



науково-практичний журнал

Архів

Т.19, 4(75)' 2013 ●

Психіатрії



П.В. Бирюкович

Науково-практичний журнал
Том 19, №4 (75) ' 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. Пукас (Литва), Н. Г. Пшук (Україна), П. Ринков (Білосусь), Ю. С. Савенко (Росія), В. П. Самохвалов (Чехія), І. Д. Спіріна (Україна), О. Ю. Табачников (Україна), Е. Тейлор (США), О. Цицкарідзе (Грузія), Б. А. Шахметов (Казахстан), Л. М. Юр'єва (Україна), О. О. Фільц (Україна), В. В. Чайківська (Україна), Д. Угрін (Великобританія), В. Фримонт (США).

Засновник і видавець:

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України
Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №16431-4903ПР від 15.02.2010 р.
Атестовано Вищою атестаційною комісією України (Бюлетень ВАК України, 2010, №1).
Переатестовано Вищою атестаційною комісією України (Постанова ВАК 01-05/04 від 26.05.2010 р.)

Адреса редакції:

Україна, 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103.
Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України.
Тел./факс: (044) 468-32-15
e-mail: undisspn@ukr.net
<http://www.undisspn.com.ua>

Дизайн обкладинки: *Пилипчук Т.*
Редактор-коректор: *Очертько Н. В.*
Комп'ютерна верстка: *Очертько Я. В.*

Рекомендовано до друку Вченою радою УНДІССПН (протокол засідання №7 від 24.07.2013 р.)
Здано до набору 9.09.2013 р. Підп. до друку 1.10.2013 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. № .
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

ОФІЦІЙНА ІНФОРМАЦІЯ

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я І ПСИХІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ Є НАЙВАЖЛИВИШИМИ ПЕРЕДУМОВАМИ ВИСОКОЇ ЯКОСТІ ЖИТТЯ	8
ПСИХІАТРІЯ В УКРАЇНІ: КОНТРОЛЬ ЧИ ТУРБОТА?	10
В МОЗ УКРАЇНИ ВІДБУЛАСЯ НАРАДА ЩОДО АУТИЗМУ У ДОРОСЛИХ	11

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

<i>І. Я. Пінчук</i> МІЖВІДОМЧА ВЗАЄМОДІЯ З ПИТАНЬ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ: МІФ ЧИ РЕАЛЬНІСТЬ	13
<i>І. Я. Пінчук, Р. М. Богачев, М. С. Осійчук, С. С. Шум, О. О. Суховій</i> СТАН ВИКОНАННЯ ДИСЕРТАЦІЙНИХ РОБІТ ЗА СПЕЦІАЛЬНОСТЯМИ «ПСИХІАТРІЯ», «НАРКОЛОГІЯ» ТА «МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ» (МЕДИЧНІ НАУКИ) У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ ЗА ПЕРІОД 2010-2012 РР. ТА І ПІВРІЧЧЯ 2013 Р.	18
<i>О. П. Олійник, І. Я. Пінчук, О. А. Ревенок</i> СУДОВА ПСИХІАТРІЯ ЯК СПЕЦІАЛЬНІСТЬ: ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ, ПРОФЕСІЙНІ НАВИКИ ТА СФЕРИ КОМПЕТЕНЦІЇ	39
<i>О. Мишаківська</i> СВІТОВА ПРАКТИКА НАДАННЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ДЕМЕНЦІЮ, ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	42

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

<i>І. Я. Пінчук, Є. Л. Панічевська, В. Я. Пішель, М. Ю. Полів'яна, В. В. Сотніченко</i> РОЗЛАДИ СПЕКТРА АУТИЗМУ У ДОРОСЛИХ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ.	47
<i>О. М. Зінченко</i> КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ПЕРВИННОЇ ТА ЗАГАЛЬНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА РОЗЛАДИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ НЕПСИХОТИЧНОГО ХАРАКТЕРУ У СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ.	50
<i>Н. А. Корнетов, В. А. Вербенко, В. В. Строевский</i> КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ, СТРАДАЮЩИМ РАССТРОЙСТВАМИ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА НА ПРИМЕРЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ (РОССИЯ) И АВТОНОМНОЙ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ (УКРАИНА)	52
<i>І. В. Лінський, А. М. Бачериков, Р. В. Лакінський, Е. Г. Матузок, Т. В. Ткаченко, І. В. Карамушко</i> НЕЗАВЕРШЕНІ СУЇЦИДАЛЬНІ СПРОБИ В М. ХАРКОВІ	56

C O N T E N T S

OFFICIAL INFORMATION

MENTAL HEALTH AND MENTAL WELL-BEING IS AN IMPORTANT PREREQUISITE QUALITY OF LIFE	8
PSYCHIATRY IN UKRAINE: CONTROL OR CARE?	10
MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINE HELD THE MEETING ON AUTISM IN ADULTS	11

ORGANIZATION OF MENTAL HEALTH SERVICES

<i>I. PINCHUK</i> INTERAGENCY COOPERATION ON MENTAL HEALTH OF UKRAINIAN: MYTH OR REALITY	13
<i>I. Y. PINCHUK, R. M. BOGACHEV, M. S. OSIYCHUK, S. S. SHUM, O. O. SUKHOVIY</i> PERFORMING DISSERTATIONAL WORKS IN THE FIELD OF «PSYCHIATRY», «NARCOLOGY» AND «MEDICAL PSYCHOLOGY» (MEDICAL SCIENCES) IN HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS OF UKRAINE FOR THE PERIOD 2010-2013	18
<i>O. OLIYNYK, I. PINCHUK, O. REVENOK</i> FORENSIC PSYCHIATRY AS A SPECIALTY: HISTORY OF DEVELOPMENT, PROFESSIONAL SKILLS AND AREAS OF COMPETENCE.	39
<i>O. MYSHAKIVSKA</i> WORLD PRACTICE PROVIDING CARE TO PATIENTS WITH DEMENTIA, PALLIATIVE CARE (LITERATURE REVIEW).	42

SOCIAL PSYCHIATRY

<i>I. Y. PINCHUK, E. L. PANICHEVSKA., V. Y. PISHEL, M. Y. POLYVIANA, V. V. SOTNICHENKO</i> AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN ADULTHOOD: CURRENT STATE OF PROBLEM	47
<i>E. N. ZINCHENKO</i> CLINICAL AND STATISTICAL ANALYSIS OF THE DYNAMICS OF PRIMARY AND TOTAL INCIDENCE OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS, NON-PSYCHOTIC NATURE OF THE RURAL POPULATION OF UKRAINE	50
<i>N. A. KORNETOV, V. A. VERBENKO, V. V. STROEVSKY</i> CLINICAL AND SOCIAL ASPECTS OF MENTAL HEALTH CARE IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS (THE PSYCHIATRIC SERVICES IN TOMSK REGION (RUSSIA) AND CRIMEA (UKRAINE)).	55
<i>I. V. LINSKIY, A. N. BACHERYKOV, R. V. LAKYNSKIY, E. G. MATUZOK, T. V. TKACHENKO, I. V. KARAMUSHKO</i> UNCOMPLETED SUICIDE ATTEMPTS IN KHARKOV	56

<i>Ж. Г. Дудина</i> РЕАБІЛІТАЦІЯ В СТРУКТУРІ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ТЯЖКОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ	60
<i>Н. Є. Іващенко</i> КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ ПСИХОКОРЕКЦІЄЮ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ.....	62
<i>Є. Я. Пшук</i> ОЦІНКА РІВНЯ КОМУНІКАТИВНОГО РЕСУРСУ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ ТА ЇХ РЕФЕРЕНТНИХ РОДИЧІВ	69
<i>О. П. Романів</i> ІНФАРКТ МІОКАРДА ЯК СПОСІБ МАНІФЕСТАЦІЇ СУЇЦИДОЛОГІЧНОЇ НАЛАШТОВАНОСТІ КАРДІОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ.....	73
<i>О. О. Литвінов</i> РОЗЛАДИ СПЕКТРА АУТИЗМУ У ДОРΟΣЛИХ	78
<i>І. В. Дроздова, М. В. Демченко, В. В. Храмцова, К. А. Суганяк</i> ПОДХОДИ К АНАЛІЗУ УМСТВЕННИХ ФУНКЦІЙ В ПРАКТИКЕ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ.....	80

<i>Zh. G. Dudina</i> REHABILITATION AS A PART OF PALLIATIVE CARE IN PATIENTS WHO SUFFER FROM SEVERE DEMENTIA	60
<i>N. Y. Ivashchenko</i> COMPLEX REHABILITATION OF PATIENT WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH DIFFERENTIATED PSYCHOCORRECTION OF INTERNAL PICTURE OF DISEASE	62
<i>Y. Y. Pshuk</i> LEVEL ASSESSMENT RESOURCES COMMUNICATIVE PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND THEIR REFERENCE RELATIVES	69
<i>O. P. Romaniv</i> MYOCARDIAL INFARCTION AS A WAY OF MANIFESTATION SUICIDODOLOGY DISPOSITION CARDIAC PATIENTS	73
<i>A. A. Litvinov</i> AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN ADULTS	78
<i>I. V. Drozdova, M. V. Demchenko, V. V. Khrantsova, K. A. Suganiak</i> APPROACHES TO THE ANALYSIS OF MENTAL FUNCTIONS IN MEDICAL- SOCIAL EXPERTISE.....	80

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

<i>Р. Блобривка</i> ВАРІАНТИ ПОРУШЕННЯ СЕКСУАЛЬНИХ ФУНКЦІЙ У ЧОЛОВІКІВ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НЕВРОТИЧНИМИ ДЕПРЕСІЯМИ	84
<i>В. А. Вербенко., Е. В. Чемоданова</i> КОРРЕКЦІЯ ПОГРАНИЧНИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ..	87
<i>Г. М. Вербенко</i> РОЗШИРЕНИЙ ПОГЛЯД НА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ БАР	91
<i>О. А. Левада</i> ІНТЕГРАТИВНА ОЦІНКА РАННІХ ЕТАПІВ РОЗВИТКУ СУБКОРТИКАЛЬНОЇ СУДИННОЇ ДЕМЕНЦІЇ: АЛГОРИТМ, КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ДІАГНОСТИЧНІ ТЕСТИ	96
<i>О. С. Орлова</i> АНАЛІЗ ДІАГНОСТИЧНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ЩОДО ВІЯВЛЕННЯ КОГНІТИВНИХ ТА АФЕКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ НА РАННІХ ЕТАПАХ МАНІФЕСТАЦІЇ.....	102
<i>Г. А. Игнатенко, Б. Л. Ракитов, В. А. Табачников, Н. В. Журавлёв</i> ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРВАЛЬНОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИ-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ФОНЕ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ВТОРОГО ТИПА	106

CLINICAL PSYCHIATRY

<i>R. Bilobryvka</i> VARIANTS OF SEXUAL DYSFUNCTION IN MEN WHO SUFFER FROM NEUROTIC DEPRESSION	84
<i>V. A. Verbenko, E. Chemodanova</i> CORRECTION BORDERLINE MENTAL DISORDERS IN PARENTS RAISING CHILDREN WITH DISABILITIES.....	87
<i>G. M. Verbenko</i> EXPANDED VIEW OF THE CLINICAL MANIFESTATIONS OF BAR	91
<i>O. A. Levada</i> INTEGRATIVE ASSESSMENT OF EARLY STAGES OF SUBCORTICAL VASCULAR DEMENTIA: ALGORITHM, DIAGNOSTIC CRITERIA AND DIAGNOSTIC TESTS	96
<i>O. S. Orlova</i> ANALYSIS OF THE DIAGNOSTIC POSSIBILITIES OF IDENTIFICATION OF COGNITIVE AND AFFECTIVE DISORDERS IN THE EARLY STAGES OF THE MANIFESTATION	102
<i>G. A. Ignatenko, V. A. Tabachnikov, M. V. Zhuravlev</i> APPLICATION OF INTERVAL NORMOBARIC HYPOXYTHERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH SILENT MYOCARDIAL ISCHEMIA SECOND TYPE AND ANXIETY DISORDERS	106

<i>Х. С. Живаго</i> ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, КЛІНІКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ПАРАНОЇДНІЙ ФОРМІ ШИЗОФРЕНІЇ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	109
<i>В. Е. Казаков</i> ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	115
<i>И. В. Калугин, Е. А. Хаустова</i> ПРОБЛЕМЫ ПОЛИМОРБИДНОСТИ И АДЕКВАТНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	118
<i>К. І. Клебан</i> ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ Х ІЗ СУПУТНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ НЕПСИХОТИЧНОГО РІВНЮ	123
<i>Г. С. Рачкаускас, С. В. Чеботаров, Е. В. Височин</i> НЕЙРОКОГНІТИВНІ РОЗЛАДИ У ПРЕМОРБИДНОМУ ПЕРІОДІ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ	126
<i>Д. Н. Сапон</i> ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРОМИАЛГИЕЙ	129
<i>Є. В. Харчук</i> ПАРАНОЇДНА ШИЗОФРЕНІЯ, ПОЄДНАНА З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ: СТРУКТУРА КОГНІТИВНОГО ДЕФІЦИТУ	135
<i>О. О. Хаустова, О. М. Авраменко</i> ДЕЯКІ МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОЇ ДІАГНОСТИКИ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ І ПОВЕДІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ	140
<i>А. Р. Цьона</i> НЕЙРОКОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ: ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ТА ОБГРУНТУВАННЯ ДОСЛІДНИЦЬКОЇ ГІПОТЕЗИ	146

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

<i>И. А. Марценковский, А. В. Каптитцева</i> КОМОРБИДНЫЕ С АУТИЗМОМ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА.	154
<i>Я. Б. Бикшаева</i> ЧИННИКИ РИЗИКУ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА МАНІ- ФЕСТАЦІЮ РОЗЛАДІВ ЗІ СПЕКТРА АУТИЗМУ	158

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

<i>А. М. Кушнір</i> КРИМІНАЛЬНИЙ ТА НАРКОЛОГІЧНИЙ АНАМНЕЗ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮЗ РІЗНИМИ МЕХАНІЗМАМИ РЕАЛІЗАЦІЇ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЯНЬ	165
--	-----

<i>К. ZHYVAGO</i> CHARACTERISTIC OF DIAGNOSIS, CLINICAL AND TREATMENT OF DEPRESSIVE DISORDERS IN PARANOID SCHIZOPHRENIA (REVIEW).....	109
<i>V. E. KAZAKOV</i> TREATING AND REHABILITATION PROGRAMS FOR PATIENTS WITH REMOTE CONSEQUENCES OF TRAUMATIC BRAIN INJURY	115
<i>I. V. KALUGIN, E. A. KHAUSTOVA</i> THE PROBLEMS OF POLYMORBIDS AND ADEQUATE PHARMACOTHERAPY AMONG THE ELDERLY-AGED PATIENTS	118
<i>К. І. Клебан</i> ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME X WITH ASSOCIATED NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS	123
<i>G. S. RACHKAUSKAS, I. V. CHEBOTAROV, E. V.VYSOCHYN</i> NEUROCOGNITIVE DISORDERS IN PREMORBID PERIOD OF PARANOID SCHIZOPHRENIA.....	126
<i>D. N. SAPON</i> PROBLEMS OF DIAGNOSTICS AND THERAPY OF PATIENTS WITH FIBROMYALGIA.....	129
<i>E. V. HARCHUK</i> PARANOID SCHIZOPHRENIA AND ARTERIAL HYPERTENSION COMORBIDITY: COGNITIVE IMPAIRMENT FRAMEWORK.....	135
<i>O. O. KHAUSTOVA, O. M. AVRAMENKO</i> SOME METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE COMPLEX DIAGNOSIS OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN	140
<i>A. R. TSONA</i> NEUROPSYCHOLOGICAL DISTURBANCES UNDER SCHIZOPHRENIA. LITERATURE REVIEW AND INVESTIGATIONAL HYPOTHESIS ARGUMENTATION.....	153

CHILD'S PSYCHIATRY

<i>IGOR MARTSENKOVSKY, OLENA KAPTITSEVA</i> PSYCHIATRIC COMORBIDITY WITH AUTISM.....	154
<i>Y. B. BIKSHAIEVA</i> RISK FACTORS THAT AFFECT MANIFESTATION DISORDERS OF AUTISM SPECTRUM.....	158

FORENSIC PSYCHIATRY

<i>A. M. KUSHNIR</i> THE CRIMINAL AND DRUG ABUSE ANAMNESIS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH DIFFERENT MECHANISMS OF REALIZATION PUBLIC DANGEROUS ACTS.....	165
---	-----

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ І ПСИХОТЕРАПІЯ

К. В. Аймедов, Ю. П. Жогно, О. В. Кривоногова
СИНДРОМ ПРОФЕСІЙНОГО «ВИГОРАННЯ» У
ВИКЛАДАЧІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ 171

В. В. Болтянський
ДЕТЕРМІНУЮЧІ ПРЕДИКТОРИ ХРОНІЧНИХ
ЗАКРЕПІВ У ДІТЕЙ 176

І. В. Онищенко
ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ХВОРИХ НА
ПСОРІАЗ 178

Ю. І. Заседа
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА
В КОНТЕКСТЕ ПЕРСОНОЛОГИИ И
ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ГНОСЕОЛОГИИ 182

О. І. Чистикова
ПСИХОЛОГІЧНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ У ПРАЦІВНИКІВ
ПОЖЕЖНО-РЯТУВАЛЬНОЇ СЛУЖБИ: АНАЛІЗ
СКЛАДОВИХ ТА СТАДІЙ РОЗВИТКУ В ЗАЛЕЖНОСТІ
ВІД СТАЖУ РОБОТИ В УМОВАХ ПІДВИЩЕНОЇ
НЕБЕЗПЕКИ 187

О. В. Пюнтковська
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ДІТЕЙ З
ОНКОЛОГІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ В ЗАЛЕЖНОСТІ
ВІД ВІКУ ТА СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ 194

Л. Є. Трачук
КОРЕКЦІЯ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ
З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ЯК ГОЛОВНА
ЗАПОРУКА ФОРМУВАННЯ ОПТИМАЛЬНОЇ ПРИХИЛЬ-
НОСТІ ДО АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ 198

І. О. Франкова
ДЕЯКІ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРОЮ СОЦІАЛЬНОЮ
САМОІЗОЛЯЦІЄЮ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО
ВИПАДКУ 203

Л. О. Герасименко
СУЧАСНІ АСПЕКТИ СІМЕЙНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ
СЕКСУАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПРИ НЕВРАСТЕНІЇ
У ЖІНОК 207

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

*С. І. Табачников, Е. Н. Харченко, Т. В. Синицкая,
Ю. А. Войтенко, А. Н. Чепурная*
АДДИКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА НА
СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ И ХАРАКТЕРИСТИКА
ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМЫХ СОСТОЯНИЙ
ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ
В ПОДРОСТКОВО-МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ 210

И. С. Рыткис
МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И ОБЩАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ
СТУДЕНТОВ С ТАБАКОКУРЕНИЕМ
И ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ 219

MEDICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

K. V. AyMEDOV, Y. P. ZHOGNOUT, O. V. KRYVONOGOVA
BURN-OUT SYNDROME IN TEACHERS
OF MEDICAL UNIVERSITY 171

V. V. Boltjanskyj
THE DETERMINING PREDICTORS OF CHRONIC
CONSTIPATION IN CHILDREN 176

I. V. Onyschenko
THE FEATURES OF EMOTIONAL SPHERE
IN PSORIASIS PATIENTS 178

U. I. Zaseda
PSYCHOTHERAPEUTIC SEMIOTICS IN THE
CONTEXT OF PERSONOLOGY AND
PHENOMENOLOGICAL GNOSEOLOGY 182

O. I. Chystikova
PSYCHOLOGICAL MALADJUSTMENT OF FIRE
AND RESCUE SERVICE: ANALYSIS AND
COMPONENTS STAGES OF DEVELOPMENT
DEPENDING ON EXPERIENCE
IN THE HIGH RISK 187

O. V. Piontkovska
PSYCHOLOGICAL STATE FEATURES OF CHILDREN
WITH CANCER ACCORDING TO AGE AND FAMILY
FUNCTIONING 194

L. E. Trachuk
ATTITUDE TO HEALTH CORRECTION AMONG
PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AS THE
MAIN GUARANTEE OF THE OPTIMAL ADHERENCE
TO ANTIHYPERTENSIVE THERAPY 198

I. Frankova
SOME CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL
CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ACUTE
SOCIAL WITHDRAWAL ON THE EXAMPLE
OF CLINICAL CASE 203

L. O. Herasymenko
MODERN ASPECTS OF FAMILY PSYCHOTHERAPY
OF SEXUAL DISADAPTATION IN NEURASTHENIA
IN WOMEN 207

SOCIAL AND CLINICAL NARCOLOGY

*S. I. Tabachnikov, E. N. Kharchenko, T. V. Synytska,
I. A. Voitenko, A. N. Chepurnaya*
ADDICTIVE DISORDERS AT THE PRESENT STAGE.
CHARACTERIZATION OF FORMATION
DEPENDENT CONDITIONS WHEN TAKEN
PSYCHOACTIVE SUBSTANCES
IN ADOLESCENCE 210

I. Ritkis
METHODOLOGICAL JUSTIFICATION
AND GENERAL CHARACTERISTICS
OF THE SURVEYED STUDENTS WITH
SMOKING AND TOBACCO ADDICTION 219

И. М. Сквиря
РЕЦИДИВООПАСНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ
У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ
РЕМИССИИ 225

Н. В. Побережна
КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
ПСИХІЧНИХ І ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ ВНАСЛІДОК
ВЖИВАННЯ ПИВА У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ 230

О. В. Чернишов
СОМАТОФОРМНЫЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ У
ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ ЯК ФАКТОР
АДДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ІЗ ВЖИВАННЯМ
ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН 234

Е. С. Осуховская
ОСОБЕННОСТИ ДИЗАЙНА ИССЛЕДОВАНИЯ
АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У УЧАЩИХСЯ ШКОЛ
И СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ
УКРАИНЫ 237

Г. А. Приб, С. В. Дворяк
ВІЛ-ІНФІКОВАНІ НАРКОЗАЛЕЖНІ ПАЦІЄНТИ,
ЯК ГРУПА З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ
В УМОВАХ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІД
В УКРАЇНІ 242

ТЕЗИ

ДАЙДЖЕСТ

КЛИНИЧЕСКИЙ ОТВЕТ НА ЛИТИЙ СВЯЗАН С
ГЕНЕТИЧЕСКИМИ ВАРИАЦИЯМИ 253

ТРЕВОГА ПОВЫШАЕТ РИСК ИНСУЛЬТА 253

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
ЭФФЕКТИВНОСТИ КБТ ПРИ ДЕПРЕССИИ 254

КБТ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА 254

I. M. Skvira
THE RELESE-DANGEROUS CLINICAL CONDITION
AE EPY PERSONS WITH ALCOHOLIC
DEPENDENCE IN EARLY TERAPEVTICUS
REMISSION 225

N. V. Poberezhnaya
CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF
MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS DUE TO USE
OF BEER IN YOUNG PEOPLE 230

A. Chernyshev
SOMATOFORM PAIN IN ADOLESCENCE –
AS A FACTOR OF ADDICTIVE BEHAVIOR WITH
THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES 234

E. S. Osuhovskaya
STUDY DESIGN FEATURES ADDICTIVE
BEHAVIOR IN PUPILS AND UNIVERSITY
STUDENTS OF UKRAINE 237

G. Prib, S. Dvoriak
PATIENTS WITH DRUG DEPENDENCE AND HIV-
INFECTION AS A GROUP WITH SPECIAL NEEDS
IN THE SITUATION OF HIV/AIDS EPIDEMICS IN
UKRAINE 242

THESES

DIGEST

THE CLINICAL RESPONSE TO LITHIUM IS
ASSOCIATED WITH GENETIC VARIATION 253

ANXIETY INCREASES THE RISK OF STROKE 253

ADDITIONAL EVIDENCE FOR THE EFFECTIVENESS
OF CBT FOR DEPRESSION 254

CBT IN RELAPSE PREVENTION 254

ОФІЦІЙНА ІНФОРМАЦІЯ

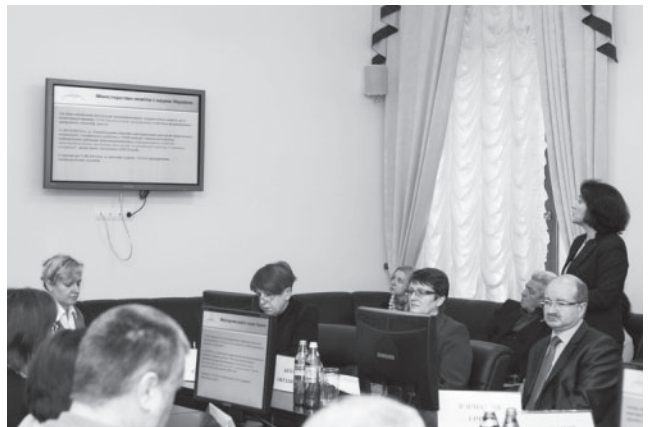
ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я І ПСИХІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ Є НАЙВАЖЛИВІШИМИ ПЕРЕДУМОВАМИ ВИСОКОЇ ЯКОСТІ ЖИТТЯ

Міжвідомча координаційна рада з питань удосконалення системи надання психіатричної допомоги в Україні: перше засідання.

У Міністерстві охорони здоров'я України 20 грудня 2013 року відбулося перше засідання Міжвідомчої координаційної ради з питань удосконалення системи надання психіатричної допомоги в Україні.

У заході, який пройшов під головуванням Першого заступника Міністра охорони здоров'я України Олександра Качура,

«Сьогодні розпочала свою роботу Міжвідомча координаційна рада з питань удосконалення системи надання психіатричної допомоги в Україні, яку очолила Міністр охорони здоров'я України Раїса Богатирьова. І це надзвичайно важливо. Адже цей захід, який відбувається вперше на такому рівні, за участю Уповноваженого



дра Качура, взяли участь директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, головний психіатр МОЗ України Ірина Пінчук, Уповноважений Верховної Ради України з прав людини Валерія Лутковська, Уповноважений Президента України з прав дитини Юрій Павленко, президент Асоціації психіатрів України Семен Глузман, головний дитячий психіатр МОЗ України Ігор Марценковський, представники інших міністерств, відомств та громадських організацій.

Верховної Ради України з прав людини, Уповноваженого Президента України з прав дитини, представників міністерств та відомств, громадських організацій, дозволить скоординувати наші зусилля для підвищення якості надання спеціалізованої допомоги, попередження виникнення психічних розладів та забезпечення психічного благополуччя населення всієї України», – сказав Олександр Качур.

Учасники засідання обговорили проблемні питання взаємодії різних міністерств та відомств у межах

представленої Концепції Державної Програми розвитку охорони психічного здоров'я в Україні.

Такі важливі складові охорони психічного здоров'я, як медична та соціальна допомога, мають бути результатом зусиль всього суспільства, відзначалося учасниками засідання. У зв'язку з цим стратегії в галузі охорони психічного здоров'я потребують міжгалузевої взаємодії та повинні передбачати заходи з урахуванням можливостей багатьох секторів та фахівців різного профілю: освітян, медиків, фахівців засобів масової інформації, співробітників органів соціального захисту, юстиції, внутрішніх справ та багатьох інших.

Директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, головний позаштатний психіатр МОЗ України Ірина Пінчук презентувала Концепцію Державної програми розвитку системи охорони психічного здоров'я в Україні до 2020 року, яка стане основою для подальшого розвитку цієї системи України. Особливу увагу вона звернула на аналіз причин недостатньої ефективності надання психіатричної допомоги в Україні: «Це брак розуміння як з боку держави, так і з боку суспільства того, що психічне здоров'я і психічне благополуччя є найважливішими передумовами високої якості життя, недосконалість нормативно-правової бази та здійснення профілактичної роботи, відсутність належного кадрового забезпечення психіатричної сфери, недостатнє фінансування галузі». «Однак, варто відзначити, що сьогодні ми активно працюємо над вирішенням цих проблем, і виконання даної Програми дозволить покращити якість життя пацієнтів з вадами психічного здоров'я та максимально реінтегрувати їх в суспільство», – підкреслила Ірина Пінчук.

Актуальними, на думку виступаючих, залишаються питання дотримання прав людини при наданні психіатричної допомоги, здійсненні примусових заходів медичного характеру та питання захисту прав дітей при наданні їм психіатричної допомоги. Так, Уповноважений Верховної Ради України з прав людини Валерія Лутковська, нагадавши про діючий більше року національний превентивний механізм проти катувань, який спрямований на попередження порушень прав людини в місцях позбавлення волі, зауважила, що до цих місць належать і психіатричні лікарні, а також психоневрологічні інтернати, будинки дитини, спеціальні загальноосвітні школи-інтернати і відповідні військові клінічні госпіталі. «Тому ми здійснюємо постійний моніторинг цих закладів і знаємо системні проблеми, які існують у цій сфері», – підкреслила Валерія Лутковська.

При цьому вона наголосила, що без міжвідомчого співробітництва вирішити певні проблеми, які існують у сфері охорони психічного здоров'я неможливо. «Якщо

в психіатричній клініці на медикаментозне забезпечення одного пацієнта виділяється в середньому п'ять гривень на добу, то без співробітництва з Міністерством фінансів і без розуміння того, що треба збільшувати цю суму, обійтися дуже важко», – навила приклад Уповноважений Верховної Ради України з прав людини.

Іншою проблемою, що потребує міжвідомчої взаємодії, Валерія Лутковська назвала довготривале перебування пацієнтів у стаціонарах психіатричного профілю. За її словами, відповідно до клінічних протоколів, хворі на психічні захворювання мають перебувати в стаціонарі не більше двох місяців. Але іноді перебувають там роками, у зв'язку із тим, що лікарі не можуть без згоди опікуна виписати особу зі стаціонару. Прикладом того, як вирішується ця проблема, можна вважати досвід Івано-Франківської обласної психоневрологічної лікарні №3, керівництво якої в подібних випадках офіційно звертається до відповідних органів опіки та піклування з тим, щоб вони здійснили контроль над опікуном. І якщо опікун не виконує свої обов'язки по відношенню до конкретної особи, його позбавляють статусу опікуна. В цьому питанні, на переконання Валерії Лутковської, потрібна відповідна увага з боку Міністерства соціальної політики.

«Потрібно відзначити той важливий крок, який зробило Міністерство охорони здоров'я України у створенні Міжвідомчої координаційної ради з питань удосконалення системи надання психіатричної допомоги в Україні. Ми підтримуємо Концепцію Державної програми розвитку системи охорони психічного здоров'я в Україні до 2020 року, так би мовити, в першому читанні, і готові надати свої зауваження та пропозиції до неї», – сказала Валерія Лутковська.

З ініціативою щодо удосконалення Концепції Програми виступив і Уповноважений Президента України з прав дитини Юрій Павленко, зауваживши, що вона потребує суттєвого доопрацювання в частині охорони психічного здоров'я дитини. «Ми підтримуємо Програму як основу. Разом з тим, я б пропонував доповнити документом, який вже був розроблений Міністерством охорони здоров'я на виконання Указу Президента України – Концепцією охорони психічного здоров'я дітей», – сказав Юрій Павленко. Крім того, він підкреслив важливість профілактичної спрямованості охорони психічного здоров'я дітей та відповідального ставлення до цього питання батьків.

Особливу увагу на підготовку спеціалістів у галузі психіатрії звернув президент Асоціації психіатрів України Семен Глузман. «Потрібно щось змінювати з якістю професійної підготовки лікарів у галузі, тому що далі так тривати не може. Я розумію, що це непроста і нелегка справа, однак з чогось потрібно починати», – сказав Семен Глузман.

ПСИХІАТРІЯ В УКРАЇНІ: КОНТРОЛЬ ЧИ ТУРБОТА?

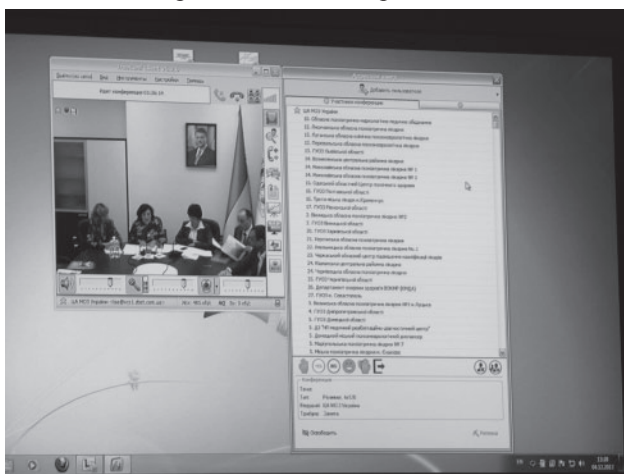
(СЕЛЕКТОРНА НАРАДА З ПРЕДСТАВНИКАМИ РЕГІОНАЛЬНИХ ПСИХІАТРИЧНИХ ЗАКЛАДІВ,
ПРИСВЯЧЕНА МІЖНАРОДНОМУ ДНЮ ПРАВ ЛЮДИНИ).

Під головуванням заступника Міністра охорони здоров'я України Романа Богачева 4 грудня 2013 року відбу-



лась селекторна нарада з представниками регіональних психіатричних закладів, присвячена Міжнародному дню прав людини.

У нараді взяли участь Уповноважений Верховної Ради України з прав людини Валерія Лутковська, головний позаштатний психіатр МОЗ України, доктор медичних наук Ірина Пінчук та обласні головні позаштатні спеціалісти зі спеціальності «психіатрія», «дитяча психіатрія», «судово-психіатрична експертиза», головні лікарі територіальних психіатричних закладів. Засідання транслювалося за допомогою телеконференц-зв'язку МОЗ України та в онлайн-режимі на сайті Міністерства охорони здоров'я України. До обговорення підключились 38 психіатричних закладів країни.



Ірина Пінчук зазначила, що сьогодні можна констатувати історичний факт психіатричної служби. «До цього часу психіатрична служба працювала, так би мовити,

закритою, наразі, протягом двох років, ми вперше у присутності Уповноваженого Верховної Ради з прав людини у стінах Міністерства охорони здоров'я України можемо обговорювати проблемні питання, які постають у нас у службі», – зауважила головний психіатр МОЗ України.

За словами Валерії Лутковської, у листопаді минулого року набув чинності Закон України, відповідно до якого створений і діє національний превентивний механізм проти катувань, який було розроблено відповідно до зобов'язань України згідно з факультативним протоколом Конвенції ООН проти катувань. Протокол вимагає від України створити спеціальний превентивний моніторинговий механізм, який буде перевіряти будь-які місця несвободи в країні та надаватиме свої рекомендації стосовно поліпшення умов утримання людини в місцях несвободи.



За дорученням Прем'єр-міністра України була створена робоча група щодо розробки нормативної бази про забезпечення прав людини в ускладнених умовах, що виключають небезпечну поведінку.

«На сьогодні ми відвідали усі типи місць несвободи, до яких, згідно з визначенням факультативного протоколу Конвенції ООН проти катувань, належать й усі психіатричні лікарні. У 27 лікарнях системи МОЗ України ми вже побували з моніторинговими візитами. Наші фахівці надали відповідні рекомендації щодо покращення прав людини і на системному рівні, тобто в частині нормативного регулювання діяльності психіатричних лікарень. Дуже важливо, щоб місця несвободи були, з одного боку, відкриті для громадськості, а з іншого – важливо, що МОЗ України разом з керівниками місцевих організацій реагують на наші рекомендації та зауваження», – розповіла Валерія Лутковська.

За словами Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, існує ряд питань, які потребують

вирішення за участю МОЗ України, зокрема відсутність чіткої позиції щодо спеціалізації закладів психіатричної допомоги. Крім того, необхідно розробити і затвердити правила фізичного утримання та ізоляції осіб з огляду на вимоги до статті 8 Закону України «Про психіатричну допомогу».

Під час наради представники обласних психіатричних закладів обговорювали питання захисту прав осіб із вадами психічного здоров'я, нормативно-правового забезпечення надання психіатричної допомоги, питання соціальної психіатрії та дотримання прав людини у психіатричних закладах тощо.

В МОЗ УКРАЇНИ ВІДБУЛАСЯ НАРАДА ЩОДО АУТИЗМУ У ДОРΟΣЛИХ

17 грудня 2013 року в Міністерстві охорони здоров'я України під головуванням заступника Міністра Олександра Толстанова відбулася селекторна нарада щодо проблемних питань з визначенням інвалідності у дорослих з діагнозом «аутизм».

Головна мета наради – розгляд питання відсутності супроводу дітей з розладами спектра аутизму при досягненні ними повноліття. У нараді взяли участь головний позаштатний психіатр МОЗ України Ірина Пінчук, головний дитячий психіатр МОЗ України Ігор Марценковський, голова Асоціації батьків дітей з аутизмом Євгенія Панічевська, начальник відділу медико-соціальної експертизи МОЗ України Сергій Черняк та заступник начальника відділу медико-соціальної експертизи МОЗ України Рената Перепелична.

Фахівці МОЗ України констатували, що психіатри, які надають допомогу дорослим, не діагностують розлади спектра аутизму, необґрунтовано, всупереч діагностичним критеріям змінюють діагнози на «розумову відсталість» або «шизофренію», що викликає занепокоєння родин хворих та правозахисних організацій.

Також під час наради було наголошено, що ще рік тому Міністерство запропонувало регіональним управлінням охорони здоров'я вжити заходів щодо вдосконалення надання допомоги дорослим із розладами спектра аутизму, впорядкувати визначення їм груп інвалідності.



Аналіз нормативно-правового забезпечення, проведений спеціалістами МОЗ, засвідчив, що існує потреба вдосконалення інструкції щодо встановлення груп інвалідності. Насамперед потрібно виправити помилки, що зумовлюють недотримання наступності при переоформленні інвалідів з дитинства при досягненні ними повноліття, порядку оформлення інвалідності

при розладах спектра аутизму тощо.

Експертами було досягнуто консенсусу щодо можливості вирішення проблеми медико-соціальної експертизи дорослих з розладами спектра аутизму, у межах існуючого нормативно-правового поля, шляхом навчання лікарів-психіатрів навичкам правильного формування функціонального діагнозу, проведення відповідних тренінгів, семінарів тощо.

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

УДК: 616.89

І. Я. Пінчук

МІЖВІДОМЧА ВЗАЄМОДІЯ З ПИТАНЬ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ: МІФ ЧИ РЕАЛЬНІСТЬ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: психічне здоров'я, державна програма, міжвідомча взаємодія, кадровий ресурс, фінансування галузі

Стратегія в широкому сенсі розглядається як комплексна система дій для досягнення мети. Реформування системи охорони здоров'я потребує, в першу чергу, комплексного стратегічного планування. Важливість охорони здоров'я важко переоцінити, її стратегічне значення для нації є беззаперечним. Інтегруючою складовою цієї системи є охорона психічного здоров'я, яка пов'язує не лише окремі структурні елементи, але й забезпечує взаємозв'язок з іншими системами як у рамках окремої держави, так і за її межами. Охорона психічного здоров'я нації, як соціального організму, потребує максимальної уваги держави, що обрала за мету забезпечення соціального добробуту, конкурентоспроможності та плідної співпраці з міжнародною спільнотою.

Трьома китами стратегічного забезпечення охорони психічного здоров'я української нації є:

- 1) оновлення, збільшення потужності та розширення кадрового ресурсу, задіяного у наданні допомоги пацієнтам з вадами психічного здоров'я;
- 2) раціональне та ефективне використання наявних фінансових ресурсів, а також пошук і залучення альтернативних джерел фінансування;
- 3) забезпечення тісної безперервної взаємодії між структурними елементами системи охорони психічного здоров'я, Міністерством охорони здоров'я, іншими міністерствами, а також взаємодії з іноземними системами охорони психічного здоров'я та ВООЗ.

Вищезазначену систему для наочності можна порівняти з автомобілем, який має складатись з надійного корпусу та міцних деталей, для руху якого необхідне якісне паливо і який має бути обладнаний налаштованою системою взаємодії між окремими комплектуючими.

Кадрові ресурси

Збільшення середнього віку спеціалістів, задіяних у системі охорони психічного здоров'я, є серйозною проблемою сучасності. Психіатрична служба потребує постійного кадрового оновлення, якісної підготовки молодих спеціалістів, які будуть забезпечувати надання профілактичної, діагностично-лікувальної та реабілітаційної допомоги пацієнтам з вадами психічного здоров'я. Внаслідок значної чисельності у системі

лікарів-психіатрів пенсійного віку, недостатньо впроваджуються наукові досягнення, уявлення таких лікарів про психічні розлади часто не відповідають сучасному стану речей, обмежено застосовуються новітні ефективні методи лікування. Крім того, потребує кількісного та якісного оновлення середній та молодший персонал, задіяний у лікувально-діагностичному та реабілітаційному процесі.

Станом на початок 2013 року, у системі охорони психічного здоров'я працювали: 3265 лікарів-психіатрів, у тому числі, 378 дитячих лікарів-психіатрів, 95 лікарів – судово-психіатричних експертів, крім того, 205 психотерапевтів, 45 сексопатологів, 154 лікарів-психологів, 457 психологів з вищою немедичною освітою, 246 медичних сестер соціальної допомоги, 12817 медичних сестер.

За даними ВООЗ, у 2012 р. Україна за показниками забезпеченості лікарями-психіатрами перебувала у третьому десятку серед всіх держав світу (з показником 10 на 100 тис. населення).

Низький рейтинг психіатрії, як майбутньої професії, серед студентів спричиняє формування груп інтернатури за залишковим принципом, недоліки існуючої системи післядипломної освіти та атестації кадрів чинять суттєвий негативний вплив на рівень професіоналізму спеціалістів у галузі психіатрії, недостатня участь у лікувальному процесі психологів, психотерапевтів пов'язана з недостатніми умовами для їх ефективної роботи у структурі надання психіатричної допомоги. Практично відсутні соціальні працівники, обізнаність фахівців первинної медико-санітарної ланки в питаннях діагностики та лікування психічних розладів також залишає бажати кращого.

Проблемними також залишаються питання перекваліфікації лікарів з досвідом роботи та проходження ними спеціалізації у галузі психіатрії. Термін навчання під час спеціалізації залишається значно меншим за такі строки під час навчання в інтернатурі. Вітчизняна система післядипломної освіти лікарів, на жаль, у переважній більшості випадків обмежується тематичними удосконаленнями тривалістю до 0,5–1 місяця та переда-тестатійними циклами навчання тривалістю в 1 місяць

(у більшості випадків – 1 раз на 5 років). Кількість слухачів, котрі де-факто проходять тематичні удосконалення, у разі відрізняється від числа свідоцтв, що видаються. Значна кількість конференцій переповнена доповідями, заангажованими тими чи іншими фармацевтичними компаніями, як і деякі наукові періодичні видання медичної галузі знань. Таким чином, система підготовки молодих кадрів та післядипломної освіти в галузі психіатрії конче потребують змін.

Додаткового навчання в галузі психіатрії також потребують спеціалісти без медичної освіти, які працюють або можуть стикатись у своїй роботі з психічно хворими (соціальні працівники, співробітники міліції, судді, вчителі тощо). Вкрай важливим фактором є формування інформаційної обізнаності населення щодо психічних розладів, формування відповідального ставлення нації до власного психічного здоров'я та здоров'я близьких, формування витривалості до стресогенних чинників, дестигматизації психіатричної галузі знань. Профілактична спрямованість системи охорони психічного здоров'я потребує формування кадрових ресурсів, які будуть широко задіяні у пропагуванні здорового способу життя.

Реформування системи освіти у галузі охорони психічного здоров'я має бути спрямованим на досягнення поступового переходу до надання спеціалізованої психіатричної та медико-соціальної допомоги за місцем постійного проживання пацієнтів мультидисциплінарними бригадами у складі: лікаря-психіатра, психіатричної медичної сестри, психолога чи психотерапевта, соціального працівника. Фахівці, які беруть участь у наданні медико-соціальних послуг особам із психічними розладами, мають проходити післядипломну підготовку та атестацію за єдиними критеріями Міністерства охорони здоров'я України. Також необхідно проводити цілеспрямоване навчання персоналу системи первинної медико-санітарної допомоги, а також лікарів соматичних стаціонарів – виявленню, діагностиці та психологічній підтримки пацієнтів з вадами психічного здоров'я.

У практику лікарів-психіатрів та спеціалістів суміжних галузей мають широко впроваджуватись вітчизняні й зарубіжні наукові розробки, має проводитись підготовка фахівців у міжнародному середовищі. Вкрай важливими елементами ефективної психіатричної допомоги є створення та послідовне впровадження протоколів лікування найбільш розповсюджених психічних захворювань, що дозволить стандартизувати лікування та імплементувати досвід зарубіжних і вітчизняних наукових досліджень.

Важливим компонентом якісної психіатричної допомоги має стати залучення користувачів до участі в процесі їх обслуговування. Це сприятиме значному покращенню планування і рівня надання психіатричної допомоги. Допомога, якою здатні керувати самі користувачі – це майбутнє системи охорони психічного здоров'я.

Окрім того, оновлення кадрового ресурсу країни можливе шляхом широкого залучення у надання такої допомоги студентства, волонтерів та громадських

організацій, створення необхідних умов для розширення кількості приватних психіатричних, психотерапевтичних і реабілітаційних закладів, підвищення авторитетності професій спеціалістів, задіяних у наданні психіатричної допомоги. Лише комплексний та послідовний підхід дозволить реалізувати оновлення кадрового забезпечення психіатричної галузі.

Фінансові ресурси

Недостатнє фінансування галузі, низьке фінансування системи охорони здоров'я в цілому та нераціональні схеми фінансування системи охорони психічного здоров'я спричиняють відсутність забезпечення якості профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та реадaptaції осіб, які хворіють на психічні розлади, відповідно до світових стандартів, належних умов лікування та реабілітації. Відсутні цільові програми надання психіатричної допомоги конкретним контингентам населення. Недостатнє фінансування безпосередньо впливає на недостатність належного кадрового забезпечення.

Практика надмірної госпіталізації, при якій особи з вадами психічного здоров'я перебувають на стаціонарному лікуванні у великих психіатричних стаціонарах, необгрунтоване використання стаціонарних ліжок для довготермінового перебування осіб, – суттєво зменшують ефективність лікування та поглинають значну частину фінансування. Мережа психіатричних стаціонарів є занадто великою та поглинає додаткове фінансування, без гарантії зростання якості медичних послуг. Можливості амбулаторного лікування, яке сприяє збереженню соціального функціонування людини, використовуються не в повній мірі. Між стаціонарною та амбулаторною ланками наявний лише мінімальний документальний зв'язок, що унеможливує надання якісної комплексної психіатричної допомоги людям, які її потребують.

Раціональне та ефективне використання наявних фінансових ресурсів у період жорсткого недофінансування психіатричної галузі є першим необхідним кроком, без якого неможливо забезпечити надійну матеріальну базу системи охорони психічного здоров'я. Важливість цієї сфери вимагає створення окремих фондів фінансування, не лише в межах Міністерства охорони здоров'я, але й в кожному з міністерств. Таке відмежування має стосуватись не тільки рівня державного бюджету, але й обласних і міських бюджетів. Чітке відмежування коштів, що виділяються міністерствами на психіатричну допомогу, дозволить створити міцну базу для виконання не лише короткострокових завдань, але й середньо- і довгострокових, що дозволить реалізувати стратегічне планування галузі.

Широка система психіатричних стаціонарів України, ліжковий фонд якої часто використовується не за призначенням, потребує поступової реструктуризації, а вивільнені таким чином кошти мають залишатись у системі охорони психічного здоров'я та бути спрямованими на розширення амбулаторної мережі психіатричних закладів, розширення кількості закладів напівстаціонарного типу, реабілітаційних центрів, системи допомоги пацієнтам з вадами психічного здоров'я

соціальними працівниками та медичними сестрами соціальної допомоги.

Окрім необхідності економії фінансових ресурсів, необхідно також наголосити на недостатності самої лише реструктуризації, адже для проведення повноцінного реформування галузі необхідним є адекватне повноцінне фінансування розширення амбулаторної служби, оновлення матеріально-технічної бази, проведення комп'ютеризації робочих місць лікарів-психіатрів та суміжних спеціалістів тощо.

Залучення до системи психіатричної допомоги волонтерів, громадських організацій, створення центрів самопомоги, використання наявних організаційних ресурсів й реабілітаційних напрацювань інших Міністерств та відомств потребує значно менших коштів, аніж введення відповідної кількості ставок, що може суттєво розширити об'єм як фінансових, так і кадрових ресурсів. Активне введення в дію реабілітаційних центрів „творчих майстерень” - пацієнтам з вадами психічного здоров'я дозволить реалізувати значний потенціал терапії завдяки творчості, а можливість реалізації продукції додатково поліпшить фінансування.

Ключовий момент – фінансові ресурси повинні залишатися в системі охорони психічного здоров'я і спрямовуватись на удосконалення якості надання психіатричної допомоги. Таким чином, пошук і залучення альтернативних джерел фінансування є можливим, і наведені приклади таких альтернативних джерел є лише незначною часткою існуючих варіантів.

Взаємодія

Даний компонент є основою стратегічного забезпечення надійного майбутнього системи охорони психічного здоров'я. Тільки ефективна взаємодія спеціалістів та обмін інформацією на всіх ланках надання медичної допомоги, амбулаторної і стаціонарної служби, первинної ланки медичної допомоги, загальносоматичних лікарень та психіатричних закладів дозволить втілити у реальність плани реформування системи охорони психічного здоров'я.

Важливою умовою є законодавче регулювання комп'ютеризації робочих місць лікарів-психіатрів та суміжних фахівців. Оптимізація медичної документації передбачає розробку та ведення електронних версій медичних карт, адже на сьогодні ведення медичної документації у галузі психіатрії потребує удосконалення. У зв'язку з численними проблемами, пов'язаними з можливістю втрати, незаконного розповсюдження або викрадення електронної інформації, необхідна розробка надійної системи охорони такого роду інформації. Введення електронної форми документації відкриє нові обрії для проведення статистичного аналізу, пошуку необхідної інформації, контролю якості, надійного збереження інформації у єдиному Банку даних, додаткові можливості для проведення наукових досліджень, а найголовніше – підвищення якості обслуговування пацієнтів з вадами психічного здоров'я. Крім того, наявність персонального комп'ютера та доступ до мережі Інтернет на робочому місці лікаря-психіатра дозволить

не лише оптимізувати ведення медичної документації, але й відкриє можливість отримувати швидкий доступ до сучасної медичної інформації, постійно підвищувати свою кваліфікацію, брати участь в онлайн-конференціях та онлайн-консиліумах, переймати прогресивний вітчизняний та міжнародний досвід лікування психічних розладів.

Реформування системи охорони психічного здоров'я передбачає також удосконалення моніторингу стану психічного здоров'я населення та існуючої системи збору статистичних даних, створення національної бази даних, впровадження визнаних ВООЗ систем розробки психіатричної інформації. Створення галузевої комп'ютерної мережі як частини державної медичної інформаційної системи, розрахованої на користування усіма регіонами України, дозволить реалізувати інтерактивне введення та централізовану обробку поточної статистичної інформації та проведення постійного моніторингу стану психічного здоров'я населення.

