для всієї вибірки в цілому, крім того факту, що в підгрупі дітей препубертатного віку не зареєстрували відмінностей між ТЦА та плацебо у редукції симптомів, у той час як у підлітків відмічали невелику, але статистично значиму зміну у симптомах депресії.

У своїх висновках дослідники відзначили, що отримані дані свідчать про неефективність ТЦА при лікуванні депресії у дітей препубертатного віку. У той же час, призначення ТЦА може мати місце при лікуванні депресії у підлітків, однак ефект такої терапії швидше за все буде невеликим.

Також, на думку авторів, подальша оцінка ефективності «традиційних» ТЦА із змішаною норадренергічною та серотонінергічною активністю в рамках наукових досліджень є небажаною. Фармакологічні дослідження з використанням антидепресантів нової генерації демонструють їх більшу дієвість, але часто результати мають непевну клінічну значимість. У подальших дослідженнях автори рекомендують сфокусуватись на оцінці ефектів сімейної терапії, підтримуючої та інших специфічних видах терапії, крім того потрібно визначити: чи має переваги стаціонарне лікування таких пацієнтів над амбулаторним.

*Hazell P, Mirzaie M. Tricyclic drug for depression in children and adolescents // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2013. – № 6: CD002317.*

## ДАЙДЖЕСТ

### **ВИЯВЛЕНІ МЕТАБОЛІЧНІ ПРЕДИКТОРИ ВІДПОВІДІ НА ТЕРАПІЮ АНТИДЕПРЕСАНТАМИ**

У новій науковій роботі, опублікованій у липні в журналі «PLoS One», група вчених під керівництвом Н. Zhu визначила метаболічні маркери, що можуть допомогти в прогнозуванні відповіді на антидепресанти у пацієнтів із великим депресивним розладом. Зокрема, дослідники

виявили декілька біохімічних змін у пацієнтів, які відповіли на сертралін, селективний інгібітор зворотного захвату серотоніну.

Потреба у виявленні маркерів відповіді на терапію зумовлена тим, що терапевтична дія зазвичай виникає

після 2-4 тижнів після початку прийому. У той же час при неефективності цієї терапії втрачається багато часу, що ще більше погіршує прогноз для пацієнта.

У дослідження взяли участь 75 амбулаторних пацієнтів, що проходили лікування сертраліном у початковій дозі 50 мг/доба із підвищенням до 100 мг/доба або 150 мг/доба при необхідності або плацебо. Оцінка відповіді на терапію проводилась із використанням шкали HAMD. Клінічна відповідь реєструвалась у випадку зниження кількості балів після лікування на  $\geq 50\%$ . Концентрацію метаболітів вимірювали в базовому періоді, на 1-му та 4-тижні прийому препарату.

Проведені обстеження виявили зміни декількох метаболітів після першого тижня у пацієнтів, що приймали сертралін. У першу чергу це стосується зниження рівня 5-НТ та його основного метаболіту 5-НІАА, а також у меншому процентному співвідношення – метаболітів пуринового та тирозин-феніланінового шляху. Після 4-х тижнів терапії спостерігали подібні зміни із зниженням рівня 5-НТ та підвищенням продуктів вказаних метаболічних шляхів.

Пацієнти з клінічною відповіддю до лікування мали більш високий рівень 5-метилокситриптамін (5-МТРМ), а після лікування – достовірне підвищення 5-метилокситриптофолу (5-МТРОЛ), мелатоніну та

більше зниження – 5-МТРМ у порівнянні з тими, хто не відповів на сертралін. Також спостерігали суттєві відмінності між цими групами пацієнтів у співвідношення декількох метаболітів триптофанового шляху.