Однією з найбільших проблем надання психіатричної допомоги населенню в Україні на сучасному етапі є той факт, що психіатрична система нашої країни розділена між 7 міністерствами і відомствами, які сьогодні майже не взаємодіють у практичній діяльності. Міністерство охорони здоров'я України не може охопити весь спектр завдань, які виникають під час організації допомоги пацієнтам з вадами психічного здоров'я. Співпраця з міністерствами-суміжниками, в першу чергу, з Міністерством соціальної політики та Міністерством освіти і науки, є обов'язковим компонентом стратегічного планування у галузі охорони психічного здоров'я. Сьогодні можна говорити про реальне взаєморозуміння з офісом Уповноваженого з прав людини при Верховній Раді і групою Уповноваженого з прав дитини при Президенті України, що забезпечує контроль за дотриманням прав осіб з психічними розладами під час надання ним медико-соціальної допомоги.

Намічена до реалізації стратегія в галузі охорони психічного здоров'я потребує міжгалузевої взаємодії та повинна передбачати заходи, з урахуванням можливостей багатьох секторів та фахівців різного профілю (освітян, фахівців засобів масової інформації, співробітників органів соціального захисту, внутрішніх справ та інших). Об'єднати зусилля суспільства можна шляхом розробки та виконання Державної Програми розвитку охорони психічного здоров'я в Україні.

З метою узгодження заходів щодо охорони психічного здоров'я, які здійснюються різними міністерствами, з ініціативи Міністерства охорони здоров'я було створено міжвідомчу Координаційну раду з питань охорони психічного здоров'я. Під час підготовки до роботи Координаційної ради від міністерств було отримано інформацію про стан надання психіатричної допомоги у структурах, підконтрольних конкретним міністерствам.

Міністерство освіти і науки України. Велика роль у ранній діагностиці для дитини з особливими потребами належить фахівцям з психолого-медико-педагогічної комісії, діяльність яких регламентується спільним наказом

МОН та НАПН України від 23.06.2011 р. № 623/61. Зміст психолого-педагогічного висновку не містить медичного, зокрема, психіатричного, діагнозу, а передбачає формулювання, щодо особливостей психічного розвитку дитини та її психологічний стан з використанням лексичних засобів у контексті психолого-педагогічної термінології. У системі освіти функціонують 5 загальноосвітніх санаторних шкіл-інтернатів для дітей з психоневрологічними захворюваннями (689 учнів) – у Донецькій, Хмельницькій обл., м. Києві та м. Севастополі. Станом на 1.06.2013 р., в системі освіти 24546 працівників психологічної служби.

Міністерство соціальної політики України бере участь у вирішенні надзвичайно актуальних проблем, у тому числі, високої питомої ваги інвалідності хворих на психічні розлади, соціальної незабезпеченості значного числа таких хворих, особливо пацієнтів, які позбавлені дієздатності, та тих, хто перебуває в інтернатах. На жаль, Мінсоцполітики України досі не було надано інформацію щодо забезпечення психіатричної допомоги.

Міністерство внутрішніх справ України. Охорону психічного здоров'я осіб рядового та начальницького складу органів та підрозділів внутрішніх справ, військовослужбовців внутрішніх військ України забезпечує відомча система закладів охорони здоров'я з психіатричної допомоги, до складу якої входить ДУ «Центр психіатричної допомоги та професійного психофізіологічного відбору МВС України», як провідний відомчий спеціалізований заклад, та 27 центрів психіатричної допомоги та професійного психофізіологічного відбору головних управлінь, управлінь МВС України в АР Крим, областях, м. Києві та м. Севастополі. Поширеність розладів психіки та поведінки серед осіб рядового та начальницького складу органів та підрозділів внутрішніх справ, військовослужбовців внутрішніх військ України в середньому по Україні становить 17,6 на 1000 та захворюваність серед цих осіб – 2,7 на 1000. У структурі поширеності та захворюваності розладів психіки та поведінки переважають невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (55%).

Державна пенітенціарна служба України. У слідчих ізоляторах не передбачено стаціонарне лікування хворих з розладами психіки, а лише надання амбулаторної (переважно консультативної) психіатричної допомоги. Стаціонарна психіатрична допомога засудженим надається в спеціалізованій психіатричній лікарні при Вільнянській виправній колонії управління ДПтС України в Запорізькій області (№ 20), яка розрахована на 150 ліжок, та у двох психоневрологічних відділеннях для засуджених: для жінок – у лікувальному закладі при Луганському слідчому ізоляторі, яке розраховане на 20 ліжок, та для хворих на туберкульоз чоловіків – у лікувальному закладі при Софіївській виправній колонії управління ДПтС України в Запорізькій області (№ 55), яке розраховане на 15 ліжок. До штатів медичних частин установ виконання покарань і слідчих ізоляторів на даний час введено 135,5 посад лікарів-психіатрів, які надають амбулаторну

психіатричну допомогу засудженим і особам, узятим під варту.

Міністерство оборони України. Спеціалізована психіатрична допомога у Збройних Силах України надається у 4-х клініках психіатрії – Головного військово-медичного клінічного центру та військово-медичних клінічних центрах регіонів (Київ, Одеса, Харків, Севастополь), де розгорнуто 130 штатних ліжок, що складає близько 4% ліжкової потужності терапевтичного профілю. У військових психіатричних стаціонарах працюють 17 фахівців-психіатрів. У структурі хворих, що лікувалися у лікувальних закладах МО України хворі військовослужбовці психіатричного профілю становлять близько 0,7%. Однак кількість звільнених з лав Збройних Сил України з психічною патологією домінує над відсотком звільнених за іншими хворобами і досягає 33,7% за 5 класом і 11,5% серед військовослужбовців строкової служби, звільнених із Збройних Сил України. У 2012 р. у військових психіатричних стаціонарах лікувалося 1679 хворих, з них 564 (33,6%) склали військовослужбовці. Звільнено з лав Збройних Сил України 190 військовослужбовців, або 33,7% від тих, що лікувалися. Таким чином, захворюваність серед військовослужбовців у 2012 р. склала 519,5 на 100000 військовослужбовців.

Міністерство юстиції України. На сьогодні Міністерством юстиції України готується проект Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо зміни або скасування примусових заходів медичного характеру». У межах підготовки вказаного проекту Закону Секретаріатом Урядового уповноваженого у справах Європейського суду з прав людини 06.09.2013 р. було проведено нараду з представниками МОЗ України, Координаційного центру з надання правової допомоги, Департаменту антикорупційного законодавства та законодавства про правосуддя та Департаменту цивільного, фінансового законодавства та законодавства з питань земельних відносин Міністерства юстиції України.

Генеральна Прокуратура України. Відповідно до ст. 9 ЗУ «Про прокуратуру», прокурори не можуть входити до складу комісій, комітетів та інших колегіальних органів. У 2013 р. органами прокуратури було проведено перевірку за зверненням Уповноваженого ВР України з прав людини щодо правомірності дій окремих службових осіб лікувальних закладів при стягненні з громадян коштів за проведення судово-психіатричних експертиз, здійснених у цивільних справах про визнання фізичної особи недієздатною або обмеження їх цивільної дієздатності. Порушення було зафіксовано в КЗ Київської обласної ради «ОСПНМО» та Тернопільській ОКПНЛ.

Вищий спеціалізований суд України з розгляду цивільних і кримінальних справ надав висновок до проекту Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України (щодо забезпечення права деяких осіб на судовий захист)» (реєстр. № 3155 від 30.08.2013 р.), у якому підтримано пропозиції ініціаторів законопроекту щодо надання особам, позбавленим цивільної дієздатності, права здійснювати захист своїх прав і

свобод від протиправних посягань шляхом особистого звернення до суду із заявою про поновлення своєї цивільної дієздатності.

Таким чином, одним з ключових моментів реформи є створення міжвідомчої Координаційної ради з питань охорони психічного здоров'я, яка повинна приймати рішення, що сприяли б інтеграції зусиль різних відомств, організацій, громадських рухів, фондів і приватних осіб у справі охорони психічного здоров'я населення.

На сьогодні надзвичайно важливим є розуміння як з боку держави, так і з боку суспільства того, що психічне здоров'я і психічне благополуччя є найважливішими передумовами високої якості життя, забезпечує соціальну єдність, продуктивність праці, суспільний спокій і стабільність, що сприяє зростанню соціального капіталу та економічному розвитку суспільства. Маргіналізація психіатрії, в тому числі і завдяки лікарям інших спеціальностей. Це призводить до стигматизації хворих на психічні розлади, їх дискримінації і соціальної ізоляції, жертвами чого стають люди з психічними розладами, що належать до різних груп населення України.

За мету вдосконалення системи організації психіатричної допомоги в період реформування системи охорони здоров'я України необхідно обрати не просто підвищення якості надання спеціалізованої психіатричної допомоги, а виведення її на якісно вищий рівень, широке визнання пріоритетності психічного оздоровлення населення та попередження виникнення психічних розладів,

що сприятиме підвищенню якості життя та психічного благополуччя населення України.

Проблема реорганізації та розвитку системи охорони психічного здоров'я потребує удосконалення структурного та функціонального змісту психіатричної служби, покращення матеріально-технічного стану психіатричних закладів систем охорони здоров'я та системи соціального захисту, покращення професійної психіатричної підготовки фахівців, особливо первинної медико-санітарної ланки, взаємодії між всіма ланками надання психіатричної допомоги, подолання негативних стереотипів по відношенню до осіб з вадами психічного здоров'я, а також залучення громадськості до участі у вирішенні питань розвитку психіатричної допомоги та охорони психічного здоров'я.

Можемо впевнено стверджувати, що, незважаючи на чисельні проблеми, всупереч несприятливим обставинам, система охорони психічного здоров'я знаходиться в стані реформування. Але щоб налагодити систему, необхідно керуватись системним стратегічним підходом. У реформі надання психіатричної допомоги має брати активну участь кожен спеціаліст, задіяний у ній. Крім того, безпосередню участь мають брати й самі користувачі та їх родичі. Якість життя наших дітей та внуків залежить саме від нас, і саме зараз ми повинні остаточно визначитись, чи бажаємо ми подарувати нащадкам життя у психічно здоровому світі.

МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПО ВОПРОСУ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ

И. Я. Пинчук

В статье представлен краткий анализ организационной структуры оказания психиатрической помощи в различных Министерствах и ведомствах, проведенный Украинским НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, на основании информационных материалов, представленных данными Министерствами и ведомствами. Кроме того, рассматриваются стратегические направления реформирования системы оказания психиатрической помощи населению Украины.

Ключевые слова: психическое здоровье, государственная программа, межведомственное взаимодействие, кадровые ресурсы, финансирование отрасли

INTERAGENCY COOPERATION ON MENTAL HEALTH OF UKRAINIAN: MYTH OR REALITY

I. PINCHUK

The article presents a brief analysis of the organizational structure of mental health care in the various ministries and institutions, conducted the Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, based on the information submitted the Ministry and institutions. Also under consideration strategic directions of reforming the system of mental health care population of Ukraine.

Keywords: mental health, public programs, interagency cooperation, human resources, financing industry

УДК: 616.89

І. Я. Пінчук¹, Р. М. Богачев², М. С. Осійчук², С. С. Шум¹, О. О. Суховий¹
**СТАН ВИКОНАННЯ ДИСЕРТАЦІЙНИХ РОБІТ ЗА СПЕЦІАЛЬНОСТЯМИ «ПСИХІАТРІЯ»,
 «НАРКОЛОГІЯ» ТА «МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ» (МЕДИЧНІ НАУКИ) У ВИЩИХ
 НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ ЗА ПЕРІОД 2010-2012 РР. ТА І ПІВРІЧЧЯ 2013 Р.**

¹Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

²Міністерство охорони здоров'я України

Ключові слова: дисертація, кандидат медичних наук, доктор медичних наук, аспірантура, докторантура, психіатрія, наркологія, медична психологія

Організація підготовки та підвищення кваліфікації наукових і науково-педагогічних кадрів, відповідно до ст. 39 Закону України «Про наукову і науково-технічну діяльність», здійснюється державою «з метою постійного поновлення інтелектуального потенціалу суспільства, розвитку та поширення наукової і технічної культури, розвитку новаторства, сприяння творчості працівників наукової та науково-технічної діяльності». У ст. 19 даного закону зазначається, що «основними формами підготовки наукових кадрів є аспірантура та докторантура». Підготовка кандидатів і докторів наук здійснюється вищими навчальними закладами третього і четвертого рівнів акредитації та науково-дослідними установами. Власне захист дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня кандидата або доктора наук є результатом підготовки наукових і науково-педагогічних кадрів в Україні.

Враховуючи, що Українському науково-дослідному інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України надано статус головної установи в галузі соціальної і судової психіатрії та наркології, нами було проаналізовано стан виконання дисертаційних робіт за спеціальностями «Психіатрія», «Наркологія» та «Медична психологія» (медичні науки) у вищих навчальних закладах України за період 2010–2012 рр. та I півріччя 2013 р. До Інституту надійшли матеріали з 26 кафедр, що здійснюють педагогічну діяльність у галузі психіатрії у 17 вищих навчальних закладах, підпорядкованих МОЗ України.

Перед безпосереднім аналізом отриманої інформації, наводимо короткий огляд стану підготовки наукових та науково-педагогічних кадрів в Україні. Згідно з даними Державної служби статистики України, за період незалежності нашої держави спостерігається ситуація, де кількість кандидатів та докторів наук, а також аспірантів і докторантів щороку зростає (табл. 1), у той час як кількість працівників наукових організацій і, власне, дослідників – неухильно зменшується (табл. 2).

Незважаючи на суттєве щорічне зменшення чисельності дослідників, до 2008 року спостерігалось збільшення кількості докторів наук та кандидатів наук, які працюють у наукових організаціях. Після 2008 року, що співпадає з періодом світової економічної кризи, кількість кандидатів наук у наукових організаціях почала зменшуватись, але кількість докторів наук, після деяких коливань, продовжила поступово зростати. Варто також звернути увагу на щорічне зростання протягом останніх 10 років відносної кількості докторів та кандидатів наук серед числа дослідників – з 24,6% у 2004 р. до 30,8% у 2013 р. (відносна кількість докторів та кандидатів наук серед загального числа працівників наукових організацій зростала дещо повільніше – з 12,2% у 2004 р. до 16,3% у 2013 р.) Враховуючи, що за останні 10 років чисельність дослідників наукових організацій зменшилась на 22,9%, а загальна чисельність осіб, які працюють в наукових організаціях, зменшилась на 28,2%, тенденція до концентрації висококваліфікованих наукових кадрів у наукових установах є несприятливою, а це свідчить

Таблиця 1

Чисельність наукових кадрів

Рік	Доктори наук	Кандидати наук	Докторанти	Аспіранти
2004	11573	65839	1271	28412
2005	12014	68291	1315	29866
2006	12488	71893	1373	31293
2007	12845	74191	1418	32497
2008	13423	77763	1476	33344
2009	13866	81169	1463	34115
2010	14418	84000	1561	34653
2011	14895	84979	1631	34192
2012	15592	88057	1814	33640

Таблиця 2

Працівники наукових організацій

Рік	Всього, осіб	Чисельність дослідників, осіб	Чисельність докторів наук, осіб	Чисельність кандидатів наук, осіб	Відносна кількість докторів та кандидатів наук серед дослідників, %
2004	173622	85742	4114	16983	24,6
2005	170579	85246	4180	16983	24,8
2006	160788	80497	4265	16961	26,4
2007	155549	78832	4390	16989	27,1
2008	149699	77355	4459	17145	27,9
2009	146800	76147	4443	17135	28,3
2010	141086	73413	4481	17009	29,3
2011	134741	70378	4417	16203	29,3
2012	129945	68599	4489	15963	29,8
III квартал 2013	124723	66139	4549	15834	30,8

про погіршення процесу оновлення наукових кадрів та обмаль допоміжного персоналу.

Співвідношення між кількістю докторів і кандидатів наук, які працюють у наукових організаціях, та загальною кількістю докторів і кандидатів наук (табл. 3), свідчить про стрімке щорічне збільшення абсолютної та відносної кількості осіб, які захистили дисертаційні роботи та працюють поза межами наукових організацій.

За даними Державної служби статистики, в Україні упродовж 2012 р. кількість докторантур збільшилась на 1,9% – (271 заклад). З них 168 вищих навчальних закладів та 103 науково-дослідних інститутів. Підготовку аспірантів здійснювала 521 установа, що менше у порівнянні з попереднім роком на 0,6%, із них 270 науково-дослідних інститутів та 251 вищий навчальний заклад.

Станом на 2012 р. в аспірантурі навчались 33640 осіб. Кількість аспірантів, які навчались за медичною галуззю науки, станом на 2012 р., складала 1648 осіб

(4,9% від загальної кількості аспірантів). За 2012 р. до аспірантури було прийнято 9916 осіб, з них за медичною галуззю науки – 470 осіб (4,7% від загальної кількості); закінчили аспірантуру 8499 осіб, з них за медичною галуззю науки – 437 осіб (5,1% від загальної кількості).

Станом на 2012 р. у докторантурі навчались 1814 осіб. Кількість докторантів, які навчались за медичною галуззю науки, станом на 2012 р., складала 39 осіб (2,1% від загальної кількості докторантів). За 2012 р. до докторантури було прийнято 639 осіб, з них за медичною галуззю науки – 15 осіб (2,3% від загальної кількості); закінчили докторантуру 424 особи, з них за медичною галуззю науки – 9 осіб (2,1% від загальної кількості). Із загальної кількості випущених аспірантів/докторантів за період навчання тільки кожен четвертий аспірант та кожний третій докторант захистили дисертацію.

Серед загальної чисельності кандидатів та докторів наук, станом на 2012 р. (88057 кандидатів наук та

Таблиця 3

Співвідношення між кількістю докторів і кандидатів наук, які працюють у наукових організаціях, та їх загальною чисельністю

Рік	Загальна чисельність докторів наук, осіб	Чисельність докторів наук, які працюють у наукових організаціях, осіб	Відносна кількість докторів наук, які працюють у наукових організаціях, %	Загальна чисельність кандидатів наук, осіб	Чисельність кандидатів наук, які працюють у наукових організаціях, осіб	Відносна кількість кандидатів наук, які працюють у наукових організаціях, %
2004	11573	4114	35,5	65839	16983	25,8
2005	12014	4180	34,8	68291	16983	24,9
2006	12488	4265	34,2	71893	16961	23,6
2007	12845	4390	34,2	74191	16989	22,9
2008	13423	4459	33,2	77763	17145	22,0
2009	13866	4443	32,0	81169	17135	21,1
2010	14418	4481	31,1	84000	17009	20,2
2011	14895	4417	29,7	84979	16203	19,1
2012	15592	4489	28,8	88057	15963	18,1

15592 доктори наук), найбільша кількість за регіонами України, припадала на м. Київ (23902 кандидати наук та 5585 докторів наук), Харківську (12230 кандидатів наук та 2179 докторів наук) та Львівську область (6401 кандидат наук та 1066 докторів наук).

За останнє десятиріччя спостерігається суттєве збільшення питомої ваги кандидатів наук – жінок, з 39,3%, станом на 2005 р., до 49,0% у 2012 р.; а також докторів наук – жінок, з 17,7%, станом на 2005 р., до 25,4% у 2012 р. Кількість жінок серед аспірантів у 2012 р. склала 60,1%, серед докторантів – 52,0%.

Розподіл кандидатів наук за віком суттєво змінився. Так, станом на 2000 р., частка кандидатів наук, віком до 30 років, складала 3,1%, а віком 30–40 років – 15,8%. Станом на 2012 р. частка кандидатів наук, віком до 30 років, зросла до 7,1%, а віком 30–40 років – до 29,3%. Також характерними є зміни вікового розподілу серед докторів наук: у порівнянні з 2000 р., відносна чисельність наймолодшої групи (віком до 40 років) докторів наук у 2012 р. зросла з 2,3% до 5,2%; окрім того, зросла відносна кількість групи старше 70 років, з 12,9% у 2000 р. до 25,6% у 2012 р. Відносна кількість докторів наук у вікових групах 41–50 років, 51–55, 56–60 та 61–70 років за період 2000–2012 рр. зменшилась.

Кандидати наук, які захистили дисертацію в галузі медичних наук, склали станом на 2012 р. 13,1% від загальної чисельності, кількість докторів медичних наук – 17,8% серед загальної кількості.

Загальна кількість виконавців наукових та науково-технічних робіт в медичній галузі науки, станом на 2012 р. складала 6152 особи. Серед них кількість дослідників, які мають науковий ступінь доктора наук складала 742 особи, кандидатів наук – 1702. Відносна кількість дослідників-жінок, які працювали у наукових установах медичної галузі науки, станом на 2012 р., складала 64,4% (серед кандидатів наук відносна кількість жінок становила 66,1 %, серед докторів наук – 42,3%).

Серед 31 кафедри вищих навчальних закладів України, які спеціалізуються на галузі психіатрії, наркології та медичної психології (з їх числа до назв 2 кафедр психіатрію включено у вигляді курсу), 26 кафедрами було надано відомості, необхідні для аналізу виконання дисертаційних робіт (табл. 4). Враховуючи, що 2 кафедрами було надано інформацію у неповному обсязі, подальший аналіз проводився відносно 117 дисертаційних робіт, які виконувались на 24 кафедрах 16 вищих медичних навчальних закладів України за період 2010–2012 рр. та I півріччя 2013 рр.

Не було надано інформацію наступними кафедрами ВНЗ: кафедрою медичної психології та психіатрії Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова МОЗ України, кафедрою неврології, психіатрії, рефлексо- і мануальної терапії, ЛФК та спортивної медицини Київського медичного університету Української асоціації народної медицини, кафедрою неврології, нейрохірургії та психіатрії медичного факультету Ужгородського національного університету, кафедрою психіатрії, наркології, неврології та медичної

психології медичного факультету Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна, кафедрою нейрохірургії та неврології з курсами психіатрії, наркології, дерматовенерології, професійних хвороб, клінічної імунології, алергології Медичного інституту Сумського державного університету. Кафедрою психіатрії, наркології та медичної психології Державного ВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» та кафедрою дитячої, соціальної та судової психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика інформацію, необхідну для аналізу, було надано не в повному обсязі.

Серед 117 проаналізованих дисертаційних досліджень, які виконувались протягом 2010–2012 рр. та I півріччя 2013 р., 43 дисертації було захищено у зазначений період, 31 дисертацію було заплановано до захисту у зазначений період, але інформації щодо їх захисту не було надано, 43 дисертаційних роботи заплановано до захисту у 2014 році та пізніше.

Більша кількість дисертаційних робіт, які виконувались протягом 2010–2012 рр. та I півріччя 2013 р. були виконані на кафедрах: сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти (30 дисертацій), психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету (13 дисертацій), психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти (10 дисертацій), психіатрії, наркології та медичної психології вищого державного закладу України «Українська медична стоматологічна академія» (5 дисертацій) та психіатрії і психотерапії факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького (5 дисертацій). Іншими кафедрами було надано інформацію щодо виконання протягом зазначеного періоду менше ніж 5 дисертаційних робіт.

Серед захищених було 32 дисертаційні роботи на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук (з них 19 – за спеціальністю «Психіатрія», 2 – за спеціальністю «Наркологія» і 11 – за спеціальністю «Медична психологія» (медичні науки)) та 11 – доктора медичних наук (з них 2 – за спеціальністю «Психіатрія», 3 – за спеціальністю «Наркологія» і 6 – за спеціальністю «Медична психологія» (медичні науки)).

З числа дисертацій, захист яких планувався до кінця 2013 року, було 27 дисертаційних робіт на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук (з них 19 – за спеціальністю «Психіатрія» і 8 – за спеціальністю «Медична психологія» (медичні науки)) та 4 – доктора медичних наук (з них всі – за спеціальністю «Медична психологія» (медичні науки)).

Серед дисертаційних робіт, які заплановано до захисту у 2014 р. та пізніше, було 36 дисертаційних робіт на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук (з них 21 – за спеціальністю «Психіатрія», 1 – за спеціальністю «Наркологія» і 14 – за спеціальністю «Медична психологія» (медичні науки)) та 7 – доктора медичних наук (з них 5 – за спеціальністю «Психіатрія» і 2 – за спеціальністю «Медична психологія» (медичні науки)).

Таблиця 4

Дисертаційні роботи за спеціальностями «Психіатрія», «Наркологія» та «Медична психологія» (медичні науки) у 2010-2013 рр. – за даними вищих навчальних закладів України

№ з/п каф.	ВНЗ	Назва кафедри	Завідуючий кафедрою	Темі НДР, які виконувались на кафедрі у 2010-2013 рр.	Назва дисертації	Науковий ступінь	Спеціальність	Рік захисту	Наук. керівник / консультант
1	Буквинський державний медичний університет	нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка	ПАШКОВ-СЬКИЙ Валерій Мелентійович, д. мед. н., проф.	Принципи патогенетичного лікування захворювань нервової системи різної етіології з урахуванням особливостей їх патогенезу та психічних розладів (2010-2014)	Соціальна інтеграція осіб молодого віку (медико-психологічні аспекти)	К. мед. н.	Медична психологія	дані не надано	д. мед. н., проф. Луденко О. Г.
2	Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова МОЗ України	психіатрії та наркології	РИМША Софія Віталіївна, д. мед. н., проф.	1. Патоморфоз емоційно-вольових коморбідних розладів на сучасному етапі (2007-2012) 2. Наукове обґрунтування діагностичних та лікувальних-реабілітаційних заходів при ендогенних та екзогенно-органічних психотичних та непсихотичних психічних розладах (2013-2017)	Система медико-психологічного супроводу жінок із загрозою передчасних пологів на III триместрі вагітності та після пологів	К. мед. н.	Медична психологія	2014 (заплан.)	д. мед. н., проф. Маркова М. В.
3	Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова МОЗ України	медичної психології та психіатрії	ПШУК Наталія Григорівна, д. мед. н., проф.	Якість ремісії при шизофренії та її фармакологічне забезпечення	Клініко-психопатологічні особливості непсихотичних психічних розладів при ревматоїдному артриті та їх комплексна корекція	К. мед. н.	Медична психологія	2016 (заплан.)	д. мед. н., проф. Пшук Н. Г.
				Особливості стигматизації при розладах психотичного регістру у осіб, що страждають психічними захворюваннями та проживають на території Вінницької області	Якість ремісії при шизофренії та її фармакологічне забезпечення	К. мед. н.	Психіатрія	2012	дані не надано
				Система психо-соціальної реабілітації хворих з первинним епізодом шизофренії	Особливості стигматизації при розладах психотичного регістру у осіб, що страждають психічними захворюваннями та проживають на території Вінницької області	Д. мед. н.	Психіатрія	2014 (заплан.)	д. мед. н., проф. Римша С. В.
				Особливості психофармакотерапії та медико-психологічної реабілітації хворих на шизофренію	Система психо-соціальної реабілітації хворих з первинним епізодом шизофренії	К. мед. н.	Психіатрія	2016 (заплан.)	д. мед. н., проф. Михайлов Б. В., д. мед. н., проф. Римша С. В.
				дані не надано	Особливості психофармакотерапії та медико-психологічної реабілітації хворих на шизофренію	К. мед. н.	Психіатрія	2015 (заплан.)	д. мед. н., проф. Римша С. В.
				дані не надано	дані не надано	дані не надано	дані не надано	дані не надано	дані не надано

Продовження табл. 4

№ з/п каф.	ВНЗ	Назва кафедри	Завідуючий кафедрою	Темі НДР, які виконувались на кафедрі у 2010-2013 рр.	Назва дисертації	Науковий ступінь	Спеціальність	Рік захисту	Наук. керівник / консультант
4	Державний заклад «Львівський національний університет імені Івана Франка» України»	психіатрії, загальної та медичної психології	СПРІНА Ірина Дмитрівна, д. мед. н., проф.	1. Роль сомато-психічних взаємодій у генезі психічної і соціально-психологічної дезадаптації осіб із соматичними порушеннями (2004-2010) 2. Особливості психо-соматичних та сомато-психологічних взаємодій у патогенезі дезадаптаційної поведінки хворих (2012-2014)	Динаміка когнітивних розладів у хворих на скроневу епілепсію, резистентну до протиепілептичних препаратів, на різних етапах відновного лікування	К. мед. н.	Психіатрія	2012	д. мед. н., проф. Спіріна І. Д.
5		психіатрії ФПО	ЮР'ЄВА Людмила Миколаївна, д. мед. н., проф.	1. 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 (2000-2011) 2. Особливості діагностики та лікувально-реабілітаційних заходів у хворих з невротичними, афективними та органічними психічними розладами (2013-2015)	Клініко-діагностичні критерії формування дезадаптаційної поведінки та її корекція у хворих на кокартроз, які потребують ендотропезування	К. мед. н.	Психіатрія	2012	д. мед. н., проф. Спіріна І. Д.
					Особливості клініки та терапії депресивних розладів у хворих на шемічну хворобу серця, що перенесли стентування коронарних артерій	К. мед. н.	Психіатрія	2011	дані не надано
					Психічні та поведінкові розлади у осіб страждаючих від опіоїдної залежності які ВІЛ інфіковані (клініка та реабілітація)	К. мед. н.	Психіатрія	дані не надано	дані не надано
					Психокорекція та профілактика психічної дезадаптації у осіб, зайнятих у галузі правоохоронної діяльності	К. мед. н.	Психіатрія	дані не надано	дані не надано
					Діагностика та терапія соматоформних порушень у хворих з психічними розладами	К. мед. н.	Психіатрія	дані не надано	дані не надано

Продовження табл. 4

№ з/п каф.	ВНЗ	Назва кафедри	Завідуючий кафедрою	Теми НДР, які виконувались на кафедрі у 2010-2013 рр.	Назва дисертації	Науковий ступінь	Спеціальність	Рік захисту	Наук. керівник / консультант
6	Донецький національний медичний університет ім. М. Горького	психіатрії, наркології та медичної психології	АБРАМОВ Володимир Андрійович, д. мед. н., проф.	1. Медико-соціальна реабілітація на різних етапах шизофренії з урахуванням гендерно-вікових особливостей (2008-2011) 2. Клінічні, нейрофізіологічні, патопсихологічні та соціально-психологічні вивчення перших психотичних епізодів, і розробка системи профілактики й ранньої психосоціальної реабілітації (2012-2014)	Рання реабілітація хворих на шизофренію (біопсихосоціальна модель) Перший психотичний епізод: клініко-функціональний прогноз, система екзистенціально-особистісного відновлення хворих	Д. мед. н. Д. мед. н.	Психіатрія Психіатрія	2010 2014 (заплан.)	д. мед. н., проф. Абрамов В. А. д. мед. н., проф. Абрамов В. А.
7		психіатрії, психотерапії, медпсихології і наркології ФПО	БАБЮК Ігор Олександрович, д. мед. н., проф.	Удосконалення діагностики, лікування та профілактики психічних розладів у клініці внутрішніх хвороб та акушерства і гінекології (2010-2013)	Невротичні і пов'язані зі стресом розлади у вагітних (клініко-патопсихологічний і клініко-динамічний аналіз, корекція і профілактика) Клініко-психопатологічні особливості психічних розладів у осіб молодого віку, внаслідок вживання пива, їх діагностика, профілактика та корекція	К. мед. н. К. мед. н.	Психіатрія Психіатрія	2014 (заплан.) дані не надано	д. мед. н., проф. Бабюк І. О. д. мед. н., проф. Табачников О. Ю.
8	Запорізький державний медичний університет	психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології	ЧУГУНОВ Вадим Віталійович, д. мед. н., проф.	1. Дослідження впливу нейротрофічних факторів на церебральну нейродинаміку в комплексному лікуванні судомної форми епілепсії (2007-2011) 2. Патоморфоз психічних захворювань (2012-2015)	Сімейна дезадаптація: причини, механізми розвитку, клінічні прояви, діагностика, система психотерапії і психопрофілактики Непсихотичні психічні розлади в організованій промисловій популяції (діагностика, структура, поширеність, прогноз та система психосоціальної реабілітації) Електросудомна терапія афективних розладів у хворих із залежністю від психоактивних речовин	Д. мед. н. Д. мед. н.	Медична психологія Психіатрія	2012 2016 (заплан.)	д. м. н., проф. Кришталь Є. В., д. м. н., проф. Чугунов В. В. дані не надано
					Психогенна гіперфагія та коморбідні тривожно-депресивні (клінічна, психогенез, психотерапія, психопрофілактика)	К. мед. н.	Медична психологія	2015 (заплан.)	дані не надано

Продовження табл. 4

№ з/п каф.	ВНЗ	Назва кафедри	Завідуючий кафедрою	Теми НДР, які виконувались на кафедрі у 2010-2013 рр.	Назва дисертації	Науковий ступінь	Спеціальність	Рік захисту	Наук. керівник / консультант
9	Державний ВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»	психіатрії, наркології та медичної психології	ВИННИК Михайло Іванович, д. мед. н., проф.	НДР не виконувалась. Готується до затвердження тема комплексної кафедральної НДР	дані не надано	К. мед. н.	Психіатрія	дані не надано	дані не надано
10	Державна установа «Кримський державний медичний університет ім. С. І. Герасимського» МОЗ України	психіатрії, психотерапії, наркології з курсом загальної та медичної психології	ВЕРБЕНКО Вікторія Анатоліївна, д. мед. н., проф.	1. Клінічний і патогенетичний поліморфізм психічних і поведінкових розладів (2007-2011) 2. Патогенез, діагностика і реабілітація психічних і поведінкових розладів (2012-2016)	Когнітивні порушення у хворих на депресивні розлади у стадії ремісії Клініко-психопатологічні особливості хворих на шизофренію на тлі антипсихотичної терапії в умовах сучасного патоморфозу Клініко-психопатологія і патофизиологічний аналіз ефективності арт-терапії у хворих з першим психотичним епізодом Когнітивні та афективні розлади у пацієнтів з опіодною залежністю, обтяженою ВІЛ-інфекцією (діагностика, клініка, лікування)	К. мед. н. К. мед. н. К. мед. н.	Психіатрія Психіатрія Психіатрія	дані не надано 2012 дані не надано	д. мед. н., проф. Вербенко В. А. д. мед. н., проф. Вербенко В. А. д. мед. н., проф. Гуменюк Л. Н. д. мед. н., проф. Вербенко В. А.

Продовження табл. 4

№ з/п каф.	ВНЗ	Назва кафедри	Завідуючий кафедрою	Теми НДР, які виконувались на кафедрі у 2010-2013 рр.	Назва дисертації	Науковий ступінь	Спеціальність	Рік захисту	Наук. керівник / консультант
11	Державний медичний університет МОЗ України	психіатрії, наркології та медичної психології	КАЗАКОВА Світлана Євгенівна, д. мед. н., проф.	Пагоморфоз психічних розладів під впливом лікувальних, соціальних та екопатогенних чинників промислового регіону (2010-2015)	Судинні психози (клініко-психологічні особливості, їх прогнозування та перебіг) Генералізований тривожний розлад у похилому віці (діагностика, клініка, механізми формування, лікування) Психічні розлади у хворих інфективних ВІЛ (клініка, діагностика, психокорекція) Сочетаний вплив мелітора та поліоксидонія на клінічну картину соматоформних депресивних розладів	К. мед. н.	Психіатрія	2011	д. мед. н., проф. Казакова С. Є.
12	Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького	психіатрії, психології та сексології	БІЛОБРИВКА Ростислав Іванович, д. мед. н., доц.	1. Щодо НДР, яка виконувалась у 2010 р., дані не надано 2. Психологічні і фармакологічні основи реабілітації та дестигматизації психічно хворих (2011-2015)	Порушення сексуального здоров'я та функціонування сім'ї при афективних розладах у чоловіків (медико-психологічні аспекти) Особливості астено-депресивних розладів при шизофренії та неврозах, їх динаміка та корекція Терапевтично резистентні депресивні розлади (клінічний патоморфоз, когнітивні, нейрофізіологічні, біохімічні та психосоціальні кореляції, комплексна корекція та реабілітація) Депресії при неврогічних розладах (клініка, діагностика, лікування, профілактика, реабілітація)	Д. мед. н.	Медична психологія	2011	д. мед. н., проф. Влох І. Й.
						К. мед. н.	Психіатрія	2014 (заплан.)	д. мед. н., доц. Білобровка Р. І.
						Д. мед. н.	Психіатрія	2015 (заплан.)	д. мед. н., проф. Маркова М. В.
						К. мед. н.	Психіатрія	2016 (заплан.)	д. мед. н., доц. Білобровка Р. І.

Продовження табл. 4

№ з/п каф.	ВНЗ	Назва кафедри	Завідуючий кафедрою	Теми НДР, які виконувались на кафедрі у 2010-2013 рр.	Назва дисертації	Науковий ступінь	Спеціальність	Рік захисту	Наук. керівник / консультант
13	Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького	психіатрії і психотерапії ФПО	ФІЛЬЦ Олександр Орестович, д. мед. н., проф.	дані не надано	Психопатологічні, імунологічні та біологічні особливості формування терапевтичних ремісій у пацієнтів, залежних від опіоїдів Взаємозв'язок перебігу параноїдної шизофренії з психологічними особливостями мікросередовища пацієнта Спектр скарг і об'єктивних критеріїв у діагностиці депресії Якісна оцінка ефективності стаціонарних психотерапій Нозогенні реакції при депресії	К. мед. н. К. мед. н. К. мед. н. К. мед. н. К. мед. н.	Наркологія Психіатрія Психіатрія Психіатрія Психіатрія	2010 2011 2014 (заплан.) дані не надано дані не надано	дані не надано дані не надано дані не надано дані не надано дані не надано
14	Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця МОЗ України	психіатрії та наркології	НАПРЄСНКО Олександр Костянтинович, д. мед. н., проф.	1. Депресії при невротичних і соматоформних розладах (2009-2011) 2. Медико-соціальна реабілітація при депресії у пацієнтів з основними формами психічних і сомато-неврологічних захворювань (2012-2014)	Патогенетична терапія та реабілітація хворих на алкогольну залежність Непсихотичні психічні розлади у пацієнтів, які перенесли черепно-мозкову травму (клініка, діагностика, лікування) Депресивні та тривожні розлади у хворих на ішемічну хворобу серця (діагностика, клініка, лікування та профілактика) Внутрішня картина хвороби та реабілітація пацієнтів із параноїчною шизофренією	Д. мед. н. К. мед. н. К. мед. н. К. мед. н. К. мед. н.	Наркологія Психіатрія Психіатрія Психіатрія	2012 2010 2012 2014 (заплан.)	д. мед. н., проф. Напрєснко О. К. д. мед. н., проф. Напрєснко О. К. д. мед. н., проф. Напрєснко О. К. д. мед. н., проф. Напрєснко О. К.

Продовження табл. 4

№ з/п каф.	ВНЗ	Назва кафедри	Завідуючий кафедрою	Темі НДР, які виконувались на кафедрі у 2010-2013 рр.	Назва дисертації	Науковий ступінь	Спеціальність	Рік захисту	Наук. керівник / консультант
15	Національний медичний університет ім. О. О. Ботомольця МОЗ України	загальної і медичної психології та педагогіки	МАКСИМЕНКО Сергій Дмитрович, д. психол. н., проф.	Особливості долаючої поведінки соматичних хворих (2009-2014)	Особливості життєстійкості у хворих з травмами опорно-рухового апарату та її психокорекція Медико-психологічний супровід дітей з синдромом подразненого кишківника Психологічні чинники виникнення та перебігу цукрового діабету 2 типу Психоемоційний стан жінок із загрозою невиношування вагітності	К. мед. н. К. мед. н. К. мед. н. К. мед. н.	Медична психологія Медична психологія Медична психологія Медична психологія	дані не надано 2012 2016 (заплан.) 2014 (заплан.)	д. мед. н., с. н. с. Хаустова О. О. д. психол. н., проф. Максименко С. Д. д. психол. н., проф. Максименко С. Д. д. психол. н., проф. Максименко С. Д.
16	Одеський національний медичний університет	психіатрії, наркології, з курсом медичної психології	БІТЕНСЬКИЙ Валерій Семенович, член кор. НАМН України, д. мед. н., проф.	1. Соціально-стресові (ноогенні) психічні поведінкові розлади, класифікація, етіо-патогенез, терапія (2010-2012) 2. Проблеми паліативної допомоги в психіатрії, наркології, медичній психології (2013-2016)	Клініко-психопатологічна характеристика та корекція психічних розладів у жінок в умовах соціальної ізоляції Патологічна схильність до азартних ігор (клініка, терапія, профілактика та реабілітації) Клініко-патогенетичні аспекти та терапія залежності від тютюнопаління	К. мед. н. Д. мед. н.	Психіатрія Наркологія	2013 2011	д. мед. н., проф. Бітенський В. С. д.мед.н., с.н.с. Ревенюк О.А.
17	Одеський національний медичний університет	соціальної допомоги, медичної та загальної психології	АЙМЕДОВ Констянтин Володимирович, д. мед. н., доц.	Соціально-психологічні, клінічні аспекти психічних та поведінкових розладів: діагностика, терапія, профілактика (2013-2017)	Психічні та поведінкові розлади в осіб з комп'ютерною залежністю (лікування і реабілітація)	К. мед. н.	Психіатрія	дані не надано	д. мед. н. Аймедов К. В.

Продовження табл. 4

№ з/п каф.	ВНЗ	Назва кафедри	Завідуючий кафедрою	Теми НДР, які виконувались на кафедрі у 2010-2013 рр.	Назва дисертації	Науковий ступінь	Спеціальність	Рік захисту	Наук. керівник / консультант
18	Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського	неврології, психіатрії, наркології та медичної психології	ШКРОБОТ Світлана Іванівна, д. мед. н., проф.	1. Особливості клініки параноїдної форми шизофренії, обтяженої соматичною патологією (2010-2012) 2. Клініко-психопатологічні особливості пацієнтів на параноїдну форму шизофренії в процесі лікування класичними та атипичними нейролептиками (2013-2017)	Синдромогенез параноїдної шизофренії, коморбідної з соматичною патологією Структура і динаміка когнітивних порушень у хворих параноїдної форми шизофренії в процесі лікування класичними і атипичними нейролептиками	К. мед. н.	Психіатрія	2012	д. мед. н., проф. Чабан О. С.
19	Вищий державний навчальний заклад «Українська медична стоматологічна академія»	психіатрії, наркології та медичної психології	СКРИПНІКОВ Андрій Миколайович, д. мед. н., проф.	1. Депресії при основних формах психічної та сомато-неврологічної патології (2006-2012) 2. Клініко-психопатологічна характеристика, патоморфоз та лікування депресивних станів з ураженням біологічних ритмів (2009-2013) 3. Сексуальна дезадаптація подружньої пари при епілепсії у чоловіка та її корекція з ураженням індивідуального хронотипу (2011-2014) 4. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні характеристики пацієнтів з шизофренією та шизофреноподібними психозами, поєднаними з вживанням канабіноїдів (2013-2016)	Патогенетична терапія та реабілітація хворих на алкогольну залежність Непсихотичні психічні порушення в осіб з дефектами та деформаціями зовнішнього носа та їх психотерапевтична корекція Клініко-психопатологічна характеристика, патоморфоз та лікування депресивних станів з ураженням біологічних ритмів Сексуальна дезадаптація подружньої пари при епілепсії у чоловіка та її корекція з ураженням індивідуального хронотипу Клініко-психопатологічні та патопсихологічні характеристики пацієнтів з шизофренією та шизофреноподібними психозами, поєднаними з вживанням канабіноїдів	Д. мед. н.	Наркологія	2012	д. мед. н., проф. Напресенко О. К.
						К. мед. н.	Психіатрія	2012	д. мед. н., проф. Скрипніков А. М.
						К. мед. н.	Психіатрія	дані не надано	д. мед. н., проф. Скрипніков А. М.
						К. мед. н.	Психіатрія	2014 (заплан.)	д. мед. н., проф. Скрипніков А. М.
						К. мед. н.	Психіатрія	2016 (заплан.)	д. мед. н., проф. Скрипніков А. М.

Продовження табл. 4

№ з/п каф.	ВНЗ	Назва кафедри	Завідуючий кафедрою	Теми НДР, які виконувались на кафедрі у 2010-2013 рр.	Назва дисертації	Науковий ступінь	Спеціальність	Рік захисту	Наук. керівник / консультант
20		психіатрії, наркології та медичної психології	КОЖИНА Ганна Михайлівна, д. мед. н., проф.	1. Психосоціальні програми в системі реабілітації психічно хворих (2012-2014) 2. Вивчення закономірностей формування та розробка методів профілактики суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади (2013-2014)	Емоційні розлади при психосоматичних захворюваннях в осіб молодого віку (система прогнозування, психотерапевтичної корекції та реабілітації) Непсихотичні психічні порушення у осіб, що перенесли інфаркт міокарда та мозковий інсульт Шизофренія у жінок молодого віку (типологія і динаміка з урахуванням впливу геліогеомагнітних факторів) Клініко-психопатологічні та соціально-психологічні особливості формування тривожних та депресивних реакцій у осіб молодого віку Депресивні розлади у жінок, які перебувають в умовах пенітенціарної системи Клініко-психопатологічні особливості, лікування та реабілітація жінок хворих на параноїдну шизофренію на тлі абдомінального ожиріння Емоційні та когнітивні розлади у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію (діагностика, корекція, профілактика) Психосоціалізація в системі реабілітації хворих на шизофренію Когнітивні та афективні розлади внаслідок вживання психостимуляторів у осіб молодого віку	К. мед. н. К. мед. н. К. мед. н. К. мед. н. К. мед. н. К. мед. н. К. мед. н. К. мед. н.	Медична психологія Психіатрія Психіатрія Психіатрія Психіатрія Психіатрія Психіатрія Психіатрія	2011 2012 дані не надано дані не надано дані не надано дані не надано 2014 (заплан.) 2015 (заплан.) 2014 (заплан.) 2014 (заплан.)	д. мед. н., проф. Гавенко В. Л. д. мед. н., проф. Гавенко В. Л. д. мед. н., проф. Гавенко В. Л. д. мед. н., проф. Гавенко В. Л. д. мед. н., проф. Гавенко В. Л. д. мед. н., проф. Кожина Г. М. д. мед. н., проф. Кожина Г. М. д. мед. н., проф. Кожина Г. М. д. мед. н., проф. Кожина Г. М. д. мед. н., проф. Кожина Г. М.

Продовження табл. 4

№ з/п каф.	ВНЗ	Назва кафедри	Завідуючий кафедрою	Теми НДР, які виконувались на кафедрі у 2010-2013 рр.	Назва дисертації	Науковий ступінь	Спеціальність	Рік захисту	Наук. керівник / консультант
20	Харківський національний медичний університет МОЗ України	психіатрії, наркології та медичної психології	КОЖИНА Ганна Михайлівна, д. мед. н., проф.	1. Психосоціалні програми в системі реабілітації психічно хворих (2012-2014) 2. Вивчення закономірностей формування та розробка методів профілактики суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади (2013-2014)	Психосоціална реабілітація пацієнтів, які страждають на шизофренію, в процесі надання стаціонарної та амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку	К. мед. н.	Психіатрія	2015 (заплан.)	д. мед. н., проф. Кожина Г. М.
21	Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика	психіатрії	КУЗНЕЦОВ Валерій Миколайович, к. мед. н., проф.	Методи і форми реабілітації різних контингентів психічно хворих (2010-2014)	Клініка, діагностика та психотерапевтична корекція розладів адаптації у жінок, що народили недоношену дитину	К. мед. н.	Психіатрія	2016 (заплан.)	д. мед. н., проф. Кожина Г. М.
22	Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика	дитячої, соціальної та судової психіатрії	МІШИЄВ Вячеслав Данилович, д. мед. н., проф.	Диференційні критерії оцінки стану соціального функціонування хворих на різні види психічної патології на етапі закінчення стаціонарного лікування (2010-2014)	Медико-соціална реабілітація пацієнтів, які страждають на шизофренію, в процесі надання стаціонарної та амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку	К. мед. н.	Психіатрія	2011	к. мед. н., проф. Кузнецов В. М.
					Психіатрична допомога в примусовому порядку (критерії надання, клінічна, терапія)	Д. мед. н.	Психіатрія	2012	к. мед. н., проф. Кузнецов В. М.
					Медико-соціална реабілітація осіб з психотичними розладами внаслідок органічного ураження головного мозку судинного генезу	К. мед. н.	Психіатрія	2014 (заплан.)	к. мед. н., проф. Кузнецов В. М.
					дані не надано	К. мед. н.	Психіатрія	дані не надано	д. мед. н., проф. Мішиєв В. Д.
					дані не надано	К. мед. н.	Психіатрія	дані не надано	д. мед. н., проф. Мішиєв В. Д.
					дані не надано	К. мед. н.	Медична психологія	дані не надано	дані не надано

Продовження табл. 4

№ з/п каф.	ВНЗ	Назва кафедри	Завідуючий кафедрою	Теми НДР, які виконувались на кафедрі у 2010-2013 рр.	Назва дисертації	Науковий ступінь	Спеціальність	Рік захисту	Наук. керівник / консультант
23	Харківська медична академія післядипломної освіти	психіатрії	КОЗІДУБОВА Валентина Михайлівна, д. мед. н., проф.	1. Сучасні аспекти вивчення психічних розладів органічного генезу та їх диференційна діагностика з ендогенними захворюваннями (2005-2010) 2. Розробка системи психодіагностики, диференційованої терапії і психокорекції розладів при ендогенній, резидуально-органічній та соматогенній психічній патології (2011-2016)	Медико-психологічні критерії диференціації екзогенних і ендогенно-процесуальних психічних розладів та принципи їх корекції Психопатологічні та патофизиологічні особливості гіперкінетичних розладів у дітей та їх корекція Патопсихологічні та психопатологічні особливості психічних розладів у хворих на ревматоїдну патологію та їх психокорекція	Д. мед. н. К. мед. н. К. мед. н.	Медична психологія Медична психологія Медична психологія	2012 2010 дані не надано	д. мед. н., проф. Козідубова В. М. дані не надано д. мед. н., проф. Долуда С. М.
24		наркології	СОСІН Іван Кузьмич, д. мед. н., проф.	1. Об'єктивізація діагностики і нові підходи до лікування і реабілітації патологічної залежності та коморбідних станів в наркології (2008-2012) Розпочата пошукова тема НДР для планування з 2014 року нової теми на п'ятирічний термін	Опійна залежність: клініко-патогенетичні, епідеміологічні, патофизиологічні аспекти, методи лікування і профілактики	Д. мед. н.	Наркологія	2013	д. мед. н., проф. Сосні І. К.
25		психотерапії	МИХАЙЛОВ Борис Володимирович, д. мед. н., проф.	Непсихотичні психічні розлади у хворих на серцево-судинні і судинно-мозкові захворювання (2008-2013)	Медико-психологічна та нейрофізіологічна характеристика соматоформних розладів у амбулаторно-поліклінічній практиці та принципи їхньої терапії Клініко-психологічна, клініко-фізіологічна, психофеноменологічна характеристика реактивних особистісних реакцій у процесі психотерапії у хворих психосоматичними розладами	К. мед. н.	Психіатрія	дані не надано	д. мед. н., проф. Михайлов Б. В.

Продовження табл. 4

№ з/п каф.	ВНЗ	Назва кафедри	Завідуючий кафедрою	Теми НДР, які виконувались на кафедрі у 2010-2013 рр.	Назва дисертації	Науковий ступінь	Спеціальність	Рік захисту	Наук. керівник / консультант
25	Харківська медична академія післядипломної освіти	психотерапії	МИХАЙЛОВ Борис Володимирович, д. мед. н., проф.		Медико-психологічний моніторинг осіб молодого віку з вегетативними соматоформними розладами	К. мед. н.	Медична психологія	2011	д. мед. н., проф. Михайлов Б. В.
					Порівняльна характеристика порушень емоційної сфери в структурі афективних та невротичних розладів	К. мед. н.	Психіатрія	дані не надано	д. мед. н., проф. Михайлов Б. В.
					Непсихотичні психічні розлади у вагітних жінок (клініка, діагностика та принципи психотерапії)	К. мед. н.	Психіатрія	2012	д. мед. н., проф. Михайлов Б. В.
					Непсихотичні психічні розлади у хворих на ішемічну хворобу серця і принципи їх медико-психологічної корекції	К. мед. н.	Психіатрія	дані не надано	д. мед. н., проф. Михайлов Б. В.
					Реакції дезадаптації у школярів старших класів спеціалізованих і загальноосвітніх шкіл (клініка, діагностика, механізми формування, принципи відновлювальної терапії і профілактики)	К. мед. н.	Психіатрія	дані не надано	д. мед. н., проф. Михайлов Б. В.
					Вивчення сучасних клінічних проявів тривожно-депресивних розладів, патогенетичних механізмів їх розвитку, та розробка критеріїв діагностики, прогнозу перебігу та принципів терапії і реабілітації	К. мед. н.	Психіатрія	дані не надано	д. мед. н., проф. Михайлов Б. В.
					Невідкладні стани при психосоматичній патології (феноменологія та патогенетичні механізми, та їх психокорекція)	Д. мед. н.	Медична психологія	2011	д. мед. н., проф. Михайлов Б. В.
					Емоційні порушення у хворих з аддиктивною поведінкою	К. мед. н.	Психіатрія	дані не надано	д. мед. н., проф. Михайлов Б. В.

Продовження табл. 4

№ з/п каф.	ВНЗ	Назва кафедри	Завідуючий кафедрою	Теми НДР, які виконувались на кафедрі у 2010-2013 рр.	Назва дисертації	Науковий ступінь	Спеціальність	Рік захисту	Наук. керівник / консультант
26		сексології та медичної психології	КРИШТАЛЬ Євгеній Валентинович, д. мед. н., проф.	1. Здоров'я сім'ї. Причини, механізми розвитку, клінічні прояви і система психодіагностики, психокорекції, психопрофілактики його порушень (2007-2011) 2. Порушення здоров'я сім'ї у кризових станах різного генезу. Причини, механізми розвитку, клінічні прояви і система психодіагностики, психокорекції, психопрофілактики (2012-2016)	Медико-психологічна реабілітація жінок, які перенесли оперативні втручання на внутрішніх статевих органах Подружня дезадаптація при розладах особистості у жінок Медико-психологічний супровід сім'ї, яка виховує дитину з порушенням психічного розвитку Психосоціальна дезадаптація у хворих на сурдомутизм (механізми розвитку, варіанти перебігу, психотерапія) Подружня дезадаптація. Причини, механізми розвитку, принципи діагностики та психокорекція Особливості сексуальної аверсії у подружжя та її психокорекція Дезадаптація подружжя літнього віку та її психокорекція Оптимізація сімейної психотерапії в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію Медико-психологічна допомога особам, які здійснюють догляд за інкурабельними онкологічними хворими в умовах паліативної медицини	Д. мед. н. Д. мед. н. Д. мед. н. Д. мед. н. Д. мед. н. Д. мед. н. К. мед. н. К. мед. н. К. мед. н. К. мед. н.	Медична психологія Медична психологія Медична психологія Медична психологія Медична психологія Медична психологія Медична психологія Медична психологія Психіатрія Медична психологія	дані не надано дані не надано 2010 2010 дані не надано 2011 2010 2010 2011	д. мед. н., проф. Кришталь Є. В. д. мед. н., проф. Кришталь Є. В. д. мед. н., проф. Маркова М. В. д. мед. н., проф. Чугунов В. В. д. мед. н., проф. Кришталь Є. В., д. мед. н., проф. Чугунов В. В. д. мед. н., проф. Кришталь Є. В. д. мед. н., проф. Маркова М. В.

Продовження табл. 4

№ з/п каф.	ВНЗ	Назва кафедри	Завідуючий кафедрою	Теми НДР, які виконувались на кафедрі у 2010-2013 рр.	Назва дисертації	Науковий ступінь	Спеціальність	Рік захисту	Наук. керівник / консультант
26		сексології та медичної психології	КРИШТАЛЬ Євгеній Валентинович, д. мед. н., проф.		Психологічна корекція сексуальних розладів у чоловіків	К. мед. н.	Медична психологія	2011	д. мед. н., проф. Маркова М. В.
					Порушення здоров'я сім'ї при гіпертензивній енцепалопатії у чоловіків та її психотерапевтична корекція	К. мед. н.	Медична психологія	2011	д. мед. н., проф. Луценко О. Г.
					Медико-психологічна допомога онкологічним хворим, які перенесли хірургічне втручання формуванням кишкової стоми	К. мед. н.	Медична психологія	2012	д. мед. н., проф. Кришталь Є. В.
					Система медико-психологічної допомоги хворим з хронічним вірусним гепатитом в умовах стаціонарного лікування	К. мед. н.	Медична психологія	2012	д. мед. н., проф. Федак Б. С.
					Порушення здоров'я сім'ї при депресивних розладах різного генезу у жінок (причини, механізми розвитку, клініка, психокорекція, психопрофілактика)	Д. мед. н.	Медична психологія	дані не надано	д. мед. н., проф. Кришталь Є. В.
					Медико-психологічний супровід родини, в якій дитина страждає на онкологічне захворювання	Д. мед. н.	Медична психологія	2015 (заплан.)	д. мед. н., проф. Маркова М. В.
					Терапевтично резистентні депресивні розлади (клінічний патоморфоз, когнітивні, нейрофізіологічні, біохімічні та психосоціальні кореляції, комплексна корекція та реабілітація)	Д. мед. н.	Медична психологія	2015 (заплан.)	д. мед. н., проф. Маркова М. В.
					Медико-психологічний супровід системи «мати-дитина» за різних умов виховання	К. мед. н.	Медична психологія	дані не надано	д. мед. н., проф. Кришталь Є. В.
					Медико-психологічне супроводження хворих на вперше діагностований туберкульоз легень	К. мед. н.	Медична психологія	2014 (заплан.)	д. мед. н., проф. Кришталь Є. В.

Харківська медична академія післядипломної освіти

Продовження табл. 4

№ з/п каф.	ВНЗ	Назва кафедри	Завідуючий кафедрою	Теми НДР, які виконувались на кафедрі у 2010-2013 рр.	Назва дисертації	Науковий ступінь	Спеціальність	Рік захисту	Наук. керівник / консультант
26		сексології та медичної психології	КРИШТАЛЬ Євгеній Валентинович, д. мед. н., проф.		Аутоагресивна поведінка у дітей підліткового віку (клініка, психопрофілактика, психокорекція) Порушення сексуального здоров'я та подружньої взаємодії при ендометріозі у жінок Деадаптація членів сім'ї хворого на параноїдну шизофренію (клініка, діагностика, психокорекція) Медико-психологічна корекція емоційних і когнітивних порушень у хворих на невротичні і неврозоподібні тривожні розлади Сімейне функціонування при хронічному простатиті та методи психотерапевтичної корекції Клініко-психологічні особливості дезадаптації у жінок, які перенесли мастектомію та її психологічна корекція Психологічні особливості чоловіків, хворих на хронічних панкреатит алкогольної етіології та їх психокорекція Медико-психологічна реабілітація жінок, які перенесли ішемічний інсульт (особистісні та сімейні аспекти) Порушення життєдіяльності сім'ї при безплідді у чоловіків (психопрофілактика та психокорекція) Порушення життєдіяльності ВІЛ-інфікованої партнерської пари та її медико-психологічний супровід	К. мед. н. К. мед. н. К. мед. н. К. мед. н. К. мед. н. К. мед. н. К. мед. н. К. мед. н. К. мед. н. К. мед. н.	Медична психологія Медична психологія Медична психологія Медична психологія Медична психологія Медична психологія Медична психологія Медична психологія Медична психологія Медична психологія	2014 (заплан.) 2014 (заплан.) 2015 (заплан.) 2015 (заплан.) 2014 (заплан.) дані не надано дані не надано дані не надано дані не надано дані не надано 2014 (заплан.)	д. мед. н., проф. Кришталь Є. В. д. мед. н., проф. Кришталь Є. В. д. мед. н., проф. Кришталь Є. В. д. мед. н., проф. Кришталь Є. В. д. мед. н., проф. Кришталь Є. В. д. мед. н., проф. Кришталь Є. В. д. мед. н., проф. Кришталь Є. В. д. мед. н., проф. Кришталь Є. В. д. мед. н., проф. Кришталь Є. В. д. мед. н., проф. Кришталь Є. В. д. мед. н., проф. Кришталь Є. В.
									Харківська медична академія післядипломної освіти

Продовження табл. 4

№ з/п каф.	ВНЗ	Назва кафедри	Завідуючий кафедрою	Теми НДР, які виконувались на кафедрі у 2010-2013 рр.	Назва дисертації	Науковий ступінь	Спеціальність	Рік захисту	Наук. керівник / консультант
26	Харківська медична академія післядипломної освіти	сексологія та медичної психології	КРИШТАЛЬ Євгеній Валентинович, д. мед. н., проф.		Медико-психологічний супровід пацієнтів з сечокам'яною хворобою єдиної нирки Медико-психологічний супровід підлітків, хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію, на етапі стаціонарного лікування	К. мед. н. К. мед. н.	Медична психологія Медична психологія	2014 (заплан.) 2014 (заплан.)	д. мед. н., проф. Маркова М. В. д. мед. н., проф. Маркова М. В.
27	Запорізька медична академія післядипломної освіти	сімейної медицини з курсами дерматовенерології та психіатрії	КОШЛЯ Володимир Іванович, д. мед. н., проф.	НДР не виконувалась	Субкортикальна судинна деменція: клінічна структура захворювання на етапах розвитку, нейробіологічні маркери прогресування та ефективності терапії	Д. мед. н.	Психіатрія	2016 (заплан.)	д. мед. н., проф. Чабан О. С.
28	Київський МУ Української асоціації народної медицини	неврології, психіатрії, рефлексотерапії, ЛФК та спортивної медицини	ДЗЮБ Григорій Констянтинович, д. мед. н., проф.	дані не надано	дані не надано	дані не надано	дані не надано	дані не надано	дані не надано

Закінчення табл. 4

№ з/п каф.	ВНЗ	Назва кафедри	Завідуючий кафедрою	Теми НДР, які виконувались на кафедрі у 2010-2013 рр.	Назва дисертації	Науковий ступінь	Спеціальність	Рік захисту	Наук. керівник / консультант
29	Медичний інститут Сумського державного університету	нейрохірургії та неврології з курсами психіатрії, наркології, дерматовенерології, професійних хвороб, клінічної імунології, алергології	ПОТАПОВ Олександр Олександрович, д. мед. н., проф.	дані не надано	дані не надано	дані не надано	дані не надано	дані не надано	дані не надано
30	Ужгородський НУ (медичний факультет)	неврології, нейрохірургії та психіатрії	СМОЛЯНКА Володимир Іванович, д. мед. н., проф.	дані не надано	дані не надано	дані не надано	дані не надано	дані не надано	дані не надано
31	Харківський НУ ім. В. Н. Каразіна (медичний факультет)	психіатрії, наркології, неврології та медичної психології	ПОНО-МАРЬОВ Володимир Іванович, д. мед. н., проф.	дані не надано	дані не надано	дані не надано	дані не надано	дані не надано	дані не надано

* Дані таблиці сформовані за інформацією, яка була представлена з регіонів. За правильність наведеної в таблиці інформації автори відповідальність не несуть.

Отже, серед 117 дисертаційних робіт, що виконувались у ВНЗ протягом 2010-2013 рр., було 95 дисертацій на здобуття наукового ступеня кандидата наук та 22 – на здобуття наукового ступеня доктора наук. За спеціальностями дисертаційні роботи розподілялись наступним чином: за спеціальністю «Психіатрія» – 66 дисертацій, за спеціальністю «Наркологія» – 6, за спеціальністю «Медична психологія» (медичні науки) – 45 дисертаційних робіт.

Серед дисертацій за спеціальністю «Психіатрія» у 16 дисертаційних дослідженнях розроблялись проблемні аспекти шизофренії, у 12 – депресії, у 8 дисертаціях – непсихотичні психічні розлади при різних захворюваннях та станах, у 5 – розлади адаптації, у 4 – психосоматичні та соматоформні розлади. Окрім того, 6 дисертацій розглядали проблеми психічних розладів у осіб із залежними станами, по 3 роботи – афективні розлади та перший психотичний епізод, по 2 дисертаційних дослідження – проблеми епілепсії, судинних психозів, тривожно-депресивних розладів, психічних розладів у ВІЛ-інфікованих та проблемні питання застосування примусових психіатричних заходів. По 1 дисертації вивчали біполярний афективний розлад, генералізований тривожний розлад та енцефалопатію.

Серед дисертацій за спеціальністю «Наркологія» у 3 дисертаціях розроблялись проблеми опіоїдної залежності і по одній дисертації – алкогольної залежності, тютюнопаління та схильності до азартних ігор.

У дисертаціях за спеціальністю «Медична психологія» (медичні науки) розглядались проблеми медико-психологічного супроводу, психологічної та психотерапевтичної корекції, медико-психологічної реабілітації

осіб, які хворіють на екзогенні, ендогенні та психогенні психічні розлади, шизофренію, депресивні розлади, соматоформні та психосоматичні розлади, гіперкінетичні розлади, гепатит, панкреатит, цукровий діабет, гостре порушення мозкового кровообігу, онкологічні захворювання, ревматоїдну патологію, сечокам'яну хворобу, простатит, туберкульоз тощо. Також розроблялись проблеми надання медико-психологічної допомоги особам з аутоагресивною поведінкою, ВІЛ-інфікованим, особам, які перенесли оперативні втручання, перенесли травми опорно-рухового апарату, пацієнтам з особистісними розладами, з сурдомутизмом та інші. Варто також зазначити, що у 5 дисертаційних роботах розроблялись аспекти психокорекційної роботи особам з порушеннями сексуального здоров'я, а 16 дисертаційних робіт були присвячені проблемам забезпечення медико-психологічної допомоги на рівні сім'ї пацієнта.

Проведений аналіз виявив значний потенціал у сфері підготовки наукових та науково-педагогічних кадрів за спеціальностями «Психіатрія», «Наркологія» і «Медична психологія» (медичні науки), який інтенсивно реалізується у вигляді підготовки та захисту дисертаційних досліджень – як аспірантами й докторантами, так і здобувачами наукових ступенів, які працюють над науковими роботами поза аспірантурою та докторантурою. Незважаючи на суттєве зменшення за останнє десятиріччя чисельності наукових працівників науково-дослідних установ України, зберігається інтерес молодих вчених до виконання власних дисертаційних робіт. Високі стандарти підготовки наукових кадрів є необхідною складовою розвитку конкурентоспроможності нашої держави.

ВЫПОЛНЕНИЕ ДИССЕРТАЦИОННЫХ РАБОТ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ «ПСИХИАТРИЯ», «НАРКОЛОГИЯ» И «МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ» (МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ) В ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ УКРАИНЫ ЗА ПЕРИОД 2010-2013 ГГ.

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

В статье представлен анализ выполнения 117 диссертационных работ по специальностям «Психиатрия», «Наркология» и «Медицинская психология» (медицинские науки) на 24 кафедрах 16 высших медицинских учебных заведений Украины за период 2010-2013 гг., проведенный Украинским НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, который является главным учреждением в сфере социальной и судебной психиатрии. Кроме того, рассматриваются современные проблемы подготовки научных и научно-педагогических кадров.

Ключевые слова: диссертация, кандидат медицинских наук, доктор медицинских наук, аспирантура, докторантура, психиатрия, наркология, медицинская психология

PERFORMING DISSERTATIONAL WORKS IN THE FIELD OF «PSYCHIATRY», «NARCOLOGY» AND «MEDICAL PSYCHOLOGY» (MEDICAL SCIENCES) IN HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS OF UKRAINE FOR THE PERIOD 2010-2013

I. Y. PINCHUK, R. M. BOGACHEV, M. S. OSYCHUK, S. S. SHUM, O. O. SUKHOVYI

The article analyzes the fulfilling of 117 dissertational works in the field of «Psychiatry», «Narcology» and «Medical psychology» (medical sciences) in 24 departments of 16 higher medical educational institutions in Ukraine for the period 2010-2013. The survey is conducted by Ukrainian 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. The article also considers modern problems of scientific and scientific-pedagogical personnel training.

Key words: dissertation, PhD in Medicine, Doctor of Medicine, postgraduate, doctoral, psychiatry, narcology, medical psychology

УДК: 616.89

О. П. Олійник, І. Я. Пінчук, О. А. Ревенюк
СУДОВА ПСИХІАТРІЯ ЯК СПЕЦІАЛЬНІСТЬ: ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ,
ПРОФЕСІЙНІ НАВИКИ ТА СФЕРИ КОМПЕТЕНЦІЇ

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

Ключові слова: судова психіатрія, спеціальність, історія розвитку, післядипломна освіта

Актуальність. У світлі реформування психіатричної галузі, з урахуванням досвіду деяких європейських країн, багато дискусій спричиняє невизначеність понять «судова психіатрія» та «судовий психіатр». Основою дискусії з цього приводу на сьогодні постають питання: що охоплює судова психіатрія – судово-психіатричну експертизу чи примусові заходи медичного характеру (ПЗМХ) або обидві ці сфери діяльності, як логічне продовження одна одної? Хто є лікарем судовим психіатром: судово-психіатричний експерт чи лікар-психіатр, який проводить ПЗМХ психічно хворим, що скоїли суспільно небезпечні діяння?

Непорозуміння спричинене відсутністю такої спеціальності, як судовий психіатр, у реєстрі медичних спеціальностей України. Натомість у реєстрі існує судово-психіатрична експертиза. Для неупередженого розв'язання дилеми «кого слід вважати судовими психіатрами» доречно розглянути її в історичному аспекті.

Історія розвитку судової психіатрії налічує багато століть. Перші згадки про елементи судово-психіатричної експертизи при укладанні цивільних актів особами з психічними розладами з'явилися ще за часів царя Соломона (VI ст. до н. е.) У законодавстві Соломона малися вказівки на невизнання заповітних актів божевільних. Згідно Римського права навіжені та божевільні вважались позбавленими дієздатності та не відповідали за свої вчинки. В Саксонському зерцалі (XIII ст.) зазначалось, що слабоумних та божевільних не слід піддавати покаранню, якщо вони спричинили шкоду, її повинен компенсувати опікун. У Судному законі князя Володимира Мономаха (XII ст.) у главі «Про заповіт» містилася вказівка про виключення «бесных» з числа свідків. В англійському законодавстві ще за часів Едуарда II (1324 р.) існували норми про охорону майна божевільних. З 1669 року на Русі «бесных» визнавали не відповідальними за вбивства. У 1722 році Петро I видав Указ «Про освідчення дурнів у Сенаті». В 1724 р. англійський суддя Трейсі запропонував критерій неосудності: «неосудний лише той, хто повністю позбавлений розуму і пам'яті та не усвідомлює того, що робить, подібно малолітній дитині, худобі або дикому звірові». Норма французького Кримінального кодексу 1810 року стосовно неосудності – «немає ані злочину, ані провини, якщо обвинувачуваний під час вчинення діяння перебував у стані безумства», проіснувала до 1994 року, коли у Франції вступив у силу новий кримінальний закон [1]. З 1843 р. в Англії існує критерій неосудності відомий як правило Мак Натена. Одне з його положень, про те, що неосудною визнається особа, яка внаслідок душевної хвороби не могла усвідомлювати «природу і якість»

свого злочинного діяння або його «протиправність», існує в англо-американському праві й до нині. Історія налічує ще багато прикладів, які свідчать, що зародки експертизи душевно хворих з'явилися набагато раніше, ніж сама психіатрія.

Аналіз нормативних документів. Проте історія розвитку судової психіатрії як спеціальності налічує лише декілька десятиліть. Вперше номенклатура лікарських спеціальностей була введена в Радянському Союзі у 1970 році наказом Міністерства охорони здоров'я №280 «О номенклатуре врачебных специальностей и номенклатуре врачебных должностей в учреждениях здравоохранения». Відповідно документ мав два додатки: 1) номенклатуру лікарських спеціальностей; 2) номенклатуру лікарських посад в установах охорони здоров'я. У першому додатку серед переліку лікарських спеціальностей під п. 36 був зазначений лише «лікар-психіатр». Другий додаток містив номенклатуру лікарських посад у закладах охорони здоров'я, в якому п. 73 наведена посада лікаря судово-психіатричного експерта [2; 3]. Такої спеціальності як «судовий психіатр», ані в номенклатурі лікарських спеціальностей, ані в номенклатурі лікарських посад в установах охорони здоров'я не існувало.

За часів незалежної України Міністерством охорони здоров'я був виданий наказ від 21.11.1991 року №168 «Про подальше удосконалення атестації лікарів» [4] (що відмінив дію наказу МОЗ УРСР від 23 лютого 1982 року №117 «Про заходи по подальшому удосконаленню атестації лікарів»), у якому затверджено:

- Положення про порядок проведення атестації лікарів (додаток 1).
- Номенклатуру лікарських спеціальностей (додаток 2).
- Форму свідоцтва про складання іспиту за спеціальністю (додаток 3).
- Форму сертифіката лікаря-спеціаліста (додаток 4).
- Форму-посвідчення про присвоєння кваліфікаційної категорії (додаток 5).
- Форму атестаційного листка (додаток 6).

У номенклатурі лікарських спеціальностей згідно наказу МОЗ України №168 від 21.11.1991 року психіатрія була представлена наступним чином:

25. Психіатрія
 - 25.1. Дитяча психіатрія
 - 25.2. Психотерапія
 - 25.3. Наркологія
 - 25.4. Судово-психіатрична експертиза
 - 25.5. Сексопатологія.

Як бачимо, спеціальність «судовий психіатр» у номенклатурі лікарських спеціальностей відсутня.

Вищезазначений наказ (із змінами, внесеними згідно з Наказами МОЗ №130 від 09.06.93 р., №193 від 27.08.93 р., №97 від 01.06.95 р.) проіснував до 1997 року, коли вступив у силу новий наказ МОЗ України №359 від 19.12.1997 року (із змінами і доповненнями, внесеними наказами Міністерства охорони здоров'я України від 10 травня 2000 року №101, від 14 вересня 2000 року №218, від 16 жовтня 2002 року №373, від 19 травня 2003 року №221, від 6 липня 2005 року №333, від 21 лютого 2006 року №76) «Про подальше удосконалення атестації лікарів» [5]. Даний наказ містив «Номенклатуру лікарських спеціальностей» (із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я №333 від 06.07.2005 - втратив чинність на підставі Наказу Міністерства охорони здоров'я №76 від 21.02.2006). Згідно з наказом МОЗ №359 у номенклатурі представлено 123 лікарські спеціальності. Під пунктом 108 зазначена судово-психіатрична експертиза;

- п. 33 – дитяча психіатрія;
- п. 61 – медична психологія;
- п. 63 – наркологія;
- п. 86 – психіатрія;
- п. 87 – психотерапія;
- п. 97 – сексопатологія [6].

Представлена номенклатура спеціальностей згідно до наказу №359 від 1997 року є чинною в Україні й на сьогодні.

Обговорення. Таким чином, з вищенаведених радянських та українських наказів випливає, що офіційно в номенклатурі лікарських спеціальностей та в номенклатурі лікарських посад в установах охорони здоров'я завжди був лікар судово-психіатричний експерт, а не судовий психіатр.

Порівнюючи досвід пострадянських країн найближчого зарубіжжя, слід зазначити, що в чинній «Номенклатурі спеціальностей спеціалістів с вищим і післявузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации» у рамках психіатрії, як основної спеціальності, представлені спеціальності, що потребують додаткової підготовки на базі психіатрії: медико-соціальна експертиза, психіатрія-наркологія, психотерапія, сексологія, судово-психіатрична експертиза [7]. В Республіці Білорусь теж існує посада лікаря судово-психіатричного експерта на базі спеціальності психіатрія [8]. Заради справедливості слід зазначити, що сьогодні судовими психіатрами в Україні (до речі, як і в Росії, Білорусії) прийнято називати саме судово-психіатричних експертів.

Професійним обов'язком судово-психіатричного експерта є проведення судово-психіатричних експертиз (СПЕ) у цивільному, кримінальному та інших процесах, а межі компетенції тезисно можуть бути окреслені:

- 1) встановленням психічного стану особи на період, що цікавить суд;
- 2) визначенням спроможності усвідомлювати значення своїх дій та можливості керувати ними;
- 3) з'ясуванням ступеня суспільної небезпеки;
- 4) наданням рекомендацій щодо необхідності та виду примусових психіатричних заходів.

Подальший супровід пацієнта на етапі застосування ПЗМХ виконують лікарі-психіатри. Саме вони забезпечують лікувально-реабілітаційні програми з метою зменшення суспільної небезпеки психічно хворих, які спричинили скоєння правопорушення. Це можливо шляхом аналізу генезу СНД, динамічної оцінки ступеня суспільної небезпеки на підставі спостереження за психічним станом та особистісними змінами, вирішенню соціальних проблем, а також складанню прогнозу можливості кримінальної поведінки пацієнта в подальшому. Проте специфіка цих задач більш відома судово-психіатричним експертам, ніж лікарям-психіатрам, які здійснюють ПЗМХ. Саме в цьому і криється певна суперечливість між компетенцією та професійними обов'язками.

В Україні для того, щоб стати «судовим психіатром» потрібно пройти курси підвищення кваліфікації за фахом «судово-психіатрична експертиза», маючи інтернатуру, клінічну ординатуру або аспірантуру з психіатрії (так як спеціалізація з судово-психіатричної експертизи є вторинною на базі психіатрії) [5]. Курси спеціалізації з судово-психіатричної експертизи тривають 2,5 місяці, програма передбачає 390 годин навчання, складається з лекцій, семінарських та практичних занять. Тематика спеціалізації охоплює поглиблене вивчення законодавчої бази психіатрії, судової та, зокрема, судово-психіатричної експертизи; правові та організаційні питання проведення СПЕ в кримінальному та цивільному процесі; шляхи розв'язання експертних задач у залежності від правового та процесуального статусу підекспертного, нозологічної належності та глибини психічних розладів; критерії осудності / обмеженої осудності / неосудності (дієздатності / обмеженої дієздатності / недієздатності); основи судової патопсихології; оцінку суспільної небезпеки психічно хворого, а також правові та організаційні аспекти застосування та проведення ПЗМХ. Після проходження спеціалізації лікарю судово-психіатричному експерту кожні 5 років необхідно підвищувати свою кваліфікацію на передатестаційних циклах з метою підтвердження наявної або отримання більш високої лікарської категорії. До проведення судово-психіатричних експертиз може бути залучений у якості експерта тільки лікар, який пройшов відповідну підготовку з судово-психіатричної експертизи, який працює в державних закладах охорони здоров'я та внесений Міністерством юстиції України до державного реєстру експертів. Натомість, щоб працювати у спеціалізованих лікарнях або відділеннях з психічно хворими, до яких застосовані ПЗМХ, достатньо бути лікарем-психіатром без будь-якої додаткової спеціалізації, хоча діяльність цих лікарів, м'яко кажучи, має свою специфіку.

На противагу в Німеччині, щоб здійснювати ПЗМХ, лікарю-психіатру обов'язково потрібно пройти курси стажування по судовій психіатрії. У зв'язку з тим, що в Федеративній республіці Німеччина судово-психіатричні лікарні відокремлені від загальної психіатричної мережі, з 2004 року там була введена окрема лікарська спеціальність «судовий психіатр». Для того, щоб стати судовим психіатром у Німеччині потрібно мати вищу

медичну освіту, пройти п'ятирічну інтернатуру з психіатрії (4 роки психіатрії + 1 рік неврології), а потім трирічну спеціалізацію з судової психіатрії, у програмі якої, окрім етичних та правових питань, формують знання та навички проведення судово-психіатричних експертиз. Обов'язковим планом виконання навчальної програми під час спеціалізації є проведення щонайменше 70 СПЕ, із них 50 по кримінальних справах та 20 СПЕ у цивільному судочинстві. Окремим важливим етапом навчання є оволодіння психотерапевтичними техніками, де курсант виступає не тільки в ролі психотерапевта, але й певну кількість годин у ролі пацієнта. Натомість, судово-психіатричним експертам спеціалізацію з судової психіатрії лише бажано мати, щоб бути внесеним до суддівського реєстру експертів. Експертом у Німеччині суд може призначити будь-якого лікаря-психіатра на свій розсуд. До речі, в Україні, суд теж може залучити до судового розгляду будь-якого лікаря-психіатра, щоб заслухати його думку, як спеціаліста, але не в якості експерта.

Висновки. Підсумовуючи, слід зазначити, що в сучасній Україні, а також пострадянських країнах найближчого зарубіжжя, як і в часи Радянського Союзу, судовими психіатрами по праву називали і називають саме судово-психіатричних експертів. Так історично склалось, що зародки судової психіатрії почали розвиватись саме з експертизи, а проведення СПЕ у більшій мірі потребує спеціальних знань, ніж процес проведення ПЗМХ. І найважливіше, СПЕ і ПЗМХ є двома нерозривними складовими одного процесу – надання психічно хворому, який скоїв суспільно небезпечне діяння, спеціального статусу з метою максимально можливого збереження його прав, з наступним лікуванням та реабілітацією. Фахівці, які забезпечують першу частину цього процесу проходять спеціальну підготовку на відміну від лікарів, які впроваджують лікувально-реабілітаційні програми ПЗМХ. Чи переймати нам досвід деяких західноєвропейських держав, нахшталт такої розвиненої країни як Німеччина, у питаннях професійної підготовки

судових психіатрів? Чи залишити все так, як історично склалося впродовж десятиліть? А може поставити собі питання: чи не сплутали ми поняття – номенклатура лікарських спеціальностей та номенклатура лікарських посад в установах охорони здоров'я? А може істина у вирішенні цих питань як завжди посередині: судовими психіатрами мають вважатись і експерти, і лікарі спеціалізованих лікарень, що проводять ПЗМХ, ось тільки останні мають проходити курси підвищення кваліфікації з метою отримання спеціальних знань з судової психіатрії, експертизи та ПЗМХ?

У світлі майбутнього реформування психіатричної галузі ці питання доведеться остаточно з'ясувати. Однак їх вирішення може привести до змін не тільки у сфері медичних спеціальностей, але й післядипломної освіти.

Література:

1. *Краткая история развития судебной психиатрии* http://www.medic-lit.ru/sudebnaya_psihiatriya_lek.php?id=2.
2. *Приказ Минздрава СССР от 04.05.1970 N 280 О номенклатуре врачебных специальностей и номенклатуре врачебных должностей в учреждениях здравоохранения* <http://www.bestpravo.ru/sssrgn-dokumenty/r4a.htm>, <http://pravo.levonevsky.org/baza/soviet/sss5044.htm>.
3. *Номенклатура специальностей врачей и провизоров в системе отечественного здравоохранения* <http://www.spruce.ru/attestation/demands/access/nomenclature.html>.
4. *Наказ МОЗ від 21.11.1991 року №168 «Про подальше удосконалення атестації лікарів»* <http://ukraine.uapravo.net/data/base62/ukr62102.htm>.
5. *Наказ МОЗ України №359 від 19.12.1997 року «Про подальше удосконалення атестації лікарів»* http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_19971219_359.html.
6. *Наказ МОЗ України №359 від 19.12.1997 року «Номенклатура лікарських спеціальностей»* <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0015-98>.
7. *Приказ №210н от 23.04.2009 «Номенклатура специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации»* http://www.spruce.ru/attestation/demands/access/2009_210.html.
8. <http://pravo.levonevsky.org/bazaby/org337/basic/text0335.htm>, <http://www.levonevski.net/pravo/tema04/vtor/docm1466.html>.

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ КАК СПЕЦИАЛЬНОСТЬ: ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ, ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ НАВЫКИ И СФЕРЫ КОМПЕТЕНЦИИ

О. П. Олейник, И. Я. Пинчук, А. А. Ревенок

В статье приведена краткая история развития судебной психиатрии и этапы становления судебно-психиатрической экспертизы как специальности. С учетом опыта других стран очерчены возможные направления реформирования судебной психиатрии как медицинской практики и специальности в системе последипломного образования.

Ключевые слова: судебная психиатрия, специальность, история развития, последипломное образование

FORENSIC PSYCHIATRY AS A SPECIALTY: HISTORY OF DEVELOPMENT, PROFESSIONAL SKILLS AND AREAS OF COMPETENCE

O. OLEJNIK, I. PINCHUK, O. REVENOK

This article gives a brief history of the development of forensic psychiatry and stages of development of a forensic psychiatric examination as a specialty. Taking into account the experience of other countries outline potential directions of reforming the judicial psychiatry as a medical practices, and specialties in the system of postgraduate education.

Keywords: forensic psychiatry, specialty, history of development, postgraduate education

УДК: 616.89

О. Мишаківська

СВІТОВА ПРАКТИКА НАДАННЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ДЕМЕНЦІЮ, ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Обласна клінічна психіатрична лікарня м. Львів

У зв'язку зі збільшенням у світі захворюваності на деменцію, чинна система охорони здоров'я не здатна забезпечити якісними медичними послугами зростаючу кількість пацієнтів. Зростання навантаження на медичні установи призводить до додаткових витрат та змушує активно шукати науково – обґрунтовані, більш ефективні, альтернативні моделі медичних послуг, які б залучали до опіки рідних, громаду і таким чином не роз'єднували пацієнта з звичними для нього умовами перебування. Саме таким пріоритетним напрямком у світовій науці, на даний час, є паліативна допомога хворим на деменцію. Її основною метою є пролонгація життя та підвищення його якості, підтримка життєвих функцій та забезпечення комфорту хворого.

Ключові слова: деменція; існуючі моделі надання допомоги; поведінкові розлади; опікун; паліативна допомога

Вступ

Деменція – це синдром, який проявляється у когнітивних порушеннях, викликає поведінкові розлади, порушує щоденне та соціальне функціонування особи. Деменція традиційно лікується використовуючи «лікувальну модель медицини», яка полягає у діагностиці хвороби та корекції її симптомів. Згідно зі статистичними даними Всесвітньої організації охорони здоров'я за 2012 рік, у світі нараховується 35,6 мільйонів людей, які страждають на деменцію. Також відповідно до прогнозів експертів, цей показник подвоїться у 2030 році та потроїться у 2050 році [1]. За даними МОЗ України, захворюваність на деменцію в Україні протягом 2001-2010 рр. становила: 14,94 осіб на 100 тисяч населення у 2001 році, 14,7 у 2005 році та 14,82 у 2010 році. В абсолютному значенні ці дані становлять 67995 тис. осіб у 2001 році, 62993 тис. осіб у 2005 році та 49292 тис. осіб у 2010 році [2]. За даними Берлінського Інституту населення і розвитку (Demenz-Report), станом на 2010 рік загальна захворюваність на деменцію у Німеччині становила 1,4%, що відповідає приблизно 1 млн. 134 тис. осіб (населення 81 млн. станом на 2010 рік), у Польщі 0,9% або 342 тис. осіб (38 млн.), у Туреччині 0,39% або 300 тис. осіб (населення 77 млн.), в Австрії 1,3% або 104 тис. осіб (8 млн. населення) [3]. В Україні статистичні дані суттєво відрізняються від світових даних, що вказує на те, що більшість хворих на деменцію перебувають удома, під опікою рідних та не завжди отримують належну медичну допомогу.

Права пацієнтів з деменцією охороняються та забезпечуються “Загальною декларацією з прав людини”, “Європейською Конвенцією з прав людини та основоположних свобод” та “Конвенцією про права людей з обмеженими можливостями” [4; 5; 6]. 19 січня 2011 року була прийнята резолюція Європейського Парламенту по ініціативі з приводу хвороби Альцгеймера та інших деменцій. Метою даної конвенції є пріоритетна розробка національних планів та стратегій розвитку соціальної політики охорони здоров'я та створення підрозділів для підтримки хворих на деменцію та їх сімей [7].

Прогнозована середня тривалість життя від початку розвитку деменції до смерті становить 4,1 роки (2,5 – 7,6)

для чоловіків та 4,6 роки (2,6 – 7,0) для жінок. Існує відмінність, яка становить приблизно 7 років у тривалості життя між молодшими літніми людьми та найстаршими хворими на деменцію. У пацієнтів з цукровим діабетом розвиток деменції та смерть настають у середньому відповідно на 2,2 та 2,6 роки раніше, ніж у порівнянні пацієнтів без цукрового діабету в анамнезі [8]. Важливими факторами-передвісниками смертності при деменції під час спостереження були стать, вік початку захворювання та втрата здатності до самообслуговування [9].

Моделі надання допомоги хворим на деменцію у різних країнах світу

На даний час у світі існує низка різних організованих підрозділів для надання допомоги пацієнтам з деменцією [10; 11; 12].

У Великобританії, де видатки на допомогу та втрати від зниження продуктивності оцінюються у 23 млрд фунтів стерлінгів щорічно, допомога пацієнтам з деменцією надається у будинках догляду (Care Homes) двох типів: у будинках медсестринського догляду (Nursing Homes) та будинках перебування (Residential Homes). У будинках перебування утримуються пацієнти, які нездатні самостійно себе обслуговувати та перебувати вдома, у будинках медсестринського догляду пацієнтам надається 24-годинна медсестринська опіка. Також організована первинна допомога хворим на деменцію, яка полягає у візитах до лікаря загальної практики та візитах лікаря на дому, телефонні контакти з лікарем та медичною сестрою та візити медсестер. При гострих стаціонарах паралельно існують відділення амбулаторного прийому, стаціонарні відділення та приватні установи [13].

Іншим прикладом є Японія, в якій проживає найвищий відсоток похилих людей старших за 65 років, що становить близько 24% населення (Швеція 19%, Франція 17%, США 12%). З них хворих на деменцію становить близько 10% та за прогнозами спеціалістів даний показник буде продовжувати зростати у майбутньому. В Японії хворим на деменцію пропонуються наступні види послуг: послуги догляду на дому (візит-опіка на дому, медсестринський догляд на дому, послуги купання на дому, догляд-підтримка); послуги, які надаються протягом дня (опіка протягом дня, денні реабілітаційні

послуги); послуги короткотривалого перебування; проживання, догляд у громаді, а саме будинки спільного проживання, мультифункціональна домашня опіка; будинки інтенсивної опіки для людей похилого віку. До 2025 року в Японії планується створити Інтегровану громадянську систему опіки, яка буде створена у громаді (близько 10 тис. осіб), в якій необхідні послуги стануть доступними у межах 30 хвилин. Невелика мультифункціональна домашня опіка (Small-scale multifunctional in-home care) розрахована на 3800 місць – це система підтримки хворих на деменцію, які бажають продовжувати жити у громаді, проте мають змогу комбінувати перебування вдома з короткотривалою денною амбулаторною опікою, якщо у ній є необхідність. У п'ятирічний план (2013–2017 рр.) в Японії поставлені цілі щодо розробки нових видів допомоги, які будуть сприяти проживанню хворого у звичному для нього середовищі, у громаді [14].

Одним з яскравих прикладів є Сполучені Штати Америки. Деменція є шостою провідною причиною смерті у США та на п'ятому місці серед причин смерті серед американців у віці 65 років та більше [15]. У США пацієнтам з деменцією надається на вибір низка різних соціальних послуг, а саме: проживання особи, яка опікується пацієнтом, у пацієнта вдома, (Assisted living), служби, які опікуються пацієнтом на дому (Home and Community Based Services, Housing) та будинки для престарілих (Nursing homes) [16]. 90% осіб, які доживають до пізніх стадій деменції проживають у домах опіки (Nursing homes). Зафіксовано безліч негативних наслідків, які асоціюються з даним типом опіки при пізній деменції, серед них – супутні інфекції, агресивна практика опіки (лікування антибіотиками більше 10 місяців, годування за допомогою зонду, внутрішньовенна терапія, лабораторні забори). При цьому дотримання гігієни рота, використання запашної їжі та ручне годування малими порціями може попередити інфекційні ускладнення та розрішити проблеми з годуванням та ковтанням без штучного годування [15].

За даними Берлінського Інституту населення і розвитку, у Німеччині три чверті пацієнтів з деменцією перебувають вдома, проживають у сім'ях та доглядаються рідними. У час відсутності родичів вдома, пропонуються різні послуги, які забезпечують частковий догляд (у нічний та денний час, у конкретні дні) медичними та соціальними працівниками. З 1995 року у Німеччині створене страхування, яке забезпечує ризики інвалідації та втрати здатності до самообслуговування. У разі наявності такого страхування, пацієнт переводиться для подальшого перебування у будинки для престарілих [17].

Одним з найскладніших аспектів в опіці за пацієнтами з деменцією є різноманітні поведінкові розлади, які асоціюються з хворобою, наприклад, блукання, повторні запитування, ходіння слідом, агресія, апатія, розлади сну, накопичення, супротив при допомозі з денними процедурами [18]. Також у більшості пацієнтів з деменцією виникають такі супутні розлади, як тривога, маячні розлади, галюцинації, депресія, агресія, рухові розлади, апатія, порушення сну та харчової поведінки.

Дані порушення супроводжують деменцію у 90% випадках та створюють дистрес для пацієнтів та їх рідних, часто сприяють тривалій госпіталізації, надмірному використанню медикаментів та збільшенню витрат на утримання в стаціонарі [19]. У разі відсутності лікування даних поведінкових симптомів, спостерігається швидке прогресування хвороби та зниження якості життя пацієнта, зростання неспроможності, у результаті чого пацієнт попадає у будинки догляду. Також негативні ефекти прослідковуються для сім'ї пацієнта. Окрім антипсихотичного лікування поведінкових розладів, яке часто пов'язане з різноманітними ризиками (серед яких підвищений ризик смертності, метаболічний та цереброваскулярний ефект, екстрапірамідні симптоми, серцева аритмія, пневмонія [19; 20]), у США клінічні гайдлайни пропонують і нефармакологічне лікування, таке як підтримуючі програми для опікунів (тренінги навичок, просвітницькі, планування щоденної діяльності, соціальна та емоційна підтримка). Під час аналізу ефективності психосоціальних програм та втручань у середовище, в якому проживає пацієнт та які були спрямовані на опікунів, була відмічена редукція поведінкових симптомів у пацієнтів та негативних реакцій у опікунів. Хоча цей ефект вимірювався між мінімальним та середнім значеннями, проте у порівнянні з фармакологічними дослідженнями був клінічно значимим [18]. Висновки показали, що пацієнти краща щоденна активність, перебуваючи у домашніх умовах. Також поведінкові розлади значно менше проявлялись у традиційних медичних установах, ніж у домашніх умовах, попри те вдома вони носили стійкіший характер [21].

У Польщі опіка пацієнтів з деменцією здійснюється установами, які підпорядковуються Міністерству здоров'я та Міністерству соціальної опіки. Доступними є опікунські послуги, які спрямовані на опіку за особами похилого віку, проте бракує послуг саме для осіб хворих на деменцію. Здійснення опіки над хворими з деменцією відбувається у «родинних домах», лікувально-доглядальних закладах, закладах медсестринського догляду, домах соціальної опіки, у денних психогеріатричних стаціонарах, у цілодобових психогеріатричних відділеннях, районних осередках соціальної допомоги, домах соціальної допомоги або у приватних будинках опіки. Можливим є також винайм доглядальниці, яка опікується пацієнтом на дому. Допомогою у виконанні опіки над хворим з деменцією слугують також консультації і альянсівське об'єднання, групи підтримки. Сім'я – це найбільша інституція тривалої опіки не лише у Польщі, а й у світі. Близько 92% хворих на деменцію у Польщі перебувають вдома від початку захворювання та до смерті під опікою рідних, при цьому опікунами найчастіше є подружні пари, які по віку близькі до віку пацієнта та діти пацієнта, серед яких частіше доглядають жінки. При цьому опікун не має від даної опіки жодних переваг, у тому числі матеріальних, також немає правових механізмів, які дають змогу поєднувати опіку з роботою опікуна. Статус опікуна неповносправної особи у Польщі гарантує протягом року додаткових 14

днів для опіки за пацієнтом, проте цього є недостатньо для догляду за хворими на деменцію [22].

У Польщі було обстежено 1000 сімей, у яких досліджували опікунів пацієнтів з деменцією, при цьому вік опікунів становив 65 років та вище; вони присвячували щонайменше 4 години на день за доглядом хворого родича. Результати даного дослідження показали, що протягом тижня опікуни проводили значно більше часу в опіці за рідними, частіше у них виникали обмеження у зв'язку з роботою через опіку за рідними, вони частіше роздумували про госпіталізацію пацієнта у лікарняні заклади та були обтяжені опікою. У них виникали проблеми зі взяттям перерви у опіці, з поведінковими розладами пацієнта, з безпорадністю хворого на деменцію та інші. У порівнянні з іншими, опікуни за пацієнтами з деменцією частіше суб'єктивно та об'єктивно перевантажені. Різні програми підтримки та опіки так само, як і лікування поведінкових розладів можуть значно зменшити рівень тягаря опікунів у їх ситуації [39].

Дискусія

У сучасному світі відбувається пошук нових, альтернативних, економічно доцільних шляхів надання допомоги хворим на деменцію, провідним з яких нині вважається паліативна допомога. Паліативна опіка є більш реалістична та спрямована на покращення якості життя та комфорту пацієнта, включення в опіку тренуваних опікунів [23].

Незважаючи на підвищену увагу, на сьогодні існує не багато публікацій про паліативну допомогу хворим на деменцію. Проте існує консенсус, що організація надання паліативної допомоги потребує удосконалення [24]. Європейська Асоціація Паліативної допомоги (EAPC Onlus) розробила положення та рекомендації про оптимальну допомогу хворим на деменцію. Ціллю даної організації є розробка протоколів надання допомоги у клінічній практиці. У результаті проведеної роботи нині розроблено 11 положень та 57 рекомендацій. Серед пріоритетних було виділено наступні дослідницькі напрямки: пацієнт-центрована опіка (personal-centered care), вибіркоче лікування супутніх з деменцією симптомів та забезпечення комфорту пацієнтам з деменцією. Серед основних цілей опіки виділяють при легкій деменції – пролонгація життя, при помірній та важкій – максималізація комфорту. При цьому основною метою паліативної допомоги є пролонгація життя, підтримка функцій та комфорту, модифікація хвороби на противагу змінам, а саме: надання симптоматичної допомоги [25].

Огляд геріатричної та паліативної медицини у Європі показує, що тривала паліативна опіка у геріатрії є недостатньо розвинутою. Також часто сім'ї пацієнтів та оплачувані соціальні працівники є погано підготовані для підтримки літніх людей, які проживають вдома під опікою рідних чи у домах догляду (nursing homes) та потребують паліативної допомоги. У зв'язку з цим, на теренах Євросоюзу започатковано спільний дослідницький проект ІМРАСТ, ціллю якого є розробка моделі паліативної допомоги пацієнтам з деменцією [26]. У Європі створена робоча група з 5 країн щодо розробки

ефективної моделі надання паліативної допомоги хворим на деменцію [27].

В Україні професійна допомога по лікуванню та догляду за хворими на деменцію здійснюється в психіатричних стаціонарах, хоспісах, організаціях на зразок Карітас (проект «Домашня опіка»), мережі будинків для літніх людей та інтернатів психоневрологічного типу, які обмежені кількістю ліжок-місць, та не завжди можуть задовольнити потребу у наданні вказаних послуг. У вітчизняній нормативно-правовій базі та науковій літературі відсутні дані про альтернативні способи надання паліативної медичної допомоги пацієнтам з деменцією.

Нині прийняті закони та затверджені накази МОЗ України про надання паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД, хворим на онкологічні захворювання та туберкульоз [23, 27–31] Згідно з наказом МОЗ України від 07.03.2012 року «Про організацію паліативної допомоги» паліативна допомога може надаватися при втраті спроможності до самообслуговування, що є характерною ознакою для пацієнтів з деменцією, у наступних формах: на дому, денному стаціонарі, паліативних відділеннях лікарень, хоспісах [40]. Проте в Україні відсутні алгоритми надання такої допомоги та їх практичне застосування, що створює надмірне навантаження на медичні стаціонари та відсутність альтернативного вибору для пацієнтів [32–37]. Пацієнти з деменцією, особливо з тяжкою формою, часто потребують паліативної опіки у хоспісах [27].

Висновок

У зв'язку зі збільшенням у світі захворюваності на деменцію чинна система охорони здоров'я не здатна забезпечити якісними медичними послугами зростаючу кількість пацієнтів. Збільшення навантаження на медичні установи, призводить до додаткових витрат та змушує активно шукати науково обґрунтовані ефективні альтернативні моделі медичних послуг, які б залучали до опіки рідних, громаду та з іншого боку не розлучали пацієнта зі звичними для нього умовами перебування. Саме таким пріоритетним напрямом у світовій науці нині є паліативна допомога хворим на деменцію, основною метою якої є пролонгація життя пацієнта, підтримка життєвих функцій та забезпечення комфорту хворого.