На думку дослідників, отримані дані свідчать про те, що метаболізм серотоніну в епіфізі грає важливу роль у процесі одужання після депресії. Так, в епіфізі синтезується мелатонін та інші метоксиіндоли, які мають специфічні ефекти. Зокрема, 5-МТРОЛ та 5-МТРМ беруть участь у регуляції циркадного ритму та секреції нейрогіпофізальних гормонів. У той же час порушення циркадного ритму є проявом депресивних станів, а СІЗЗС модифікують локомоторні циркадну активність. Також автори підкреслюють необхідність у подальшому дослідженні предикторів відповіді на антидепресанти, що дасть змогу значно покращити ефективність терапії пацієнтів із депресією.

*Zhu H., Bogdanov M. B., Boyle S. H. et al. Pharmacometabolomics of response to sertraline and to placebo in major depressive disorder – possible role for methoxyindole pathway // PLoS One. – 2013. – V. 8(7): e68283.*

*Brooks M. Metabolic makeup may predict antidepressant response // Medscape. – 2013. – epub (<http://www.medscape.com/viewarticle/808829>).*

### ГАЛЮЦИНОГЕНИ НЕ ПІДВИЩУЮТЬ РИЗИК ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Аналіз даних, отриманих у Національному дослідженні по психоактивних речовинах та здоров'ю (США), проведений Krebs T. S. та Johansen P. – O., показав, що прийом галюциногенних наркотичних речовин не підвищує ризик для психічних розладів, а навпаки, чинить протекторний вплив.

У дослідженні брали участь 130 152 здорових добровольців, включаючи 21 967, які приймали галюциногени, переважно диетиламід d-лізергінової кислоти (ЛСД), псилоцибін, мескалін. Для порівняння психічного здоров'я обстежуваних використовували такі індикатори, як психологічний дистрес, прийом медичних психоактивних препаратів та симптоми психічних захворювань за DSM-IV.

Згідно із результатами, прийом галюциногенів не був асоційованим із наявністю серйозного психологічного дистресу протягом останнього місяця або років. Крім того, серед тих, хто приймав псилоцибін, мескалін та ЛСД, спостерігали значно нижчу частоту виникнення серйозного психологічного дистресу (стандартизований відносний ризик (сВР) 0,8, 0,9 та 0,7 відповідно).

Також не виявили статистично достовірних відмінностей між досліджуваними групами у частоті госпіталізацій, амбулаторного лікування та прийому препаратів. У той же час прийом ЛСД був асоційований із нижчою частотою амбулаторного лікування (сВР 0,9) та використанням психіатричних препаратів (сВР 0,9), псилоцибіну – стаціонарного лікування (0,8) та прийому препаратів (0,8), мескаліну – прийому препаратів (0,8).

Використання Композитного інтернаціонального діагностичного інтерв'ю ВООЗ (CIDI-SF), що складається

із 3-8 питань для кожного із 8-ми психічних розладів, – панічного розладу, великого депресивного розладу, манії, соціальної фобії, генералізованного тривожного розладу, агорафобії, посттравматичного стресового розладу та неафективного психозу, – не дозволило виявити суттєвих міжгрупових відмінностей для обох груп у наявності індикаторів психіатричних симптомів протягом останнього року. У той же час прийом галюциногенів був пов'язаний із нижчою зустрічаємістю одного із 7-ми психічних симптомів (сВР=0,7), прийом псилоцибіна – із нижчою частотою панічного розладу (сВР=0,9), мескаліну – агорафобії (сВР=0,6).

На думку вчених, зв'язок прийому галюциногену із дебютом психічного захворювання часто встановлюється помилково. Так, перший прийом цих наркотичних речовин зазвичай має місце у 20-25 років, саме на цей вік припадає дебют багатьох психічних розладів. Більше того, нещодавній систематичний огляд рандомізованих контрольованих досліджень цієї групою вчених продемонстрував ефективність використання ЛСД у лікуванні алкоголізму.

Слід зазначити, що в дослідженні брали участь особи, які хоча б раз приймали галюциногени, таким чином не оцінювали вплив регулярного їх прийому на ризик психічних розладів. У цьому випадку результати могли значно відрізнятись від отриманих.