Література:

1. *Dementia: a public health priority.* – World Health Organization. – 2012 – 112 P. // http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/
2. Пінчук І. Я. Медико-соціальне обґрунтування системи надання допомоги населенню похилого віку з вадами психічного здоров'я / І. Я. Пінчук // Автореф. дис. на здобуття наукового ступеня доктора мед. наук: спец. 14.02.03 – соціальна медицина. – Київ – 2011. – 37 с.
3. Sütterlin S., Hofmann I., Klingholz R. *Demenz-Report.* – Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. – 2011. – 83 P.
4. *Європейська конвенція про захист прав людини та основоположних свобод* // http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ukr.pdf
5. *Convention on the rights of persons with disabilities* <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>
6. *The Universal Declaration of Human Rights* // <http://www.un.org/Overview/rights.html>
7. *European Parliament resolution of 19 January 2011 on a European*

- initiative on Alzheimer's disease and other dementias (2010/2084(INI) // <http://www.europarl.europa.eu/oeil/spdoc.do?i>
8. Zilkens R. R., Davis W. A., Spilbury K., Semmens J. B., Bruce D. G. "Earlier age of dementia onset and shorter survival times in dementia patients with diabetes". *Am J Epidemiol.* 2013 Jun 1;177(11):1246-54. doi: 10.1093/aje/kws387. Epub 2013 Mar 28
 9. Survival times in people with dementia: analysis from population based cohort study with 14 year follow-up *BMJ* 2008; 336 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39433.616678.25> (Published 31 January 2008) Cite this as: *BMJ* 2008;336:258
 10. Devanand D. P. Psychosis, Agitation, and Antipsychotic Treatment in Dementia // *Amer. Journ. of Psychiatry.* – 2013. –Nr. 170. – P. – 9
 11. Rokstad A. M. M. The Effect of Person-Centred Dementia Care to Prevent Agitation and Other Neuropsychiatric Symptoms and Enhance Quality of Life in Nursing Home Patients: A 10-Month Randomized Controlled Trial / Rokstad A. M. M., Røsvik J., Kirkevold Ø., Seibaek G., Salyte Bentz J., Engedal K. // *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* – 2013. – Nr. 36. – P. 340–353 (DOI: 10.1159/000354366).
 12. Torke A. M. A Palliative Care for Patients with Dementia. *A National Survey*/ Torke A. M., Holtz L. R., Sachs G. // *Journ. Amer. Geriatr. Soc.* – 2010. – November: – 58(11). P. 2114–2121.
 13. Dementia 2010. A report produced by the Health Economics Research Centre, University of Oxford for the Alzheimer's Research Trust. – Cambridge, 2010. – 38 P // <http://www.dementia2010.jrg>
 14. Katsunori HARA "Dementia Policy in Japan" Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) Japan 25pages http://www.igakuken.or.jp/english/e_research/symposia_workshop/2013_0129sympo/pdf/list00.pdf
 15. Daniel R. Kuhn and Jeannine M. Forrest "Palliative Care for Advanced Dementia: A Pilot Project in 2 Nursing Homes" *AM J ALZHEIMERS DIS OTHER DEMEN* 2012 27: 33 originally published online 31 January 2012
 16. Assisted Living Federation of America // http://www.alfa.org/alfa/Assisted_Living_Information.asp
 17. Sütterlin S., Hoffmann I., Klingholz R. Demenz-Report. – Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. – 2011. – 83 P.
 18. LAURA N. GITLIN, PH. D. "Good News for Dementia Care: Caregiver Interventions Reduce Behavioral Symptoms in People With Dementia and Family Distress" *ajp.psychiatryonline.org Am J Psychiatry* 169:9, September 2012 894- 897
 19. Cerejeira J., Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia / Cerejeira J., Lagarto L., Mukaetova-Ladinska E. B. // *Front Neurol.* – 2012. – Nr. 3. P. 73 P.
 20. Steinberg M., Atypical Antipsychotic Use in Patients with Dementia: Managing Safety Concerns /Steinberg M., Lyketsos C.G. // *Amer. Journ. of Psychiatry.* – 2012. – Nr. 169. – P. 900–906.
 21. Alida H. P. M. de Rooij, Katrien G. Luijckx, Juliette Schaafsma, Peggy M. J. Emmerink, Jos M. G. A. Schols, Anja G. Decler "Functional Status, Behaviour and Social Interaction of Residents with Dementia Living in Small-Scale and Traditional Long-Term Care Settings in the Netherlands and Belgium" de Rooij et al., *J Alzheimers Dis Parkinsonism* 2012, 2:3 Alzheimer's Disease & Volume 2 • Issue 3 • 1000106 pages 8 <http://dx.doi.org/10.4172/2161-0460.1000106>
 22. Magdalena Durda "Care arrangements for people with dementia in Poland and developed and developing countries" *Gerontol. Pol.* 2010; 18, 2: 76-85
 23. Рішення Колегії МОЗ України від 29.04.2010 р. «Розвиток хоспісної та паліативної медицини» // <http://www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=20865>
 24. N. Davies I., S. Iliffe I., L. Maio I., S. Ahmedzai J., Manthorpe «European model of palliative care for dementia: Study protocol» *BMJ Support Palliat Care* 2012;2:4 doi:10.1136/bmjspcare-2012-000264.12
 25. L Francke, Saskia Jünger, Dianne Gove, Pam Firth, Raymond TCM Koopmans, Ladislav Volicer and on behalf of the Jenny T van der Steen, Lukas Radbruch, Cees MPM Hertogh, Marika E de Boer, Julian C Hughes, Philip Larkin, Anneke " Recommendations from the European Association for Palliative Care White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study" *Palliat Med European Association for Palliative Care (EAPC) published online 4 July 2013*
 26. Steve Iliffe, Nathan Davies, [...], and Yvonne Engels «Modelling the landscape of palliative care for people with dementia: a European mixed methods study»; *BMC Palliat Care.* 2013; 12:30.
 27. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки» від 19 лютого 2009 року N1026-VI, <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/main/tt1001>
 28. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року» від 23 грудня 2009 року N1794-VI, <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/main/tt1001>
 29. Наказ МОЗ України №368 від 03.07.2007 р. «Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД» // http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070703_368.html
 30. Наказ МОЗ України N 483 від 11.06.2010 «Про затвердження Примірного положення про лікарню «Хоспіс» (відділення, палату паліативного лікування) для хворих на туберкульоз», <http://www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=20854>
 31. Наказ МОЗ України та НАМН України № 409/36 від 14.05.2010 р. «Про виконання завдань та заходів Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року» // <http://news.yurist-online.com/laws/21569/>
 32. Пінчук І. Я. Актуальні питання надання геронтопсихіатричної допомоги / І. Я. Пінчук // *Проблеми старення и долголетия.* – 2004. – Т. 13, № 3. – С. 418–421.
 33. Пинчук И. Актуальность паллиативного лечения пожилых пациентов с психическими расстройствами / И. Пинчук, Ж. Дудина, Г. Колесникова // *Архив психиатрии.* – 2009. – Т. 15, № 4(59). – С. 42–45.
 34. Пинчук И. Я. О необходимости смены парадигмы в сфере охраны психического здоровья пожилых людей / И. Я. Пинчук // *Запорожский Медицинский журнал.* – 2010. – Т. 12, № 2. – С. 47–51.
 35. Пинчук И. Эффективность комплекса реабилитационных мероприятий при оказании стационарной психиатрической помощи лицам пожилого и старческого возраста / И. Пинчук, Г. Колесникова, Ж. Дудина // *Проблемы старения и долголетия.* – 2010. – Т. 19, №1. – С. 90–98.
 36. Пінчук І. Я. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи надання допомоги населенню похилого віку з вадами психічного здоров'я / І. Я. Пінчук // *Україна. Здоров'я нації.* – 2010. – № 3(15). – С. 16–23.
 37. Пинчук И. Я. Медико-социальное обґрунтування системи надання допомоги населенню похилого віку з вадами психічного здоров'я / І. Я. Пінчук // Автореф. дис. на здобуття наукового ступеня доктора мед. наук: спец. 14.02.03 – соціальна медицина. – Київ – 2011. – 37 с.
 38. Beata Babiarczyk, Danuta Sternal "Zastosowanie opieki paliatywnej i chorych w zaawansowanym stadium otępienia" *Gerontol. Pol.* 2012; 20, 2: 39–44
 39. Bogusława Karczewska I, Barbara Bieñ, Elżbieta Oldak, Jacek Jamiołkowski "Family caregivers of older people with dementia or cognitive disorders in Poland — risk factors of care burden" *Gerontol. Pol.* 2012; 20, 2: 59–67
 40. Наказ МОЗ України № 41 від 21.01.2013 «Про організацію паліативної допомоги» // http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120307_p.html
 41. N. Davies I., S. Iliffe I., L. Maio, J. Manthorpe, S. Ahmedzai " European model of palliative care for dementia: study protocol" *London: 2Kings College London; 3Sheffield University* 10.1136/bmjspcare-2012-000264.12

МИРОВАЯ ПРАКТИКА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ДЕМЕНЦИЕЙ, ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

О. МЫШАКНІВСКАЯ

В связи с увеличением в мире заболеваемости деменцией, действующая система здравоохранения не способна обеспечить качественными медицинскими услугами растущее количество пациентов. Рост нагрузки на медицинские учреждения приводит к дополнительным расходам

и заставляет активно искать научно обоснованные, более эффективные, альтернативные модели медицинских услуг, которые привлекали бы к опеке родных, общество, и, таким образом, не разъединяли пациента с привычными для него условиями пребывания. Именно таким приоритетным направлением в мировой науке, в настоящее время, является паллиативная помощь больным деменцией. Ее основной целью является пролонгация жизни и его качества, поддержка жизненных функций и обеспечения комфорта больного.

Ключевые слова: деменция, существующие модели оказания помощи, поведенческие расстройства, опекун, паллиативная помощь

**WORLD PRACTICE PROVIDING CARE TO PATIENTS WITH DEMENTIA, PALLIATIVE CARE
LITERATURE REVIEW**

O. MYSHAKIVSKA

The current system of health care cannot cope with the growing number of patients suffering dementia, providing them with effective treatment and health care. Under this growing pressure medical institutions face additional costs and therefore actively seek for alternative effective models of medical health care for patients living with dementia. These models are designed to involve relatives and society as the caregivers in order not to separate the patients from the common environment. Palliative care is one of the prior research topics in this area. It focuses on prolongation of patient's life and its quality, also supports the vital functioning and provides comfort for the patient.

Keywords: dementia; existing models of care; behavioral disorders; caregiver; palliative care

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-053.2/613.95

І. Я. Пінчук¹, Є. Л. Панічевська², В. Я. Пшпель¹, М. Ю. Полив'яна¹, В. В. Сотніченко¹
РОЗЛАДИ СПЕКТРА АУТИЗМУ У ДОРΟΣЛИХ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

¹Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології

²БФ Асоціація батьків дітей з аутизмом

Ключові слова: розлади спектра аутизму, дорослі пацієнти, діагностика

Аутизм у дорослих людей є серйозним розладом психіки, який суттєво знижує рівень їх адаптації та соціалізації в навколишньому світі. У ранньому віці це захворювання досить важко діагностувати, тому що різноманітні моторні та мовні особливості поведінки дитини можна пояснити її віком та особливостями характеру, але у дорослої людини симптоми аутизму є досить помітними для оточуючих.

Згідно з визначенням Американської психіатричної асоціації (2000), розлади спектра аутизму (РСА) характеризуються якісними відхиленнями в соціальній взаємодії (відхід від спілкування), а також обмеженим, стереотипним, повторюваним комплексом інтересів і дій. РСА в ряді випадків значно різняться за специфікою та тяжкістю стану, рівнем дефекту інтелекту, проте часто вони є важкими інвалідизуючими захворюваннями, які призводять до неможливості самостійного забезпечення власних потреб і торкаються близько 1% населення в цілому [1]. Слід зазначити, що через продовження дискусій щодо відмінностей між високо функціонуючими аутистами та хворими з синдромом Аспергера, ми будемо розглядати їх як розлади спектра аутизму [2].

У той час, як у 6–10% пацієнтів діагноз РСА поєднується з низкою інших захворювань (наприклад, синдромом Дауна, ламкою X хромосою, фенілкетонурією, туберозним склерозом), для більшості з них етіологія залишається невідомою. Цілоком імовірно, що цілий ряд різних факторів є основою для розвитку цього синдрому. Так, існують гіпотези про спадковість та генні мутації. Останні генетичні дослідження виявили ряд хромосомних ділянок, які можуть бути причиною захворювання, але підтверджені зв'язки становлять лише невеликий відсоток випадків [3; 4]. Необхідно зазначити, що на даний момент в основу діагнозу «аутизм» покладено аналіз поведінки, а не етіологічних факторів або механізмів розвитку розладу.

Підвищення громадської та професійної обізнаності щодо аутизму призвело до більш частого виявлення випадків захворювання за останні десятиліття. Частота діагнозу РСА збільшилася втричі порівняно з 1980-ми роками. Так, поширеність РСА в 70-х і 80-х роках становила 4 на 10 тис. населення, на сьогодні цей показник

складає 60 на 10 тис., безпосередньо на аутизм приходить 13 на 10 тис. населення [5].

Поширеність дитячого аутизму, за даними шведських і фінських епідеміологічних досліджень, в 1995 р. становила 11,6 випадків на 10 тис. дитячого населення, також було визнано тенденцію до її неухильного зростання [6]. Так, вже в 2000 році Autism Research Institute були опубліковані наступні дані: 26–52 випадків РСА на 10 тис. дитячого населення, синдром Аспергера – 26 випадків, синдром Ретта – від 0,72 до 3,5 випадків на 10 тис. дитячого населення, в основному у дівчат [7].

До 2006-го року аутизм в Україні майже не діагностували, дітям виставляли діагнози «розумова відсталість», «психоорганічний синдром», «дитяча шизофренія». З 2006 до 2011 року кількість виявлених хворих з РСА збільшилася в 2,5 рази, проте не досягає рівня країн Західної Європи. У 2011 році в Україні під наглядом було 2227 дітей з РСА, поширеність склала 27,8 на 10 тис. дитячого населення [8].

Статистику захворюваності на розлади спектра аутизму слід розглядати і у дорослого населення. Діагноз «РСА», виставлений дитині, може зберігатися і по досягненню нею 18-річного віку. Раніше діагноз «дитячий аутизм» був правомірним до досягнення пацієнтом підліткового віку, далі діагноз вимагав перегляду класифікаційного шифру хвороб. Найбільш частими змінами діагнозу «аутизм» були і є на сьогодні: розумова відсталість (F70–79), шизофренія (F20), розлади особистості та поведінки внаслідок хвороби, ушкодження та дисфункції головного мозку (F07), шизоїдний розлад особистості (F60.1).

За даними літератури, в 76% випадків діагноз з рубрики «загальні розлади розвитку» (F84) трансформувався в діагноз «шизофренія» (F20) [9].

Відносно пацієнтів, яким діагноз РСА був виставлений у дитячому віці, існує велика ймовірність розвитку високого ступеня інвалідизації в дорослому віці [10–12].

Дослідження М. М. Seltzer et al. (2004) свідчать про збереження соціально-комунікативного дефіциту поряд з коморбідними психіатричними та поведінковими розладами [12]. Вчені дійшли висновку, що, незважаючи на значну неоднорідність соціальних результатів,

«невелика кількість дорослих з аутизмом здатні жити самостійно, одружуватися, вчитися в коледжі, працювати чи встановлювати велике коло друзів». Однак існує тенденція деякого покращення соціального функціонування, а також зниження вираженості симптомів аутизму по мірі дорослішання людини [11; 12].

Пацієнти з РСА та інтелектуальним дефіцитом мають значно гірші результати соціального функціонування в дорослому віці, ніж пацієнти з нормальним рівнем IQ [10; 11]. Інші дослідження показують, що навіть пацієнти з IQ більше 70 були більш соціально залежними від сім'ї та установ; для них були характерні коморбідні захворювання, наприклад, епілепсія [10; 11; 13].

Згідно з опитуванням National Autistic Society, більше 70% дорослих з аутизмом не можуть жити самостійно. З них 49% осіб живуть в сім'ї, створюючи величезне фінансове навантаження на старіючих батьків, а 32% – в інтернатних установах, які мало або взагалі не забезпечують умови для особистого життя [14].

Тільки 3% дорослих з РСА можуть жити повністю самостійно, лише 6% дорослих отримують зарплату, працюючи повний робочий день. Також більш ніж у половини з них були діагностовані депресивні розлади протягом дорослого життя, 11% відзначили у себе «нервовий зрив». І хоча більшість опитаних дорослих брали участь як мінімум у двох програмах надання допомоги при аутизмі в дитинстві, 65% хворих, як і раніше, відчували труднощі у створенні дружніх відносин [14].

Очевидно, що ці дані відображають тягар хвороби на життя для дорослих з аутизмом. Такі питання, як незалежність, самовизначення, працевлаштування, психічне здоров'я, соціальна підтримка та значущі відносини практично ігноруються при плануванні лікування, оцінки його результатів і в цілому ефективності терапевтичних програм щодо таких пацієнтів.

У зв'язку з тим, що РСА включають когнітивні, соціальні та поведінкові розлади, практично неможливо охарактеризувати окремі результати наданої допомоги як «позитивні» або «негативні», особливо якщо вони пов'язані з міжособистісними відносинами. Р. Howlin et al. [15] та М. Cederlund et al. [10] присвоюють оцінки соціального функціонування на основі досягнення незалежності, дружби/стійких відносин, освіти та/або роботи. Відповідно 22% та 27% пацієнтів з IQ вище 70 отримали оцінки як «дуже добре» або «добре».

На сьогодні існує недостатня кількість опублікованих даних про вплив інтервенцій у дитячому віці на соціальне функціонування дорослих з РСА. Існує думка, що загальні програми, такі як навчання соціальним та професійним навичкам, можуть бути не менш важливими, ніж окремі прогностичні фактори, такі як IQ, ранній розвиток мовлення або тяжкість симптомів аутизму, в досягненні позитивних результатів дорослого життя [16].

Дорослі з РСА потребують таких програм лікування, які зосереджені на поліпшенні сімейного життя, самовідчуття, самооцінки, впевненості в собі, здатності конкурувати в можливості працевлаштування, умінні

жити якомога більш самостійно, здатності впоратися з депресією, тривогою та іншими проблемами психічного здоров'я.

Вже кілька десятиліть у розвинених країнах з ініціативи громадських організацій створюються системи та програми для підтримки громадян з особливими потребами. У різних країнах такі системи фінансуються по-різному: частково – з державного, частково – з муніципальних бюджетів. Основний фактор, який дозволяє працювати таким системам та програмам – організація міжвідомчої мережі з метою створення доступної необхідної медичної допомоги та мінімального пакету соціальних послуг для людей з РСА.

Так, проблеми адаптації до самостійного життя дорослих людей з РСА у Великобританії вирішуються соціальними програмами не тільки на загальнонаціональному, але і на муніципальному рівні. Британські фахівці дотримуються думки, що надання медичної та загальної соціальної допомоги дорослим з РСА призведе до поліпшення якості їх життя і скорочення витрат на невиправдане перебування в медичних установах [17; 18].

Бельгійська Age Platform Europe (APE) – європейська мережа, яка об'єднує 167 громадських організацій, працює над проектами щодо усунення дискримінації при працевлаштуванні осіб з РСА, над програмами з розширення їх доступу до освіти, соціальної залученості, адаптації місць проживання до специфічних потреб цієї категорії людей.

APE вважає, що важливо задіяти адекватні ресурси і висококваліфікованих фахівців, створити індивідуально орієнтовані програми соціальних послуг, при цьому включати в програми їх сім'ї та враховувати специфічні потреби людей з РСА.

Необхідно позначити найважливіші напрями роботи у цій галузі: дотримання прав людини для осіб з особливими потребами; збільшення поінформованості суспільства про потреби та очікування таких категорій громадян; якісний збір та аналіз даних для розробки допомоги; руйнування психологічних бар'єрів з боку суспільства щодо людей з особливими потребами.

Передбачається забезпечення задовільних умов життя; повноправне включення в життя спільноти; підтримка якісного рівня життя, повага права на самовизначення та приватність, право представляти себе в суді.

Послуги щодо спеціального супроводу в самостійному житті включають: експертні рекомендації та особисту психологічну підтримку, індивідуальну допомогу; послуги з супроводу на прогулянках, екскурсіях, подорожах; надання контактної особи, від якої можна отримати інформацію про людину з РСА; послуга загальної медичної допомоги вдома; супровід протягом тимчасового проживання поза домом; короткочасний супровід для школярів старше 12 років; допомогу в проживанні в будинку сімейного типу або в окремому проживанні для дітей та підлітків; будинку (квартири) із спеціальними умовами або будинку (квартири), побудованими спеціально для самостійного проживання дорослих людей з РСА.

І тим не менш, у програмах підтримки та соціального захисту людей з особливими потребами існує ще багато проблем, які потребують вирішення. Наприклад, поінформованість суспільства про потреби осіб з РСА, проблеми фінансування, законодавча база, відповідальність влади на загальнодержавному та/або на муніципальному рівнях, компетентність.

Над створенням ефективної системи допомоги та підтримки людей з РСА та їх сімей працюють й у Великобританії. Наприклад, в Уельсі на 2010 рік був розроблений спеціальний план дій з соціальної допомоги людям з РСА та їх родинам. План розрахований на активну роботу місцевих органів влади та місцевих медичних установ. Вони найкраще обізнані про умови життя та потреби в послугах та фінансуванні людей з РСА, а також можуть впливати на розподіл місцевих бюджетів на соціальні потреби цих людей. У плані передбачені заходи по співпраці місцевих органів самоврядування з дитячими та молодіжними громадськими організаціями, які повинні брати активну участь в адресній допомозі дітям та молодим людям з РСА. Розробка стратегії необхідної медичної та соціальної допомоги для дорослих з ментальними дисфункціями – прерогатива чиновників з Міністерства охорони здоров'я Уельсу. Парламент Уельсу розробив документ «Якісні стандарти освіти для дітей з розладами спектра аутизму», який офіційно закріплює якісну освіту в школах для дітей з РСА та є інструкцією для обов'язкового застосування [19].

Рівень життя людей з РСА можна поліпшити, спираючись на легальні інструменти такої діяльності та впроваджуючи в життя програми соціальної допомоги. Європейський Союз прийняв Хартію фундаментальних прав людини, Конвенцію Об'єднаних Націй з прав особи з інвалідністю, Конвенцію про захист прав людини та фундаментальних свобод, Європейську соціальну хартію. Створено серйозну законодавчу базу, але прогалини ще існують. Наприклад, не беруться до уваги такі факти, як нашарування проблем інвалідності з віком, необхідність в підтримуючому навчанні протягом усього життя, включеність у соціальне життя в старшому віці.

В Україні прийняття відповідних законодавчих актів про побудову спеціальних систем та програм допомоги хворим з РСА поки тільки дискутується. 18 вересня 2013 року Комітетом Верховної Ради України з питань науки та освіти одноголосно прийнято рішення про винесення питання про організацію парламентських слухань з проблеми аутизму на одній з чергових сесій Верховної Ради.

У нашій країні вже зараз є всі передумови для створення системи багаторівневої допомоги особам з РСА як на загальнодержавному рівні, так і на рівні місцевих органів самоврядування. Суспільство має консолідувати сили та сформувати ефективну міжвідомчу мережу серед існуючих установ і організацій для створення та впровадження в життя системи підтримки осіб з РСА. Це

складна і велика робота, але полягає вона в основному у переформатуванні зв'язків між відомствами та організаціями, з метою створення нової функціональної системи допомоги людям, які мають розлади спектра аутизму.

З чого почати? З визнання проблеми.

Література:

1. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Ed* : American Psychiatric Association. – DC. : Text Revision Washington, 2000. – 405 p.
2. Howlin P. *The diagnosis of autism and Asperger syndrome: findings from a survey of 770 families* / P. Howlin // *Developmental Medicine and Child Neurology Journal*. – 1999. – V. 41 (12). – P. 834 – 839.
3. Muhle R. *The Genetics of Autism* / R. Muhle, S. V. Trentacoste, I. Ra pi // *J. Pediatrics*. – 2004. – V. 113 (5). – P. 472 – 486.
4. Wassink T. *The Search for Autism Disease Genes* / T. Wassink, L. Brzustowicz, C. Bartlett, P. Szatmarie // *J. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Revues*. – 2004. – V. 10. – P. 272 – 283.
5. Fombonne E. *Epidemiology of Autistic Disorder and Other Pervasive Developmental Disorders* / E. Fombonne // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2005. – V. 66 (10). – P. 3 – 8.
6. Gillberg C. *Clinical child neuropsychiatry* / C. Gillberg. – Cambridge: Cambridge University Press, 1995. – 384 p.
7. *A quarterly publication of the Autism Research Institute / Autism Research Review International*. – 2000. – Vol. 14 (1). – P. 2 – 6.
8. Марценковський, І.А. *Загальні принципи терапії дітей з розладами спектра аутизму* / І.А. Марценковський // *Арх. психіатрії*. – 2011. – Т.17. - № 4. – С. 67 – 70.
9. *Проблема аутизма в дитинстві* / Н. К. Григорьева [и др.] // *Психотерапия и клинич. психология: научно-практич. рецензируемый журн.* – 2010. – № 1. – С. 5 – 12.
10. *Asperger Syndrome and Autism: A Comparative Longitudinal Follow-Up Study More than 5 Years after Original Diagnosis.* / M. Cederlund, B. Hagberg, E. Billstedt [et al.] // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2008. – V. 38. – P. 72 – 85.
11. Howlin P. *Outcome in Adult Life for More Able Individuals with Autism or Asperger Syndrome* / P. Howlin // *Autism*. – 2000. V. 4 (1). – P. 63 – 68.
12. Seltzer M. M. *Trajectory of Development in Adolescents and Adults with Autism* / M.M. Seltzer, P. Shattuck, L. Abbeduto, J. S. Greenberg // *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. – 2004. – V. 10. – P. 234 – 247.
13. Engstrom I. *Psychosocial Functioning in a Group of Swedish Adults with Asperger Syndrome or Higher Functioning Autism* / I. Engstrom, L. Ekstrom, B. Emilsson // *Autism*. – 2003. – V. 7. – P. 99 – 110.
14. *The National Autistic Society* [Електр. ресурс]. – 2013. <http://www.autism.org.uk/>.
15. Howlin P. *Adult Outcomes for Children with Autism* / P. Howlin, S. Goode, J. Hutton, M. Rutter // *Journal of Child Psychiatry and Psychology*. – 2004. – V. 45(2). – P. 212 – 229.
16. *Are Executive Control Functions Related to Autism Symptoms in Higher-Functioning Children?* / L. Kenworthy, D.O. Black, B. Harrison [et al.] // *Child Neuropsychol.* – 2009. – V. 15 (5). – P. 425 – 440.
17. *Health and social care Information centre.* [Електр. ресурс]. – 2009. <http://www.hscic.gov.uk/>
18. *Adult autism strategy for England* [Електр. ресурс]. – 2009. <http://www.autism.org.uk/working-with/autism-strategy/the-autism-strategy-an-overview/adult-autism-strategy.aspx>.
19. *The Autistic Spectrum Disorder (ASD) Strategic Action Plan for Wales.* [Електр. ресурс]. 2011.- <http://wales.gov.uk/topics/childrenyoungpeople/publications/utisticspectrumdisorderplan/?lang>.

РАССТРОЙСТВА СПЕКТРА АУТИЗМА У ВЗРОСЛЫХ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

И. Я. Пинчук, Е. Л. Паничевская, В. Я. Пишель, М. Ю. Полювяная, В. В. Сотниченко

В статье рассматривается современное состояние проблемы аутизма у взрослых. Освещаются вопросы эпидемиологии и диагностики. Особое внимание уделяется уже существующим подходам к решению данной проблемы за рубежом.

Ключевые слова: расстройства спектра аутизма, взрослые пациенты, диагностика

AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN ADULTHOOD: CURRENT STATE OF PROBLEM

I. Y. PINCHUK, E. L. PANICHEVSKA., V. Y. PISHEL, M. Y. POLYVIANA, V. V. SOTNICHENKO

The article discusses the current state of the problem of autism in adults. The questions of epidemiology and diagnosis are described. Particular attention is paid to existing approaches to solving this problem abroad.

Keywords: autism spectrum disorders, adult patients, diagnostics

УДК: 616. 89

О. М. Зінченко

**КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ПЕРВИННОЇ
ТА ЗАГАЛЬНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА РОЗЛАДИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ
НЕПСИХОТИЧНОГО ХАРАКТЕРУ У СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: неспсихотичні психічні розлади, сільське населення, первинна захворюваність, загальна захворюваність

На сучасному етапі розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я, удосконалення організації та підвищення доступності надання медичної допомоги сільському населенню є однією з пріоритетних задач охорони здоров'я [1; 4].

В останні роки у сільського населення спостерігається зростання показників захворюваності на психічні розлади, яке відбувається переважно за рахунок неспсихотичних психічних розладів [2; 3; 5–7].

Опубліковані результати епідеміологічних досліджень досить суперечливі, оскільки на показники поширеності неспсихотичних психічних розладів впливають різні чинники, у тому числі і організаційна структура психіатричної допомоги.

З метою вивчення динаміки первинної та загальної захворюваності на розлади психіки та поведінки неспсихотичного характеру у сільського населення України нами проведено аналіз даних офіційної статистики з 2000 до 2010 року.

За даними ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» впродовж 2010 р. за психіатричною допомогою звернулося 153425 сільських жителів з неспсихотичними психічними розладами, що в порівнянні з 2000 роком збільшилося на 1,7% (2000 рік – 150930 осіб).

Показник загальної захворюваності розладів психіки та поведінки неспсихотичного характеру зріс з 946,27 у 2000 році до 1057,1 на 100 тис. сільського населення у 2010 році, або на 11,7%. Збільшення числа хворих і показника загальної захворюваності розладів психіки та поведінки неспсихотичного характеру відбувалося безперервно впродовж усього 11-річного періоду (рис. 1).

Серед окремих адміністративних територій у 2010 році високий рівень загальної захворюваності на розлади психіки та поведінки неспсихотичного характеру у жителів села зареєстровано у Івано-Франківській (1368,0 на 100 тис. сільського населення), Закарпатській (1321,2

на 100 тис. сільського населення) та Херсонській (1319,6 на 100 тис. сільського населення) областях.

Відносно низькі показники загальної захворюваності на розлади психіки та поведінки неспсихотичного характеру у жителів села були зареєстровані у Вінницькій (813,3 на 100 тис. сільського населення), Полтавській (773,7 на 100 тис. сільського населення) та Запорізькій (636,8 на 100 тис. сільського населення) областях.

У структурі поширеності розладів психіки та поведінки у сільського населення України у 2010 році неспсихотичні психічні розлади становили 41,6%. У порівнянні з 2000 р. у структурі поширеності розладів психіки та поведінки у сільського населення на 1,5% збільшився відсоток хворих з неспсихотичними психічними розладами.

При аналізі динаміки показників загальної захворюваності неспсихотичних психічних розладів у сільського населення України за детальним переліком захворювань встановлено наступне: у групі розладів неспсихотичного характеру виділяється 6 діагностичних рубрик. З них найбільш численними є три. У 2010 році перше рангове місце у структурі загальної захворюваності розладів неспсихотичного характеру займали органічні неспсихотичні психічні розлади – 34,6%, а показник поширеності склав 365,2 на 100 тис. сільського населення.

Найбільш високі показники загальної захворюваності на неспсихотичні психічні розлади органічного походження, на кінець 2010 року у жителів села реєструвалися в Київській (547,4 на 100 тис. сільського населення), Чернігівській (536,4 на 100 тис. сільського населення) та Івано-Франківській (502,4 на 100 тис. сільського населення) областях. Мінімальні значення показника відзначалися в Запорізькій (214,5 на 100 тис. сільського населення), Рівненській (230,8 на 100 тис. сільського населення) та Вінницькій (250,0 на 100 тис. сільського населення) областях.

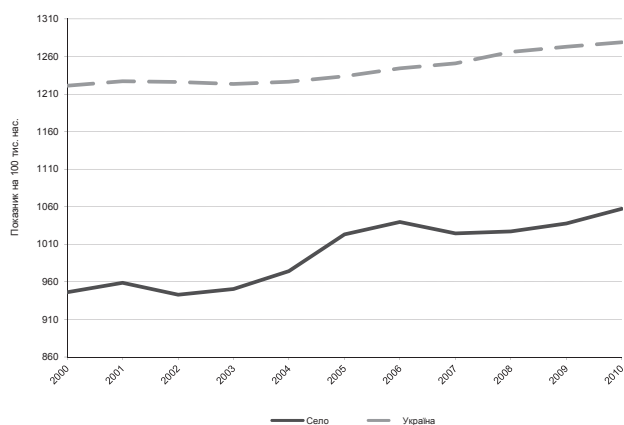


Рис. 1. Динаміка загальної захворюваності на розлади психіки та поведінки неспихотичного характеру у жителів села протягом 2000 – 2010 рр. (на 100 тис. сільського населення)

На другому ранговому місці – невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади (28,5%), показник загальної захворюваності відповідно – 301,0 на 100 тис. сільського населення.

Найбільш високі інтенсивні показники поширеності невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів у жителів села у 2010 році зареєстровані у Закарпатській (556,1 на 100 тис. сільського населення), Дніпропетровській (404,2 на 100 тис. сільського населення) та Херсонській (403,9 на 100 тис. сільського населення) областях. Відносно низькі показники поширеності невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів у жителів села виявлено в Полтавській (204,6 на 100 тис. сільського населення), Запорізькій (176,5 на 100 тис. сільського населення) та Рівненській (174,5 на 100 тис. сільського населення) областях.

Питома вага розладів особистості та поведінки у зрілому віці у структурі неспихотичних психічних розладів становила 6,4%, а показник загальної захворюваності відповідно 67,9 на 100 тис. сільського населення.

У динаміці з 2000 до 2010 року у групі розладів неспихотичного характеру найбільш значно збільшилися показники загальної захворюваності органічними неспихотичними розладами (на 19,2%) та невротичними, пов'язаними зі стресом і соматоформними розладами (на 16,2%).

Число хворих, що звернулися за допомогою вперше в житті зі встановленим діагнозом неспихотичного психічного розладу в 2010 році склало 20852 осіб і зменшилось за 11 років на 9,2%.

Показник первинної захворюваності на неспихотичні психічні розлади у сільського населення також незначно зменшився з 144,0 до 143,7 на 100 тис. сільського населення або на 0,23% (рис. 2).

У різних регіонах України відзначалися коливання цього показника від максимальних у Житомирській (290,7 на 100 тис. сільського населення) та Київській (218,1 на 100 тис. сільського населення) областях до мінімальних у Запорізькій (79,8 на 100 тис. сільського населення) та Донецькій (62,3 на 100 тис. сільського населення) областях.

У структурі хворих з уперше в житті встановленим діагнозом психічного розладу у жителів села в 2011 році

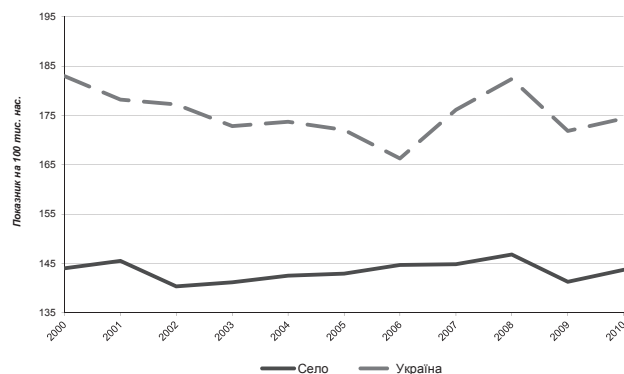


Рис. 2. Динаміка показника первинної захворюваності на розлади психіки та поведінки неспихотичного характеру у жителів села протягом 2000–2010 рр.

хворі з неспихотичними психічними розладами склали 70,1% (або 138,2 на 100 тис. сільського населення) від загальної кількості зареєстрованих психічних розладів.

При аналізі динаміки показників первинної захворюваності неспихотичних психічних розладів у сільського населення України за детальним переліком захворювань встановлено наступне: у групі розладів психіки неспихотичного характеру в загальному числі хворих на першому ранговому місці знаходилися хворі на невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади (34,6%) з показником первинної захворюваності рівним 49,7 на 100 тис. сільського населення.

У 9 регіонах України зафіксовано перевищення середньоукраїнського показника на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, зокрема найвищі показники захворюваності зареєстровано в Житомирській (125,3 на 100 тис. сільського населення), Київській (87,4 на 100 тис. сільського населення) областях та АР Крим (91,7 на 100 тис. сільського населення). Найнижчі в Чернігівській (21,2 на 100 тис. сільського населення), Херсонській (20,2 на 100 тис. сільського населення) та Донецькій (20,1 на 100 тис. сільського населення) областях.

На другому ранговому місці у групі розладів психіки неспихотичного характеру за частотою діагностування знаходилися хворі на органічні неспихотичні розлади – 26,8% з показником первинної захворюваності рівним 38,5 на 100 тис. сільського населення.

Серед окремих адміністративних територій у 2010 році зазначений показник різнився в 3,6 разу від 19,6 на 100 тис. сільського населення у Волинській області до 77,0 на 100 тис. сільського населення у Київській області.

З 2000 до 2010 р. при незначному зменшенні показника первинної захворюваності на розлади психіки неспихотичного характеру (0,23%) захворюваність по двох рубриках, що входять до цієї групи розладів, значно зроста.

Зокрема, захворюваність на неспихотичні психічні розлади органічного походження збільшилася на 27,1% (з 30,3 у 2000 році до 38,5 на 100 тис. сільського населення у 2010 році), на невротичні, пов'язані зі стресом

і соматоформні розлади на 10,4% (з 45,0 на 100 тис. сільського населення у 2000 році до 49,7 на 100 тис. сільського населення у 2010 році).

Показник первинної захворюваності на розлади особистості та поведінки у зрілому віці також збільшився з 4,1 до 4,3 на 100 тис. сільського населення, або на 4,9%.

Таким чином, результати проведеного аналізу свідчать про те, що у структурі як первинної, так і загальної захворюваності у сільського населення України найбільший відсоток у динаміці стабільно зберігають непсихотичні психічні розлади, що свідчить про значне переважання психологічних і соціально-детермінованих чинників у походженні психічних розладів та потребує вжиття відповідних організаційних заходів щодо оптимізації системи надання допомоги і профілактики зазначеній категорії хворих.

Література:

1. Воинов Е. В. *Научное обоснование совершенствования организации психиатрической помощи сельским жителям в новых*

экономических условиях: Автореф. дис. канд. мед. наук. – СПб, 2003. – 18 с.

2. Демичева Н. К. *Социальное функционирование и качество жизни у лиц с пограничными психическими расстройствами (клинико-диагностический аспект) / Н.К. Демичева // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 3. – С. 94 – 99.*
3. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – М.: Весь мир, 2002. – 215 с.*
4. *Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения: "Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние", Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г. Отчет, 2009. – 84 с.*
5. Митихина И. А. *Психическое здоровье населения мира: эпидемиологический аспект (зарубежные исследования 2000 – 2010 гг.) / И. А. Митихина, В. Г. Митихин, В. С. Ястребов, О. В. Лиманкин // Журнал неврологии и психиатрии. – 2011. – № 6. – С. 4 – 14.*
6. Kawakami N. *Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002–2003 / N. Kawakami, T. Takeshima // Psychiatry and Clinical Neurosciences. – 2005. – № 59. – P. 441 – 452.*
7. *The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada. Ottawa, Canada. – 2006. – P. 203.*

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПЕРВИЧНОЙ И ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА У СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

Е. Н. ЗИНЧЕНКО

На основании данных ГУ «Центр медицинской статистики МЗ Украины» проведен анализ динамики показателей первичной и общей заболеваемости непсихотических психических расстройств у сельского населения Украины, а также проанализированы изменения в структуре заболеваемости.

Нами было установлено, что за последние 11 лет в структуре заболеваемости непсихотических психических расстройств существенных изменений не произошло. Однако произошло значительное увеличение невротических связанных со стрессом и соматоформных расстройств а также органических непсихотических расстройств у сельского населения Украины.

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, сельское население, первичная заболеваемость, общая заболеваемость.

CLINICAL AND STATISTICAL ANALYSIS OF THE DYNAMICS OF PRIMARY AND TOTAL INCIDENCE OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS, NON-PSYCHOTIC NATURE OF THE RURAL POPULATION OF UKRAINE

E. N. ZINCHENKO

On the basis of the State Institution «Center Medical Statistics Ministry of Health of Ukraine» was analyzed dynamics of primary and general morbidity of non-psychotic mental disorders in rural population in Ukraine, the changes in the structure of morbidity was analyzed as well.

We have found that over the past 11 years in the structure of morbidity nonpsychotic mental disorders significantly change has not occurred. However, there was a significant increase in neurotic tied with stress and the somatoform disorders as well as organic nonpsychotic disorders among rural population in Ukraine.

Keywords: non-psychotic mental disorders, rural population, primary morbidity, general morbidity.

УДК: 616.895.8-008.

Н. А. Корнетов¹, В. А. Вербенко², В. В. Строевский²
КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ, СТРАДАЮЩИМ РАССТРОЙСТВАМИ ДЕПРЕССИВНОГО
СПЕКТРА НА ПРИМЕРЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ
(РОССИЯ) И АВТОНОМНОЙ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ (УКРАИНА)

¹Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии факультета повышения квалификации
и профессиональной переподготовки специалистов
Сибирского государственного медицинского университета. Россия.

²Кафедра психиатрии, психотерапии, наркологии с курсом общей и медицинской психологии
Государственного учреждения «Крымский государственный медицинский университет
им. С. И. Георгиевского»

Ключевые слова: Психиатрия, депрессивное расстройство, суицид, первичная медицинская сеть

Депрессивное расстройство является одним из ведущих лидеров в мире по распространенности, длительности, тяжести болезни и суицидальной активности. Депрессия также ухудшает общее самочувствие,

затрудняет выполнение повседневных обязанностей и социально-трудовую деятельность в значительно большей степени, чем хронические соматические заболевания. Депрессия осложняет их течение и снижает продолжительность и качество жизни. Диагностический опыт стран Восточной Европы и постсоветского пространства показал генетическую связь между депрессиями и суицидами в период пролонгированных социально-стрессовых событий, при коренных изменениях общественной жизни. Сложившаяся практика социальной помощи населению является ведомственной и функционально не связанной. Отсутствует преемственность и система регламентированных взаимоотношений между психолого-педагогической, медико-генетической, психотерапевтической, акушерско-гинекологической, правовой и другими видами помощи в рамках города и области [1]. Так, например, в 1990 г депрессия была четвертой самой общей причиной потери количества лет жизни с учетом инвалидности в мире, и предполагается, что к 2020 г. она станет второй самой общей причиной. В 1994 г. было определено, что в промышленно развитых странах приблизительно 1,5 миллионов лет жизни с учетом инвалидности теряются каждый год в результате депрессии. В развивающемся мире потери в результате инвалидности еще более обычны [2].

Следует уточнить некоторые понятия связанные с новыми расчетами смертности и нарушениями функциональных возможностей (инвалидизации). Помимо наиболее полных и последовательных наборов для расчетов заболеваемости и смертности по возрасту, полу, региону, которые когда-либо были подготовлены, при расчете ГББ был также введен новый метрический показатель – годы жизни, скорректированные на инвалидность (DALY). Таким образом, в формулу расчета были включены количество лет жизни с поправкой на инвалидность DALY – с тем, чтобы в количественном выражении можно было определить бремя болезни [3; 4]. Если детализировать сущность методологии DALY, то она выступает в качестве количественной возможности, позволяющей на основе объединения информации о воздействии преждевременной смертности и инвалидности, а также нефатальных исходов определять существующие между ними разрывы. Один DALY сопоставим с одним потерянным годом здоровой жизни. Бремя болезни является показателем разрыва между состоянием здоровья в настоящее время в идеальной ситуации, при которой каждый доживает до преклонного возраста без болезней и инвалидности. Вопросы, касающиеся более детального рассмотрения DALY можно представить следующим образом: DALY для определенного заболевания представляет собой сумму лет жизни, потерянных в связи с преждевременной смертностью (YLL) в одной группе населения, и лет жизни потерянных в связи с инвалидностью (YLD) для отдельных случаев каждого состояния [5]. Распространенность ДР во всем мире охватывает 350 миллионов человек [6]. Депрессия отличается от обычных изменений настроения и кратковременных эмоциональных реакций

на проблемы в повседневной жизни. Депрессия может стать серьезным нарушением здоровья, особенно если она затягивается и принимает умеренную или тяжелую форму. ДР вызывает значительные страдания человека, обуславливает его низкий уровень функционирования на работе, в школе и в семье. В худших случаях она часто может приводить к самоубийству. Ежегодно происходит 1 миллион случаев смерти в результате самоубийств [7].

Несмотря на то, что известны эффективные виды лечения депрессии, такое лечение получают менее половины страдающих от нее людей в мире, (в некоторых странах менее 10%). Препятствия на пути получения эффективного лечения включают отсутствие ресурсов, нехватку подготовленных провайдеров медицинской помощи и социальную стигматизацию, связанную с психическими расстройствами [8].

Еще одним препятствием является неточная оценка. Даже в некоторых странах с высоким уровнем дохода людям, страдающим депрессией, не всегда определяется правильный диагноз, в то время как другим людям, не имеющим этого расстройства, иногда выносятся ошибочный диагноз, и назначаются антидепрессанты.

Бремя депрессии и других нарушений психического здоровья растет в глобальных масштабах. В мае 2012 года Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию, в которой призвала к принятию комплексных, скоординированных ответных мер на психические расстройства на национальном уровне [9].

Кроме субъективного страдания, испытываемого людьми с депрессией, существенным воздействием является влияние на социальное и профессиональное функционирование, физическое здоровье и смертность. В частности, воздействие ДР на физическое здоровье влияет на течение и исходы таких серьезных хронических инвалидизирующих болезней, как болезни сердца, диабет и рак. В первичной медицинской службе ДР широко распространены и на их долю обычно приходится более 10% пациентов, хотя они недостаточно диагностируются и подвергаются незначительной терапии, вопреки крайне необходимой терапии адекватными дозами антидепрессантов. Врачи первичного звена должны быть осведомлены об общих факторах риска депрессивного расстройства, таких как пол, невротизация, психосоциальные стрессовые события, знать обстоятельства, формирующие негативный опыт детства. В учреждениях первичной медицинской помощи, депрессивную симптоматику следует рассматривать у пациентов наряду с несколькими медицинскими проблемами. К ним, прежде всего, относятся необъяснимые физические, часто множественные симптомы, хронические боли различного разнообразия или частое использование медицинских услуг. Программы, направленные на улучшение и последующее наблюдение депрессивного пациента с использованием современных безопасных антидепрессантов и дальнейшим наблюдением признано экономически эффективными [10; 11]. В случае низкого выявления и лечения ДР или необоснованных запретов главными терапевтами или главными врачами

поликлиник проводить терапию в лечебно-профилактических учреждениях, возрастает количество временной нетрудоспособности за счет депрессивного расстройства, существенно уменьшается способность человека эффективно работать, часто происходит увольнение персонала или падает уровень дохода в семье, теряется квалификация. На популяционном уровне, при низкой выявляемости и лечении депрессии, растет безработица, алкоголизм, наркотизация, ухудшение любого соматического заболевания, нарастает смертность и количество суицидов [12].

Более широкие социальные эффекты включают большую зависимость от социального обеспечения и пособий с неизбежным влиянием на самоуважение и веру в себя. Выражено ухудшение социального приспособления, включая уменьшение способности общаться в течение болезни. Нарушенные личные отношения в течение депрессивного эпизода часто продолжают и после него, распространяясь на более длительные периоды времени и изменения в социальном функционировании, особенно у тех, кто имеет рецидивирующее расстройство. Стигма, связанная с проблемами психического здоровья вообще [13] и ее специфическое влияние на общественное представление в частности, может обусловить нежелание людей с депрессией искать помощи [14].

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось совместно Крымским республиканским учреждением «Клиническая психиатрическая больница №1», кафедрой психиатрии, психотерапии, наркологии с курсом общей и медицинской психологии Государственного учреждения «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского» и кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Сибирского государственного медицинского университета. В ходе исследования были использованы официальные данные по смертности от суицидов в период с 2004 по 2010 года в Автономной Республике Крым и Томской области. В качестве основного метода был использован сравнительный анализ.

Результаты и обсуждение. Как было сказано выше, депрессия имеет прямую связь с суицидами, что косвенно отображает ситуацию по заболеваемости в целом. В работе приводятся в сравнении данные о распространённости суицидов в Томской области (Россия) и Автономной Республике Крым (Украина), их динамика в период с 2004 по 2010. Проведён сравнительный анализ смертности от суицидов (на 100, 000), согласно официальным данным этих регионов. Результаты представлены на рис. 1.

Из рис. 1 видно, что уровень суицидальной активности в Крымской Автономии в период с 2004 по 2010 остаётся относительно постоянным, в то время как в Томской области наблюдается стойкая тенденция к снижению этого показателя, что обусловлено рядом причин. Кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии факультета повышения квалификации и профессиональной

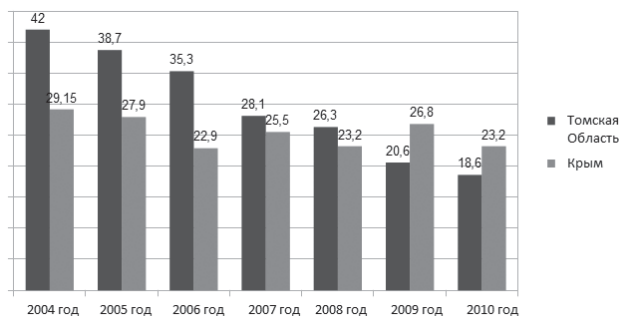


Рис. 1. Сравнительный анализ смертности от суицидов (на 100 тыс.) в Томской области (Россия) и Автономной Республике Крым (Украина)

переподготовки специалистов (г. Томск, Россия) во главе с профессором, д. м. н. Николаем Алексеевичем Корнетовым были разработаны образовательные модули – Educational Program Modules on Depressive disorders (Russian Version), которые заключались в обучении диагностики, тактики ведения и терапии депрессивных расстройств врачей различных специальностей первичной сети. Общая программа включала в себя разнообразные формы обучения. Она известна в Сибирском регионе под названием «распознавание депрессий» (РАДЕП), английский вариант: Recognition of Depression (REDEP). Среди форм обучения следует выделить интердисциплинарные конференции с супервизией ведущих экспертов Всемирной Психиатрической Ассоциации, тренинги диагностических навыков, круглые столы с неврологами, кардиологами и гастроэнтерологами и др.; образовательные курсы с социальными работниками, психологами, психиатрами. Основная реализация программы заключалась в том, что на протяжении 9 лет сотрудниками кафедры проводились три раза в году в течение месяца тематические курсы в Томском регионе. В результате мониторинга уровня смертности в результате суицида (MRS) в Томске было отмечено плавное и нарастающее снижение этого показателя: в 2004 г. – 42 на 100 тыс.; в 2005г. – 38,7; в 2006г. – 35,3; в 2007 г. – 28,1; в 2008 г. – 26,3; в 2009 г. – 20,6; в 2010 г. – 18,6 на 100 тыс. соответственно.

Выводы.

1. В данной работе проведено теоретическое обобщение материала по вопросам распространённости депрессивного расстройства и смертности в результате суицида.
2. В сравнении выявлены существенные различия показателей смертности в результате суицида в период с 2004 по 2010 гг. в Автономной Республике Крым и Томской области.
3. Полученные данные отображают необходимость проведения обучающей программы для врачей первичной медицинской сети в Крымской Автономии по опыту коллег из Томска, с целью понижения уровня смертности в результате суицида.

Литература:

1. World Bank. World Development Report. Investing in health. / Oxford University Press. – 1993. – P. 66-67.
2. Murrey C. J. L., Progress and directions in refining the global burden

- of disease approach: a response to Williams / Murrey C. J. L., Lopez A. D. *Health Economics*. 2000. – N9. – P. 69
3. Murrey C. J. L., *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factor in 1990 and projected to 2020.* / Murrey C. J. L. Murrey C. J. L. Lopez A. D. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol.1.). –1996. – P. 139-143.
 4. Murrey C. J. L. *Global Health Statistic.* Cambridge, / Murrey C. J. L., Lopez A. D. MA, Harvard School of Public Health on behalf of World Health Organization and World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series Vol. II). –1996. – P. 66-73.
 5. *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edn, revised. / American Psychiatric Association, Washington, DC. – 1987
 6. Александровский Ю. А. *Пограничные психические расстройства: лекции для врачей. 4 издание.* / М.: ГЕОТАР - медиа – 2007. – С. 720.
 7. Lam R. W. *Depression.* / Lam R.W., Mok H. Oxford University Press. 2008. – P. 116.
 8. Bajorec T, Stockman T. *Psychiatry: pocket tutor*/Bajorec T, Stockman T. London:JP Medical. – 2012. – P. 258.
 9. Sartorius N. *Fighting stigma: theory and practice* / World Psychiatry. – 2002. – Vol.1. - №1. – P. 26-27.
 10. *World Psychiatry Organisation. Informational brochure 2012.* – №369 (October). – 2012. – P. 25
 11. Cassano P., Fava M. *Depression and public health: an overview* / Cassano P., Fava M.J. *Psychosom. Res.* 2002 – Vol. 53. №4 – P. 849 - 857.
 12. Lespérance F. *Depression in patients with cardiac disease: a practical review* / Lespérance F, Frasura-Smith N. J. *Psychosom. Res.* 2000. – Vol. 48. – N4-5. – P. 379-391.
 13. Корнетов Н. А. *Международные стандарты диагностики и лечения депрессивных расстройств в общей медицинской практике / Фармакотерапия в неврологии и психиатрии (лекции для врачей).* М.: «Здоровье человека». – 2002. – С. 117-128.
 14. Bridges K. *Somatic presentation of depressive illness in primary care* / Bridges K, Goldberg. D. *Jour. Roal. Coll. Gen Pract Occas Pap.* 1987. – Sep; №36. – P. 9-11.

CLINICAL AND SOCIAL ASPECTS OF MENTAL HEALTH CARE IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS (THE PSYCHIATRIC SERVICES IN TOMSK REGION (RUSSIA) AND CRIMEA (UKRAINE)).

N. A. KORNETOV, V. A. VERBENKO, V. V. STROEVSKY

A depressive disorder is wide spread disease with severe burden and high suicide risk. Depression also affects general health, makes it difficult to perform daily activities, influence social and working life much greater than a chronic physical diseases. Depression makes difficult the disease's course and reduces the length and quality of life. The Eastern Europe and the former Soviet Union diagnostic experience showed a genetic link between depression and suicide in the period of prolonged social stress events under radical society changes. The existing practice of social assistance is the departmental and not functional. The continuous and the regulated relationship system between psychological, educational, medical and genetic, psychological, obstetric, legal and other forms of assistance under the city and region is absent.

Material and methods. The study was conducted jointly by the Crimean Republic institution «Clinical Psychiatric Hospital № 1», the Department of Psychiatry, Psychotherapy, Drug treatment with a course of General and Medical Psychology of the State Institution «Crimean State Medical University named after S.I.Georgievsky» and the Department of Psychiatry, Addiction and Psychotherapy Department of Professional Development and Retraining of the Siberian State Medical University. The study used an official data on mortality from suicide through the period from 2004 to 2010 in the Crimean Autonomous Republic and the Tomsk region. The comparative analysis was used as the main method.

Results and discussion. As mentioned above, the depression has a direct relationship with suicides, what indirectly reflects the situation on the disease in general. This study presents a comparison of the prevalence of suicide in Tomsk (Russia) and the Crimean Autonomous Republic (Ukraine), their dynamics in the period from 2004 to 2010. A comparative analysis of mortality from suicide (100. 000), according to official data of these regions was made. Department of Psychiatry, Addiction and Psychotherapy Department of Professional Development and Retraining (Tomsk, Russia), headed by Professor N. A. Kornetov, have designed Educational Program Modules on Depressive disorders (Russian Version), which included the training of diagnostic and therapeutic tactics in depressive disorders for doctors of various specialties in primary care. The total program included different study forms. It was known in the Siberian region as Recognition of Depression (REDEP). The interdisciplinary conferences with prominent World Psychiatry Association supervision experts, trainings of diagnostic skills, round tables with neurologists, cardiologists, gastroenterologists etc, should be highlighted among the forms of training. Educational courses with social workers, psychologists, psychiatrists. The main implementation of the program was the fact that we have conducted thematic courses on depression in urban population of Tomsk region. three times a year during the month for over 9 years. The monitoring of the mortality ratio of suicides (MRS) in Tomsk region showed gradual declining in this indicator: 2004-42/100.000; 2005-38.7; 2006-35.3; 2007-28.1; 2008-26.3; 2009-20.6; 2010-18/6 / 100.000.

Conclusions

1. A theoretical synthesis of the material on the prevalence of depressive disorders and mortality from suicide was done in this study.
2. The significant differences in mortality rates from suicide between 2004 and 2010 in the Crimean Autonomous Republic and the Tomsk region were revealed in comparison
3. The data show the need for a primary care physicians training program in the Crimean Autonomy, according to the experience of colleagues from Tomsk, in order to reduce the death rate from suicide.

Keywords: Psychiatry, depressive disorder, suicide, primary care

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЯКОСТІ РОБОТИ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ ТОМСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА АВТОНОМНОЇ РЕСПУБЛІКИ КРИМ У СФЕРІ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ.

В. А. ВЕРБЕНКО, С. М. ДИМІШІЦ, О. М. КОРНЕТОВ, В. В. СТРОВСЬКИЙ

Депресивний розлад є одним з провідних лідерів у поширеності, високого тягаря хвороби, і суїцидів. Депресія також погіршує загальне самопочуття, ускладнює виконання повсякденних обов'язків і соціально-трудова діяльність у значно більшому ступені, ніж хронічні соматичні захворювання. Депресія ускладнює їх перебіг і знижує тривалість і якість життя. Діагностичний досвід країн Східної Європи та пострадянського простору показав генетичний зв'язок між депресіями і суїцидами в період пролонгованих соціально-стресових подій, при докорінних змінах суспільного життя. Сформована практика соціальної допомоги населенню є відомчою і функціонально не пов'язано. Відсутня наступність і система регламентованих взаємин між психолого-педагогічною, медико-генетичною, психотерапевтичною, акушерсько-гінекологічною, правовою та іншими видами допомоги в рамках міста та області.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження проводилось спільно з Кримською республіканською установою «Клінічна психіатрична лікарня № 1», кафедрою психіатрії, психотерапії, наркології з курсом загальної і медичної психології Державної установи «Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського» та кафедрою психіатрії, наркології і психотерапії факультету підвищення кваліфікації та професійної перепідготовки фахівців Сибірського державного медичного університету. У ході дослідження були використані офіційні дані по смертності від суїцидів у період з 2004 до 2010 року в Автономній Республіці Крим і Томської області. У якості основного методу був використаний порівняльний аналіз.

Результати та обговорення. Як було сказано вище, депресія має прямий зв'язок із суїцидами, що побічно відображає ситуацію захворюваності в цілому. У роботі наводяться порівняно дані про поширеність суїцидів у Томській області (Росія) та Автономній Республіці Крим (Україна), їх динаміка в період з 2004 до 2010. Проведено порівняльний аналіз смертності від суїцидів (на 100, 000), згідно з офіційними даними цих регіонів.

Отримані дані показали, що тенденція до зниження смертності від суїцидів в Кримській Автономії в період з 2004 по 2010 не так яскраво виражена, як в Томській області, що зумовлено рядом причин. Кафедрою психіатрії, наркології і психотерапії факультету підвищення кваліфікації та професійної перепідготовки фахівців (м. Томськ, Росія) на чолі з професором, д. м. н. М. А. Корнетовим були розроблені освітні модулі - Educational Program Modules on Depressive disorders (Russian Version), які полягали у навчанні діагностики, тактики ведення та терапії депресивних розладів лікарів різних спеціальностей первинної мережі. Загальна програма включала в себе різноманітні форми навчання. Вона відома в Сибірському регіоні під назвою Recognition of Depression (REDEP). Серед форм навчання слід виділити Інтердисциплінарні конференції з супервізією провідних експертів Всесвітньої психіатричної асоціації, тренінги діагностичних навичок, круглі столи з неврологами, кардіологами і гастроентерологами та ін; навчальні курси з соціальними працівниками, психологами, психіатрами. Основна реалізація програми полягала в тому, що протягом 9 років співробітниками кафедри проводилися три рази на рік упродовж місяця тематичні курси в Томському регіоні. У результаті моніторингу рівня смертності в результаті суїциду (MRS) у Томську було відзначено плавне і наростаюче зниження цього показника: 2004-22,5 / 100000; 2005-22,3; 2006-18,5; 2007-12,4; 2008 - 9,6; 2009-7,2; 2010-3,8 / 100000.

Висновки.

1. У даній роботі проведено теоретичне узагальнення матеріалу з питань поширеності депресивного розладу і смертності в результаті суїциду.
2. У порівнянні виявлені істотні відмінності показників смертності в результаті суїциду з 2004 до 2010 рр. в Автономній Республіці Крим і Томської області.
3. Отримані дані відображають необхідність проведення навчальної програми для лікарів первинної медичної мережі в Кримській Автономії з досвіду колег з Томська, з метою зниження рівня смертності в результаті суїциду.

Ключові слова: Психіатрія, депресивний розлади, суїцид, первинна медична мережа

УДК: 616.89 - 008.441.44:576.8078 (477.54)

**І. В. Лінський, А. М. Бачериков, Р. В. Лакинський, Е. Г. Матузок,
Т. В. Ткаченко, І. В. Карамушко**

НЕЗАВЕРШЕНІ СУЇЦИДАЛЬНІ СПРОБИ В М. ХАРКОВІ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)
Харківська міська клінічна лікарня №2

Суїцидальна поведінка є однією з серйозних проблем сучасного суспільства. Щорічно в світі реєструється більше 500 тисяч завершених самогубств, і в 5-10 разів більше незавершених суїцидальних спроб. Знання характеристик контингенту осіб, які вчиняють суїцидальні спроби, є необхідним для планування заходів превенції самогубств, оскільки вважається, що значна частина, що вчинили спроби (за різними даними від 5 до 15%) в найближчі роки здійснюють самогубство [1]. Водночас, необхідний для ідентифікації цих характеристик тривалий моніторинг суїцидальних спроб – є досить рідкісне явище [2; 3]. Самоотруєння – найбільш поширений спосіб здійснення незавершених самогубних спроб [4; 5]. Аналіз динаміки та виявлення найбільш значущих ознак - предикторів завершеності-незавершеності суїцидальних спроб є найважливішим джерелом інформації для оцінки можливостей прогнозування наслідків суїцидальної активності та створення профілактичних програм [6].

Саме тому метою цієї роботи стало визначення епідеміологічних характеристик факторів скоєння незавершених суїцидальних спроб шляхом самоотруєння у мешканців м. Харкова задля подальшої оцінки можливостей прогнозування наслідків суїцидальної активності та розробки і удосконалення профілактичних засобів їх подолання.

Матеріали та методи дослідження. Вивчалися документи міської токсикологічної служби щодо осіб, які

протягом 2008–2011 рр. намагалися піти з життя шляхом самоотруєння. Таке отруєння розцінювалося як спроба вкоротити собі віку, якщо пацієнт або його рідні (лікарі, служби швидкої допомоги, токсикологи, реаніматологи, консультанти-психіатри) вважали, що воно було здійснене з метою самогубства. Обробка отриманих результатів здійснювалася методами математичної статистики (дисперсійний аналіз) на комп'ютері з використанням електронних обчислювальних таблиць Excel з пакету Microsoft Office 2010 [7; 8].

Результати дослідження та їх обговорення

Було встановлено, що протягом 2008–2011 рр. в м. Харкові намагався самоотруїтися 775 мешканців: 243 чоловіків та 532 жінок (співвідношення ч : ж = 1 : 2,18). Розподіл пацієнтів, що скоїли незавершені суїцидальні спроби за ознакою віку на момент самоотруєння представлено на рис. 1.

Як можна бачити (рис. 1 «А»), мінімальний вік самогубця становив 17 років, максимальний – 91 рік. Найчастіше намагалися піти з життя особи у віковій групі 20-29 років (276 осіб, або 35,61% від загальної кількості спроб).

Особи молодші за 30 років здійснили 334 спроби (43,09% від загальної кількості спроб). Уразливість даної вікової групи пов'язана насамперед з психологічними (нові контакти, нерозділене кохання, враження, думки про майбутнє) і фізичними (гормональна перебудова організму) чинниками. Ці зміни можуть впливати на афект

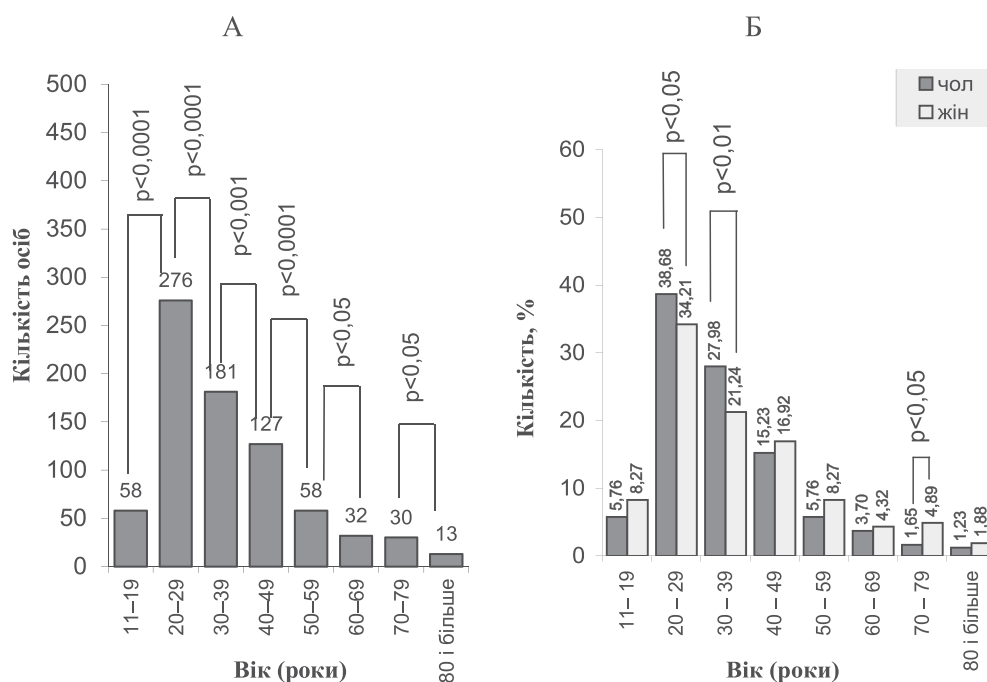


Рис. 1. Розподіл пацієнтів, що скоїли незавершені суїцидальні спроби (самоотруєння), за віком без (А) та з (Б) урахування статі

і призводити до порушення адаптації, підвищуючи ризик суїциду. У більш старших вікових групах число незавершених суїцидальних спроб достовірно знижується, сягаючи мінімуму у віковій категорії 80 років і більше.

На рисунку 1 «Б» представлений розподіл суїцидальних спроб за ознакою віку з урахуванням статі самогубця. У чоловіків найбільш часто намагалися вкоротити собі віку особи у віковій групі 20-29 років (94 особи чи 12,12% від загальної кількості зафіксованих спроб або 38,68% від усіх спроб, які були здійснені особами чоловічої статі), а у жінок відповідна величина сягала 34,21% ($p < 0,05$). Чоловіки, чий вік не перевищував 39 років, вчинили 176 спроб самогубства (22,71% від усіх спроб у популяції та 72,42% від спроб, скоєних особами сильної статі). Частота спроб жіночих суїцидальних спроб зростає значно швидше, ніж у чоловіків починаючи з 40 років.

У жінок суїцидальна активність у порівнянні з чоловіками збільшується починаючи з 40 років та більше – 36,28% від усіх спроб, які були здійснені особами

жіночої статі порівняно з 27,57% від усіх спроб, які були здійснені особами чоловічої статі ($p = 0,004$). У віковій групі 20-39 років відмічалось збільшення частки молодих чоловіків над жінками – 66,67% від усіх спроб, які були здійснені особами чоловічої статі порівняно з 55,45% від усіх спроб, які були здійснені особами жіночої статі ($p = 0,0007$). Ця тенденція говорить про збільшення частки молодих чоловіків, що здійснюють незавершені суїцидальні спроби шляхом самоотруєння.

Динаміка залежності співвідношення кількості спроб самоотруєння у жінок та чоловіків від віку, подана на рис. 2, свідчить про те, що це співвідношення у віковому діапазоні 10-69 років залишається практично незмінним, а потім (у діапазоні 70-79 років) швидко зростає.

Як свідчать дані, подані на рисунку 3а, найбільша частота незавершених суїцидальних спроб здійснювалась навесні. Щодо гендерної специфіки, то взимку та навесні серед потенційних суїцидентів переважають чоловіки, а літом і восени – жінкам (рис. 3б).

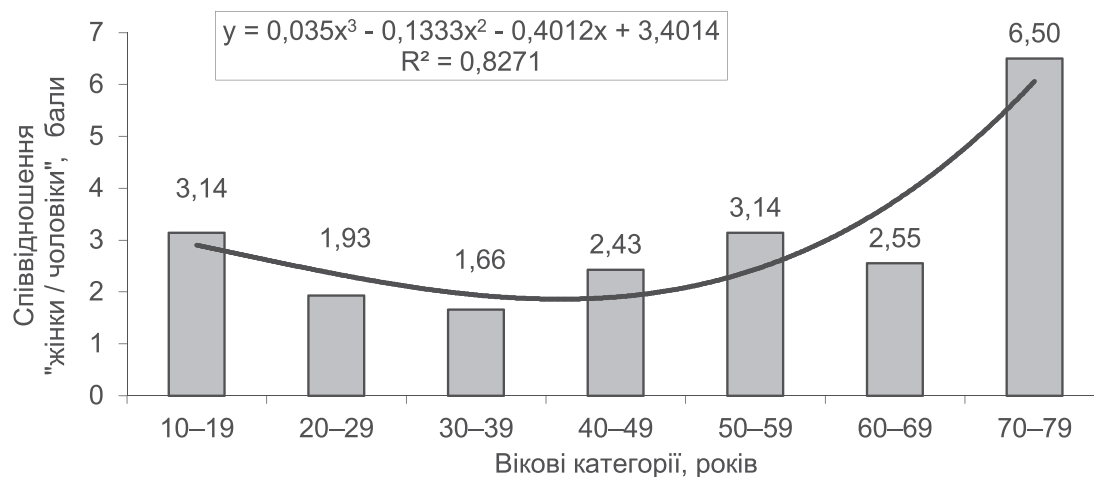


Рис. 2. Залежність співвідношення кількості спроб самоотруєння «жінки / чоловіки» від віку

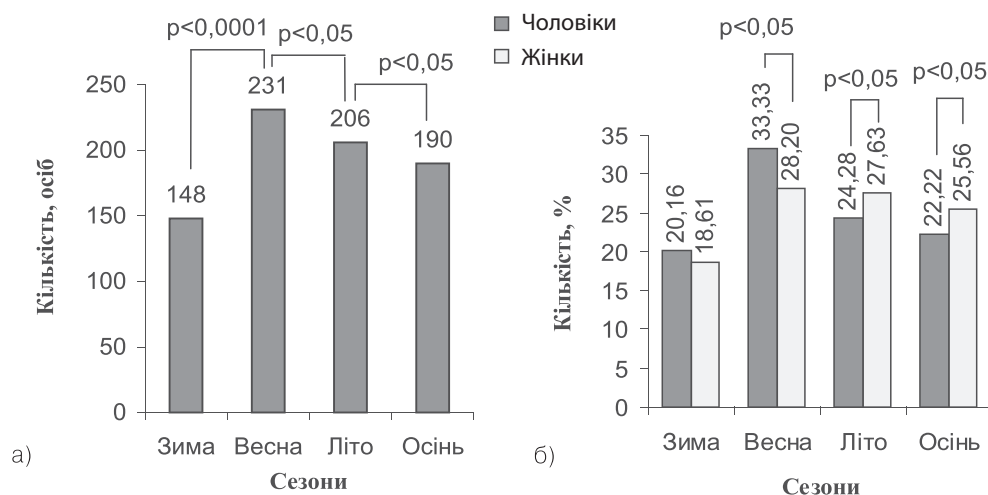


Рис. 3. Розподіл пацієнтів, що скоїли незавершені суїцидальні спроби (самоотруєння), за порами року без (а) та з (а) урахування статі.

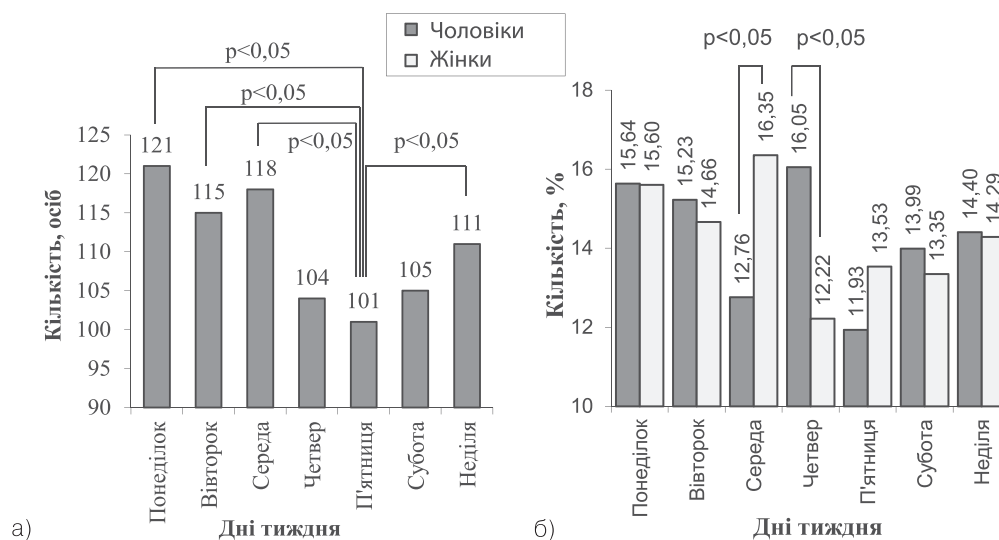


Рис. 4. Розподіл пацієнтів, що скоїли незавершені суїцидальні спроби (самоотруєння), за днями тижня без (а) та з (б) урахування статі

Найбільше спроб піти з життя у дослідженій популяції було здійснено навесні (231 спроби або 29,80% від їхньої загальної кількості), найменша кількість спроб трапилася взимку (148 спроб або 19,06% від їхньої загальної кількості).

Розподіл незавершених спроб піти з життя за днями тижня показаний на рис. 4. Помітно, що мешканці міста найчастіше отруювалися з понеділка до середи. За ці три дні у місті відбувалося 45,67% усіх спроб самогубства. Мінімум самогубств у п'ятницю – 101 випадок (13,03% усіх спроб), із зростанням до понеділка та подальшим зменшенням у четвер.

При урахуванні статі (рис. 4б) було встановлено, що достовірні відмінності між особами за ознакою статі спостерігалися лише у середу та четвер, при цьому у середу домінували жінки, а у четвер – чоловіки.

Певний інтерес представляє часовий діапазон доби, найбільш характерний для здійснення суїцидальної спроби (рис. 5). Як можна бачити (рис. 5а), найбільша кількість спроб піти з життя спостерігалась протягом

15:00–24:00 години (419 випадків або 54,06% від загальної кількості спроб самоотруєння), а найменша – протягом 3:00–6:00 годин ранку (28 випадків або 3,61% від загальної кількості спроб самоотруєння).

На рис. 5б представлені дані щодо розподілу самоотруєнь за часом доби та статтю пацієнта. Найбільша кількість спроб вкоротити собі віку у чоловіків мала місце з 18-ої до 24-ої години – 89 (11,48% від загальної кількості випадків та 36,63% від усіх спроб, які вчинили чоловіки). Жінки також найчастіше здійснювали самоотруєння в цей інтервал доби – 188 (24,25% від загальної кількості випадків та 35,34% від усіх спроб, які вчинили жінки). Мінімум суїцидальних спроб спостерігалось з 12-ої години ночі до 6-ої години ранку – 24 (3,09% від загальної кількості випадків та 9,88% від усіх спроб, які вчинили чоловіки) порівняно з 74 (9,54% від загальної кількості випадків та 13,91% від усіх спроб, які вчинили жінки ($p < 0,05$)).

За даними анамнезу та лабораторної діагностики у 357 випадках (46,06% від усіх спроб) хворі вживали етанол

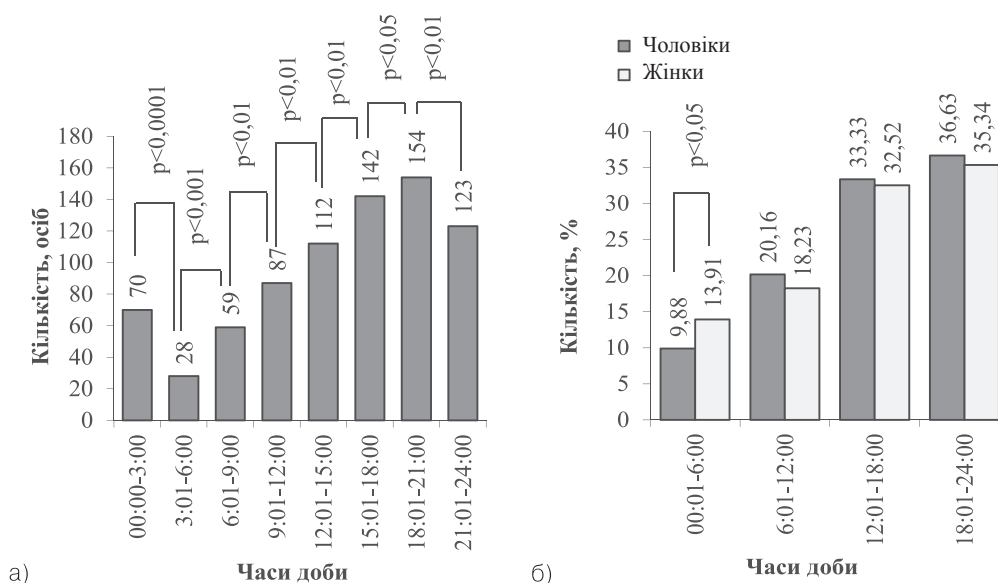


Рис. 5. Розподіл пацієнтів, що скоїли незавершені суїцидальні спроби (самоотруєння), за часом доби без (а) та з (б) урахування статі

перед або під час самоотруєння. Знайти алкоголь у крові на момент госпіталізації вдалося у 290 випадках (37,42% від загальної кількості самогубних спроб (рис. 6).

У стані алкогольного сп'яніння чоловіки здійснили 132 спроби (17,03% від загального числа спроб у популяції; 54,32% від спроб, здійснених чоловіками), а жінки – 225 (29,03% від усіх спроб; 42,29% від спроб, що були здійснені особами жіночої статі). Співвідношення чоловіки / жінки за кількістю спроб, здійснених у стані алкогольного сп'яніння становить 1 : 1,70.

Серед них спроб, здійснених чоловіками було 108 (44,44% від усіх самоотруєнь чоловіків), жінками 182 (34,21% від усіх самоотруєнь, здійснених жінками). Розподіл суїцидальних спроб самоотруєння у чоловіків та жінок окремо за ознакою концентрацію алкоголю в крові представлений на рис. 7.

Незначний вплив алкоголю 0,1 – 0,5‰ спостерігався у 84 випадках (28,97% від усіх суїцидентів, у яких в крові був знайдений етанол). Серед них у чоловіків така концентрація алкоголю була у 30 суїцидентів (27,78% позитивних на етанол аналізів крові у чоловіків) та 54 спробах, що вчинили жінки (29,67% позитивних на етанол аналізів крові у жінок).

Легкий ступінь алкогольного сп'яніння, коли концентрація етанолу знаходиться у межах 0,51 – 1,5‰ мав місце у 162 випадках (55,86% від усіх аналізів крові, у яких був знайдений етанол). Така концентрація алкоголю спостерігалася у 63 спробах (58,33% позитивних на етанол аналізів крові у чоловіків) та 99 спробах, що вчинили жінки (54,40% позитивних на етанол аналізів крові у жінок).

Середній ступінь алкогольного сп'яніння 1,51 – 2,50‰ спостерігався у 38 суїцидентів (13,10% від усіх суїцидентів, у яких у крові був знайдений етанол). У жінок така концентрація етанолу була зафіксована у 27 осіб (14,84% від усіх самоотруєнь, здійснених жінками) та 11 (10,19% позитивних на етанол аналізів крові у чоловіків).

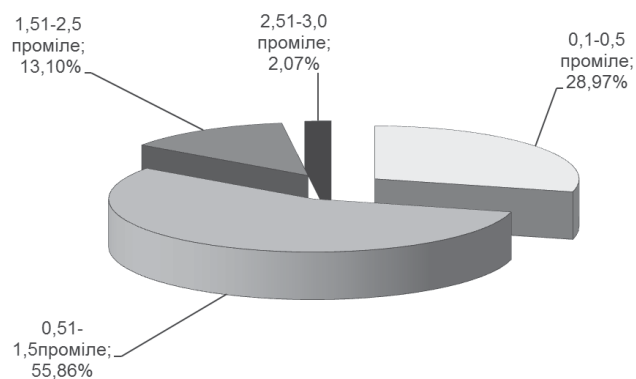


Рис. 6. Розподіл пацієнтів, що скоїли незавершені суїцидальні спроби (самоотруєння) за ознакою концентрації етанолу в крові (серед тих, у кого було виявлено етанол в крові без урахування статі)

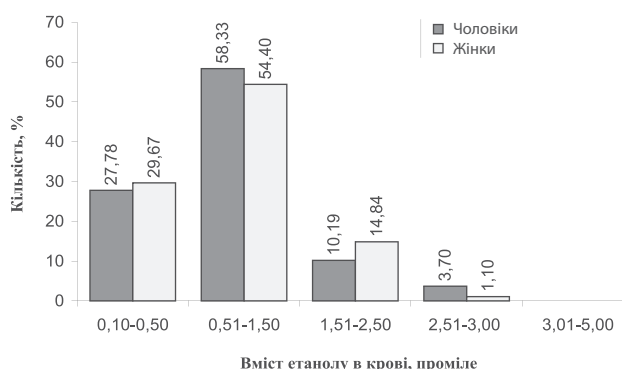


Рис. 7. Розподіл пацієнтів, що скоїли незавершені суїцидальні спроби (самоотруєння) за ознакою концентрації етанолу в крові (серед тих, у кого було виявлено етанол в крові з урахуванням статі)

Сильне алкогольне сп'яніння 2,51 – 3,00‰ було зафіксоване у 6 випадках (2,06% від усіх суїцидентів, у яких у крові був знайдений етанол). Серед них у чоловіків 4 випадків (3,70% позитивних на етанол аналізів крові у чоловіків) та 2 (1,10% від усіх самоотруєнь, здійснених жінками).

Висновки:

1. У процесі дослідження встановлено низку характерних особливостей скоєння незавершених суїцидальних спроб мешканцями м. Харкова.
2. Найбільш небезпечним віком, для скоєння незавершених суїцидальних спроб, і для чоловіків, і для жінок є 20-29 років.
3. Найбільш небезпечним сезоном року, для скоєння незавершених суїцидальних спроб і для чоловіків, і для жінок є весна.
4. Найбільш небезпечними годинами доби, для скоєння незавершених суїцидальних спроб і для чоловіків, і для жінок є 18:01-24:00 год.
5. Найбільш небезпечним днями тижня, для скоєння незавершених суїцидальних спроб для чоловіків є четвер, а для жінок - середа.
6. Найбільш небезпечним рівнем алкогольної інтоксикації, для скоєння незавершених суїцидальних спроб і для чоловіків, і для жінок є легкий ступінь сп'яніння (0,51-1,50‰ етанолу у крові).
7. Знайдені особливості мають бути враховані при формування програм, щодо попередження суїцидальної активності населення.

Напрямок подальших досліджень

З метою підвищення надійності прогнозування наслідків суїцидальної активності планується дослідження

інших (окрім вже описаних вище) факторів скоєння незавершених суїцидальних спроб.

Література:

1. Sakinofsky I. Repetition of suicidal behavior / I. Sakinofsky // *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* / Keith Hawton & Kees van Heeringen (Eds.). – John Wiley & Sons Ltd, 2002. – P. 385 – 404.
2. WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Facts and Figures / U. Bille-Brahe (Ed.). – WHO, 1999. – 100 p.
3. Kerkhof A. J. F. M. Attempted suicide: patterns and trends / A. J. F. M. Kerkhof // *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. – Keith Hawton & Kees van Heeringen (Eds.). John Wiley & Sons Ltd, 2002. – P. 49–64.
4. Бачериков, А. М. Спроби навмисного самоотруєння у Харкові (2011 рік) / А. М. Бачериков, І. В. Лінський, Е. Г. Матузок [та інші.] // *Журнал психіатрії і медичної психології*. – 2012. – № 4 (31). – С. 17–23.
5. Owens, D. Mortality and suicide after non-fatal self-poisoning: 16-years outcome study // D. Owens, C. Wood, D. C. Greenwood [et al.] // *British journal of psychiatry*. – 2005 – Vol. 187. – P. 470 – 475.
6. Юрьева, Л. Н. Суїцидологічна ситуація в Україні: статистика і епідеміологія / Л. Н. Юрьева, А. Е. Юрьев // *Суїцидологія*. – 2013. – Том 4, № 3 (12). – С. 70 – 76.
7. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е. В. Гублер // М.: Медицина, 1978. – 294 с.
8. Лапач С. Н. Статистические методы в медико – биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич // Київ.: Моріон, 2000. – 320 с.

НЕЗАВЕРШЁННЫЕ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ В Г. ХАРЬКОВЕ

И. В. Линский, А. Н. Бачериков, Р. В. Лакинский, Э. Г. Матузок, Т. В. Ткаченко, И. В. Карамушко

В статье раскрыты основные проблемы эпидемиологических характеристик факторов совершения суицидальных попыток в г. Харькове. Изложены результаты анализа мониторинга документов токсикологической службы относительно лиц, которые в течение 2008-2011 гг. пытались уйти из жизни путём самоотравления.

Ключевые слова: незавершённая суицидальная попытка, мониторинг, фактор риска, прогноз

UNCOMPLETED SUICIDE ATTEMPTS IN KHARKOV

I. V. LINSKIY, A. N. BACHERIKOV, R. V. LAKYNSKIY, E. G. MATUZOK, T. V. TKACHENKO, I. V. KARAMUSHKO

The main problems of epidemiological features of suicide attempts' factors in Kharkov are disclosed in the article. The results of the analysis of the municipal toxicological service's documents related to people who during 2008-2011 tried to commit suicide by self-poisoning are shown.

Keywords: uncompleted suicide attempt, monitoring, risk factors, prognosis.

UDK: 616.899-08-039.75]-036.82

ZH. G. DUDINA

**REHABILITATION AS A PART OF PALLIATIVE CARE IN PATIENTS WHO SUFFER
FROM SEVERE DEMENTIA**

«Donetsk psychoneurological city hospital #2»

Keywords: dementia, complex of rehabilitation steps, quality of life, old people, palliative care

It was studied the results of rehabilitation complex steps performing in old people with severe dementia as a part of palliative care at the therapeutic residential setting stage of psychiatric help and the influence of the complex onto the quality of life.

Importance of the subject: As people get older the diseases patterns, people suffer from, change. Old people certainly have their special needs as their health disorders

are not the same as younger people usually have and differ sometimes by the increased level of complications. Old people more often have combined disorders of different severity. That means the medical service needs at the final life stage will certainly increase. Thus, disorders, observed in elderly people during their last year of life are made up of the evidences of the main disease and the age disorders. That characterizes more important needs in help, what is

far well known by the experts in all fields of health care, intended to provide the systematic aid to the elderly patients including the general practice, geriatrics and rehabilitation.

Rehabilitation is a process and system of medical, psychological, pedagogical, socio-economic measures intended to eliminate or to compensate the restrictions of life which are based on health disorders with the firm body's dysfunction. Complex of rehabilitation steps is the part of daily patient care. Usually patient is washed and fed, his bed is made, and other procedures, to facilitate the course of an illness and to reduce the outcome of a disease, are performed. Rehabilitation influences positively on the patients with severe dementia and provides constant salvage therapy.

Objective of the study: to study the results of the performed complex of rehabilitation steps to the elderly and senile patients with severe dementia as a part of salvage therapy at the therapeutic residential setting stage of psychiatric help and the influence of the complex onto the quality of life.

Patients and the investigative methods. The investigation with the further studying of the results of performing of the complex of rehabilitation steps to the elderly and senile patients with severe dementia was performed in Donetsk psychoneurological city hospital №2 at the basis of Regional therapeutic rehabilitation gerontopsychiatric department. 50 patients, suffering from the severe form of dementia of different nature (vascular, degenerative atrophic, toxic, mixed dementia) and 30 outpatients without proper rehabilitation measures took part in the investigation. Complex was performed as to the fixed algorithm and was confirmed by the hospital administration.

Methods: medicated treatment usage, focused onto the maintenance of patients vital activity;

- Trainings for self-service skills performing (skills cutlery, neatness and personal hygiene, basis of wearing the cloth, choice of cloth and care, health care, passive gymnastics).

Evaluation criteria.

Effectiveness of the rehabilitation complex measures was evaluated as to the data of physical and psychiatric conditions of the patients (MMSE, FAB), laboratory investigative methods, ECG.

The conditions of the study.

The study was conducted for three months with 4 times data evaluation according to the plan of rehabilitation measures and with the use of multidisciplinary approach. Psychiatrist, psychologist, nurse, rehabilitator were the members of the rehabilitation team.

The principals of the rehabilitation material complex performance were:

- Continuity (performance of rehabilitation measures since the hospitalization and the providing of their implementation throughout the study period).
- Sequence (the determining of mental and physical state at the beginning of the investigation; determining of the goal and methods of the study; determination of the efficiency of rehabilitation measures with their correction; rehabilitation team conclusion with further instructions).

Comprehensiveness (solving the therapeutic and rehabilitation problems, and problems of the patient and his family relationships).

To work with the patient the general rules of behavior and communication were used:

- To speak slowly, to pronounce the words clearly, using short and exact sentences.
- To give clear instructions with the request to repeat it in order to understand either the patient understood the instruction or not.
- To show the action for patient's ability to copy it.
- To be patient while teaching him skills.
- To encourage patient participation in skills teaching.
- To encourage his abilities in doing tasks and not to focus on the faults.
- To provide patient with individual lessons.
- To adapt the studying to the changes of the sense organs.
- To consider patients emotional state, his ideas about the illness and its treatment.
- To consider patient's needs

Results of the study.

According to the research results are as follows:

- In 95% of the patients the prevention of the pressure sore was observed. Prophylaxis is still the best method of protection, which helps to keep skin integrity. Personal hygiene, physical exercises and passive gymnastics play successful role in the decubitus ulcer treatment and the prevention even in bedrest patients.
- In 83% of the patients the improvement of mood, reduction of anxiety level, the lack of a sense of loneliness and worthlessness were observed. Approach to patients with severe dementia was adapted to the remaining abilities and the performing of rehabilitation measures complex was organized in the way that the patient even with severe dementia didn't lose a sense of self-worth.
- In 67% of patients the physical state was improved especially in musculoskeletal and gastrointestinal systems (according to the data of physical examination)
- The complex of rehabilitation measures with patients significantly increased the level of interest of relatives in the continuation of the course, their proper attitude to the patient and his disease was formed, that is the overcoming of the family passive attitude to the patients care.
- The level of confidence to the members of the multidisciplinary team increased significantly.
- In 3% of the cases the correction inside family relationships, smoothing conflicts between a patient and relatives was performed taking into account the growing intellectual-mental patients inability.
- In 100% of the cases the performing of the complex of rehabilitation measures at the therapeutic residential setting stage helped to prevent emotional stress in people taking care of the patient. Sever cognitive disorders significantly reduce not only patient's life quality but their close relatives too. Significant difficulties seeing the necessity to change their life style because of the care of the patient with severe dementia appear in their lives.

Conclusions

The results of this study show the importance of the rehabilitation measures complex performance to the elderly and senility patients with severe dementia as a part of palliative care at the therapeutic residential setting stage of psychiatric help and the direct influence of the complex onto the quality of life of this group of patients and indirect influence onto the quality of life of people who provide patients care.

References

1. Келли М., Миллер С., Соловьева С. А. Этика паллиативной

- помощи // Бюлл. сибирской медицины. – 2006. – №5. – С. 51-157.
2. Пінчук І. Я., Чайковська В. В., Стаднюк Л. А., Левада О. А. Актуальні питання в геронтопсихіатрії // – 2010. – С. 223-356.
3. Пінчук І. Я. Реабіліція людей літнього віку в умовах геронтопсихіатричного стаціонару. Запорозький медичний журнал, 2009. – Т. 11, №6. – С. 82-84.
4. Чухловина М. Л. Деменція. // 2010. – С. 222-223.
5. Яхно Н. Н., Захаров В. В., Локишина А. Б. Деменции. // 2010г. – С. 48-49.
6. Julian C. Hughes, David Jolley, Alice Jordan, Elizabeth L. Sampson. Palliative care in dementia issues and evidence/ *Advances in Psychiatric Treatment*// 2007; 13: 251-260.

РЕАБІЛІТАЦІЯ В СТРУКТУРІ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ТЯЖКОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ

Ж. Г. Дудіна

З метою вивчення ефективності обстежено 80 пацієнтів у віці від 60 до 84 років страждаючих на тяжку деменцію. Вивчено результати виконання комплексу реабілітаційних заходів для пацієнтів похилого та старечого віку страждаючих на тяжку деменцію, як частину надання паліативної допомоги на стаціонарному етапі психіатричної допомоги, а також вплив комплексу реабілітаційних заходів на якість життя цієї групи пацієнтів. Реабілітаційна діяльність у цілому сприятливо впливає на хворих з тяжкою деменцією і сприяє забезпеченню безперервності паліативної допомоги.

Ключові слова: деменція, комплекс реабілітаційних заходів, якість життя, люди похилого віку, паліативна допомога

РЕАБИЛИТАЦИЯ В СТРУКТУРЕ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ СТРАДАЮЩИМ ТЯЖЕЛОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ

Ж. Г. Дудина

С целью изучения эффективности паллиативной помощи обследовано 80 пациентов в возрасте от 60 до 84 лет, страдающих тяжелой деменцией. Изучены результаты выполнения комплекса реабилитационных мероприятий для пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих деменцией тяжелой степени выраженности, как части оказания паллиативной помощи на стационарном этапе оказания психиатрической помощи, а также влияние комплекса реабилитационных мероприятий на качество жизни данной группы пациентов. Реабилитационная деятельность в целом благополучно влияет на пациентов, страдающих тяжелой деменцией, способствует обеспечению непрерывности оказания паллиативной помощи.

Ключевые слова: деменция, комплекс реабилитационных мероприятий, качество жизни, пожилые люди, паллиативная помощь

УДК 616.89-008:004-036-07-084

Н. Є. ІВАЩЕНКО

**КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З
ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ ПСИХОКОРЕКЦІЄЮ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ**

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, кафедра психіатрії та наркології, м. Київ

Ключові слова: комплексна реабілітація, параноїдна шизофренія, внутрішня картина хвороби, диференційована психокорекція

Вступ. Параноїдна шизофренія досі залишається актуальною проблемою сучасної медицини, що зумовлено її високою поширеністю та недостатньою ефективністю існуючих методів лікування та реабілітації, а як наслідок – значним впливом хвороби на соціальну та трудову адаптацію пацієнтів, зниженням якості їх життя [10; 14; 15].

Патогенез шизофренії вважається мультифакторним, його вивчення вимагає мультидисциплінарного підходу. Тому традиційна психіатрична практика з переважним використанням методів фармакотерапії, яка недостатньо враховує індивідуальні риси пацієнтів та їх соціальні особливості, виявляється неповноцінною. На основі біологічної терапії має бути розгорнута диференційована реабілітаційна програма, що дозволить використовувати максимум збережених у хворого компенсаторних можливостей [2; 4; 5].

Нині реабілітація розглядається як багатоетапний динамічний процес, метою якого є відновлення особистісного і соціального статусу хворого і який повинен починатися якомога раніше, оскільки в початковому періоді хвороби закладаються основні тенденції пристосувальної поведінки, які багато в чому визначають як характер, так і рівень фактичної адаптації, що досягається хворим надалі [6; 8; 9; 11].

Для проведення реабілітаційних заходів необхідна співпраця з пацієнтом, можлива лише за наявності достатнього рівня усвідомлення хвороби. Психотерапевтична корекція усвідомлення захворювання повинна починатися з найбільш ранньої стадії становлення ремісії [1].

У зв'язку з вищевикладеним, особливого значення набуває дослідження внутрішньої картини хвороби (ВКХ) пацієнта із шизофренією. Дослідження цього

питання при шизофренії нечисленні і носять переважно описовий характер [3; 7; 12; 13].

На сьогодні практично відсутні спроби розробки комплексу реабілітаційних заходів з урахуванням типології ВКХ при цьому захворюванні.

Метою нашого дослідження була оцінка ефективності комплексу реабілітаційних заходів з диференційованою психокорекцією внутрішньої картини хвороби, розробленого для хворих на параноїдну шизофренію на основі вивчення клініко-психопатологічних особливостей захворювання, ставлення до хвороби і соціального функціонування цих осіб.

Матеріали і методи. Були використані такі методи дослідження, як клініко-психопатологічний, психодіагностичний, соціально-демографічний, статистичний. Клініко-психопатологічний метод ґрунтувався на загальноприйнятих діагностичних підходах з використанням при інтерв'юванні пацієнта досвідчених діагностичних критеріїв МКХ-10. Для уточнення ступеня вираженості розладів застосовувалася шкала оцінки позитивних і негативних синдромів (PANSS).

Комплекс психодіагностичних методик складався з: методики діагностики типу ставлення до хвороби ТОБОЛ (Вассерман Л. І. та ін., 2005); методики Life Style Index Келлермана-Плутчика для визначення МПЗ і шкали персонального і соціального функціонування (PSP).

Статистичну обробку отриманих даних та побудову діаграм здійснювали за допомогою програми Excel та статистичного пакету програм зі статистичної обробки даних SPSS for Windows (версія 20.0). Математико-статистичний аналіз даних здійснювався методом описової статистики (визначення середнього у групі і стандартного відхилення).

На першому етапі дослідження було обстежено 120 хворих на параноїдну шизофренію (ПШ). Обстежені хворі на ПШ були представлені рівномірно жінками та чоловіками у віці від 18 до 62 років, середній вік складав $36,82 \pm 9,94$ років. Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно стандартів МОЗ України. Після досягнення часткової ремісії (приблизно 14–21 день проведення психофармакотерапії), здійснювалося вивчення особливостей клініко-психопатологічних проявів за допомогою клінічного опитувальника PANSS, психодіагностичних методик вивчення ВКХ і соціального функціонування пацієнтів з ПШ.

На другому етапі усіх пацієнтів було поділено на 2 групи. Основну групу склали 80 осіб, яким проводили розроблений на основі отриманих результатів власних досліджень реабілітаційний комплекс (РК) з диференційованою психокорекцією в залежності від ВКХ. До контрольної групи увійшли 40 хворих, які в зв'язку з організаційними причинами отримували лише стандартну у лікарні реабілітаційну допомогу.

На заключному етапі (через 3 та більше місяців від початку проведення РК) оцінювали ефективність впровадження розробленого комплексу шляхом порівняння клініко-психопатологічних та психодіагностичних показників, що вивчалися.

Результати дослідження та їх обговорення. За діагностичними критеріями МКХ-10 із загальної кількості синдромів у обстежених виявлено превалювання галюцинаторно-параноїдного (37,5%), параноїдного (15,0%), депресивно-параноїдного (13,3%), афективно-параноїдного (12,5%) та депресивного (10,0%) синдромів. Захворювання частіше протікало за безперервно-прогресивним (51,7%) і приступоподібно-прогресивним (35,8%) типом.

За шкалою PANSS загальний середній бал склав $80,93 \pm 12,36$, за шкалою позитивних синдромів – $16,76 \pm 4,7$, за шкалою негативних синдромів – $21,93 \pm 4,15$, загально-психопатологічних – $42,08 \pm 6,88$, що свідчило про переважання в клінічній картині захворювання негативних синдромів. Причому превалювала негативна симптоматика більш глибокого ступеня вираженості у порівнянні з позитивною і загальною психопатологічною симптоматикою. Середній бал зниження критики становив $3,91 \pm 0,71$, рівень депресивної симптоматики становив $2,72 \pm 0,97$.

При дослідженні рівня соціального функціонування за допомогою шкали персонального і соціального функціонування (PSP) виявлено, що більша частина пацієнтів (72,5%) мали сильно або значно виражені труднощі в більшості сфер соціального функціонування. Достовірно найбільш вираженими були порушення у сфері соціально-корисної діяльності, включаючи роботу і навчання, і у відносинах із близькими. Найменш вираженими були порушення у сфері самообслуговування. Істотні порушення, пов'язані з проблемною поведінкою (порушена або агресивна), були представлені у 39,2% обстежених хворих.

При аналізі частоти виникнення різних типів ставлення до хвороби за методикою ТОБОЛ ми виявили, що тільки у 63 (52,5%) хворих на параноїдну шизофренію визначається чистий варіант ВКХ (табл. 1).

Найчастішим серед типів ставлення до хвороби виявився ергопатичний (стенічний), другим за частотою став сенситивний тип, третім виявився анозогнозичний тип ставлення до хвороби.

Розгляд взаємовпливу психопатологічної симптоматики і ВКХ виявив, що позитивна психопатологічна симптоматика достовірно корелювала тільки з параноїдним типом ВКХ ($r=0,197$ при $p<0,05$). Наявність негативної симптоматики перешкоджала виникненню адаптивної ВКХ за стенічним типом ($r=-0,181$ при $p<0,05$) і сприяла прояву дезадаптивних варіантів ВКХ з інтрапсихічною спрямованістю (апатичний $r=0,344$, меланхолійний $r=0,308$ й іпохондричний $r=0,252$ при $p<0,01$). Більша збереженість критики у хворих на ПШ супроводжувалася реагуванням за сенситивним типом ($r=-0,265$ при $p<0,01$).

Одним з факторів, що бере участь у формуванні ВКХ, є структура МПЗ та їх напруженість. За допомогою опитувальника Індекс життєвого стилю ми виявили, що в досліджуваній групі хворих на шизофренію найбільш вираженими були такі МПЗ, як інтелектуалізація, проєкція і заперечення (табл. 2). Серед хворих з вираженим

Таблиця 1

Частота зустрічальності варіантів типів відношення до хвороби у пацієнтів з ПШ

Варіанти ВКХ	Кількість хворих	
	Абс.	%
Чисті варіанти	63	52,5
Ергопатичний	31	25,8
Сенситивний	16	13,3
Анозогнозичний	11	9,2
Гармонійний	1	0,8
Меланхолійний	1	0,8
Неврастенічний	1	0,8
Апатичний	1	0,8
Паранояльний	1	0,8
Дифузний варіант	38	31,7
Змішані варіанти:	19	15,8
узгоджений тип	15	12,5
суперечливий тип	4	3,3
<i>Розподіл типів відношення до хвороби за блоками адаптації</i>		
соціально адаптований	50	41,7
дезадаптований з інтрапсихічною спрямованістю	36	30,0
дезадаптований з інтерпсихічною спрямованістю	34	28,3
Всього	120	100

Таблиця 2

Варіанти психологічних захистів у обстежених пацієнтів

Типи психологічних захистів	Середній бал за ГЖС			
	у всіх пацієнтів	пацієнти з вираженим ступенем симптоматики за PANSS	пацієнти з вираженим ступенем симптоматики за PANSS (+)	пацієнти з вираженим ступенем симптоматики за PANSS (-)
Заперечення	52,0	50,6	50,9	49,9
Пригнічення	37,0	42,3*	35,7	39,5*
Регресія	42,8	54,1*	42,9	42,7
Компенсація	44,3	43,8	40,0*	43,1
Проекція	55,1	50,4*	52,2*	53,4*
Заміщення	25,6	25,4	19,3*	25,4
Інтелектуалізація	55,1	55,1	52,2*	53,9
Реактивні утворення	46,9	48,8*	43,9*	47,9*
Напруженість захистів у цілому	44,8	45,8	41,9*	44,4

Примітка. * – достовірність відмінностей порівнюваних внутрішньогрупових показників при $p < 0,05$

ступенем симптоматики за PANSS значимого рівня досягла ще регресія ($r=0,247$, $p < 0,01$) при малій напрузі механізму заміщення.

У групі хворих з великою вираженістю позитивної симптоматики виявився негативний тісний зв'язок із заміщенням ($r=-0,590$, $p < 0,05$). Виразеність негативної симптоматики корелювала з МПЗ за типом пригнічення ($r=0,275$, $p < 0,05$). Захисною реакцією стало використання більш простих і звичних поведінкових

стереотипів, заміна рішення суб'єктивно більш складних завдань на відносно прості і доступні в ситуаціях, що склалися.