*Krebs T. R., Johansen P. – O. Psychedelics and mental health: a population study // PLoS One. – 2013. – V. 8(8): e63972.*



## ВИЙШЛА НОВА КЛАСИФІКАЦІЙНА МОДЕЛЬ ДЛЯ ГОЛОВНОГО БОЛЮ

У липні цього року Міжнародне співтовариство по цефалгії (International Headache Society) опублікувало нову редакцію Міжнародної класифікації головного болю (International Classification of Headache Disorders). Це вже 3-й випуск даної класифікаційної моделі, котрий рекомендований до використання упродовж наступних декількох років. Як і минулі випуски, в новій моделі зазначається діагноз для головного болю, його опис, діагностичні критерії та коментарі.

У новій класифікації головний біль намагаються розділяти на первинний, вторинний та болючі краніальні невропатії й інші види головного болю. У кожному пункті окремо виділяють наступні класифікаційні елементи:

### 1. Первинний головний біль:

- мігрень;
- головний біль напруги;
- тригемінальний автономний головний біль;
- інші види первинного головного болю.

### 2. Вторинний головний біль:

- пов'язаний із травмою голови та/або шиї;
- пов'язаний із краніальним або цервікальним васкулярним розладом;
- пов'язаний із невазкулярним інтракраніальним розладом;
- пов'язаний із вживанням психоактивних речовин або синдромом відміни;
- пов'язаний із інфекційним захворюванням;
- пов'язаний із розладом гомеостазу;
- пов'язаний із порушеннями структури черепа, шиї, очей, вух, носа, синусів, зубів, рота;
- пов'язаний із психіатричними розладами.

### 3. Болючі краніальні невропатії, інші фаціальні болі:

- болючі краніальні невропатії та інші фаціальні болі;
- інші види головного болю.

На відміну від попередніх випусків у новій класифікації присутня хронічна мігрень, яка виникає щонайменше 15 днів на місяць більше 3-х місяців. Раніше

всіх пацієнтів із мігренню відносили в одну групу, незважаючи на частоту мігренозних нападів. Інші види мігрени включають мігрень із аурою, мігрень без аури, ускладнення мігрени, можлива мігрень та епізодичні синдроми, асоційовані із мігренню. Для діагностування мігрени із аурою потрібна наявність 1-го або більше із візуальних, сенсорних, мовленнєвих, моторних, стовбурових, ретинальних симптомів та присутність хоча б 2-х із 4-х наступних критеріїв: 1)  $\geq 1$  ознака аури, що розвивається поступово протягом 5 або більше хвилин та/або 2 або більше симптомів, що розвиваються під час нападу; 2) кожний із симптомів аури має тривалість 5-60 хвилин; 3) хоча б 1 симптом аури є унілатеральним; 4) аура супроводжується головним болем. Також до нової класифікації віднесли так звану мігрень із стовбуровою аурою або вестибулярну мігрень, хоча існують деякі сумніви щодо існування цього діагнозу. Серед специфічних симптомів для цього виду мігрени автори вказують дизартрію, головокружіння, тінітус, диплопію, атаксію та знижений рівень свідомості.

Що стосується вторинного головного болю в новій класифікаційній моделі перераховуються психічні розлади, при яких може виникати головний біль, включаючи депресивні розлади, панічний розлад, генералізований тривожний розлад, посттравматичний стресовий розлад, соціальний тривожний розлад (соціофобія) та специфічні фобії.

Із повною версією класифікації можна ознайомитись на сайті Міжнародного товариства із цефалгії ([http://www.ihs-headache.org/frame\\_non\\_members.asp](http://www.ihs-headache.org/frame_non_members.asp)) або на сайті ВООЗ.