Виявлено, що МПЗ за типом регресії дає стійкі кореляційні зв'язки з усіма дезадаптивними варіантами ВКХ, утворюючи негативні зв'язки з адаптивними її типами. МПЗ за типом проекції та заміщення також виявлялися у більшості дезадаптивних варіантів ВКХ різної спрямованості. Паранояльний тип ВКХ чітко корелював з

МПЗ за типом інтелектуалізації ($r=0,191$, $p<0,05$), а сенситивний – із захистом за типом реактивного утворення ($r=0,311$, $p<0,01$).

У обстежуваних з великою вираженістю позитивної психопатологічної симптоматики найбільша напруженість МПЗ виявлялася при інтерпсихічних варіантах ВКХ: сенситивному ($r=0,615$, $p<0,01$) та егоцентричному ($r=0,470$, $p<0,05$).

Реабілітаційні заходи згідно з розробленим нами комплексом проводилися в певній послідовності, залежно від стану хворого на момент їх призначення з розширенням кола заходів у міру поліпшення стану, і здійснювалися як на загальнолікарняному рівні, так і всередині відділення. Основними точками прикладання програми реабілітаційних заходів є емоційно-вольові, когнітивні, поведінкові патерни хворих на ПШ, а також рівень соціального функціонування, тип ВКХ і МПЗ, використовуваними ними при зіткненнях з різними життєвими труднощами.

Оскільки більшість пацієнтів продемонструвала поєднання неусвідомлюваних інтра- та інтерпсихічних психотерапевтичних мішеней, що свідчить про тотальне зниження адаптаційного потенціалу, диференційований підхід при виборі основних завдань психокорекції визначався спектром проблем, типом ВКХ і рівнем зниження соціального функціонування, а також адаптаційними можливостями хворого на параноїдну шизофренію. При неусвідомлюваних інтрапсихічних мішенях (МПЗ за типом інтелектуалізації, витіснення, заперечення, і тривожний, іпохондричний, неврастеничний, меланхолійний, апатичний типи ВКХ) акцент робився на поведінкові, тілесно-орієнтовані та арттерапевтичні психотехніки, також використовувалися елементи позитивної психотерапії та гештальт-терапії. При усвідомлюваних інтрапсихічних мішенях (при використанні МПЗ за типом інтелектуалізації та раціоналізації) використовувалися в першу чергу когнітивні, психодинамічні та раціонально-емотивні техніки психокорекції. Для зниження напруженості механізмів інтелектуалізації здійснювався перерозподіл навантаження на менш виражені захисні механізми за допомогою підвищення енергетичного потенціалу, підвищення емоційного реагування за допомогою технік, спрямованих на тілесність і підняття самооцінки, а також арттерапевтичних технік.

За наявності неусвідомлюваних інтерпсихічних мішеней (психологічні захисти за типом проекції, заміщення, реактивного утворення, регресії; такі типи ставлення до хвороби, як сенситивний, егоцентричний, дисфоричний та параноїдний) використовувався клієнт-центрований підхід до пацієнта. В умовах прояву емпатичного розуміння, безумовного позитивного ставлення і максимально можливої щирості контакту виникали передумови для формування більшої довіри пацієнта до міжособистісних відносин. Також використовувалися техніки транзактного аналізу, системної сімейної терапії та психодинамічні підходи. Особлива увага в цьому випадку приділялася груповим психотерапевтичним

заняттям з обов'язковим обговоренням групової динаміки на індивідуальних психотерапевтичних сеансах.

Окрему групу склали пацієнти з переважним анозогнозичним типом ставлення до хвороби, для яких була характерна недооцінка свого хворобливого стану аж до повного його заперечення. У цьому випадку використовувалося в першу чергу поєднання психодинамічного і когнітивно-поведінкового підходів.

Реабілітаційні заходи будувалися за наступною схемою. У відділенні проводилася терапія зайнятості, працювали гуртки. Проводилася індивідуальна психотерапія 2–3 рази на тиждень по 1–1,5 години. Крім цього, пацієнти основної групи відвідували групові заняття. Групи були відкритими, заняття тривали 60–90 хвилин 2 рази на тиждень. Групові заняття проводилися з 8–12 хворими (за прийнятим стандартом формування малих психотерапевтичних груп). Кожен пацієнт відвідував не менше ніж 4–6 занять одного профілю. Водночас хворі основної групи відвідували і колективні заняття, де брали участь одночасно і представники групи порівняння. Це були заняття студії дизайну, кіноклуб, гурток художньої самодіяльності та дискотека.

Реабілітаційний комплекс здійснювався у три етапи. Перший етап: відновна терапія в умовах стаціонарного лікування для запобігання формування психічного дефекту, явищ госпіталізму, «сповзання хворого до ізоляції». Досягалося це поєднанням психофармакотерапії з лікуванням терапевтичним середовищем, зайнятості, індивідуальною і груповою психотерапією, лікувальною фізкультурою, арт-терапією і танцювально-руховою терапією.

Другим етапом реабілітації була реадaptaція – відновлення пристосованості хворого до умов зовнішнього середовища. Пацієнти брали участь у трудовій терапії, а також відвідували музикотерапію, культуротерапію (художню самодіяльність, караоке тощо), студія дизайну, кіноклуб. Також в основній групі проводились навчальні психотерапевтичні групи: психодинамічна група, тілесно-орієнтована терапія, тренінг стійкості до стресу, освітньо-терапевтична група для родичів.

На третьому етапі робота велася з видужуючими хворими, особлива увага приділялася виробленню мотивації до майбутньої виписки, підготовці до повернення в суспільство. В основній групі хворих до вищеписаних додавався навчальний модуль «соціально-комунікативний тренінг», спрямований на формування навичок соціальної поведінки, необхідних для створення соціальних контактів і зменшення стресу, що розвинувся в результаті інтерперсональних конфліктів і невдач. Робота була спрямована на корекцію ставлення до хвороби, закріплення виробленої установки на комплаєнс, зниження явищ самостигматизації.

Контроль ефективності запропонованого комплексу реабілітаційних заходів здійснювався не менше ніж через 3 місяці шляхом оцінювання динаміки стану хворих на параноїдну шизофренію за допомогою шкали оцінки вираженості психопатологічної симптоматики (PANSS) і психодіагностичних методик.

Таблиця 3

Динаміка психопатологічної симптоматики в ході проведення реабілітаційних заходів

Симптоматика	Основна група (бал)				Група порівняння (бал)			
	до РК		після РК		до РК		після РК	
	М	±m	М	±m	М	±m	М	±m
PANSS заг.	79,62	11,17	69,97***	9,78	84,21	12,84	75,6***	10,40
PANSS позит.	16,03	4,39	12,9***	3,49	18,52*	4,74	14,09***	3,75
PANSS негат.	21,53	3,84	18,26***	3,74	22,82	4,29	20,79**	3,82
депресія	2,72	0,94	2,41**	0,72	2,76	1,03	2,39**	0,90
зниження критики	3,71	0,69	3,56**	0,76	4,21**	0,79	4,15	0,67

Примітка. Достовірність відмінностей порівнюваних внутрішньогрупових показників при: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,000$.

Таблиця 4

Зміни в соціальному функціонуванні хворих на параноїдну шизофренію в ході реабілітації

Сфери соціального функціонування	Основна група (бал)				Група порівняння (бал)			
	до РК		після РК		до РК		після РК	
	М	±m	М	±m	М	±m	М	±m
загальний бал	43,99	10,8	51,96***	9,92	37,45	8,36	43,94***	8,06
а) соціально корисна діяльність, включаючи роботу і навчання	4,22*	0,69	3,71***	0,71	4,42	0,66	4,09**	0,58
б) відносини з близькими та інші соціальні відносини	3,71*	0,77	3,51**	0,76	4,12	0,60	3,91*	0,46
с) самообслуговування	1,57	0,72	1,35**	0,54	1,76	0,83	1,55*	0,67
д) турбуюча і агресивна поведінка	2,29	1,16	1,69***	0,70	2,61	1,08	1,91**	0,63

Примітка. Достовірність відмінностей порівнюваних внутрішньогрупових показників при: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,000$.

У результаті психореабілітаційних заходів достовірно ($p < 0,01$) знизилася всі показники вираженості психопатологічних розладів в основній групі, а в групі порівняння достовірного зниження не отримано за показником критичності (табл. 3). При зіставленні динамічних змін між двома групами були встановлено, що в основній групі достовірно більше вираженим було зниження загального рівня негативної симптоматики і підвищення рівня критичності хворих.

Вплив психореабілітаційних заходів на соціальне функціонування виявився результативним в обох групах (табл. 4). В основній групі відзначалося поліпшення у всіх сферах соціального функціонування з більш високою достовірністю, ніж у групі порівняння, особливо за сферою соціально-корисної діяльності та сферою самообслуговування, що ймовірно пояснюється великим впливом реабілітаційних заходів на мотиваційний компонент соціального функціонування.

Вивчення питання про зміну ставлення пацієнтів до свого захворювання (за шкалою ТОБОЛ) представлено в наступній таблиці (табл. 5). В обох групах зафіксовано зменшення дезадаптивних варіантів ВКХ за рахунок тривожного ($p < 0,0001$), параноїального та

іпохондричного ($p < 0,05$), проте зросла частота апатичного варіанта ($p < 0,01$). В основній же групі також збільшилася частота адаптивних варіантів ВКХ за рахунок гармонійного типу реагування на хворобу. У групі порівняння достовірно ($p < 0,05$) збільшилася кількість анозогнозичного та егоцентричного ставлення до хвороби, що може призвести до зниження комплаєнтності лікування.

Під впливом психореабілітаційних заходів у групі порівняння достовірно зменшилася напруженість МПЗ за типом інтелектуалізації та реактивних утворень, що, ймовірно, може бути пов'язано з існуючою емоційною дефіцітарністю, зниженням психічної активності та наростанням когнітивного дефіциту (табл. 6). В основній групі з високим ступенем достовірності зменшилася напруженість таких МПЗ, як заперечення та регресія ($p < 0,000$) (більш давніх і психологічно менш зрілих), і збільшилася напруженість заміщення, інтелектуалізації, пригнічення і компенсації, що свідчить про краще збереження інтелектуальної (когнітивної) функції, відновленні здатності до контролю за своїми депресивними і агресивними проявами, раціоналізації та інтелектуалізації психологічних проблем.

Таблиця 5

**Зміни у ставленні до свого захворювання після проведення реабілітаційних заходів
у порівнюваних групах**

Типи реагування на хворобу	Середній показник у пацієнтів основної групи в балах		Середній показник у пацієнтів групи порівняння в балах	
	до РК	після РК	до РК	після РК
Гармонійний	4,73	6,49*	7,36	6,75
Ергопатичний	15,1	14,84	18,94	20,21
Анозогнозичний	6,18	4,21	6,06	9,21*
Тривожний	15,25	10,71***	11,52	7,24***
Іпохондричний	13,25	11,65*	10,36	9,85
Неврастенічний	10,75	9,25*	9,09	9,90
Меланхолійний	11,66	11,49	8,0	7,73
Апатичний	8,31	10,26**	8,0	12,09***
Сенситивний	23,44	22,97	17,0	18,03
Егоцентричний	12,13	11,64	10,03	11,45*
Паранояльний	8,51	5,16***	7,63	6,15*
Дисфоричний	6,15	4,07**	6,03	4,58*

Примітка. Достовірність відмінностей порівнюваних показників при: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,000$.

Таблиця 6

Зміни МПЗ в ході реабілітації

Механізми психологічних захистів	Середній показник у пацієнтів основної групи		Середній показник у пацієнтів групи порівняння	
	до РК	після РК	до РК	після РК
Заперечення	52,1	42,4***	51,3	58,75
Пригнічення	30,1	33,7**	34,9	36,8
Регресія	45,8	34,7***	36,3	30,7*
Компенсація	47,2	50,73*	38,4	37,9
Проекція	57,4	56,7	50,8	50,7
Заміщення	28,3	33,4**	20,1	24,9
Інтелектуалізація	56,3	62,1**	53,5	42,9**
Реактивні утворення	47,2	47,4	47,9	40,3*
Напруженість захистів у цілому	46,65	45,3	41,4	39,9

Примітка. Достовірність відмінностей порівнюваних показників при: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,000$.

Таким чином, розроблений реабілітаційний комплекс з диференційованою психокорекцією ВКХ продемонстрував високу ефективність, здійснивши позитивний вплив на динаміку психопатологічних проявів ПШ і соціальне функціонування обстежених хворих. Результатом його застосування стала певна гармонізація ВКХ зі зниженням частоти варіантів дезадаптивного ставлення до хвороби, а також зменшенням напруженості деструктивних МПЗ (регресії, заперечення).

Висновки.

1. Переважаючими варіантами ВКХ у хворих на ПШ є ергопатичний, сенситивний і анозогнозичний. При оцінюванні взаємозв'язку ВКХ з вираженістю клініко-психопатологічних проявів ПШ виявлено, що виражена позитивна психопатологічна симптоматика

значимо корелює з паранояльним типом ВКХ. Наявність у структурі ПШ вираженої негативної симптоматики обумовлює формування дезадаптивних типів ВКХ з інтрапсихічною спрямованістю (апатичний, меланхолійний та іпохондричний) і перешкоджає виникненню ВКХ за адаптивним стеничним типом (ергопатичний). Сенситивний тип реагування на хворобу зустрічається у хворих з незначним зниженням ступеню критичності хворого до свого психічного і соціального стану.

2. Провідними механізмами психологічного захисту (МПЗ), у досліджуваній групі хворих на шизофренію, були такі, як інтелектуалізація, проекція і заперечення, а в підгрупі з вираженим ступенем психопатологічної симптоматики ще і регресія. Регресія має тісні кореляційні зв'язки з усіма типами ВКХ (негативні з

ергопатичним і анозогнозичним), а параноальний тип ВКХ чітко корелює з МПЗ за типом інтелектуалізації. Проекція пов'язана з іпохондричним, неврастенічним, меланхолійним і сенситивним типами ВКХ.

3. Оцінка ефективності розробленого для хворих на ПШ реабілітаційного комплексу з диференційованою психокорекцією ВКХ дозволила встановити достовірні ($p < 0,01$) позитивні зміни в клінічній динаміці захворювання і рівні соціального функціонування цих хворих. Використання запропонованого комплексу дозволило домогтися гармонізації внутрішньої картини хвороби зі зниженням частоти варіантів дезадаптивного ставлення до хвороби, а також зменшити напруженість деструктивних механізмів психологічних захистів.

Література:

1. Абрамов В. А. *Діагностика та психотерапевтична корекція порушення усвідомлення психічної хвороби на ранніх стадіях шизофренії* / В. А. Абрамов.
2. О. І. Осокіна, О. Г. Студзінський, І. Я. Пінчук, С. Г. Ушенін та ін. // *Методичні рекомендації*. – Донецьк, 2012. – 39 с.
3. Абрамов В. А. *Психосоціальна реабілітація больних шизофренією: Монографія* / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. - Донецьк: Каштан, 2009. – 584 с.
4. Бессмертный А. В. *Особенности катамнеза внутренней картины болезни в контексте автобиографических воспоминаний у больнх шизофренією* / А. В. Бессмертный, И. Ф. Пирогов, С. Г. Гринвальд // *Медична психологія*. – 2013. - №2. – С.32-38.
5. *Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжёлых психических заболеваниях* / Под ред. Я. ван Вингеля. Пер. с англ. под общ. ред. А. И. Абессоновой. – К., 2002. – 600 с.
6. Гурович И. Я. *Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии* / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. – М., 2004. – 492 с.
7. Кабанов М. М. *Реабилитация в контексте психиатрии* / М. М. Кабанов // *Медицинские исследования*. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 9–10.
8. Крупченко Д. А. *Клиническое значение и особенности осознания болезни (инсайта) у больнх параноидной шизофренією* / Д. А. Крупченко // *Современные направления в лечении и реабилитации психических и поведенческих расстройств: материалы респ. науч.-практ. конф.* - Гродно: ГрГМУ, 2010. - С. 101-103.
9. Марута Н. О. *Первинний психотичний епізод: діагностика, фармакотерапія та психосоціальна реабілітація* / Н. О. Марута, Л. М. Юр'єва та ін. // *Методичні рекомендації*. – Харків, 2009. – 31 с.
10. Ряполова Т. Л. *Ранняя реабилитация хворих на шизофренією (біопсихосоціальна модель): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук* / Т. Л. Ряполова. — Харків, 2010. – 36 с.
11. Пинчук И. Я. *Распространённость психических расстройств в Украине* / И. Я. Пинчук // *Журн. АМН України*. – 2010. – Т.16, № 1. – С.168-176.
12. Пішель В. Я. *Сучасні принципи та практика надання психіатричної допомоги пацієнтам з першим психотичним епізодом* / В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна, К. В. Гузенко // *Методичні рекомендації*. – К., 2008. - 26 с.
13. Татаренко Н. П. *«Внутренняя картина болезни» при шизофренією и её значение для клиники* / Н. П. Татаренко // *Медицинские исследования*. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 140–143.
14. Фільц О. О. *Нозогенні реакції у хворих на шизофренією: клінічна концепція та підходи до лікування* / О. О. Фільц, Ю. М. Лобас // *Медицина світу*, 2002. – С.1-14.
15. *Шизофрения: Клин. руководство* / П. Б. Джонс, П. Ф. Бакли; Пер. с англ.; Под общ. ред. проф. С. Н. Мосолова. – М.: МЕД-прессинформ, 2009. – 192 с.
16. Юрьева Л. Н. *Шизофрения: Клиническое руководство для врачей* / Л. Н. Юрьева. - Д.: Новая идеология, 2010. – 244 с.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИЕЙ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

Н. Е. ИВАЩЕНКО

В статье приводятся результаты исследования структуры внутренней картины болезни (ВКБ) и механизмов психологической защиты (МПЗ) при параноидной шизофрении (ПШ). На основе полученных результатов разработан комплекс реабилитационных мероприятий для больнх ПШ с дифференцированной психокоррекцией ВКБ и оценена его эффективность по динамике клинических показателей и данных психодиагностических исследований. Использование предложенного комплекса позволило установить достоверные позитивные изменения в клинической динамике заболевания и уровне социального функционирования больнх, а также добиться гармонизации ВКБ за счет снижения частоты вариантов дезадаптивного отношения к болезни и уменьшения напряженности деструктивных МПЗ.

Ключевые слова: комплексная реабилитация, параноидная шизофрения, внутренняя картина болезни, дифференцированная психокоррекция

COMPLEX REHABILITATION OF PATIENT WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH DIFFERENTIATED PSYCHOCORRECTION OF INTERNAL PICTURE OF DISEASE

N. Y. IVASHCHENKO

The article provides the results of the study of structure of internal picture of disease (IPD) and psychological defense mechanisms (PDM) for paranoid schizophrenia (PS). Based on the obtained results rehabilitational complex for patients with PS with differentiated psychocorrection of IPD was developed and its effectiveness by dynamic clinical parameters and data of psychodiagnostic investigations was evaluated. Using of proposed complex allowed to obtain significant improvements in clinical dynamics of PS and social functioning of patients and achieve harmonization of IPD by reducing the frequency of maladaptive variants relation to disease and reducing intensity of destructive PDM.

Keywords: rehabilitational complex, paranoid schizophrenia, internal picture of the disease, differentiated psychocorrection

УДК:616.895.4-085:615.815

Є. Я. Пшук

**ОЦІНКА РІВНЯ КОМУНІКАТИВНОГО РЕСУРСУ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ
ТА ЇХ РЕФЕРЕНТНИХ РОДИЧІВ**

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Ключові слова: шизофренія, емпатія, аффіліація, соціальний інтелект, референтний родич

Вступ. Загальновідомо, що поява в сім'ї психічно хворої людини негативно впливає на якість життя як самого хворого, так і його родичів. Так, у хворого на шизофренію змінюються стосунки з близькими людьми, часто виникають стани підвищеної дратівливості та немотивованої агресії або ж навпаки – стани надто зниженого енергетичного потенціалу особистості з обмеженими функціональними (емоційно-вольовими) можливостями. Все це призводить до порушення психологічних компенсаторно-адаптаційних реакцій та станів у родичів пацієнтів з шизофренією, тобто з'являються передумови для психосоціальної дезадаптації референтних родичів.

Будь-яка хвороба, а особливо психічна, така як шизофренія, повністю видозмінює життя людей, які перебувають поруч з психічно хворим, тому що її наявність є важким стресогенним чинником. Тобто саме сім'я може надавати позитивного чи негативного впливу на соціальне функціонування хворого, якість його життя, формування комплаєнсу, а, подекуди, слугувати чинником, що сприяє екзацербачії шизофренічного процесу. Наскільки члени сім'ї здатні формувати адекватні стосунки та адаптуватись до нових умов життя залежить від їх особистісного комунікативного ресурсу, до основних видів якого можна віднести соціальний інтелект, емпатію, аффіліацію. Низький рівень комунікативного ресурсу сприяє формуванню пасивної дезадаптивної поведінки, соціальної ізоляції та дезінтеграції особистості [1; 2]. Емпатія є важливим ресурсом подолання проблемних та емоційно-стресових ситуацій. Між тим, до нинішнього часу не має однозначного визначення щодо формулювання цього феномену [3–7]. Розвинені навички емпатії, на основі альтруїстичної мотивації, дозволяють долати і власний стрес і надавати допомогу в подоланні дистресу особі, яка потребує співпереживання. Недорозвиток навичок емпатії сприяє формуванню егоїстичної мотивації в емоційній відповіді. Така мотивація спрямована, передусім, на збереження власного благополуччя, редукції власної емоційної напруги [8; 9]. Аффіліація – це намагання людини бути серед людей та спілкуватись з ними. Пригнічення потреби в аффіліації викликає відчуття ізоляції, самотності. В стресових ситуація потреба в аффіліації збільшується [10]. З емпатією та аффіліацією тісно пов'язані комунікативна та соціальна компетентність. Це сума знань про партнерів по спілкуванню та навичок конкретного спілкування, які визначаються попереднім досвідом. Емпатійно-аффіліативні ресурси є соціально-психологічним конструктом, який включає когнітивний, афективний та поведінковий компоненти і визначає систему емоційного

та раціонального міжособистісного розуміння [11]. У якості додаткового чиннику, що сприяє розвитку комунікативних копінг-ресурсів розглядається соціальний інтелект, який є базисом реалізації емпатично-аффіліативних тенденцій.

Матеріал та методи дослідження. За умови інформованої згоди, на базі Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. О. І. Ющенко, було обстежено 168 сімей, в яких проживають хворі на шизофренію, та відповідно 168 пацієнтів, (основна група [ОГ], 97 чоловіків та 71 жінка). За діагностичними критеріями МКХ-10 у 77 пацієнтів діагностувався епізодичний тип перебігу з наростаючим дефектом та у 91 – безперервний. Обстежені хворі перебували у віці від 23 до 45 років (у середньому $34,1 \pm 0,8$ років). Тривалість спостереження цих хворих відповідала вимогам МКХ-10 та була не менше року, в середньому 2,7 року. Зі всього загалом обстежених тривалість хвороби у 57 пацієнтів була до 4-х років, у 58 – 4–8 років та у 53 хворих більше 8 років. Середній вік маніфестації захворювання – $25,3 \pm 2,9$ років. 74 пацієнти мали власну сім'ю (обстежені були дружини пацієнтів – Д, чоловіки пацієнток Ч), 94 хворих – проживали з батьками (обстежені були один з батьків). Таким чином, основну групу референтних родичів склали дружини пацієнтів, чоловіки пацієнток та один з батьків обстежених хворих (ОГРР). 29,7% сімей охарактеризували власний матеріальний стан як незадовільний. 66,1% сімей констатували порушення міжособистісних стосунків у сім'ї, що виникли внаслідок появи в сім'ї хворого на шизофренію. Контрольну групу склали 55 сімей, де не проживають психічно хворі (КГ). Методи дослідження: клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психометричний, статистичний. Верифікація діагнозу за критеріями МКХ-10 – включала в себе збір анамнезу та визначення психічного статусу пацієнтів. Для стандартизованої оцінки різних векторів психопатологічної симптоматики шизофренії, таких що визначають її клінічний профіль, була використана Шкала позитивних та негативних синдромів [11]; Оцінка особистісних комунікативних ресурсів (КР) «емпатія, аффіліація, чутливість до знехтування» проводилась адаптованою до використання в Росії методикою виміру емоційної емпатії. А. Mehrabian [5]. Для оцінки рівня соціального інтелекту використовували методику Дж. Гилфорда та М. Саллівена (російськомовна адаптація Михайлової Е. С. [13]. Дослідження соціального пізнання через соціальний інтелект як фактора психосоціальної адаптації дозволяє розуміти та прогнозувати поведінку людей в різних життєвих ситуаціях, розпізнавати наміри, почуття та емоційні стани людини за

Рівень особистісних комунікативних копінг-ресурсів у пацієнтів з шизофренією та респондентів групи контролю (бал, $M \pm m$)

Копінг-ресурси	Групи обстежених		p<AB
	A Основна група, n=168	B Контрольна група, n=55	
Емпатія	9,2±0,11	18,7±0,31	0,001
Аффіліація	8,3±0,87	13,4±0,12	0,001
Сензитивність до знехтування	12,6±0,53	7,8±0,13	0,001

вербальною та невербальною експресією [12]. Методика визначає як загальний рівень соціального інтелекту, так і окремі його складові (здатність передбачати наслідки поведінки, розуміти вербальну та невербальну поведінку, розбиратися в загальній картині міжособистісної взаємодії). Для обстеження референтних родичів (PP) хворих з шизофренією був використаний повний варіант методики. Результати оцінювались за 4 субтестами (СТ, СТ1 історії з завершенням», СТ2 «групи експресії», СТ3 «невербальна експресія», СТ4 «історії з доповненням»), а також враховувалась композитна оцінка.

Результати та їх обговорення. Комунікативні КР є піддрунтям, завдяки якому особистість не лише долає проблемні ситуації, але й адаптується у соціумі. Саме завдяки психологічним ресурсам формується адаптивний чи неадаптивний поведінковий стиль, основу чого, в першу чергу, складають процеси емпатії, аффіліації, психологічного захисту, локус контролю, самооцінки особистості. В ситуації, коли хвороба з одного боку змінює повністю особистісну структуру та сприяє нівелюванню та пригніченню емоційної сфери, а з іншого ускладнює формування адекватної міжособистісної комунікації як у колі сім'ї, так і у соціумі загалом, нагальною постає проблема дослідження основних комунікативних ресурсів як пацієнтів, які хворіють на шизофренію так і їх референтних родичів (PP).

Дослідження «емпатичної» і «аффіліативної» тенденцій, «сензитивності до знехтування» у хворих на шизофренію та здорових респондентів наведені в табл. 1.

Статистично достовірні відмінності між показниками КР хворих на шизофренію та респондентів КГ були виявлені за всіма трьома субшкалами, де дані щодо емпатичної та аффіліативної тенденцій були достовірно нижчими у групі хворих, а за шкалою «чутливість до знехтування» достовірно вищою у порівнянні з даними щодо осіб, які були обстежені у групі контролю ($p < 0,001$).

За субшкалою «емпатичні тенденції» у хворих на шизофренію показники реєструвались у діапазоні від 5 до 19 балів (в середньому 9,2±0,51 балів) – 48,4% від максимального ступеня виразності. У контрольній групі бальна оцінка варіювала від 6 до 22 балів (середні показники становили 18,7±0,31 бала) – 85,0% від максимального ступеня виразності.

Середньостатистичні показники аффіліації у хворих на шизофренію достовірно відрізнялись від аналогічних показників у осіб, які перебували у групі контролю (відповідно 8,3±0,87 та 13,4±0,12 балів; $p < 0,001$).

Показники варіювали від 6 до 17 балів. Максимальна виразність показника становила 48,8% у групі хворих та 78,86% у групі контролю.

Сума балів за субшкалою «сензитивність до знехтування» була значно вищою у хворих на шизофренію (у середньому 12,6±0,53 бали). У групі контролю відповідний показник становив 7,8±0,13 балів. Діапазон індивідуальних відмінностей коливався від 6 до 19 балів у хворих основної групи (або 66,3% від максимальної виразності). У групі контролю бальна оцінка варіювала від 4 до 15 балів (або 52,0% від максимальної виразності).

Дослідження особливостей особистісних комунікативних КР в залежності від тривалості шизофренічного процесу показало, що середні показники вираженості емпатії у групі пацієнтів з тривалістю хвороби до 4-х років (10Г – 57 осіб) становили 11,5±0,13 балів, або ж 60,5% від максимальної виразності, аффіліації 8,9±1,2 балів або ж 46,8% від максимальної виразності, «сензитивність до знехтування» 9,8±0,6 балів (51,5% від максимальної вираженості).

При тривалості хвороби від 4 до 8 років (20Г-58 осіб) середня бальна оцінка за вираженістю емпатичної тенденції була 9,5±0,9 або ж 50,0% від максимальної виразності, аффіліативної 7,9±0,4 бали (46,4% від максимальної виразності), сензитивність до знехтування 11,2±0,3 (58,9% від максимального вираження).

За умов наявності у пацієнтів параноїдної шизофренії 8 років та більше (30Г53 особи) середні показники емпатичної тенденції становили 6,9±0,7 балів, або ж 36,3%, аффіліації 6,6±0,5 балів (38,8%), сензитивність до знехтування 13,2±1,4 балів (69,4%).

Тобто по мірі розвитку шизофренічного процесу знижується здатність хворих до співпереживання ситуації, зменшується потреба в активному спілкуванні, звужується коло інтересів, погіршується міжособистісна комунікація. Дещо емоційно-сплощена позиція хворих, їх намагання нав'язати свою точку зору, бажання підпорядкувати інтереси оточуючих власним інтересам, впливало на когнітивну оцінку пацієнтів з шизофренією. Проявом цього була нездатність зрозуміти внутрішній світ іншої людини, відсутність умінь встановлювати контакти в процесі міжособистісної взаємодії, нездатність отримати необхідну підтримку за умов наявної проблеми, емоційна самотність. Саме такі психологічні особливості сприяли розвитку поведінки самоізоляції та уникнення. На фоні недостатньо розвинених емпатично-аффіліативних тенденцій підвищується рівень сензитивності до знехтування у спілкуванні, що є предиктором, який

Таблиця 2

Показники соціального інтелекту референтних родичів пацієнтів з шизофренією (M±m)

Група	СТ1	СТ2	СТ3	СТ4	КО
РР (n=168)	3,47±0,9 *	3,14±1,6*	3,08±1,1**	3,44±0,5**	3,26±0,2*
КГ (n=55)	4,08±0,5	4,18±0,1	4,13±0,7	4,49±0,2	4,43±0,6

Примітка: показники є статистично достовірними (P<0,05) при позначці *, (P<0,001) при позначці **

визначає рівень вираженості основних симптомів шизофренічного реєстру. Обстежені нами пацієнти намагались будь-яким чином уникати контактів з оточуючими, що посилювало емоційну відгородженість, аутизм.

У референтних родичів показники були наступними: 1ОГРР-емпатична тенденція 12,5±0,4 (67,5% від максимального вираження), аффіліативна 10,3±1,1 (60,6% від максимуму ознаки), сензитивність до знехтування 8,6±0,2 (45,3% від максимального).

В 2ОГРР прояви емпатії становили 11,3±0,9 (59,4%), аффіліатії 10,0 ±1,5 (58,8% від максимального вираження), сензитивність до знехтування 8,4±0,7 (44,2%). В 3ОГРР відповідно 10,7±0,4 (56,3%) емпатична тенденція, 9,6±1,1 аффіліативна (56,5%) та сензитивність до знехтування 7,9±1,2 (41,6%).

Дослідження комунікативних КР в групах референтних родичів (ОГРР) показало, що емпатичні тенденції у РР пацієнтів з шизофренією мали середній ступінь проявів (бальна оцінка 14,4 ± 0,9, виразність становила 84,7% від максимального, діапазон коливань 6–17 балів); показники аффіліатії коливались у РР від 6 до 20 балів, а середня бальна оцінка становила 12,1±0,3 бали (вираженість від максимального 60,5%). Сензитивність до знехтування, як показник успішності у стосунках, коливалась в діапазоні від 6 до 12 балів, а середні показники склали 8,5±0,2 бали, виразність від максимального значення 70,8%.

У референтних родичів показники КР в динаміці розвитку хвороби у ІІІ були наступними: 1ОГРР-емпатична тенденція 12,5±0,4 (67,5% від масимального вираження), аффіліативна 10,3±1,1 (60,6% від максимуму ознаки), сензитивність до знехтування 8,6±0,2 (45,3% від масимального).

В 2ОГРР прояви емпатії становили 11,3±0,9 (59,4%), аффіліатії 10,0±1,5 (58,8% від максимального вираження), сензитивність до знехтування 8,4±0,7 (44,2%). В 3ОГРР відповідно 10,7±0,4 (56,3%) емпатична тенденція, 9,6±1,1 аффіліативна (56,5%) та сензитивність до знехтування 7,9±1,2 (41,6%).

Встановлені показники КР у ОГРР є неоднозначними і, на наш погляд, відображають передбачуваний ситуацією (наявність хвороби близької людини) емоційний стан, який базується на механізмах ототожнення та ідентифікації когнітивної емпатії, основу якої складає предикативна емпатія, яка передбачає здатність до формування прогностичної уяви про іншу людину. Достатній рівень розвитку аффіліативно-емпатичних тенденцій сприяє використанню конструктивних поведінкових стратегій у вирішенні стресових ситуацій. Між тим, у групі хворих, встановлені результати демонструють знижену

емпатично-аффіліативну потребу у пацієнтів з шизофренією та високий рівень сензитивності до знехтування, що свідчить про низький розвиток комунікативних КР. Така особливість є передумовою використання малоадаптивної копінг-стратегії уникнення, яка сприяє поглибленню реалізації потреби у патологічній самоізоляції.

На відміну від хворих, КР РР були достатніми, що сприяло формуванню активного комунікаційного альянсу між РР та ідентифікованим пацієнтом (ІІІ). Коли РР опиняється в ситуації, що пов'язана з стражданнями близької людини, яка потребує допомоги, РР починає відчувати певний дискомфорт, однак намагається віднайти вихід із критичної ситуації. Під впливом альтрустичної мотивації РР реагували на хворобу ІІІ співпереживанням, що зменшувало виразність афективно забарвленого негативного резонансу та сприяло підняттю самооцінки РР. Вони відчували себе донорами соціальної підтримки.

Дослідження рівня соціального інтелекту референтних родичів у сім'ях, де проживає хворий на шизофренію (табл. 2) дозволило виявити деякі особливості та відмінності у порівнянні з респондентами контрольної групи.

Так, за першим субтестом «Історії з завершенням» методики дослідження соціального інтелекту (РР 3,47±0,9, КГ 4,08±0,5 P<0,05) референтні родичі мали посередні здібності щодо пізнання поведінки пацієнта, який хворіє на шизофренію, в умовах сім'ї. Вони могли частково передбачати подальші дії пацієнта на основі аналізу реальних ситуацій сімейного та дружнього спілкування, розуміти почуття хворого на шизофренію і на цій основі визначати ефективність спілкування. Встановлені цифрові дані по першому субтесту дозволяють дійти висновку про те, що референтні родичі хворих на шизофренію не завжди можуть чітко будувати стратегію власної поведінки з метою досягнення певних цілей у лікуванні хворих. Їх поведінка може виходити за межі загальноприйнятих норм, вони невірно уявляють результати власних дій та вчинків інших.

За другим субтестом «групи експресії» (РР 3,14±1,6; КГ 4,18±0,1, P<0,039) встановлені показники дозволяють думати про те, що референтні родичі на відміну від респондентів контрольної групи мають утруднення в оцінці в станів та почуттів за їх невербальними ознаками в процесі міжособистісної комунікації. Коли референтні родичі хворих на шизофренію будують власну лінію поведінки, вони частіше орієнтуються на поодинокі вислови співбесідника, чим на прояви їх невербальної комунікації. В їх розумінні відкритість та дружелюбність не завжди є запорукою успіху у спілкуванні, у них

Рівень соціального інтелекту у обстежених різних груп (M±m)

Група	СТ1	СТ2	СТ3	СТ4	КО
Хворі (n=112)	2,05±1,3**	2,16±0,7**	2,21±0,8**	2,05±1,4**	1,67±0,1**
РР (n=168)	3,47±0,9*	3,14±1,6**	3,08±1,1**	3,44±0,5**	3,26±0,2*
КГ (n=55)	4,08±0,5	4,18±0,1	4,13±0,7	4,49±0,2	4,43±0,6

Примітка: показники є достовірними при позначці * (P < 0,05) та ** (P < 0,001)

знижена чутливість до емоційних станів інших людей і не завжди правильно вони оцінюють власний емоційний статус у спілкуванні, що безперечно є прямим чинником, яким зумовлює дисфункціональність в комунікації. Чутливість до невербальної експресії суттєво посилює здатність розуміти інших. Здатність читати невербальні сигнали іншої людини, усвідомлювати їх та порівнювати з вербальними є основою інтуїції.

Показники субтеста «вербальна експресія» (РР 3,08±1,1 КГ 4,13±0,7, P<0,001) вказують на те, що у референтних родичів, у сім'ях яких проживає пацієнт з шизофренією, знижується здатність правильно та швидко оцінювати мовну продукцію співбесідника в контексті певної ситуації, правильно знаходити відповідний тон спілкування, не завжди правильно проявляють рольову пластичність та розуміють сенс вербальної комунікації.

Результати, які ми отримали за четвертим субтестом «історії з доповненням» (РР 3,44±0,5, КГ, відповідно, 4,49±0,2, P<0,001), показують знижену здатність родичів хворих на шизофренію до вміння аналізувати складні ситуації взаємодії в міжособистісному спілкуванні; вони не завжди правильно можуть оцінити адекватність ситуації для спілкування та передбачити, як буде поводитись людина в подальшому, відшукати причини такої поведінки. Вони відчують складнощі в оцінці потреби та намірів комунікації, прогнозувати їх поведінку та логіку подальших подій.

Композитне оцінювання (РР 3,26±0,2, КГ 4,43±0,6, P<0,05) свідчить про те, що у референтних родичів пацієнтів з шизофренією знижені адаптаційні ресурси особистості в міжособистісній взаємодії, вони відчують утруднення в судженнях про співбесідника, малоконтактні, тактичні та доброзичливі в комунікативній взаємодії у порівнянні з респондентами контрольної групи.

Порівняння показників оцінки соціального інтелекту по субтестам між групами хворих на шизофренію, референтними родичами та респондентами контрольної групи (табл. 3) дає уяву про особливості соціального інтелекту хворих на шизофренію.

Хотілось би зазначити, що як у групі РР, так і в групі хворих на шизофренію, було різне відношення щодо виконання завдань. У референтних родичів участь у тестовій роботі викликала деяке непорозуміння з їх боку, а інколи навіть насторогу та підозрливості. Для хворих на шизофренію виконання тестового навантаження було дещо утрудненим, особливо з тривалістю шизофренічного процесу 6 років та більше, тому з 168 хворих було обстежено 112 осіб. Між тим, більшість хворих були зацікавлені в ситуації психологічного обстеження.

Хворі на шизофренію, як свідчить середня бальна оцінка (табл. 3) не володіють здатністю прораховувати логіку розвитку ситуації, розуміти сенс вчинків та дій персонажів міжособистісної взаємодії, передбачати розвиток подальших подій. Безперечно такі складнощі не дозволяють хворим на шизофренію адекватно оцінити вчинки оточуючих, безглуздо їх інтерпретують, що у кожному конкретному випадку комунікації надає додаткового негативного впливу на формування міжособистісної взаємодії.

Пацієнти з шизофренією, у порівнянні як з референтними родичами, так і з респондентами групи контролю, дуже погано розуміють елементи невербальної комунікації, тому їх висновки йдуть у розріз загальноприйнятим оцінкам, що утруднює орієнтування у спілкуванні. Також нездатність розуміти невербальні сигнали та почуття не дозволяє пацієнтам з шизофренією встановлювати більш близькі та довірливі стосунки, вони обмежені у спілкуванні. За умов наявності вираженої негативної симптоматики у хворих, оцінювання ситуаційної інформації може бути хибним. Так, пацієнти відчують певні труднощі в інтерпретації слів та висновків іншої людини та можуть неправильно оцінити реальну ситуацію взаємодії та неадекватності суб'єкта по спілкуванню.

Відсутність логічного ракурсу в різних ситуаційних контекстах не дозволяє хворим на шизофренію розвинути здатність до видозміни поведінки.

Причиною такого явища, на наш погляд, є наростаюче емоційно-вольове сплюснення у хворих, що відбувається по мірі розвитку хвороби. Загальний рівень соціального інтелекту у хворих на шизофренію можна оцінити як низький 1,67±0,1 (у групі контролю КГ 4,43±0,6, P<0,001; у порівнянні з групою РР 3,26±0,2, P<0,05). Вони є нездатними до культивування взаємної симпатії, підтримки близьких, усвідомлення власних проблем, не мають змоги ділитися своїми переживаннями, у них не має позитивного підкріплення щодо установки у досягненні життєвих цілей.

Респонденти з КГ з успіхом розуміли мову невербального спілкування, могли аналізувати інформацію про інших людей, виказували в достатній мірі точні судження про людей, могли прогнозувати поведінкові реакції комунікаторів у конкретних ситуаціях.

Таким чином, у референтних родичів пацієнтів з шизофренією реєструється середній рівень соціального інтелекту. Така передумова знижує їх здатність до міжособистісного пізнання, адекватності у розумінні поведінки пацієнта в кожній конкретній ситуації та створює базис для деформації соціального сприйняття

як у хворих на шизофренію, так і в їх референтних родичів, що безумовно призводить до зниження соціального функціонування сім'ї та погіршення якості життя її членів.

Література:

1. Amark C. *Emotions and the coping* / C. Amark // *Acta psychiat. scand., Copenhagen.* – 2001. – Suppl. – №70.
2. DuClemente C.C. *Coping and competence in smoking behavior change* / C. C. DuClemente, J.O. Prochaska // S. Shiftman, T.A. Wills (Eds.), *Coping and substance use.* – Orlando: Academic Press. 2005. – P. 319–343.
3. Barrett–Lennard G.T. *The phases and focus of empathy* / G.T.Barrett–Lennard // *Brit. J. Med. Psychol.* – 2003. – Vol. 66 (1). – P. 3–14.
4. Batson C.D. *Distress and empathy: Two Qualitatively Distinct Vicarious Emotions with Different Motivational Consequences* / C.D.Batson [et al.] // *J. of Personality.* – 1997. – Vol.55(1).–P.5–36.
5. Mehrabian A. *Public places and privat space: The psychology work, play and living environments* / A. Mehrabian. – N. Y.: Basic Books, 1976. – 125 p.
6. Schwarzer R. *Generalized self-efficacy: Assessment of a personal coping resource* / R. Schwarzer // *Diagnostica.* – 2004. – Vol. 40. – № 2. – P. 105–123.
7. Terry D. I. *Coping resources and situational appraisals as predictors of coping behavior* / D. I. Terry // *Pers. Individ. Diff.* – 1998. – Vol. 12 (10). – P. 1031–1047.
8. Выговская Л. П. *Эмпатийные отношения младших школьников, воспитывающихся вне семьи: автореф. дисс. ... канд. психол. наук* / Л. П.Выговская – Киев, 1991. – 20 с.
9. Davis M.H. *The effects of dispositional empathy on emotional reactions and helping: A multidimensional approach* / M.H Davis // *J. of Personality.* – 2009. – Vol.51. – P. 167–184.
10. Moos R.H. *Understanding Environments: The Key to Improving Social Processes and Program Outcomes* / R.H. Moos // *Amer. J. of Community Psychology.* – 2006. – Vol.24. (1). – P. 193–201.
11. Ярцев А. П. *Оценка центральных личностных функций больных с алкогольной зависимостью* // *Вопросы наркологии.* — 2007. — № 3. — С. 27 – 32.
12. Бобнева М. И. *Социальные нормы регуляции поведения* / Бобнева М. И., -М.: Наука, 2004. – 311 с.
13. Михайлова Е. С. *Социальный интеллект: концепции, модели, диагностика*/Михайлова Е. С.-СПб.:СПбГУ, 2007. – 266 с.

ОЦЕНКА УРОВНЯ КОМУНИКАТИВНЫХ РЕСУРСОВ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И ИХ РЕФЕРЕНТНЫХ РОДСТВЕННИКОВ

Е. Я. Пшук

Исследованы коммуникативные ресурсы (эмпатия, аффилиация, социальный интеллект) у пациентов с шизофренией и их референтных родственников в динамике развития заболевания. Установлено, что с увеличением длительности заболевания происходит истощение коммуникативных ресурсов не только у пациентов с шизофренией, но и у их референтных родственников, что необходимо учитывать при разработке психообразовательных программ.

Ключевые слова: шизофрения, эмпатия, аффилиация, социальный интеллект, референтный родственник

LEVEL ASSESSMENT RESOURCES COMMUNICATIVE PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND THEIR REFERENCE RELATIVES

Y. Y. Pshuk

Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University

Summary: investigated communicative resources (empathy, affiliation, social intelligence) in patients with schizophrenia and their relatives reference in the dynamics of the disease. Found that with increasing duration of the disease, depletion of communicative resources not only in patients with schizophrenia, but also for their relatives reference that must be considered in the development of psychoeducational programs.

Keywords: schizophrenia, empathy, affiliation, social intelligence, the reference relative

УДК 616.89-05-616.831

О. П. Романів

**ІНФАРКТ МІОКАРДА ЯК СПОСІБ МАНІФЕСТАЦІЇ СУЇЦИДОЛОГІЧНОЇ
НАЛАШТОВАНОСТІ КАРДІОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ**

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

Ключові слова: інфаркт міокарда, суїцид, аутоагресія, аутодеструкція, Колумбійська шкала

Актуальність. Психологічні та психопатологічні описи особистості, схильної до захворювань серцево-судинної системи і, зокрема, інфаркту міокарда містять велику кількість різноманітних характеристик та добре розкриті як у кардіологічній, так і в психіатричній літературі. Проте типологізація психічних феноменів таких хворих з точки зору суїцидології на сьогодні є мало розробленою, незважаючи на велику діагностичну та терапевтичну цінність.

Згідно даних останніх епідеміологічних розробок інфаркт міокарда часто виявляє коморбідність із соматоформними, нозогенними, афективними та органічними

психічними розладами. Крім цього, значну частину серцево-судинних захворювань викликають психогенно обумовлені травмуючі ситуації високої особистісної значущості (від умовно-патогенних обставин повсякденного життя до істинно стресогенних: втрата близької людини, крах життєвих цінностей, важке захворювання тощо). Механізм розвитку таких психогенно обумовлених захворювань розглядається в рамках концепції неспецифічного психічного стресу. На основі цього механізму виділено два типи психогенно прокованих особистісних реакцій: механізм «ключового переживання» та механізм конверсії.

Стани першого типу маніфестують в ситуаціях, патогенних для осіб-носіїв певних кататимних переживань, що мають схильність до ампліфікації негативних переживань (загроза діловій репутації, втрата об'єкту надцінної прив'язаності, неможливість виконання обов'язків). Психосоматичні стани конверсійного типу маніфестують під впливом різнопланових, неспецифічних тригерів (умовно-патогенні обставини) та проявляються у вигляді соматизованої тривоги, яка, при хронічному перебігу, у свою чергу призводить до виникнення захворювання.

Дані психосоматичні концепції виникнення інфаркту міокарда мають багато спільних елементів з механізмами розвитку суїцидальних тенденцій особистості взагалі, що і обумовило наш науковий інтерес до даної проблеми.

Метою даної роботи було виявлення та характеристика психологічних та психопатологічних особливостей осіб з інфарктом міокарда в анамнестичному розрізі, порівняння цих даних із аналогічними характеристиками в загальній популяції та групою обстежуваних суїцидентів.

Матеріали й методи. Для реалізації мети дослідження було обстежено 48 пацієнтів кардіологічного профілю, віком від 29 до 60 років, які в найближчому минулому (від 5 днів до 2-х місяців) перенесли інфаркт міокарда різного ступеня важкості та локалізації. Серед них 32 чоловіків та 16 жінок.

У групу порівняння увійшло 60 суїцидентів віком від 25 до 63 років, що було обстежено в найближчому постсуїцидальному періоді. Розподіл обстежуваних за статтю складав: 36 чоловіків та 24 жінки. Процедура обстеження була реалізована по мірі поступлення даних осіб у психіатричний стаціонар.

Інструментарій обстеження всіх трьох груп обстежуваних представлений наступними методиками та оціночними шкалами:

1. Колумбійська шкала оцінки важкості суїциду (C-SSRS) користується широкою поширеністю та гнучкістю у виявленні різного роду суїцидальної налаштованості. Перевагою даної шкали можна вважати можливість її використання в ретроспективному плані, що робить її придатною не тільки в групі суїцидентів, але дає можливість виявити цінні анамнестичні відомості в групі кардіологічних хворих, зокрема кількісно та якісно описати аутоагресивні, суїцидологічні переживання хворих на інфаркт у минулому. Шкала складається з чотирьох модулів: 1) суїцидальні ідеї; 2) інтенсивність суїцидальних ідей; 3) суїцидальна поведінка; 4) реальна/потенційна небезпека суїцидальних спроб.
2. Коротка психіатрична оціночна шкала (BPRS) дала можливість описати психіатричні симптоми та феномени в досліджуваних групах для формулювання заключення про стан психічного здоров'я обстежуваних, верифікації діагнозу.
3. Діагностичний опитувальник біполярного афективного розладу дав можливість оцінити роль афективних (а саме – коливання настрою) показників у маніфестації патологічних станів у досліджуваних

осіб. На основі даного опитувальника вираховувався так званий «індекс біполярності», що визначає ступінь вираженості біполярної налаштованості особистості. Опитувальник призначений для попередньої діагностики та скринінгового виявлення біполярного розладу. Він складається з основної частини – 32 питань з однозначними відповідями «так» або «ні», що стосуються особливостей поведінки в стані «припіднятості». Саме ці питання підраховувалися в «індекс біполярності».

4. Опитувальник стану здоров'я (PHQ) містить у собі набір запитань, що стосуються соматичних скарг обстежуваних осіб, що дає можливість оцінювати вплив тілесних переживань на важкість психічного стану обстежуваних.
5. Шкала оцінки якості рівня життя за Чабаном О. С., Хаустовою О. О. Тест містить у собі 10 запитань, що включають інтегровані показники задоволення соціальним статусом, трудовою діяльністю, сімейним благополуччям, самопочуттям у цілому та дає змогу виявити динаміку зміни у ставленні пацієнта до цих положень у процесі терапії; оціночні критерії тесту виявляють суб'єктивні переживання якості життя як вкрай низької (менше 7-ми балів), низької (7–12 балів), середньої (13–18 балів), високої (19–24) та дуже високої (25–39). Спрямованість на суб'єктивну оцінку власного життя, задоволення/незадоволення ним у цілому та окремими його аспектами дало можливість локалізувати межі індивідуально-психологічного дискомфорту як потенційної передумови та платформи, на якій розвиваються суїцидальні інтенції та психосоматичні передумови розвитку інфаркту міокарда.

Результати. Оцінка динаміки аутоагресивних тенденцій у групах суїцидентів та хворих на інфаркт міокарда на момент обстеження та в анамнестичній площині дала можливість виявити певні психопатологічні закономірності.

Зокрема значна частина пацієнтів з інфарктом міокарду мала досвід суїцидальної налаштованості різного ступеня вираженості – від епізодичних думок про розршення життєвих проблем внаслідок власної смерті до намірів та навіть планів здійснення суїцидальної спроби в минулому. У більшості таких випадків на висоті життєвої кризи мали місце активні неспецифічні думки про самогубство.

Виходячи з отриманих відомостей та результатів Колумбійської шкали оцінки важкості суїциду, більше третини пацієнтів з інфарктом міокарда мали в минулому суїцидальні ідеї різного ступеня важкості, серед яких переважали бажання померти (24%) та активні неспецифічні ідеї про самогубство (12%). Частота та тривалість думок про самогубство в таких осіб відповідають середнім показникам по шкалі C-SSRS, що говорить про відносно високу вираженість переживань. Проте цікавим є порівняння рівня контрольованості та участі стримуючих факторів у припиненні (або нівелюванні особистісного значення) суїцидальних думок. Так

Таблиця 1

Вираженість суїцидальних думок в анамнезі серед хворих на інфаркт міокарда (%)

Суїцидальні думки	%	Інтенсивність суїцидальних думок	%
Бажання померти	24	Частота: 1 р/тиждень, 2-5 р/тиждень	61
		Тривалість: менше години та 1-4 години	56
Активні неспецифічні думки про самогубство	12	Контрольованість: - з незначними труднощами	55
		- з деякими труднощами	29
		- з великими труднощами	9
		Стримуючі фактори: - утримали від суїцид. спроби	74
Актуальні суїцидальні ідеї без наміру діяти	1	- вірогідно утримували від спроби	15
		- не зрозуміло чи утримували від спроби	11
Актуальні суїцидальні ідеї з наміром діяти	3	Привід до суїцидальних думок: - виключно для повертання уваги	14
		- здебільшого для повертання уваги	12
		- як для повертання уваги, так і для зменшення страждань	25
Суїцидальні ідеї з наміром та планом дій	2	- здебільшого для припинення страждань	29
		- виключно для припинення страждань	30

більше половини обстежених цієї групи, що виявляли суїцидальні думки, могли з незначними труднощами їх контролювати. З історій життя цих пацієнтів стало відомим, що високі соціальні вимоги, обов'язки перед родиною, небезпека втратити авторитету перед оточенням значною мірою сприяли стимулюванню соціального функціонування, орієнтації на довготривалі перспективи. Такі обставини певною мірою «відставляли» на

задній план суїцидальні переживання, незважаючи на індивідуальну значущість (більше половини (59%) таких пацієнтів вважали приводом до суїцидальних переживань можливість зникнення особистісних страждань внаслідок власної смерті). 6 осіб у минулому мали зупинену або перервану суїцидальну спробу.

Порівнюючи аналогічні показники в групі суїцидентів у їх анамнезі (період перших суїцидальних проявів

Таблиця 2

Вираженість суїцидальних думок в анамнезі серед групи суїцидентів (%)

Суїцидальні думки	%	Інтенсивність суїцидальних думок	%
Бажання померти	27	Частота: 1 р/тиждень, 2-5 р/тиждень	57
		Тривалість: менше години та 1-4 години	44
Активні неспецифічні думки про самогубство	12	Контрольованість: - з незначними труднощами	32
		- з деякими труднощами	43
		- з великими труднощами	20
		Стримуючі фактори: - утримали від суїцид. спроби	44
Актуальні суїцидальні ідеї без наміру діяти	43	- вірогідно утримували від спроби	19
		- не зрозуміло чи утримували від спроби	27
		Привід до суїцидальних думок: - виключно для повертання уваги	12
Актуальні суїцидальні ідеї з наміром діяти	11	- здебільшого для повертання уваги	14
		- як для повертання уваги, так і для зменшення страждань	29
Суїцидальні ідеї з наміром та планом дій	7	- здебільшого для припинення страждань	24
		- виключно для припинення страждань	21

особистості), ми відмітили майже ідентичну вираженість суїцидальних думок та налаштованості, проте зі значним зниженням ролі стримуючих факторів.

Таким чином, прослідковуються деякі спільні тенденції особистісної організації в площині аутоагресивної налаштованості як в групі пацієнтів кардіологічного профілю, так і серед суїцидентів. Очевидними розбіжностями на подальших етапах є посилення контролюючих та стримуючих суїцидальні переживання механізмів, які трансформують явні аутоагресивні тенденції у соціальну активність, що, на нашу думку, сприяє компенсаторному (відносно можливого суїциду) врівноваженню особистості.

На жаль, можливості Колумбійської шкали поширюються лише на очевидні (як для самого пацієнта, так і для досліджуваного) аутоагресивні прояви. Тому виявляти інші модальності, які, можливо, сприяли маніфестації інфаркту міокарда, ми вирішили за допомогою інших методик.

Коротка психіатрична оціночна шкала (BPRS) дала можливість при дослідженні ретроспективних показників серед пацієнтів з інфарктом міокарда виявити відсутність або незначний рівень стурбованістю власним соматичним станом (на час умовного благополуччя, до моменту інфаркту міокарда) разом з високою емоційною заглибленістю в себе або навпаки – збудливістю та напруженістю. Такі комбінації показників виявляли більшість обстежених цієї групи (78%).

Поряд з цим, у групі суїцидентів відмічалися відносно вищі показники тривожності, почуття провини та депресивні переживання (комбінація високих показників за цими параметрами відмічалася у 64% обстежених суїцидентів) як в минулому, так і в найближчому постсуїцидальному періоді.

Цікавим є спостереження, що співвідношення збудливості/напруження та тривожності/репресивності відчуття провини у кардіологічних хворих до маніфестації інфаркту та після значно змінилися в сторону більшої вираженості останніх. Тобто факт захворювання інфарктом міокарда та реалізація суїцидальної спроби зводять особистісні реакції в досліджуваних обох груп в один полюс. Цим можна пояснити також відому тенденцію до інтенсифікації суїцидальних думок та намірів після інфаркту міокарда.

Вдалося виявити також значно вищий індекс біполярності (середній показник для кардіологічних пацієнтів – 26, для суїцидентів – 17). При цьому хворі на інфаркт міокарда виявляли більшу схильність до проявів гіпоманії та навіть клінічно виразної манії протягом тривалого періоду життя перед хворобою, чим пояснюється їх високий рівень соціального функціонування, та деякий «протективний» ефект щодо контролю над суїцидальними інтенціями в минулому.

Серед представників групи пацієнтів з інфарктом 31,7% мали психічні та поведінкові розлади, пов'язані з вживанням алкоголю, 9,4% – іншими середниками (снодійні, заспокійливі, наркотичні речовини).

У групі суїцидентів мали місце верифіковані на момент обстеження депресивні епізоди різного ступеня важкості (в 33,4% обстежених), рекурентний депресивний розлад (28,6%) та тривожно-депресивний розлад (25,4%).

Переорієнтація на соматичне благополуччя та пов'язані з ним іпохондричні та тривожно-депресивні переживання посилювалися у пацієнтів після інфаркту. Біль у голові, грудній клітці, посилене серцебиття є як суб'єктивні переживання, що домінували в оцінці власного здоров'я як «поганого». У той же час, протягом тривалого часу пацієнти відмічали й інші ознаки порушень здоров'я (як-то посилення або зниження апетиту, безсоння, зміни настрою, зниження концентрації уваги, втомлюваність), на які хворі не зважали та продовжували активну трудову та соціальну діяльність. Це свідчить про нечутливість до власних тілесних відчуттів та переживань у цих осіб, яка в свою чергу безпосередньо чи опосередковано призвела до очевидної катастрофи здоров'я у вигляді інфаркту міокарда. Таких висновків вдалося дійти порівнюючи відповіді суїцидентів та кардіологічних хворих на питання Опитувальника стану здоров'я (PHQ).

Вагомим доповненням до цієї методики виявилася Шкала оцінки якості рівня життя: вдалося встановити ширші закономірності соціального та особистісного благополуччя досліджуваних у часовій динаміці. Зокрема хворі на інфаркт упродовж тривалого часу до своєї хвороби відмічали якість свого життя як високу (44,5%) та дуже високу (23,8%) здебільшого за рахунок власної самореалізації, соціальної активності та статусу, фінансового благополуччя та пов'язаної з цими аспектами гедонії. Хоча в той же час більшість обстежуваних (68,5%) відмічала дефіцит тісних міжособистісних стосунків, сумісного проведення часу з родиною і задоволення від роботи. Для цих осіб ключовим підтримуючим (до певної міри) особистісним ресурсом було задоволення та реалізація нарцистичних потреб, які в свою чергу також нівелювали деякі суїцидальні схильності. Тому стає зрозумілим різке (можливо, за рахунок більше психологічних переживань, аніж реального фізичного дефекту) зниження суб'єктивної оцінки якості життя. У групі суїцидентів відмічалася відносно рівномірна оцінка якості власного життя від моменту умовного благополуччя до періоду посилення суїцидальної налаштованості та власне спроби самогубства: низький (27,1%), середній (32,4%) та високий (11,8%) проти 49%, 18,7% та 5,9% відповідно.

Висновки. Підсумовуючи вищеописані тенденції та паралелі розвитку інфаркту міокарда з суїцидом, можна говорити про певну спорідненість між цими процесами в площині аутоагресивності. Про це, зокрема, свідчить високий рівень суїцидальної налаштованості в анамнезі серед пацієнтів з інфарктом міокарда, який проте піддається контролю та їх стримуванню сильніше, ніж це можна прослідкувати в історії життя суїцидентів. У цьому випадку протективні (стосовно суїциду) механізми не втрачають своїх аутоагресивних якостей,

а лише трансформують особистісні паттерни поведінки в іншу форму прояву, одним з варіантів якої можна вважати інфаркт міокарда. Виявлені характерологічні та психопатологічні відмінності між досліджуваними групами, а саме більша схильність до гіпоманіакальних та маніакальних станів у пацієнтів-інфарктників та схильність до депресивних і тривожно-депресивних розладів у суїцидентів.

Можна припускати спорідненість цих процесів (суїциду та інфаркту) не лише в плані афективних розладів, а й в площині задоволеності якістю власного життя, що певною мірою витікає з можливостей нарцистичної компенсації чи гіперкомпенсації. Подальші дослідження та методичні розробки даної проблеми з психологічного, психопатологічного та соціального аспекту дадуть відповіді на питання попередження, профілактики та корекції як суїцидальної поведінки, так й інфаркту міокарда.

Література:

1. Смулевич А. Б., Медведев В. Э. Психические расстройства у больных с инфарктом миокарда. В книге А. Л. Сыркина, Н. А. Новиковой. С. А. Терехина "Острый коронарный синдром". М., МИА; 2010: 123-36.
2. Чабан. О. С., Хаустова. О. О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування): Посібник.-Київ: ТОВ «ДСГ Лтд», 2004 – 96 с.
3. Юсупходжаев Р. В., Сидорова Т. И., Ефремушкин Г. Г.

Копинг-стратегии и механизмы психологической защиты у больных инфарктом миокарда и их психотерапевтическая коррекция на санаторном этапе реабилитации. Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2007. № 3. С. 186-190.

4. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология. Пороги, Днепропетровск, 470 с., 2006.
5. Положий Б. С., Панченко Е. А., Посвянская А. Д., Дроздов Э. С. Клинико-социальные характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки. Российский психиатрический журнал. 2008, №2 С. 16-21.
6. Пилиягіна Г. Я. Аутоагресивна поведінка: патогенетичні механізми та клініко-типологічні аспекти діагностики і лікування — Автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.01.16. — Київ, 2004. — 32 с.
7. Сухинин А. В., Яковлева О. А. Суицидальное поведение и его социально-психологический анализ. Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 5: Юриспруденция. 2012. №1. С. 148-154.
8. Копылов Ф. Ю., Сыркин А. Л., Дробижев М. Ю., Висуров С. А., Медведев В. Э. Клинические и психосоматические особенности течения гипертонической болезни в условиях хронического стресса. Клиническая медицина. 2008; 2: 23-6.
9. Смулевич А. Б., Медведев В. Э., Фролова В. И. Ритмы депрессии при эндогенных и соматических (дермато- и кардиологических) заболеваниях. Психические расстройства в общей медицине. 2008; 1: 22-5.
10. Копылов Ф. Ю., Медведев В. Э., Никитина Ю. М. Прогностическое значение психических и патохарактерологических расстройств в прогрессировании ИБС. Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2008; 3 (том 1): 24-7.
11. Медведев В. Э. Личность пациента как фактор заболеваемости ишемической болезнью сердца. Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2010; 5:18-23.

ИНФАРКТ МИОКАРДА КАК СПОСОБ МАНИФЕСТАЦИИ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТРОЕННОСТИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

А. П. РОМАНОВ

Сочетание в жизни отдельного пациента как суицидальной активности (мысли, намерения, попытки), так и возникновения тяжелого соматического заболевания (например, инфаркта миокарда) свидетельствуют о сложных психологических, физиологических и психопатологических взаимодействиях между ними. Если в большинстве кардиологических больных с высокой вероятностью удается установить аутодеструктивные тенденции личности в прошлом, то роль выраженных суицидологических намерений у этих пациентов, их взаимодействие с патогенезом кардиологической патологии является не столь очевидной.

В данном исследовании мы обратили внимание именно на такие случаи, поскольку идентификация взаимодействия суицидологических и психосоматических феноменов в этих пациентов позволит более четко понять ключевые моменты развития, а значит - и предупреждения как суицидальной активности, так и инфаркта миокарда.

Было проведено обследование 48 человек с инфарктом миокарда (в ближайших 3 недели после его возникновения), у которых в разной степени была выражена суицидальная настроенность - от эпизодических суицидальных мыслей на высоте жизненных кризисов, до выраженных суицидальных намерений с суицидальными попытками. Ключевым инструментом исследования в связи с этим мы выбрали Колумбийскую Шкалу оценки тяжести суицида (C-SSRS). В сочетании с изучением катамнестических и анамнестических сведений о больном, выяснением ключевых копинг-стратегий поведения в трудных жизненных ситуациях и непосредственных предпосылок возникновения инфаркта, данная оценочная шкала позволяла сравнивать суицидологическую и психосоматическую реализацию аутоагрессивного у одного человека в разные периоды времени. Благодаря такому подходу удалось выяснить, что те поведенческие стратегии и мотивация, которые помогали личности преодолевать суицидальные мысли и намерения, оказывались неэффективными в случае возникновения инфаркта миокарда. Также выявлены некоторые количественные и качественные взаимосвязи между степенью выраженности суицидальных тенденций в прошлом и возникновением инфаркта миокарда.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, суицид, аутоагрессия, аутодеструкция, Колумбийская шкала

MYOCARDIAL INFARCTION AS A WAY OF MANIFESTATION SUICIDAL DISPOSITION CARDIAC PATIENTS

O. P. ROMANIV

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 suicidal 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 suicidal 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 suicidal and psychosomatic implementation behavior one person at different times. Through this approach, we found that these behavioral strategies and motivation to help the individual overcome suicidal 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.

Keywords: myocardial infarction, suicide, autoaggression, autodestruction, Colombian scale.

УДК: 616. 89

О. О. Літвінов

РОЗЛАДИ СПЕКТРА АУТИЗМУ У ДОРΟΣЛИХ

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

Ключові слова: розлади спектра аутизму, психіатрична допомога, соціальна допомога

Лео Каннер у 1943 році вперше опублікував статтю, в якій описав 11 дітей з «раннім аутизмом» [1]. З тих часів інтерес до первазивних розладів розвитку зростає прямо пропорційно до накопичування наукових даних про їх генез, перебіг, зв'язок з медико-соціальними, економічними і навіть політичними питаннями.

Згідно з сучасними уявленнями аутизм є хворобою, в основі якої лежать порушення загального розвитку, що зумовлюють його дисгармонічність і супроводжуються порушеннями соціальної реципрокності, комунікації та стереотипними формами поведінки [2; 6]. Розлади спектра аутизму (РСА) маніфестують у ранньому дитячому віці і спостерігаються протягом всього життя людини, зумовлюючи обмеження її соціального функціонування [6]. Аутизм зустрічається серед представників всіх соціальних верств населення, в усіх регіонах світу. Хлопчики хворіють на аутизм приблизно в 4-5 разів частіше, ніж дівчатка [8; 10; 12]. Частина високо адаптованих пацієнтів здатні вести самостійне функціонування, підтримувати родинні стосунки, отримувати вищу освіту [5].

Вважається, що аутизм може бути пов'язаний з різними біологічними причинами. Однією з причин його розвитку є генетичний поліморфізм, зокрема мутації гена *contactin-4*, що відповідає за диференціацію міжнейрональних зв'язків. Описана низка інших мутацій, асоційованих із РСА, проте за рахунок генетичного поліморфізму можна пояснити не більше 4% випадків захворювання. Інші фактори, зокрема середовищні, також беруть участь у розвитку розладу [6].

Нині існує декілька концепцій, що пояснюють появу аутизму: вплив навколишнього середовища (що пов'язує захворювання з дією на організм важких металів, насамперед ртуті та свинцю як внутрішньоутробно, так і після народження), імунологічна теорія (гіперергічна реакція імунної системи на «тригер», наприклад, вакцинацію), метаболічна теорія (порушення обміну речовин, фенілкетонурія, наслідком якої може бути розумова відсталість), або неврологічна, зумовлена, наприклад, наявністю у дитини епілептичної енцефалопатії [12].

Ряд дослідників роблять наголос на поліетиологічності РСА, пов'язуючи їх походження з органічними, реактивними причинами, наслідками порушення симбіозу між матір'ю та дитиною, – порушеннями адаптаційних механізмів у незрілої особистості [13].

Загальна концепція аутизму та, відповідно, діагностичні критерії захворювання знаходяться на стадії формування [3;6]. За останні два десятиріччя методика діагностики первазивних розладів суттєво змінилася [10].

Діагностичні критерії аутизму постійно переглядаються в бік їх розширення [12].

Доки не ідентифіковані специфічні біологічні маркери, розлади спектра аутизму виявляються за поведінковою симптоматикою [6]. «Золотим стандартом» діагностики розладів спектра аутизму є два інструментарії: напівструктуроване оцінювання аутистичної поведінки (ADOS) [6; 10; 14] та напівструктуроване батьківське інтерв'ю аутизму (ADI-R) [6; 10; 12; 14]. Ці інструментарії є валідними у дітей з 1,5 років та у дорослих.

За інформацією ВООЗ поширеність розладів спектра аутизму в дитячому віці становить понад 1% від дитячої популяції. За даними Міжнародної асоціації «Аутизм – Європа» кожна 88 дитина в Європі має ознаки розладів загального розвитку та потребує медико-психологічної допомоги. Таким чином, рівень діагностики розладу в Україні є недостатнім.

До 2006 року аутизм в Україні майже не діагностувався. Замість розладів спектра аутизму дітям не обгрунтовано виставлялися діагнози розумової відсталості, психоорганічного синдрому, дитячої шизофренії. З 2006 до 2011 року діагностована захворюваність на розлади спектра аутизму зросла в Україні в 2,5 рази, але залишається невисокою порівняно з показниками країн регіону Європи. Під наглядом дитячих психіатрів України в 2011 році перебувало 2227 дітей з розладами спектра аутизму, поширеність розладів становила 27,8 на 100 000 дитячого населення (Марценковський І. А., 2013).

За даними офіційної статистики, поширеність розладів спектра аутизму у дорослих, у країнах Європейського Союзу коливається в діапазоні від 1 на 100 до 1 на 150. Зокрема, у Великій Британії 1,8% чоловіків та 0,8% жінок хворіють на дані розлади [3].

У дорослих РСА в Україні майже не діагностуються. По досягненні дитиною, що мала діагноз аутизму, 18-річного віку, діагноз у неї безпідставно змінюється на психічні розлади, внаслідок органічного ураження мозку, шизофренію, розумову відсталість. Така клінічна практика є відмінною від тієї, що склалася в більшості країн світу. За даними міжнародної організації «Аутизм – Європа», майже в усіх країнах Європейського регіону, за винятком Сербії та Хорватії, хворі з РСА, діагностованими в дитячому віці, після досягнення повноліття продовжують спостерігатися у психіатрів, отримувати соціальну та медичну допомогу з такими саме діагнозами.

Мета дослідження. Дослідити пов'язаний з віком клінічний поліморфізм РСА, описати особливості

клінічної картини та адаптивної поведінки у підлітків і дорослих з розладами спектру аутизму.

Матеріали і методи дослідження. Об'єктом дослідження були пацієнти з РСА. Досліджувалися психічні розлади, обмеження соціального функціонування і методи терапії та медико-соціальної допомоги, які отримували підлітки та повнолітні, хворі на РСА. Для досягнення поставленої мети використовувалися анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний методи, а також клініко-динамічне спостереження, що ґрунтувалося на загальноприйнятих підходах щодо психіатричного обстеження з використанням структурованого діагностичного інтерв'ю аутизму (Autism Diagnostic Interview, Revised – ADI-R), адаптованого УНДІ ССПН, напівструктурованого інтерв'ю афективних розладів і шизофренії (SADS), шкали адаптивної поведінки Вінленд (Vineland Adaptive Behavior Scale), шкали позитивних та негативних симптомів (PANSS), шкали загального клінічного враження (CGI).

Обстежено 20 хворих (чоловіків – 15, жінок – 5) у віці від 16 до 23 років, у яких діагностовано один із РСА. У віці 16–18 років було 6 пацієнтів (4 чоловіки, 2 жінки); у віці 19–23 років було 14 пацієнтів (11 чоловіків, 3 жінки).

Результати дослідження. У сімейному анамнезі 6 хворих спостерігалися випадки захворюваності на шизофренію та аутизм. Випадки шизофренії мали місце в 5, аутизму в 1 родині.

Пренатальна патологія в анамнезі хворих на РСА зустрічалася частіше. Лише у 2 матерів пацієнтів фізіологічно перебігали як пологи, так і вагітність, у решти 18 в анамнезі виявлена ускладнена вагітність (токсикоз, внутрішньоутробні інфекції) та/чи застосовувалися акушерські пологодопоміжні операції і втручання (кесарів розтин, акушерські щипці, вакуумекстракція, стимуляція пологів).

У 8 випадках виникнення порушення загального розвитку дитини батьки пов'язували з певними чинниками, а саме: психічними травмами, фізичними травмами, щепленням. У більшості випадків (12 спостережень) у сімейному анамнезі не встановлено подій, які мали причинно-наслідковий зв'язок з РСА.

У ранньому дитинстві 11 рандомізованих пацієнтів спостерігалися у психіатрів чи неврологів із затримкою розвитку. 15 хворих мали IQ в межах, що відповідав рівню розумової відсталості. У 5 рандомізованих пацієнтів IQ було вище 70. 14 з 20 дорослих з РСА отримали середню освіту. З них 2 вступили до ПТУ, решта ніде не навчалася. Трудовою діяльністю ніхто з рандомізованих пацієнтів на момент обстеження не займався.

Половина хворих (10) мали ознаки стійкої соціальної дезадаптації, потребували постійного стороннього нагляду та догляду; 8 - були частково здатні до самообслуговування, вирішували конкретні ситуаційні задачі та оволодівали новими навичками; 2 пацієнти мали порівняно високий рівень адаптивної поведінки та були спроможні вести самостійне життя з соціальною підтримкою.

Слід зазначити, що у всіх хворих з високим рівнем соціальної адаптації, рівень когнітивного функціонування був вищим від мінімально достатнього для побутової

адаптації. Пізнавальні функції та навички (соціальна компетентність) у всіх рандомізованих хворих із РСА були мозаїчними. Деякі хворі (2 особи) були здатні до засвоєння великих обсягів інформації, здатні до опанування складних навичок, що потребують певного часу та уваги у здорових людей, але одночасно демонстрували побутову дезадаптивність: неспроможність самостійно одягатися чи готувати собі їжу.

Рівень адаптивної поведінки хворих на РСА значною мірою залежав від коморбідних психічних розладів. Шестеро обстежених мали коморбідний тривожний розлад, у 8 спостерігалися прояви агресивної та аутоагресивної поведінки.

У 13 з 20 пацієнтів протягом життя діагноз був змінений на шизофренію. З цих 13 осіб лише у 2 діагноз шизофренії було підтверджено за результатами нашого обстеження. Помилкова ідентифікація проявів аутизму як симптому ендогенно-процесуального захворювання позбавила хворих адекватної медико-соціальної допомоги на багато років.

Рандомізовані хворі в дитинстві отримували терапію нейролептиками, найчастіше рисперидоном та клозапіном. На час обстеження продовжували приймати антипсихотики 7 хворих (лише ті, кому змінили діагноз на шизофренію). Інші пацієнти приймали вітаміни групи В (8), ноотропи (8), анксиолітики (6). Частина рандомізованих пацієнтів не приймала медичних засобів (5).

Хворі на РСА, які отримували в дитинстві допомогу у вигляді ранніх втручань, мали кращі показники соціальної адаптації, побутових навичок, вищий рівень когнітивного функціонування. Такі пацієнти продовжували навчання, формували нові моделі адаптивної поведінки, істотно знижуючи обмеження соціального функціонування.

На даний час жоден з рандомізованих пацієнтів не отримує державної соціальної підтримки, психотерапевтичного лікування. 9 хворим соціальну підтримку забезпечують члени родини. У всіх хворих по досягненні повноліття рівень соціальної підтримки значно знизився і, як наслідок, впав рівень соціальної адаптації.

Висновки. Пропонується посилити контроль за дотриманням діагностичних критеріїв МКХ-10 та DSM-5 у хворих з РСА при кваліфікації психічного розладу, оформленні групи інвалідності, після досягнення ними повноліття. Діагностуватися має РСА, його тяжкість, коморбідні психічні розлади (наявність obsесивних, афективних, поведінкових розладів). Тренінги соціальної компетентності, соціальна підтримка, інклюзія в загальну мережу закладів освіти, набуття професії, самостійного існування мають розглядатися як пріоритет медико-соціальної допомоги зазначеному контингенту хворих. Медикаментозне лікування, як свідчать розглянуті нами клінічні випадки, має бути скероване на коморбідні психічні розлади і може включати застосування психостимуляторів (атомоксетину, метилфенідату), СІОЗС та інших антидепресантів. Застосування нейролептиків має бути обмежене випадками агресивної та аутоагресивної поведінки.

ЛІТЕРАТУРА:

1. *Autistic Disturbances of Affective Contact* / Kanner, L // *Nervous Child*. – 1943. – P. 217-250.
2. *Theoretical aspects of autism: Causes - A review* / Helen V. Ratajczak, 2011.
3. *Literature Review of Autism* / Helen Marwick, Aline-Wendy Dunlop, Tommy MacKay // *National Centre for Autism Studies, UK*. – 2005. – P. 10–27.
4. *Improving the prediction of response to therapy in autism* / S. Bent, R. L. Hendren // *Neurotherapeutics*. – 2010. – vol. 7. – №3. – P. 232 – 240.
5. *Scott Standifer. Adult Autism & Employment* / Scott Standifer // *A Guide for Vocational Rehabilitation*, 2009.
6. *Catherine Barthelemy, Joaquin Fuentes, Patricia Howlin, Rutger van der Gaag. Person with autism spectrum disorders, 2008;* / Catherine Barthelemy [et al.] // *Research*. – 2008. – P. 5 – 12.
7. *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias, originally in Aschaffenburg's Handbuch* / Bleuler, E. // *Reprinted (1950) New York, International Universities Press*.
8. *Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997–2008* / Boyle CA, Boulet S, Schieve L, Cohen RA, Blumberg SJ, Yeargin-Allsopp M, Visser S, Kogan MD // *Pediatrics*. – 2011. – Vol. 127. – №6. – P. 1034 – 1042.
9. *Genetic overlap between autism, schizophrenia and bipolar disorder* / Carroll LS, Owen MJ. // *Genome Med*. – 2009. – P. 1 – 102.
10. *Atypical antipsychotics in children and adolescents with autistic and other pervasive developmental disorders* / McDougle CJ, Stigler KA, Erickson CA, Posey DJ // *J Clin Psychiatry*. – 2008. – Vol. 69. – №4. – P. 15 – 20.
11. *Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD / HD and / or autism spectrum disorders* / Stahlberg O, Soderstrom H, Rastam M, Gillberg C // *J Neural Transm*. – 2004. – P. 891 – 902.
12. *Darold A. Treffert, MD. Autistic Disorder: 52 Years Later: Some Common Sense Conclusions*, 2007.
13. *Practitioner review: routes from research to clinical practice in child psychiatry: retrospect and prospect* / Rutter, M // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 1998. – P. 805 – 816.
14. *Adult Employment Assistance Services for Persons with Autism Spectrum Disorders: Effects on Employment* / John D. Westbrook, Chad Nye, Carlton J. Fong, Judith T. Wan, Tara Cortopassi, Frank H. Martin, 2012.

РАССТРОЙСТВА СПЕКТРА АУТИЗМА У ВЗРОСЛЫХ

А. А. Литвинов

В статье обсуждаются особенности социального функционирования пациентов с расстройствами спектра аутизма во взрослом возрасте. Психиатры допускают много ошибок при оценке РСА у взрослых. Эти ошибки негативно сказываются на организации помощи пациентам и негативно влияют на их социальное функционирование.

Ключевые слова: расстройства спектра аутизма, психиатрическая помощь, социальная помощь

AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN ADULTS

A. A. Litvinov

The article discusses the features of the social functioning of patients with autism spectrum disorders in adulthood. Psychiatrists make many mistakes in the evaluation of ASD in adults. These errors have a negative impact on the organization of care for patients and negatively affect their social functioning.

Keywords: autism spectrum disorders, psychiatric care, social care.

УДК 616.12-008.315

И. В. Дроздова, М. В. Демченко, В. В. Храмцова, К. А. Суганяк
ПОДХОДЫ К АНАЛИЗУ УМСТВЕННЫХ ФУНКЦИЙ В ПРАКТИКЕ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Государственное учреждение «Украинский Государственный Научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», г. Днепропетровск

Использование биопсихосоциального подхода к изучению проблем функционирования и ограничения жизнедеятельности у пациентов в клинике внутренних болезней, отражено в полемике двух моделей «медицинской» и «социальной». Синтез этих моделей, согласованный взгляд на разные стороны здоровья с биологической, личностной и социальной позиций даст возможность создать концептуальную модель и определить характер ограничений жизнедеятельности таких лиц [1; 2].

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) рассматривает умственные функции среди функций организма. В разделе умственных функций перечисляются функции мозга: глобальные (сознание, сила и побуждение) и специфические умственные функции (функции памяти, языка и вычисления) [3]. Среди глобальных умственных функций выделяются функции сознания, ориентированности, интеллектуальные, глобальные

психо-социальные, темперамент и личностные, волевые и побудительные, функции сна. При изучении специфических умственных функций оценивают внимание, память, восприятие, эмоции, мышление, психомоторные, познавательные высокого уровня, умственные функции речи и последовательных сложных движений, функции вычисления, самоощущения и ощущения временем [3–5].

Функции сознания характеризуют общие умственные функции осознания и внимания, включая ясность и непрерывность бодрствующего состояния. В них включены функции ясности, непрерывности и качества сознания; потеря сознания, кома, вегетативное состояние, фуги, состояние транса, подчиненного состояния, измененного препаратом состояния, делирия, ступора.

Функции ориентированности оценивают общие умственные функции осознания себя и определения отношения к себе, другим, ко времени и окружающей обстановке. В них входят функции ориентированности

во времени, месте и личности; ориентированности по отношению к себе и другим; дезориентация во времени, месте и личности.

Интеллектуальные функции описывают общие умственные функции, требующиеся, чтобы понимать и конструктивно объединять различные умственные функции, включая все познавательные функции и их развитие на протяжении жизни. Они охватывают функции интеллектуального роста; интеллектуальную и умственную задержку, деменцию.

Глобальные психо-социальные функции характеризуют общие умственные функции и их развитие на протяжении жизни, которые требуются для понимания и конструктивного объединения различных умственных функций, ведущих к формированию межличностных навыков, необходимых для установления соответствующих социальных взаимодействий определенного значения и с определенной целью. В них включены нарушения, такие как при аутизме.

Темперамент и личностные функции оценивают общие умственные функции конституционной предрасположенности индивида, реагирования специфическим способом на ситуации, включая набор умственных характеристик, отличающий индивида от других. В них входят функции экстраверсии, интроверсии, компромисса, добросовестности, психической и эмоциональной стабильности, открытости; оптимизма, поиска нового, уверенность, принципиальность.

Волевые и побудительные функции описывают общие умственные функции физиологических и психологических механизмов, которые заставляют индивида постоянно продвигаться к удовлетворению определенных потребностей и общих целей. Они охватывают функции силы воли, мотивации, аппетита, силы желания, контроль импульсивных побуждений.

Функции сна включают общие умственные функции периодического, обратимого и селективного физического и умственного отстранения непосредственно от окружающей среды, которое сопровождается характерными физиологическими изменениями. В них включены функции засыпания, поддержания и качества сна, функции, вовлеченные в цикл сна.

Функции внимания, относящиеся к специфическим умственным функциям, оценивают сосредоточенность на внешних стимулах или внутренних переживаниях в течение требуемого периода времени. В них входят функции устойчивости, переключения, разделения и сосредоточения внимания.

Функции памяти – специфические умственные функции регистрации, хранения информации и восстановления ее в случае необходимости. Они включают функции кратковременной и долговременной памяти, а также воспроизведения хранящегося в памяти.

Психомоторные функции являются специфическими умственными функциями одновременного контроля моторной и психической деятельности на уровне организма. В них включены функции качества и психомоторного контроля.

Функции эмоций характеризуют специфические умственные функции, относящиеся к чувственным и аффективным компонентам мыслительных процессов. В них входят функции адекватности, регуляции и диапазона эмоций.

Функции восприятия относятся к специфическим умственным функциям распознавания и интерпретации сенсорных стимулов. Они включают слуховое, зрительное, тактильное и визуально-пространственное восприятие, а также восприятие вкуса и запаха.

Функции мышления являются специфическими умственными функциями, связанными с мыслительным процессом. Они характеризуют ритм, форму, содержание и контроль мышления.

Познавательные функции высокого уровня оценивают специфические умственные функции, зависящие в основном от лобных долей мозга, включая сложное целенаправленное поведение, например, принятие решений, абстрактное мышление, планирование и выполнение задуманного, гибкость мышления, выбор адекватного поведения при определенных обстоятельствах, так называемые исполнительные функции. В них включены функции абстрагирования, организации и планирования, управления временем, познавательная гибкость, проницательность, суждение и решение проблем.

Умственные функции речи – специфические умственные функции распознавания и использования знаков, символов и других компонентов языка. В них входят функции восприятия языка (восприятие разговорного и письменного языка, а также восприятие языка знаков), выражение посредством языка (выражение посредством разговорного, письменного языка и языка знаков) и интегративные функции языка.

Функции вычисления – специфические умственные функции определения, аппроксимации и манипулирования математическими символами и процессами. В них входят функции простого и сложного вычисления.

Умственные функции последовательных сложных движений характеризуют функции последовательных и координированных сложных, целенаправленных движений.

Функции самоощущения и ощущения времени – специфические умственные функции, относящиеся к идентификации себя, своего тела, положения в своем реальном окружении и во времени. Они включают самоощущения, образ тела и ощущение времени.

Только использование единого биопсихосоциального подхода к оценке умственных функций у пациентов соматического профиля даст возможность определить характер и степень ограничения жизнедеятельности этих лиц [6–8].

Предложенная нами модель оценки функционирования и ограничений жизнедеятельности у соматических больных рассматривает личностные факторы на уровне структуры и функций организма, активности и участия [4; 6; 9; 10]. Эти факторы, наряду со структурами и функциями организма, обуславливают степень активности и участия в общественной жизни. Внутри личностных

факторов должны быть выделены структура личности и когнитивно-мнестические функции. Среди когнитивно-мнестических функций необходимо определять характер мышления, умственную работоспособность и ее продуктивность, концентрацию и переключение внимания, оперативную и речесловесную память, праксис и логику действий.

Все составляющие, классифицируемые в МКФ (функции и структуры организма, активность и участие, факторы окружающей среды) измеряются при помощи единой шкалы. В зависимости от составляющей, наличие проблемы может означать нарушение, ограничение или ограничение возможности, препятствие:

- НЕТ проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные) 0–4%;
- ЛЕГКИЕ проблемы (незначительные, слабые) 5–24%;
- УМЕРЕННЫЕ проблемы (средние, значимые) 25–49%;
- ТЯЖЕЛЫЕ проблемы (высокие, интенсивные) 50–95%;
- АБСОЛЮТНЫЕ проблемы (полные) 96 – 100%.

Такой подход дает возможность оценивать степень проблемы, которую представляет умственная работоспособность, по результатам тестов: как легкие проблемы – при заполнении 47–38 строчек и допуске 3–12 ошибок, умеренные – при 24–37 и 13–24, тяжелые – при 3–23 и 25–47, абсолютные – меньше 3 строк и 48–50 ошибках соответственно. Продуктивность умственной работоспособности, концентрацию и переключаемость внимания считают легкими проблемами – при наличии 7–36, как умеренные – при 37–73, как тяжелые – при 74–149, абсолютные – при более 150 ошибок. Оперативную и речесловесную память оценивают как легкие проблемы при запоминании 9–8 слов, умеренные – 7–5, тяжелые – 4–2 и абсолютные – 1 слово. Праксис и логику действий представляют в виде легких проблем – при 1, умеренные – при 2, тяжелые – при 3, абсолютные – при 4 ошибках соответственно [9–11].

Однако до настоящего времени не разработаны методологические подходы и критерии оценки умственных функций в практике медико-социальной экспертизы, которые базировались бы как на «Инструкции по определению группы инвалидности», так и на подходах к Международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья [9; 10]. Сложным и трудно диагностируемыми вопросами являются сочетания истинных нарушений умственных функций и демонстративного поведения с желанием представить себя «в выгодном свете», истероидными реакциями и демонстративным поведением, свойственными большому числу лиц, освидетельствуемых в медико-социальных экспертных комиссиях. Одним

из возможных, правда сегодня – очень дорогостоящих, критериев объективизации степени когнитивных нарушений является изучение нейроспецифических белков [12–15]. Их изучение в норме или при патологии, способствует ранней и своевременной диагностике, оценке морфофункциональных изменений центральной нервной системы, прогнозированию характера течения заболевания и оценки эффективности лечения у пациентов в клинике внутренних болезней.

Литература:

1. Воложин А. И. Болезнь и здоровье: две стороны приспособления / А. И. Воложин, Ю. К. Субботин. – М.: Медицина, 1998. – 480 с.
2. Науково обґрунтовані рекомендації по обстеженню та відновному лікуванню хворих і інвалідів у практиці медико-соціальної експертизи / В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, О. В. Сергієні [та ін.] – Дніпропетровськ: Пороги, 2006. – С. 3–38.
3. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья. – ВОЗ: Женева, 2001. – 342 с.
4. Іпатов А. В. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья инвалидов и проблемы инвалидности: монографія / А. В. Іпатов, И. Л. Ферфильфайн, С. А. Рыков. – Дн-ск: Гамалия, 2004. – 304 с.
5. Міжнародна статистична класифікація хвороб (МКХ-10): короткий адаптований варіант для використання в Україні (у трьох розділах). – К. – 307 с.
6. Іпатов А. В. Сучасні принципи організації, структури та функціонування служби медико-соціальної експертизи України / А. В. Іпатов, О. В. Сергієні, Т. Г. Войтчак. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005. – 400 с.
7. Основні принципи стандартизації в охороні здоров'я та медико-соціальної експертизи / В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, О. В. Сергієні [та інш.] // Науково обґрунтовані рекомендації по обстеженню та відновному лікуванню хворих і інвалідів у практиці медико-соціальної експертизи. – Дніпропетровськ: Пороги, 2006. – 284 с.
8. Професійна реабілітація інвалідів / А. В. Іпатов, О. В. Сергієні, Т. Г. Войтчак [та інш.]. – Дніпропетровськ, 2005. – 228 с.
9. Закон України “Про реабілітацію інвалідів в Україні” від 06.10.2005 [Електронний ресурс]. – 2005. – № 2961-4. – Режим доступу до журн.: <http://www.ifp.kiev.ua>.
10. «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» наказ МЗО України №561 від 05.09.2011р.
11. Биохимические аспекты когнитивного дефицита при различных заболеваниях / Т. Т. Киспаева, М. А. Руденко, Н. П. Черних, В. И. Скворцова // Журн. невр. и психиатрии. – 2008. – № 11. – С. 102–105.
12. Преображенская И. С. Проницаемость гематоэнцефалического барьера при болезни Альцгеймера и паркинсонизме с когнитивными нарушениями / И. С. Преображенская, В. П. Чехонин, Н. Н. Яхно // Журнал неврологии и психиатрии. – 2001. – № 5. – С. 39–42.
13. Аутоантитела к глиальному фибриллярному кисломому белку у больных с различными формами цереброваскулярной патологии / П. Р. Камчатнов, А. В. Чузунов, Н. Ю. Рулева [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. – 2008. – № 11. – С. 58–61.
14. Чехонин В. П. Иммунохимический анализ нейроспецифических антигенов / В. П. Чехонин, Т. Б. Дмитриева, Ю. А. Жирков. – М., 2000. – 416 с.
15. Блинов Д. В. Иммуноферментный анализ нейроспецифических антигенов в оценке проницаемости ГЭБ при токсически-ишемическом поражении ЦНС: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.01. «Кардиология» / Д. В. Блинов. – СПб, 2004. – 35 с.

ПІДХОДИ ДО АНАЛІЗУ РОЗУМОВИХ ФУНКЦІЙ У ПРАКТИЦІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

І. В. Дроздова, М. В. Демченко, В. В. Храмова, К. А. Суганяк

У статті розглянуті розумові функції з позиції міжнародної класифікації функціонування. Виділено найбільш значущі критерії біопсихосоціального підходу до вивчення проблем функціонування та обмеження життєдіяльності у пацієнтів у клініці внутрішніх хвороб. Зроблено

висновок про використання єдиного біопсихосоціального підходу в оцінці розумових функцій у пацієнтів соматичного профілю та можливість визначити характер і ступінь обмеження життєдіяльності.

Ключові слова: міжнародна класифікація функціонування, розумові функції, обмеження життєдіяльності

APPROACHES TO THE ANALYSIS OF MENTAL FUNCTIONS IN MEDICAL- SOCIAL EXPERTISE

I. V. Drozdova, M. V. Demchenko, V. V. Khrantsova, K. A. Suganiak

The article describes the mental functions of the position of the international classification of functioning. Highlight the most important criteria biopsychosocial approach to the problems of functioning and limitations of life in patients in the clinic of internal diseases. The conclusion about the use of a single biopsychosocial approach to the assessment of mental function in patients of physical profile and to determine the nature and extent of Disability.

Keywords: international classification of functioning, mental function, Disability

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-008.19.02:616.69

Р. БЛОБРИВКА

ВАРІАНТИ ПОРУШЕННЯ СЕКСУАЛЬНИХ ФУНКЦІЙ У ЧОЛОВІКІВ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НЕВРОТИЧНИМИ ДЕПРЕСІЯМИ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Поліморфічна, а фактично, недиференційована відповідь у вигляді різноманітних сексуальних порушень внаслідок невротичних порушень свідчить про механізм відповіді та тісного зв'язку між психічним станом та сексуальними реакціями як такими. Цю тезу підтверджує спостереження у приматів – домінуючий самець має більше тестостерону, і його сексуальна активність є частішою ніж у ієрархічно нижчого самця.

У сучасному світі невпинно зростає кількість депресивних розладів і здебільшого у високо розвинутих країнах та на території СНГ.

За даними ВООЗ депресивні порушення в наш час займають друге місце за інвалідизацією працездатного населення після серцево-судинних захворювань. Велика доля за депресивних розладів припадає на невротичні депресії.

Окрім того, невротичні депресії в чоловіків супроводжуються і сексуальними розладами, які обтяжують перебіг даних порушень. І хоча ця проблема доволі детально висвітлена в спеціальній літературі, вона і надалі далека від свого вирішення. Крім того, актуальність проблеми, її медичне та соціальне значення збільшується у зв'язку із порушенням сексуальної гармонії в подружній парі, що послаблює стабільність та міцність шлюбу та часто стає причиною його розриву.

Прояви сексуальної дисфункції у чоловіків за різних форм невротичних розладів, їх патогенез та клінічні особливості висвітлені в ряді праць [1; 3–5], пропонуються і методи їх лікування [1; 6; 7]. Проте в цих роботах досліджується переважно вторинне втягування в патологічних процес сексуальної функції за невротичних розладів, зумовлених різноманітними психотравмуючими ситуаціями, де в більшості випадків береться до уваги стан сексуальної функції самого хворого, а парний характер сексуальної функції недостатньо враховується, тобто факт, що порушення сексуальної функції у чоловіка веде до виникнення сексуального розладу у дружини та появи в неї невротичних реакцій на подружню дезадаптацію [1].

Зважаючи на те, що сексуальне здоров'я має багатофакторне забезпечення та в силу різноманітності його

порушень потрібний системний підхід до його вивчення та розробки психокорекційних методів терапії. Тоді є можливим встановити механізми виникнення та розвитку подружньої дезадаптації за первинної сексуальної патології, виявити її специфічні, клінічні особливості та їх значення в порушенні подружньої адаптації, розробити комплексну та диференційовану систему психотерапевтичної корекції.

Невротичні депресії згідно міжнародної класифікації психічних та поведінкових розладів 10-го перегляду відносяться до рубрики F34.1 та визначаються як хронічний депресивний розлад, який у даний час не відповідає опису рекурентного депресивного розладу легкої чи помірної важкості (F33.0 чи F33.1) ні за важкістю, ні за тривалістю окремих епізодів (хоча в минулому могли бути окремі епізоди, що відповідали критеріям легкого депресивного епізоду, особливо на початку розладу). Баланс між окремими епізодами легкої депресії та періодами відносно нормального стану дуже незначний. У даній категорії людей бувають періоди (дні чи тижні), які вони самі розцінюють як добрі. Але переважну більшість часу (нерідко місяцями) вони відчувають втому та знижений настрій. Все стає важким, і ніщо не приносить задоволення. Хворі схильні до песимістичних роздумів та скаржаться на поганий сон і відчуття дискомфорту, проте в цілому справляються з основними вимогами повсякденного життя. Тому дистимія має багато спільного з депресивним неврозом, чи невротичною депресією.

Основною особливістю захворювання є тривале зниження настрою, яке деколи (або дуже рідко) не буває достатнім для відповідності критеріям рекурентного депресивного розладу легкої чи помірної важкості. Здебільшого цей розлад починається в молодому віці і триває протягом кількох років, іноді невизначено довго. Якщо такий стан виникає пізніше, то частіше за все наслідок дискретного депресивного епізоду (F32), пов'язаного із втратою близької людини чи іншими важкими психотравмуючими стресовими ситуаціями.

Метою нашого дослідження було вивчення порушень сексуальної функції за невротичних депресій у чоловіків

Таблиця 1

Клінічні варіанти порушення статевої спроможності у чоловіків

Феноменологія статевих відправлень	Кількість обстежених №95	
	Абсолютне число	%
<i>Перший варіант:</i> Повна еректильна дисфункція	44	46±4
<i>Другий варіант:</i> Часткова еректильна дисфункція	29	30±7
I-й тип Прискорена еякуляція	17	18±4
II-й тип Ретардована еякуляція	12	12±8
<i>Третій варіант:</i> Зниження статевого потягу	75	79±3
<i>Четвертий варіант:</i> Стертий оргазм	19	20±1

тривоги (у 37±6%) та страху інтимного спілкування (у 31±4%) реактивного характеру.

Виходячи з того, що у чоловіків ведучим клінічним проявом сексуальної дисфункції є послаблення адекватних та спонтанних ерекцій чи прискорена або ретардована еякуляція та зниження статевого потягу, ми дослідили ці прояви сексуальних відправлень у чоловіків із невротичною депресією на феноменологічному рівні. Результати яких відображені в табл. 1.

За певної еректильної дисфункції у чоловіків статеве збудження не виникало ні за яких обставин, ні перегляд еротичних фільмів, ні при фантазуванні, ні при мастурбації. У них були відсутні ранкові, адекватні та спонтанні ерекції.

За другого варіанту були виявлені два типи порушення еякуляції: прискорена та ретардована. Прискорена еякуляція та оргазм наступали тільки за певних умов (жінка певного типу, сприятливі умови для завершення статевого акту, легке сп'яніння, піднесений емоційний фон тощо), та із включенням в сексуальну стимуляцію особливих тактильних відчуттів, отримання яких було необхідне для посилення сексуальних відчуттів. Це було пов'язано із слабким розвитком у чоловіків генітальних та поза генітальних ерогенних зон, недостатньою рецепторною чутливістю цих зон та неправильним впливом на них під час прелюдії. В деяких випадках мала місце відсутня в минулому мастурбаційна практика (37±4%) та мастурбація що рідко практикувалася (29±6%).

Третій варіант статевої дисфункції – зниження статевого потягу (79±3%) обстежених спостерігався у чоловіків із слабкою статевою конституцією.

Четвертий варіант – стертий оргазм, що розвивався під впливом соціогенних, психогенних або соматогенних факторів та проявлявся в слабості оргазмічних відчуттів.

та їх вплив на розвиток подружньої дезадаптації за цієї патології.

Під нашим спостереженням знаходилося 95 подружніх пар, де в чоловіків була встановлена невротична депресія. У 82 (86±4%) із них мала місце подружня дезадаптація, у решти (14±4%) дезадаптація не спостерігалась, незважаючи на наявність невротичної депресії у чоловіка. Ці подружні пари були обстежені в якості контрольної групи. За даними первинного та контрольного обстеження, невротична депресія спостерігалась близько 3 років.

Під час дослідження взаємозв'язку сексуального порушення з фазою невротичного розладу у чоловіків було встановлено, що у 63±4% з них сексуальна дисфункція спостерігалась в період невротичного розладу, у решти – і поза ним, але мала менш виражений характер.

Під час дослідження були вивчені соматичний (у тому числі неврологічний) стан чоловіків, преморбідні особливості та характер психічного стану чоловіків. Стан сексуального здоров'я досліджували методом системно-структурного аналізу за В. В. Кришталем [3], який передбачає в залежності від рівня взаємодії подружньої пари виділення наступних компонентів: соціального, психологічного, соціально-психологічного, анатоμο-фізіологічного. Під час оцінки стану соціального компоненту виділяли соціокультурну та інформаційно-оціночну складові. Анатоμο-фізіологічний компонент включав психічну, нейрогуморальну, нейрорегуляторну та генітальну складові.

Сексологічне дослідження проводили з допомогою розробленої на кафедрі сексології та медичної психології ХМАПО методики дослідження сексологічних хворих [3], яка дозволяла всебічно охарактеризувати сомато- та психосексуальний розвиток, стан сексуального здоров'я чоловіка. У той же час указаний метод сексологічного дослідження подружньої пари дає можливість отримати цілий ряд характеристик загальносоматичного, психічного, психологічного стану кожного з подружжя.

Щоб дослідити і характер, і особливості сексуальних порушень у залежності від копулятивного циклу використовували шкалу СФУ (сексуальна формула чоловіка). Тип статевої конституції чоловіків визначали за методикою, що була розроблена Г. С. Васильченко та співавторами [4].

Вивчення анкетних даних шкали СФЧ [2] дозволило встановити, що у всіх чоловіків відзначалось порушення психічної регуляції копулятивного циклу, у 71±6% з них поєднане порушення нейрогуморальної та психічної регуляції. Крім того, у 61±4% і в 34±5% пацієнтів спостерігались відповідно порушення нейрорегуляторної та генітальної складових копулятивного циклу.