*International Headache Society. The international classification of headache disorders 3-rd edition (beta version) // Cephalgia. – V. 33. – P. 629-808.*

*Anderson P. New headache classification system published. Medscape, epub. 3 June (<http://www.medscape.com/viewarticle/807334>)*

## **ПІДТРИМУЮЧА ТЕРАПІЯ МЕНШ ЕФЕКТИВНА ЗА ЗНИЖЕННЯ ДОЗИ АБО ВІДМІНУ ПРЕПАРАТУ У ПІДТРИМЦІ РЕМІСІЇ ПІСЛЯ ПЕРШОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗодУ**

Пацієнти, що приймають антипсихотики під час ремісії після першого психотичного епізоду, мають більші шанси довготривалого поліпшення стану у випадку зниження дози або поступової відміни препарату у порівнянні з повноцінною підтримуючою терапією. Такі результати отримала група вчених під керівництвом L. Wunderink із Гронінгемського університету (University of Groningen), Нідерланди, після проведення тривалого дослідження.

Слід відмітити, що в попередніх дослідженнях із менш тривалим періодом спостереження були отримані протилежні результати – підхід до терапії зі зменшенням дози або відміною препарату був асоційований із

достовірно більшою частотою рецидивів. Результати даної наукової роботи опублікували в липні в журналі «JAMA Psychiatry».

Для досягнення поставлених цілей дослідники провели 7-річне спостереження за пацієнтами, що раніше вже брали участь у рандомізованому контрольованому дослідженні з порівнянням вказаних схем терапії протягом 2-х років. Результати останнього не продемонстрували переваг схеми зниження дози або відміни препарату.

Для спостереження взяли 103 особи з ремісією після першого психотичного епізоду, що дали згоду на подальшу участь у експерименті. Після 7 років дослідники помітили, що в групі зниження дози/відміни критеріям

симптоматичної та функціональної ремісії відповідали в 2 рази більше пацієнтів, ніж у групі підтримуючої терапії (40,4% та 17,6% відповідно). Окремо для функціональної ремісії ці показники становили 46,2% та 19,6% відповідно, у той час як для симптоматичної ремісії міжгрупових відмінностей не спостерігали.

Ці відмінності автори пов'язують із тим, що роль допамінергічної блокади у лікуванні психозу знижується з часом. Зокрема, допамінергічна блокада необхідна для симптоматичного лікування позитивних симптомів при гострому психозі, але таке лікування не діє на інші патологічні механізми при психозі. На думку вчених, у віддаленій перспективі допамінергічна блокада може чинити негативний вплив на функціональні можливості

пацієнта. У той же час зниження антипсихотичного навантаження сприяло усуненню допамінергічної блокади і поліпшенню соціального функціонування досліджуваних.

*Melville N. A. Antipsychotics in first-episode psychosis: less is more // Medscape. – 2013. – epub., July 16 (<http://www.medscape.com/viewarticle/807894>).*

*Wunderink L., Nieboer R. M., Wiersma D. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial // JAMA Psychiatry. – 2013. – published ahead of print 3 July.*

## ОФІЦІЙНА ІНФОРМАЦІЯ

УДК 616.89

Т. Й. Алмашій

## ПСИХІАТРИЧНА СЛУЖБА ЗАКАРПАТТЯ

Надання психіатричної допомоги на Закарпатті розпочалася ще за Австро-Угорщини у 1913 році. Тоді збудували обласну лікарню в м. Ужгород, у складі якої було психіатричне відділення. У післявоєнні часи, коли Закарпаття увійшло до складу Радянської України, стаціонарна психіатрична допомога розширилася. Рішенням обласної ради в жовтні 1953 року було відкрито лікарню на 200 ліжок в м. Берегово. У подальшому ліжковий фонд збільшувався і у 90-ті роки становив 900 ліжок. Із зміною принципів надання стаціонарної психіатричної допомоги необхідність у такій кількості ліжок відпала і нині в лікарні нараховується 480 ліжок. У лікарні функціонують загально-психіатричні відділення, психоневрологічне, дитяче, відділення первинного психотичного епізоду та сестринського нагляду, відділення для примусового лікування. Значний вклад у становлення лікарні зробили головні лікарі Романович Ірина Теодорівна та Штільман Євген Олександрович. Кожен із них керував закладом понад 20 років. З 2003 року головним лікарем призначена Алмашій Тетяна Йосипівна, якій згодом було присвоєно звання «Заслужений лікар України». За останні 10 років змінився не тільки ліжковий фонд, але перш за все змінилися підходи у наданні стаціонарної психіатричної допомоги. У лікуванні пацієнтів зроблено акцент на немедикаментозних методах терапії. Для цього працює система психологічної підтримки пацієнтів та їх рідних, створена можливість та умови для проведення психосвітніх занять у кожному з відділень із використанням відео- та друкованих матеріалів. Група медичних сестер пройшла відповідне навчання, яке було організоване Асоціацією психіатрів України.

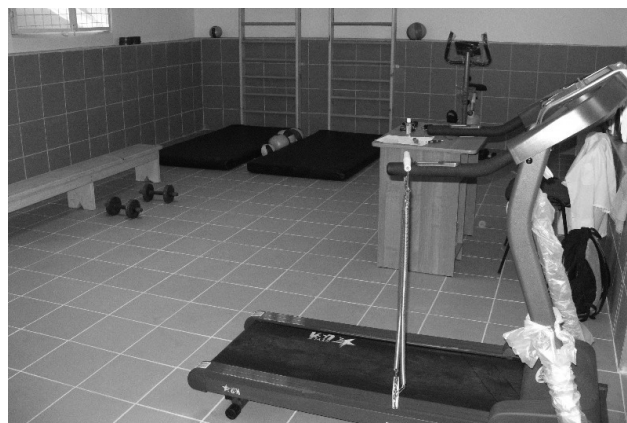


У лікарні активно використовуються можливості лікувальної фізкультури, яка проводиться у 2-х спортивних залах під керівництвом досвідчених інструкторів. Ши-



роко застосовуються фізіотерапевтичні методи впливу в тому числі і ароматерапія. Та, мабуть, найбільше задоволення отримують пацієнти від арттерапії. Вони активно включаються у виготовлення сувенірів, виробів із лози, вишивок. Несподівано розкривають свої художні здібності, створюючи картини, оригінальні прикраси, ікебани.

Унікальна за місцезрозташуванням інша обласна психіатрична лікарня в с. Вільшани Хустського району. Вона знаходиться у гірській місцевості, у чарівному куточку Карпат. У 1954-1956 рр. у с. Вільшани будували унікальну гідротехнічну споруду – 40-метрову дамбу, якою перегородили русло річки Тересля для створення водосховища. Під час будівництва було збудовано житло для



робітників та інженерно-технічного персоналу. Після закінчення будівництва на базі цих приміщень створили спочатку психіатричну колонію, а потім обласну психіатричну лікарню. На сьогодні там нараховується 200 ліжок, частина з яких виділена для лікування пацієнтів із психіатричним досвідом, які хворіють на туберкульоз. Особливістю та багатством цієї лікарні є її люди. Заклад у різній час очолювали досвідчені психіатри – Пазуханич Євген Іванович, Сергієнко Степан Давидович, Логай Михайло Михайлович. З 1977 року до нині лікарню очолює Чекан Фома Фомич. Це професіонал високого гатунку і непересічна особистість. Він добре знається на історії в цілому та Закарпаття зокрема. Історію краю, яку він розповідає, не знайдеш у жодних офоційних джерелах. Історичні події від часів Австро-Угорщини до нині збагачені його власним досвідом, особистісними штрихами. Протягом життя він був знайомий із багатьма цікавими людьми Краю. Його житло прикрашають картини видатних Закарпатських художників. Молоді лікарі із захопленням та великою зацікавленістю спілкуються з Фомою Фомичем, набираються знань професійних і життєвих. Під його керівництвом докорінно змінилася атмосфера в лікарні. Впродовж багатьох років він разом із усім медичним колективом створював режим мінімального обмеження для пацієнтів. Наслідком цього нині є відсутність ґрат на вікнах лікувальних корпусів, вільне пересування пацієнтів по території, яка практично не огорожена. Дуже гарний парк, клумби, які залюбки доглядають пацієнти. Часто можна побачити на території лікарні головного лікаря в оточенні пацієнтів, які спілкуються з ним на різноманітні теми.

Така атмосфера дала можливість розвиватися арт-терапії, створити співочий колектив пацієнтів. Із задоволенням пацієнти доглядають свиней, піклуються

про коней, вирощують овочі. За роки функціонування лікарні піросло декілька поколінь медичних сестер, батьки яких починали працювати у цій лікарні.

Усього в Закарпатській області надають психіатричну допомогу 66 лікарів, половина з яких працює в амбулаторних лікувально-профілактичних закладах. У цілому ж майже 700 чоловік беруть участь у наданні психіатричної допомоги жителям Закарпаття.

Залишаються проблеми, над якими необхідно продовжувати працювати.

Назріла нагальна потреба в реформуванні самої системи охорони психіатричного здоров'я. Необхідно відійти від радянської моделі надання психіатричної допомоги, зміщувати акценти у бік амбулаторного лікування, що дало б можливість зменшити стигматизацію, залучити до терапії членів родини, не змінювати життєві стереотипи пацієнтів. Це сприяло б покращенню адаптації користувачів психіатричної допомоги, їх ресоціалізації.

Стаціонарна психіатрична допомога повинна бути короткочасною, інтенсивною в максимально дестигматизованих умовах.

Для втілення цієї стратегії в життя необхідно змінити принципи фінансування медичної галузі та спрямувати грошові потоки переважно в амбулаторний сектор.

Не вирішеною проблемою є недостатність кадрового забезпечення, низький престиж професії лікаря-психіатра і, як наслідок, відсутність молодих кадрів. Біля 30% всіх працюючих лікарів-психіатрів досягли або за 1-2 роки досягнуть пенсійного віку. Чекаємо молодих психологів, психотерапевтів, які б почали працювати з користувачами психіатричної допомоги, членам їх родин, таким чином допомагаючи змінити ставлення суспільства до них.



**О. О. Хаустова**  
**БІОПСИХОСОЦІАЛЬНА МОДЕЛЬ: МАЙБУТНЄ ПСИХІАТРІЇ**  
**(ЗА МАТЕРІАЛАМИ 21-ГО МІЖНАРОДНОГО КОНГРЕСУ**  
**З СОЦІАЛЬНОЇ ПСИХІАТРІЇ)**

Термін «соціальна психіатрія» вперше використав Georg Illberg у 1903 як теоретичне обґрунтування зв'язків соціальних факторів і психічного здоров'я. За понад сто років концепція та філософія соціальної психіатрії набули значних змін.

Всесвітня асоціація з соціальної психіатрії (WASP) була створена у 1964 році. Засновником WASP був Joshua Bieger, тому її батьківщиною вважається Великобританія, а місцем реєстрації є Париж (Франція). У 1964 році в Лондоні також був проведений Перший міжнародний конгрес із соціальної психіатрії. Черговий, але ювілейний 22-й Міжнародний конгрес із соціальної психіатрії, присвячений 50-й річниці WASP, має відбутися наступного року в Лондоні.

Створення WASP обумовили наступні напрями розвитку психіатричної науки і практики, а саме:

- вивчення людської сутності та культури для попередження і лікування психологічних та/або психічних порушень і розладів поведінки;
- сприяння розвитку національної та міжнародної співпраці серед професіоналів та в суспільстві в царині інтересів і відповідальності соціальної психіатрії;
- розширення доступності наукового набуття і практичного досвіду соціальної психіатрії для фахівців інших спеціальностей та громадскості;
- подальше підвищення рівня біопсихосоціального благополуччя людства в цілому.

Саме тому проведений цього року з 29 червня по 3 липня у м. Лісабон (Португалія) 21-й Міжнародний конгрес з соціальної психіатрії, до роботи якого залучилися і співробітники нашого інституту, мав титульну тему «The bio-psycho-social Model: the Future of Psychiatry». Майбутньому соціальної психіатрії з позиції біопсихосоціальної парадигми була присвячена доповідь чинного президента Всесвітньої асоціації з соціальної психіатрії професора Driss Moussaoui.

У переважній більшості повідомлень, що були представлені на Конгресі фахівцями різних країн, дійсно був продемонстрований біопсихосоціальний підхід до досліджень у галузі психічного здоров'я взагалі та особливо його популярних та громадських аспектів. Так,



провідною тематикою, що обговорювалася на Конгресі, можна вважати:

- життя в екстремальних умовах на кшталт стихійного лиха, катастрофи чи екстремальних кліматичних умов;
- широкий наступ технологічних змін із використанням стільникового та інтернет-зв'язку;
- подібності та відмінності проблем мігрантів за власним бажанням та вимушених біженців;
- наслідки демографічних зрушень, як швидке збільшення тривалості життя людей з обмеженими можливостями та зміна демографічної структури суспільства;
- адаптацію до нових нормативних та законодавчих змін унаслідок розвитку системи охорони здоров'я та суспільства в цілому;
- науково-практичний досвід щодо швидкого патоморфозу патернів коморбідності фізичних хвороб, особливо відносно коморбідності психічних та фізичних розладів та інших питань психосоматичної медицини;
- залучення психіатричних аспектів до процесів масової урбанізації та сільсько-міської міграції;
- подолання актуальної існуючої проблеми дискримінації за ознаками наявності хвороби, а також за статтю, віком та расою.

Ми можемо виокремити низку головних тем, що обговорювалися на Конгресі:

1. Біопсихосоціальна єдність у психіатрії
2. Життєва динаміка психічних хвороб
3. Стихійні лиха/техногенні катастрофи (включаючи Фукусиму) та психічне здоров'я



4. Коморбідність психічних та фізичних розладів
5. Глобалізація, миттєва комунікація і психічне здоров'я
6. Масова міграція населення: мігранти, біженці і т. і.
7. Самогубства та їх профілактика
8. Стигматизація психічних розладів та психіатричних закладів
9. Інвестиції в психічне здоров'я
10. Охорона психічного здоров'я в країнах, що розвиваються
11. Креативний сполучений підхід до вирішення проблем охорони психічного здоров'я

Протягом Конгресу працювали окремі наукові секції (WASP SCIENTIFIC SECTIONS), які очолювали провідні світові фахівці в галузі соціальної психіатрії:

- Медична антропологія і психіатрія - Rachid Bennegadi,
- Суїцид - Zoltan Rihmer (Угорщина),
- Профілактична психіатрія – Jitendra Trivedi (Індія),
- Соціальна психіатрія та біологічна терапія - Kostas Fountoulakis (Греція),
- Міграція і психічне здоров'я - Adil Qureshi (Іспанія),
- Класифікація в психіатрії – Toshimasa Maruta (Японія),
- Цільова група WASP з примусу в психіатрії - Andrew Molodynski (Великобританія).

На 21-му Міжнародному конгресі науковий доробок УНДІ ССПН був представлений однією усною презентацією (І. А. Марценковський) та п'ятьма стендовими доповідями (І. Я. Пінчук, О. М. Дзюба., О. С. Чабан, О. О. Хаустова, С. Г. Полшкова, І. А. Марценковський, К. Тарновецька) за тематикою науково-дослідних робіт інституту.