У 61±4% обстежених пацієнтів були виявлені різні варіанти слабого типу статевої конституції.

Клінічно сексуальна дисфункція виявлялася у всіх обстежених нами чоловіків ослабленням статевого потягу, зниженням сексуальної активності (аж до відмови від статевого життя у 34±4%). У дружин виникало почуття

Таблиця 2

Замісні форми отримання оргазму
у обстежених чоловіків

Замісні форми	Кількість обстежених N = 95	
	Абс. число	%
Петтінг	12	13±6
Онанізм (мастурбація)	79	83±3
Психічний онанізм	49	52±5

Виходячи з того, що за невротичної депресії у чоловіків провідним психосексуальним розладом є зниження статевого потягу, що спостерігався у 2/3 наших пацієнтів у поєднанні з прискороною або ретардованою еякуляцією, нами були вивчені практиковані замінні форми отримання оргазму. Під час вивчення патогенезу оргазмічної дисфункції у тих обстежених, у яких вона сформувалась унаслідок патологічної мастурбації були виявлені різні її типи.

Досягнення чоловіками збудження, а то й оргазму під час ласк за петтінгу може вважатися умовною нормою, якщо партнери при цьому отримують психосексуальне задоволення та не відчують сумнівів у правомірності такої сексуальної стимуляції.

У зв'язку з відсутністю у чоловіків з невротичною депресією задовільних сексуальних контактів із дружиною та психосексуальною невдоволеністю вони використовували замісні форми сексуальної активності, зокрема онанізм (мастурбацію) двох типів: психічний – отримання оргазму в результаті впливу психічних стимулів, без механічної стимуляції (фантазування, перегляд порно фільмів або читання еротичних чи порнофільмів) та механічний онанізм (мастурбацію) що часто супроводжувався психічним підсиленням.

ВАРИАНТЫ НАРУШЕНИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У МУЖЧИН, КОТОРЫЕ СТРАДАЮТ НЕВРОТИЧЕСКИМИ
ДЕПРЕССИЯМИ

Р. БИЛОБРЫВКА

Виявлені особливості стану сексуальної функції при невротическій депресії у мужчин, клінічні варіанти існуючої у них сексуальної і оргазмічної дисфункції, замістьні варіанти отримання оргазма при даній патології.

Ключевые слова: невротическая депрессия у мужчин, сексуальная и оргазмическая дисфункция, супружеская дезадаптация

VARIANTS OF SEXUAL DYSFUNCTION IN MEN WHO SUFFER FROM NEUROTIC DEPRESSION

R. BILOBRYVKA

Peculiarities of sexual function of male patients with neurotic depression were detected, in particular, clinical variants of sexual and orgasm malfunction and substitutive forms of orgasm obtaining

Keywords: neurotic depression, sexual and orgasm malfunction, marital dysadaptation

За даними нашого дослідження було виявлено, що у 63±6% хворих невротичною депресією чоловіків описані вище сексуальні розлади мали місце невротичного розладу та відповідали психічним порушенням цієї фази. У решти обстежених сексуальні розлади спостерігались і поза фазою загострення та носили менш виражений характер.

Клінічними проявами сексуальної дисфункції було ослаблення або відсутність статевого потягу, зниження сексуальної активності, порушення ерекційної здатності та еякуляторної складової і змазаними оргазмічними відчуттями. В якості замісних форм отримання оргазму чоловіками з невротичною депресією спостерігалися петтінг, онанізм (мастурбація) та психічний онанізм, що часто супроводжувався механічним онанізмом.

У дружин, обстежених подружніх пар, де в чоловіків спостерігалась невротична депресія, реактивними утворами були невпевненість, тривога та страх інтимного спілкування.

Література:

1. Кришталь В. В., Григорян С. Р. – Сексология- М.: Per se. 2002. – 879 с.
2. Маслов В. М., Ботнева Н. П., Васильченко Г. С. Девиации психосексуального развития: Справочник. Сексopatология. – Москва: Медицина, 1990. – С. 405-436.
3. Гиндикин В. Я., Гурьева В. А. Личностная патология. – М.: Триада – X, 1999 – 206 с.
4. Васильченко Г. С., Азаркова Т. Е., Азарков С. Т. и др. Справочник. Сексopatология.- Москва: Медицина, 1990.- 576 с.
5. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии. Современная терапия: Руководство для врачей. – Харьков: Торнадо. 2003 – 352 с.
6. Мишев В. Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів – Львів: Видавництво Мс. – 2004.- 208 с.
7. Ayd J. Psychostimulant therapy for depressed medically ill patients // *Psychiatric Annals*. – 1995. – #7. – P.462-465.

УДК 616.895:159.96+159.9 (075)

В. А. ВЕРБЕНКО., Е. В. ЧЕМОДАНОВА

КОРРЕКЦИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИКафедра психиатрии, психотерапии и наркологии,
Крымский Государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского**Ключевые слова:** непсихические психические расстройства, реабилитация, психокоррекционные техники

В последние десятилетия в мире выросло число психических расстройств непсихотического уровня, в их возникновении основное место занимают психогенные факторы. Рождение в семье ребенка с нарушениями в развитии – проблема, затрагивающая все стороны жизни, вызывающая сильные эмоциональные переживания родителей и близких родственников. В последние годы выполнен ряд исследований, рассматривающих различные аспекты работы с семьями больных: психотерапевтический; медико-социальный; психообразовательный [1–3].

В настоящее время особенно возрастает потребность в разработке программ медико-психосоциальной реабилитации с ориентацией на семью пациента, а также дифференцированных методик с применением немедикаментозных факторов. Теоретическая и методологическая основа выполняемой работы базируется на существующих научных подходах к алгоритму реабилитационных мероприятий для больных, страдающих пограничными психическими расстройствами, который был разработан и сегодня практикуется ведущими школами неврологов, психотерапевтов и физиотерапевтов (А. М. Вейн и соавт., 2002; Б. Д. Карвасарский, 2003; В. М. Боголюбов, 2004; А. Н. Разумов, 2005; И. П. Бобровницкий, 2007; М. В. Никитин, 2008; С. Ranghiasi, P. Vecchia, E. Chiotti, 2004; К. Н. Usadel, 2008; et al.). Это эффект вегетокорригирующего, спазмолитического, седативного, физического и др. компонентов немедикаментозного лечения на этапе санаторно-курортной реабилитации (при взаимосочетании психологической коррекции, физических упражнений, бальнеопроцедур, физиотерапии, психотерапии, включая методики саморегуляции).

Цель исследования. Изучение клинко-психологических аспектов и определение технологий реабилитации родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями.

Материалы и методы исследования

Экспериментальная база исследования – КС «Приморье», «Бригантина». Объект исследования – семьи, в которых воспитывались дети, больные ЦП. Нейропсихологическое обследование.

- СМИЛ (СМОЛ) – модифицированный вариант стандартизированного личностного опросника ММРІ;
- Методика PARI Методика PARI (parental attitude research instrument – методика изучения родительских установок) предназначена для изучения отношения родителей (прежде всего, матерей) к разным сторонам семейной жизни (семейной роли). Авторы — американские психологи Е. С. Шефер и Р. К. Белл. Адаптирована Т. В. Нещерет [4].

Результаты и обсуждения

С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии проведено обследование родителей, воспитывающих детей, больных церебральным параличом (ДЦП). Специфика нарушений при данной патологии характеризуется сочетанием триады расстройств: двигательных, психических и речевых, с сопутствующими нарушениями зрения, слуха и расстройствами сенсомоторной чувствительности.

Большинство обследованных были женщины (89%) в возрасте от 23 до 39 лет, мужчин (11%) 30–49 лет. Контрольную выборку составили родители, воспитывающие здоровых детей (20 родителей).

Изучение психического состояния находившихся под нашим наблюдением родителей позволило установить наличие психопатологической симптоматики у 89,7% женщин и 21,1% мужчин основной выборки (табл. 1).

Для комплексной характеристики объекта была разработана схема (табл. 2), включающая стержневые ситуации, в которых оказались родители после рождения больного ребенка.

Психологическое исследование стандартизированным многофакторным методом СМОЛ (СМИЛ-ММРІ)

Таблица 1**Состояние психического здоровья**

Состояние психического здоровья	Основная группа (n=36)		Контрольная группа (n=20)	
	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины
пол				
Расстройства настроения (F30–39)	40.9±4.7	8.1±1.3	8.6±2.3	—
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–48)	48.8±7.1	13.0±1.4	—	5.6±0.9
Психические и поведенческие расстройства отсутствуют	10.3±2.1	78.9±4.4	81.4±2.3	94.4±5.6

Социальный статус родителей больных детей

	Чел.	%
Родители одиночки	15	51,7
Родители, у которых ребёнок-инвалид является единственным	22	75,9
Родители, у которых есть здоровые дети	23	79,3
Родители, у которых нормальный ребёнок родился после больного	7	24,1
Родители с высшим образованием	23	79,3
В том числе матери с высшим образованием.	11	37,9
Матери, имеющие или получающие второе дефектологическое образование	8	27,5
Родители с высшим образованием, работающие по специальности	11	37,9
Матери с высшим образованием, не работающие по специальности	7	24,1
Родители со средним образованием	14	48,2
Родители со средним образованием, работающие по специальности.	7	24,1
Родители со средним образованием, не работающие по специальности.	7	24,7
Матери-домохозяйки	4	13,8

позволило выделить несколько преобладающих личностных тенденций у обследуемой категории лиц. В большей степени доминирующими и выраженными оказались личностные тенденции, характеризующие импульсивность. Лица, подверженные импульсивности составили 27,1%. Также к разряду доминирующих, но несколько в меньшей степени, можно отнести к тенденции оптимистичности (24,18%) и пессимистичности (17,3%). Лица, у которых выявились в качестве доминирующих такие личностные особенности как подверженность сверхконтролю, ригидность и тревожность составили срединные значения (от 3,4% до 10,5%). Менее всего в обследуемой группе лиц оказались выражены личностные особенности, характеризующие эмоциональную лабильность (6,8%) и индивидуалистичность (3,4%).

В результате проведенного исследования по СМОЛ было установлено, что:

- доминирующими личностными тенденциями у данной группы родителей являются пессимистичность (18,4% чел.), импульсивность (34,7% чел.), оптимистичность (16,3% чел.);
- суммарное число лиц, у которых в личностных характеристиках преобладают импульсивно-инертные черты (группы импульсивных, пессимистичных и оптимистичных, представленные соответственно шкалами 2, 4, 9, составило 69,4% от общего числа родителей;
- остальные лица, имели разнонаправленные тенденции с преобладанием лабильности или тормозных проявлений (группы подверженных сверхконтролю, эмоционально-лабильных, тревожных и индивидуалистичных, представленные соответственно шкалами (1, 3, 7, 8) и составляют 30,6%.

Высокий процент группы пессимистичных (18,4%), видимо, объясняется своеобразием реакции испытуемых на сильный длительно действующий стресс, в основе которой лежат их конституциональные особенности. Это своеобразие может проявляться как реакция безразличия

на отрицательные воздействия социума в целом, а при усилении подобных воздействий, в случае приобретения ими негативного характера, и как параллельное усиление противодействия внешней среде.

Высоким оказался уровень лиц «группы риска». Акцентуации характера, выявляющие тенденцию к патохарактерологическому развитию личности, составили 22,3%. Приоритетными в этом плане оказались:

- группа импульсивных, у 17,6% (3 человек) выявлена гипертимная (сверхаппетивная) акцентуация;
- группа ригидных, у 75% (3 человека) выявлена эпилептоидная акцентуация;
- группа пессимистичных, у 33,3% (3 человека) выявлена гипотимная акцентуация;
- группа тревожных, у 100% (1 человек) выявлена психастеническая акцентуация;
- группа подверженных сверхконтролю, у 16,6% (1 человек) выявлена ипохондрическая акцентуация.

Результаты обработки данных по программе СМОЛ-скрининг свидетельствуют о том, что:

- потребность в обращении к специальной врачебной помощи максимально выражена у акцентуированных импульсивных (3 чел.) и депрессивных (2 чел.) родителей;
- проблемы неврологического уровня наблюдаются в большей степени у импульсивных (4 чел.) и ригидных (3 чел.) родителей;
- помощь психолога и психотерапевта нужна, в первую очередь, оптимистичным (6 чел.), в силу их эмоциональной незрелости, а также импульсивным (5 чел.), пессимистичным (6 чел.) и сверхточным (3 чел.) родителям;
- большая предрасположенность к нормативным показателям выявлена у оптимистичных (50%) родителей.

Для выяснения отношений матери к семейной роли и степени эмоциональных контактов с ребенком по методике PARI были выявлены следующие статистически

Таблиця 3

Статистически значимые показатели по методике PARI

Показатели методики	Средние значения	
	Основная выборка	Контрольная выборка
Ограниченность женщины рамками семьи	13,57±0,31	11,33±0,11
Сверхавторитет родителей	16,76±0,10	14,13±0,65
Раздражительность	14,33±0,21	11,06±0,02
Подавление агрессивности	13,24±0,02	10,08±0,11

значимые различия в распределении признаков в основной и контрольной выборках (табл. 3).

При проведении анализа было выявлено, что для семей основной группы в большей степени характерны следующие особенности: ограниченность женщины рамками семьи, заботами исключительно о семье, стремление к сверхавторитету родителей, раздражительность и подавление агрессивности ребенка.

Кроме того, наблюдалась тенденция в различиях выборок по параметру «уклонение от контакта с ребенком» ($p < 0,005$, $12,71 \pm 0,02$, основная выборка, $10,86 \pm 0,11$, контрольная выборка).

При проведении корреляционного анализа установлено, что излишняя концентрация, как и излишняя эмоциональная дистанция с ребенком связаны с доминированием матери в семье и неудовлетворенностью женщины ролью хозяйки ($R=0,40$, $R=0,52$). Эмоциональная дистанция также связана с «безучастностью» мужа, а повышенная концентрация на ребенке – с зависимостью матери и ограниченностью рамками семьи ($R=0,48$). Особый интерес вызывает высокие показатели взаимосвязи оптимальности эмоционального контакта и сверхавторитета родителей ($R=0,67$). Такая взаимосвязь может быть связана с приравниванием матерями оптимальности эмоционального контакта и «послушностью» ребенка с признанием авторитарности родительского мнения.

Дифференцированный подход к специфике личностных нарушений у родителей, воспитывающих детей-инвалидов, позволил выделить три группы, различающихся определенными индивидуально-типологическими особенностями:

Первая группа. Особенностью таких родителей является стремление оградить ребенка от всех проблем, даже от тех, которые он может решить собственными силами. Они оказываются несостоятельными при выполнении воспитательных мероприятий. Им чрезвычайно трудно организовать выполнение ребенком режима дня или домашних заданий. Они проявляют инертность или слабость, а также непоследовательность в использовании различных приемов поощрения и наказания. Им свойственна гиперболизация проблем ребенка, не критичность оценки его возможностей. Родители, в основном матери, не понимают того, что некоторые недостатки, возникающие у ребенка, вторичны и являются результатом уже не биологического дефекта, а их собственной несостоятельности.

Во вторую группу включены родители, которые принимая решения относительно своего ребенка, руководствуются только своими собственными убеждениями вопреки советам других значимых лиц. Они обладают стойким желанием найти выход из создавшегося положения как для себя, так и для своего ребенка. Родительницам, относящимся к этой группе, характерны авторитарные формы взаимодействия со своим ребенком и неравномерность применения воспитательных мер. Одновременно им свойственно неумение сдерживать свой гнев и раздражение, отсутствие контроля за импульсивностью собственных поступков, склонность к участию в ссорах и скандалах.

У родительниц третьей группы проявляются черты как первой, так и второй категорий. Для них характерны более частые смены полярных настроений (то безудержная радость, то глубочайшая депрессия, вызванная незначительным поводом), склонность к ипохондрической фиксации эмоциональных состояний, предрасположенность к соматическим заболеваниям. Некоторые из них в большей степени проявляют тенденцию к доминированию, как и родительницы второй группы.

Характер вариантов личностных деформаций определил выбор средств, направленных на оказание им коррекционной помощи: для первой группы лиц – психотерапия и физиотерапия невротозов; для второй группы лиц – психотерапия психопатий; для третьей группы – использование приемов как первого, так и второго направлений.

Выделение дифференциальных групп родителей дало возможность определить выбор психокоррекционных техник и средств. В предлагаемой методике выделяется два направления работы.

Первое направление – формирование адекватных способов взаимодействия матери с больным ребенком.

Второе направление – коррекцию психологического состояния матерей, в т. ч. с применением системы психотерапевтической тренировки.

Разработана программа медико-психосоциальной реабилитации с ориентацией на семью пациента, а также дифференцированные методики с применением немедикаментозных факторов (климатолечение, ЛФК (в т. ч. психотерапевтическое потенцирование физической тренировки – авторская методика), бальнеолечение (хвойно-морские ванны, йодобромные ванны, жемчужные ванны на морской воде), методов психотерапии. Тестирование, проведенное разными методами, подтверждает

тенденцию позитивных изменений и свидетельствует, что после лечения у родителей определялась структура адаптации к психогенным раздражителям.

Выводы. Семью нужно рассматривать как динамическую систему, в которой все ее части взаимосвязаны и взаимообусловлены. В связи с этим изменения паттерна отношений даже одного члена семьи, с неизбежностью будут изменять всю систему, делая ее более сбалансированной. Большой арсенал технологий медицинской реабилитации на Евпаторийском курорте позволяет оказывать воздействия на различные патогенетические звенья заболевания, повышать эффективность лечения детей с ЦП и их родителей, что значительно улучшает качество жизни. Соблюдение непрерывности и преемственности реабилитационных мероприятий, поддерживает положительный психологический настрой в семьях, имеющих больного ребенка.

Литература:

1. Эйдемиллер З. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия: (учеб. пособие для врачей и психологов) / З. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. СПб.: Речь, 2005. – 332с. ил. (Мэтры мировой психологи).

2. Хритинин Д. Ф. Психосоциальная помощь пациентам с психическими расстройствами и их семьям: состояние, проблемы и пути их решения / Хритинин Д. Ф., Петров Д. С., Коновалов О. Е. и др. Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2008. – № 3. – С.78-82.

3. Петров Д. С. /Роль семьи в лечении и реабилитации лиц с психическими расстройствами (комплексное медико-социальное и клиничко-психиатрическое исследование) /Петров Д. С. автореф. диссертации на соискание ученой степени д. мед. н. М. – 2012, 48 с.

4. Методика PARI (Е. С. Шефер, Р. К. Белл; адаптация Т. В. Нещерет) / Психологические тесты. Ред. А. А. Карелин – М., 2001, Т.2., С.130-143

5. Физיותרapia: национальное руководство / под ред. Г. Н. Пономаренко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 864 с. — (Серия «Национальные руководства»).

6. Крадинова Е. А. Психологические особенности родителей, воспитывающих детей с особыми возможностями (сообщение 1). / Крадинова Е. А., Кулик Е. А, Вербенко В. А., Илиади И. В., Чемоданова Е. В. Вестник физиотер. и курортол.- 2010.- № 2.- С. 52-59

7. Хритинин Д. Ф., Петров Д. С., Коновалов О. Е. Организация лечения и реабилитации больных шизофренией на основе семейно-ориентированного подхода: монография. – М., 2012. – 192 с.

CORRECTION BORDERLINE MENTAL DISORDERS IN PARENTS RAISING CHILDREN WITH DISABILITIES

V. A. VERBENKO, E. CHEMODANOVA

In practice of medical and psychological rehabilitation there was traditional approach, that problem of family, educative a child-invalid, examines exceptionally through the prism of problems of child. However, disabling disease of child for parents is high-value distress with a tendency to chronic process. Features of psychological trauma consist of forming of chronic distress, change of structure of attitudes toward themselves with violation of the social functioning. Attempt to avoid the psychological trauma is characterized by the high level of divorce in such families. This leads to a persistent neurotic and somatoform disorders

The purpose of the study. Development and implementation of psychological support of families with children with disabilities (cerebral palsy).

Object of the study: 35 families with disabled children. Experimental base of the study was rehabilitation department of clinical sanatorium (Evpatoria), where complex sanatorium-resort treatment of children with cerebral palsy (CP) was conducted .

Methods: Clinical, psychodiagnostic, statistics.

The results of the study. Research and analysis of personality characteristics of parents of children with severe mental and physical development, allowed to identify three groups of parents with certain typological characteristics. The first group is characterized by anxiety-sensitive personality tendencies. Second – behavioral- antisocial personality tendencies. The representatives of the third group shows a predisposition to somatic diseases and qualities of both the first and second groups.

Identified personality disorders in parents describe their internal emotional state, manifested in negative emotional reactions: anxiety and fear (the first group), anger and aggression (the second group) and mixed reactions (third group).

The nature of personal strain variants identified the range of methods aimed to providing to them psycho correctional care: for the first group of people – psychotherapy of neuroses, for the second group of people – psychotherapy of psychopathy, for the third group – use of techniques for both the first and second groups.

Psychotherapeutic work can be done at several levels: motivational – increasing of activity of pessimistic family members, actualization of needs in self-fulfillment; emotional – correction of status of parents and other family members, and the formation of self-regulation skills, relieving of emotional stress; behavioral – developing of effective skills, reassessment of life situation.

Therefore, improving of correction impact of the family, raising a child with a disability, requires a study of the specific impact of defect of abnormal child on personality traits of parents, as well as development of psychological measures aimed at correction of irregularities in the parent-child and marital relationships.

УДК: 616.89-008.454 + 616.89-008.87

Г. М. ВЕРБЕНКО

РОЗШИРЕНИЙ ПОГЛЯД НА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ БАР

ДУ «Кримський державний медичний університет імені С. І. Георгієвського»

Ключові слова: біполярний афективний розлад, диференційна діагностика, клініка, перебіг, когнітивне функціонування

Актуальність. Термін «депресія» об'єднує різно-рідну групу афективних розладів, що характеризуються різною сприйнятливостю до різних видів лікування. У медичній науковій літературі проблеми адекватної діагностики біполярної депресії в класичному варіанті піднімали Н. Уолш і Г. Паркер, демонструючи при цьому протилежні точки зору. Н. Уолш наполягав на необхідності акцентування проблеми монополярної депресії, у той же час Г. Паркер наголошував на гіподіагностиці біполярної депресії за рахунок діагнозів клінічної депресії або розладів особистості. Українські реалії в діагностиці біполярного афективного розладу також відповідають загальносвітовій тенденції [1; 2; 4; 28].

Перебіг афективних розладів, за даними довготривалих досліджень, включає коливання настрою різної градації від субсиндромального до синдромального рівня. Причому, субклінічний перебіг афективних розладів є частим явищем та кількість осіб, що мають такий варіант перебігу приблизно дорівнює кількості осіб із розгорнутою картиною уніполярної депресії та БАР [7]. Середній проміжок часу між початковими проявами афективних симптомів і першим курсом терапії, за даними R. Hirschfield складає майже 10 років. Відтермінування початку терапії пов'язане з гіршим соціальним функціонуванням, частішими госпіталізаціями та більш високими показниками самогубств [3]. Клінічний досвід свідчить, що у молодих пацієнтів з появою симптомів біполярного розладу більш імовірний розвиток алко-гольної залежності та інших проблем зі зловживанням психоактивними речовинами. Ці проблеми також погіршують перебіг біполярного розладу і збільшують кількість госпіталізацій. Серед інших психічних розладів, клінічно пов'язаних з біполярним розладом, можна

назвати анорексію, булімію, розлади уваги, панічний розлад і соціальну фобію [1–3; 5; 6; 18].

Отже, зараз відбувається розширення поглядів на БАР з патології, що характеризується лише зміною депресивної та маніакальної фаз до більш об'ємного розуміння. У другій половині минулого століття Bertelsen A. та співавтори на основі дослідження з участю монозиготних близнюків визначили можливих кандидатів на включення до біполярного спектра: шизоафективний розлад, манія, депресія з гіпоманією (без врахування тривалості гіпоманії), депресія, асоційована з циклотимним та гипертимним темпераментом, рекурентна (псевдоуніполярна) депресія із сімейним анамнезом по БАР, циклічні депресії, що відповідають на терапію літєм та іншими нормотиміками [11]. Benazzi F. провів аналіз спільних факторів між великим депресивним розладом (ВДР) та БАР (табл. 1), підкреслив багато спільних ризик для ВДР та БАР2, що не дозволяє віднести їх до різних класифікаційних категорій. У той же час це не стосується ВДР та БАР1 [8].

У клінічному плані є цікавою також змішана депресія; вже існує велика кількість доказів у підтвердження її біполярної природи. По-перше, переважна більшість осіб із змішаною депресією має позитивний сімейний анамнез щодо БАР та знаходиться в групі підвищеного ризику для розвитку як БАР1, так и БАР2. При чому вираженість інтрадепресивних симптомів гіпоманії корелює із ступенем сімейної обтяженості щодо БАР. По-друге, симптоматика гіпоманії при змішаній депресії має схожу структуру із такою при БАР. Крім того, при лікуванні антидепресантами змішаної депресії є велика ймовірність її трансформації в епізод манії або гіпоманії [13].

Таблиця 1

Порівняльна характеристика ВДР та БАР (modif. Benazzi F., 2007) [8].

Спільні риси	Відмінності
Висока розповсюдженість змішаних станів	Дебют БАР виникає у більш молодому віці, ніж ВДР
Висока розповсюдженість позитивного анамнезу щодо ВДР у осіб із БАР2	БАР1 частіше зустрічається у осіб із сімейною обтяженістю щодо БАР
Неможливість чіткого виокремлення симптомів БАР та ВДР	Різна розповсюдженість БАР та ВДР серед чоловіків та жінок
Високий ризик трансформації ВДР у БАР2	Депресія при БАР1 має більше атипичних рис
Рекурентність ВДР	Більша кількість епізодів при БАР
Висока розповсюдженість симптомів гіпоманії при ВДР	
Схожі когнітивні патерни осіб із ВДР та БАР	

Benazzi F. провів валідацію цих критеріїв на експериментальній вибірці з 245 пацієнтів із БАР2 та 189 – із ВДР, яких обстежили на наявність змішаного інтрадепресивного компонента з використанням структурованого інтерв'ю для DSM-IV та інтерв'ю для гіпоманії (Hypomania Interview Guide). Як і очікувалось, БАР2 у порівнянні із ВДР мав набагато більше інтрадепресивних гіпоманіакальних симптомів (політ думок, роздратованість, психомоторна ажитація, підвищена потреба у розмові, підвищення направленої та ризикованої активності). Депресивний епізод із 3-ма або більше гіпоманіакальними симптомами зустрічався у 68,7% пацієнтів із БАР2 та у 42,3% – із ВДР. Депресивний епізод та ≥ 1 симптом манії мав найвищу чутливість та найнижчу специфічність, на той час як депресивний епізод та ≥ 4 симптомів гіпоманії – найнижчу чутливість та найвищу специфічність. Найкращий баланс чутливості та специфічності мав критерій >2 симптомів гіпоманії, використовуючи позитивний сімейний анамнез у якості валідатора [8].

У своїй більш пізній роботі Benazzi F. наводить схожі дані зустрічальності змішаної депресії серед осіб із діагнозом БАР2 та ВДР (64,5% та 32,1% відповідно). У своїх висновках автор підкреслює, що БАР2 у порівнянні із МДР мала значно менший вік дебюту, більшу рекурентність, частіше виникнення атипової та змішаної депресії, позитивний сімейний анамнез щодо БАР. Також автор помітив суттєву кореляцію між кількістю або вираженістю симптомів депресії та кількістю інтрадепресивних гіпоманіакальних симптомів та змішаних епізодів, що наводить його на думку про можливе існування континууму БАР2-ВДР [9].

McGory P. D. та співавтори та Berk M. та співавтори помітили стадійність процесу розвитку БАР. Зазвичай, цей розлад починається з асимптоматичного періоду за наявності факторів ризику (стадія 0). Пізніше з'являються неспецифічні симптоми (стадія 1а), які маніфестуються в продромальні симптоми (стадія 1б). Далі розвивається повноцінний афективний епізод, зазвичай депресивний (стадія 2), який може супроводжуватись появою підпорогових (стадія 3а) або повноцінних (стадія 3б) симптомів хвороби після ремісії та подальшим повторенням патерну ремісія-рецидив (стадія 3с). На той час як у одних осіб можуть спостерігатися симптоматичні ремісії, у інших перебіг хвороби може бути неремітуючим

або рефрактерним до лікування (стадія 4). На кожній із цих стадій автори пропонують свій набір інтервенцій, включаючи сімейну освіту та отримання інформації особами щодо використання ліків на всіх стадіях; ознайомлення з літературою про психічне здоров'я та короткотривалий тренінг когнітивних навичок на стадії 0; література про психічне здоров'я, психологічне консультування та проблемно-орієнтована психотерапія на стадії 1а; когнітивно-поведінкова терапія, когнітивні соціальні інтервенції та нейропротектори на стадії 1б; когнітивно-поведінкова терапія, атипичні антипсихотики та професійна реабілітація на стадії 2; довготривала стабілізація на стадії 3; клозапін та призначення додаткових препаратів на стадії 4 [10; 24].

Вбачаючи відсутність доказової бази щодо визначення стадії 0 (фактори ризику) у даній моделі, Cosci F. та Fava G. A. запропонували інше тлумачення стадій БАР. У цій моделі стадія 1 характеризується наявністю продромальних симптомів. До стадії 2 автори відносять гостру маніфестацію у вигляді депресивного епізоду або епізоду манії/гіпоманії, що може мати своє продовження після курсу лікування у вигляді резидуальних симптомів (стадія 3), включаючи поведінкові, когнітивні, афективні та/або соціальні прояви. Ці симптоми можуть розвиватись у повноцінний афективний епізод, незважаючи на стабілізаційне лікування, що характеризує 4-ту стадію БАР (табл. 2) [15].

Відомо, що в основі психічних розладів та розладів поведінки лежать генетичні, нейробіологічні та психосоціальні механізми. У своїй більшості, дослідження, які вивчають взаємозв'язок психосоціальних факторів та БАР однакові у тому, що стресові життєві події, мають значний вплив на перебіг цього розладу та можуть бути тригером його дебюту.

Ще у 80-х роках минулого століття Glassner V. та Haldipur S.V., використовуючи шкалу соціальної адаптації Холмса-Раге знайшли докази того, що у осіб із пізнім початком БАР (після 20 років), виникнення першого та останнього епізоду асоційовано із стресовими подіями [16]. Hammen C. та Gitlin M. змогли підтвердити ці дані на вибірці із 52 осіб з діагнозом БАР. За пацієнтами проводили спостереження протягом 2 років. На періодичних обстеженнях вчені проводили інтерв'ю, яке включало питання про пережиті стресові події. Всього нові епізоди були зареєстровані у 36 пацієнтів, ця категорія пацієнтів

Таблиця 2

Стадії біполярного розладу (modif. Cosci F. та Fava G. A., 2013) [15]

Стадія 1	А. неспецифічні симптоми афективного розладу або симптоми легкого ступеня тяжкості/ продромальна фаза (підвищення самовпевненості, настрою, життєвої енергії, зміни настрою)
	Б. Циклотимія
Стадія 2	Гостра маніфестація у вигляді повноцінного афективного епізоду (депресія/манія/гіпоманія)
Стадія 3	Резидуальні симптоми зі значним порушенням у когнітивній сфері та функціонуванні, незважаючи на лікування нормотиміками
Стадія 4	Гострі епізоди, незважаючи на лікування нормотиміками

достовірно частіше повідомляла про наявність стресових подій протягом останніх 3 та 6 місяців до виникнення епізоду у порівнянні з особами без рецидиву БАР [18].

Malkoff-Schwartz S. та співавтори досліджували взаємозв'язок між стресовими подіями та дебютом БАР з використанням опитувальника Бедфордського коледжу по життєвим подіям (Bedford College Life Event and Difficulty Schedule). Наявність стресогенних подій визначалася протягом 8 останніх тижнів до моменту виникнення першого епізоду, їх кількість та значимість для індивіда в цей період порівнювалась із подіями, що виникли під час контрольного періоду. Також визначався вплив цих подій на порушення звичного соціального ритму. Згідно із результатами 33% пацієнтів із БАР пережили ≥ 1 стресогенної події, що призвела до порушення соціального ритму у період перед виникнення першого епізоду у порівнянні із 13%, що пережили цю подію протягом контрольного періоду ($p=0,05$), не пов'язаного із дебютом БАР [цит. за 4].

Ambelas A., обстеживши 67 пацієнтів з манією, помітив, що 28% із них пережили стресову подію протягом останніх 4-х тижнів перед госпіталізацією у порівнянні з 6% пацієнтів із контрольної групи [5]. Joffe R. T. та співавтори за допомогою опитувальника PERI-M відмітили достовірну відмінність у кількості осіб з епізодом манії, що пережили неконтрольовані та непрогнозовані події перед госпіталізацією, у порівнянні з пацієнтами з БАР в ремісії [19]. Подальші дослідження на цю тему продемонстрували більш сильний зв'язок саме депресивних епізодів у рамках БАР із стресовими подіями [17; 20]. Пацієнти з біполярним афективним розладом, на думку J. R. Calabrese, у два рази частіше говорять про проблеми на роботі, а також мають приблизно в 5 разів більше шансів бути ув'язненими/засудженими за злочини (крім водіння автомобіля у стані алкогольного сп'яніння) [цит. за 4].

Базуючись на припущенні, що пацієнти з «реактивними» епізодами краще відповідають на лікування, ніж з «ендогенними», було опубліковано декілька досліджень, що вивчали взаємозв'язок із стресом та відновленням після афективних епізодів. У декількох роботах, присвячених уніполярній депресії, вчені продемонстрували, що наявність стресових подій є негативним предиктором для відповіді на терапію. Monge S. M. та співавтори у проспективному дослідженні за участю 91 пацієнта з депресією продемонстрували цей взаємозв'язок також і для стресових подій, що виникли під час лікування. Це знайшло своє підтвердження і для біполярного розладу [14]. У дослідженні Johnson S. L. та Miller I. пацієнти, що пережили ≥ 1 стресову подію під час епізоду, досягали ремісії в 3 рази довше, ніж інші особи з БАР [20].

Нині існують намагання пояснити зв'язок БАР зі стресом з нейропсихологічної, нейрофізіологічної та психосоціальної позиції. Згідно із моделлю кіндлінгово-поведінкової сенситизації, розробленої Post R. M. та співавторами, перший афективний епізод БАР має більш тісну асоціацію із психосоціальними стресовими факторами, ніж наступні. Дана модель базується

на 2-х нейропсихологічних принципах – електрофізіологічному кіндлінгу та поведінковій сенситизації. У дослідженнях з використанням тваринних моделей було виявлено, що після декількох спроб стимуляції мигдалини з метою виникнення епілептичних нападів у подальшому спонтанні напади будуть виникати навіть за відсутності електричної стимуляції. У контексті БАР тригерні стресори сприяють виникненню першого епізоду, а подальші епізоди можуть виникати після незначних стимулів. Із цієї моделлю пов'язані два феномени – епізод-сенситизація та стрес-сенситизація. Перший феномен пояснює підвищення тяжкості, поглиблення симптоматики та зменшення періоду ремісії між епізодами протягом курсу хвороби, другий тлумачить той факт, що для провокації нових епізодів потрібний все менший рівень стресу [28].

Також детально вивчається роль гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової (ГГА) осі як одного із механізмів, що пояснює вплив стресу на розвиток БАР. Так, у осіб, які пережили стрес, спостерігається підвищення рівня адреналіну, норадреналіну та кортизолу. Підвищення рівня останнього спостерігається і при виникненні депресивного епізоду. У дослідженнях виявлені й інші ознаки порушення ГГА осі у депресивних пацієнтів, включаючи підвищення рівня глюкокортикостероїдів у спинномозковій рідині, плазмі крові, сечі. Подібні зміни із підвищенням рівня кортизолу у спинномозковій рідині та сечі спостерігали також при змішаних та маніакальних епізодах [12; 22]. Слід відмітити, що підвищений рівень кортикостероїдів чинить пошкоджуючий вплив на гіпогамп, що призводить до його структурних змін. Sheline Y. I. співавтори провели дослідження з використання МРТ за участю 10 пацієнтів з депресією та 10 здорових добровольців. Отримані у ході його проведення дані продемонстрували достовірне зменшення об'єму лівого та правого гіпокампі у осіб із депресією на 15% та 11% відповідно, при чому тривалість депресії корелювала із ступенем атрофії. Цей факт знаходить своє відображення у порушеннях когнітивних функцій при афективних розладах, включаючи порушення декларативної пам'яті [27]. Таким чином, погіршення когнітивних функцій, опосередковане ремоделюванням гіпокампі, яке спостерігається також і у еутимних пацієнтів, є однією із головних причин підвищення тяжкості епізодів БАР із зростанням кількості епізодів та тривалості хвороби.

На думку Ehlers C. L. та співавторів, відповідальними за розвиток афективних розладів є ті стресові події, що призводять до порушення соціальних та, як наслідок, біологічних ритмів. На підтримку теорії порушення соціальних ритмів Goodwin F. K. та Jamison K. R. відмічають, що нестійкість є фундаментальною дисфункцією при БАР, а її головною причиною може слугувати порушення звичного укладу життя [17]. Дійсно, як демонструють дослідження у пацієнтів із БАР спостерігається зміна звичного розкладу щоденної активності, яка передуює розвитку епізоду, а підвищення регулярності соціального ритму під час активної фази знижує ризик рецидиву під час підтримуючої фази лікування [1; 3; 28].

Вплив розладів біполярного спектра на когнітивне функціонування є предметом вивчення багатьох наукових досліджень. Загалом, роботи, присвячені цій проблемі, однотайні у констатуванні наявності порушень у когнітивній сфері як під час епізоду, так і у фазі ремісії. Однак ступінь вираженості цих порушень та які саме функції найбільш часто порушуються – ці питання широко дискутуються у науковій літературі [21–25].

У дослідженні Martinez-Aran A. та співавторів брали участь 77 еутимних біполярних пацієнтів. Згідно із результатами Глобальної оцінки функціонування (Global Assessment of Functioning) учасників розділили на 2 групи із низьким та високим рівнем соціального, трудового та психосоціального функціонування. Ці дві групи, а також контрольну групу порівняли за клінічними та нейропсихологічними показниками. Результати продемонстрували, що групи з високим та низьким рівнем функціонування достовірно не відрізнялись за клінічними показниками, однак пацієнти із БАР мали достовірно нижчі показники когнітивного функціонування у порівнянні зі здоровими добровольцями. Найбільші відмінності спостерігались у осіб із низьким рівнем глобального функціонування у вербальній пам'яті та виконуючих функціях (планування майбутнього, змінювання реакції в залежності від контексту) [22].

В іншій роботі цієї групи вчених були отримані схожі результати. У дослідженні взяли участь 30 пацієнтів із БАР у фазі депресії, 34 – манії або гіпоманії та 44 – еутимних пацієнтів з БАР. Контрольну групу склали 30 здорових добровольців без психічних та неврологічних розладів в анамнезі. Нейропсихологічна батарея тестів включала оцінку виконуючої функції, уваги, вербальної та візуальної пам'яті. У всіх трьох групах спостерігали зниження когнітивного функціонування, насамперед це стосується вербальної пам'яті та виконуючої функції. Ступінь їх порушення корелював із тривалістю хвороби та кількістю афективних епізодів, госпіталізацій та суїцидальних спроб [23].

Robinson L. J. та співавтори провели систематичний огляд та мета-аналіз подібних досліджень. Для підрахунку сили феномену, тобто сили впливу БАР на когнітивні функції, використовували розмір ефекту Коена. Вибірка у включених до аналізу роботах складалась із еутимних біполярних пацієнтів. Великий розмір ефекту ($d \geq 0,8$) відмічали для виконуючих функцій та вербального навчання, середній ($0,5 \leq d < 0,8$) – для негайної та відстроченої вербальної пам'яті, абстрагування, підтримання уваги, психомоторної швидкості та інгібуванням відповіді. У своїх висновках автори підкреслили необхідність подальшого вивчення когнітивного дефіциту при БАР та доцільність використання специфічних інтервенцій для його корекції [25].

Ще в одному систематичному огляді, присвяченому цій проблемі, Robinson L. J. та Ferriter I. N. вивчали вплив різних релевантних факторів на когнітивне функціонування осіб із БАР. Так, епізод манії, на їх думку, асоційований із зниженням вербальної пам'яті, депресії – виконуючої функції, візуальної пам'яті, вербального

навчання та просторової робочої пам'яті (spatial working memory). Крім того, загальна кількість епізодів, кількість госпіталізацій, вік на момент маніфестації БАР та її тривалість також демонстрували зв'язок із когнітивним функціонуванням [26].

Нейропсихологічний дефіцит став предметом вивчення ще одного масштабного мета-аналізу, проведеного в 2008 році. Voга E. та співавтори провели пошук релевантної наукової літератури та включили до свого аналізу 45 робіт за участю 1423 еутимних пацієнтів із БАР та 17 робіт, що оцінювали близьких родичів осіб із БАР. Згідно із результатами, для осіб із БАР були характерні порушення у пригніченні відповіді на стимул, виконуючій функції, вербальній пам'яті та концентрації уваги у порівнянні із здоровими добровольцями. У родичів спостерігали зміни у швидкості обробки інформації та мови, а також у візуальній пам'яті. Когнітивний ендотип БАР, на думку вчених, свідчить про вентральну префронтальну, фронтотемпоральну та фронтотимбічну дисфункцію. Більшість цих порушень мають генетичне підґрунтя [12].

Матеріали і методи: Нами було проведено пілотне дослідження 74 хворих на змішані афективні розлади у віці 21–35 років, у тому числі 41 жінки та 33 чоловіка, які отримували лікування у психіатричному закладі. Всі пацієнти дали інформовану згоду на участь у дослідженні. Наявність порушень афективної сфери досліджувалася за допомогою оціночних психометричних шкал: шкали манії Янга (YMRS – Young Mania Rating Scale), оціночної шкали депресій Монгомері-Асберга (MADRS), шкали Гамільтону для оцінки депресії (HAM-D-17), шкали оцінки тяжкості суїциду Колумбійського університету (C-SSRS), нейрокогнітивних тестів.

Результати дослідження: Протягом життя пацієнти мали по декілька госпіталізацій з різними діагнозами, відмінними від БАР (табл. 3). Найбільша питома вага в первинних діагнозах належала саме депресивному розладу.

Таблиця 3

Поточні діагнози протягом життя (n=74)

Діагноз	Абс.	%
Великий депресивний розлад	26	35,1
Розлад особистості	16	21,6
Тривожно-депресивний розлад	14	18,9
Алкогольна залежність	8	10,8
Неврастенія	6	8,1
Панічний розлад	3	4,1
Нервова анорексія	2	2,7

У 22 обстежених хворих (29, 8%) були виявлені порушення біполярного спектра в сімейному анамнезі. За результатами дослідження у 31 особи (41,9%) було виявлено суїцидальні думки та аутоагресивну поведінку з епізодами зловживанням алкоголем та психоактивними речовинами.

У клінічній картині у 46 пацієнтів (62,1%) переважали роздратованість та психомоторна ажитація поряд з тривогою, дисфорічними станами. Порушення когнітивної сфери виявлялися переважно у вигляді зниження показників вербальної пам'яті та концентрації уваги, виконавчих функцій (планування майбутнього) мали 29 обстежених хворих (39,2%). Суто гіпоманіакальні прояви (експансивний настрій, зниження потреби уві сні, підвищення енергійності та моторної активності) були у 10 осіб (13,5%).

Додатково нами було виявлено порушення зорово-просторового синтезу різного ступеня у 63 (85,1%) пацієнтів, а 44 (59,5%) – мали поєднання порушень зорово-просторових і виконавчих функцій. Для пацієнтів, яких ми ідентифікували як таких, що страждають на БАР, почасти були характерні спотворення цілісності сприйняття перцептивного поля, випадкова стратегія копіювання, метричні і структурно-топологічні спотворення, недотримання відстаней, пропорцій, спотворення кутів, ігнорування окремих елементів копіювання геометричних об'єктів, порушення сполучних ліній і точок перетину. З позицій нейропсихології виявлені особливості є патогномонічними для дисфункції правої півкулі головного мозку на тлі загальної гіперактивності лівої півкулі.

Висновки. Розлади афективної сфери поступово виходять на рівень розповсюджених захворювань сьогодення, а враховуючи великий ризик втрати працездатності розробка чітких діагностичних та терапевтичних рекомендацій для афективних розладів є однією із пріоритетних задач сучасної медицини. На сьогодні актуальною є оновлення концепції розладів біполярного спектра в напрямку розширення уявлення про афективні розлади як взаємопов'язану групу нозологій, що належать до одного континууму.

На особливу увагу заслуговують підпорогові симптоми гіпоманії при переважанні депресивної полярності як інтрадепресивні (змішана депресія), так і поза межами депресивного епізоду. Змішаний компонент депресії може проявлятися роздратованістю та ворожістю, активацією, резистентністю до терапії, окремими симптомами гіпоманії на тлі високої суїцидальної ідеї.

Характерні, але не патогномонічні, для осіб з БАР порушення когнітивної сфери у вигляді зниження показників вербальної пам'яті, концентрації уваги та виконавчих функцій (планування майбутнього) мають більш детально вивчатися і надалі враховуватися у лікувально-діагностичному процесі як чинник, що вагомо впливає на рівень функціонування пацієнта в цілому.

Враховуючи сучасні тенденції еволюції БАР, виникає необхідність розробки адекватних діагностичних інструментів для його виявлення та застосування комплексної системи терапевтичної інтервенції з урахуванням нейрофункціонального стану окремих структур головного мозку.

Література:

1. *Биполярное аффективное расстройство: диагностика и лечение.* — под ред. С.Н. Мосолова. — МЕДпресс-информ, 2008. — 384 с.
2. *Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні: Інформаційно-аналітичний огляд за 2001-2010 рр.* — Київ-Харків, 2011. — 173 с.
3. Хаустова Е. А., Безішейко В. Г., Романив А. П. *Современные аспекты диагностики и лечения биполярной депрессии* // *НейроNews.* — 2012. — №1 (36). — С.38-42
4. Чабан О. С., Хаустова Е. А. *Биполярная депрессия: проблемы диагностики и терапии* // *НейроNews.* — 2011. — №5 (32). — С.18-22.
5. Ambelas A. *Psychologically stressful events in the precipitation of manic episodes* // *Br. J. Psychiatry.* — 1979. — V. 135. — P. 15-21.
6. Beckham E. E., Leber W. R. *Handbook of Depression* — New York: Guildford Press, 1995. — 628 pp.
7. Benazzi F. *Is there a continuity between bipolar and depressive disorders?* // *Psychother. Psychosom.* — 2007. — V. 76. — P. 70-76.
8. Benazzi F. *Mixed depression: a clinical marker of bipolar II disorder* // *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.* — 2005. — V. 29. — P. 267-274.
9. Bennazi F. *Challenging the unipolar-bipolar division: Does mixed depression bridge the gap?* // *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry.* — 2007. — V. 31. — P. 97-103.
10. Berk M., Hallam K. T., McGorry P. D. *The potential utility of a staging model as a course specifier: a bipolar disorder perspective* // *J. Affect. Disord.* — 2007. — P. 279-281.
11. Bertelsen A., Harvald B., Hauge M. *A Danish twin study of manic-depressive disorders* // *Br. J. Psychiatry.* — 1977. — V. 130. — P. 330-351.
12. Bora E., Yucel M., Pantelis C. *Cognitive endophenotypes of bipolar disorder: a meta-analysis of neuropsychological deficits in euthymic patients and their first-degree relatives* // *J. Affect. Disord.* — 2009. — V. 113. — P. 1-20
13. Botlender R., Sato T., Kleindienst N. et al. *Mixed depressive features predict manifold switch during treatment of depression in bipolar I disorder* // *J. Affect. Disord.* — 2004. — V. 78. — P. 149-152.
14. Cohen A. N., Hammen C., Henry R. M., Daley S. E. *Effect of stress and social support on recurrence in bipolar disorder* // *J. Affect. Disord.* — 2004. — V. 82. — P. 143-147.
15. Cosci F., Fava G. A. *Staging of mental disorders: systematic review* // *Psychother. Psychosom.* — 2013. — V. 82. — P. 20-34.
16. Glassner B., Haldipur C. V. *Life events and early and last onset of bipolar disorder* // *Am. J. Psychiatry.* — 1983. — V. 140. — P. 215-217.
17. Goodwin F. K., Jamison K. R. *Manic Depressive illness.* — New York: Oxford University Press, 2007. — 1262 pp.
18. Hammen C., Gülin M. *Stress reactivity in bipolar patients and its relation to prior history of disorder* // *Am. J. Psychiatry.* — 1993. — V. 154. — P. 856-857.
19. Joffe R. T., MacDonald C., Kutcher S. P. *Life events and mania: A case-controlled study* // *Psychiatry Res.* — 1989. — V. 30. — P. 213-216.
20. Johnson S. L., Miller I. *Negative life events and time to recovery from episodes of bipolar disorder* // *J. Abnorm. Psychol.* — 1997. — V. 106. — P. 449-457.
21. Kessing L. V. *Cognitive impairment in the euthymic phase of affective disorder* // *Psychol. Med.* — 1998. — V. 28. — P. 1027-1038.
22. Martinez-Aran A., Vieta E., Reinares M. et al. *Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder.* — 2004. — V. 161. — P. 262-270.
23. Martinez-Aran A., Vieta E., Torrent C. et al. *Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors* // *Bipolar Disorders.* — 2007. — V. 9. — P. 103-113.
24. McGorry P. D., Hickie I. B., Yung A. R. et al. *Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions* // *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* — 2006. — V. 40. — P. 616-622.
25. Robinson L. J., Ferrier I. N., *Evolution of cognitive impairment in bipolar disorder: a systematic review of cross-sectional evidence* // *Bipolar Disorders.* — 2006. — V. 8. — P. 103-116.
26. Robinson L. J., Thompson J. M., Gallagher P. et al. *A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder* // *J. Affect. Disord.* — 2006. — V. 93. — P. 105-115.
27. Sabe L. *Dissociation between declarative and procedural learning in dementia and depression* // *J. Clin. Exp. Neuropsychol.* — 1995. — V. 17. — P. 841-848.
28. Stahl SM. *Stahl's Essential Psychopharmacology.* 3rd ed. New York, NY: Cambridge University Press; 2008.

РАСШИРЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БАР

Г. М. ВЕРБЕНКО

В статье обсуждаются актуальные вопросы обновления концепции расстройств биполярного спектра. Дискуссия направлена на расширение представления об аффективных расстройствах как взаимосвязанной группе нозологий, принадлежащих к одному континууму. В клиническом плане интересна смешанная депрессия: есть весомые доказательства подтверждения ее биполярной природы. В процессе дифференциальной диагностики также следует учитывать стадийность процесса развития БАР. Существенное влияние оказывают на БАР психосоциальные факторы, они могут быть триггером его дебюта и детерминантой его течения. Значительный удельный вес в дифференциальной диагностике БАР могут составить характерные нарушения когнитивного функционирования, которые требуют дальнейшего изучения.

По данным собственного исследования 74 больных со смешанными аффективными расстройствами в возрасте 21-35 лет, в течение жизни эти пациенты имели по несколько госпитализаций с различными диагнозами, отличными от БАР. Наибольший удельный вес в первичных диагнозах принадлежал именно депрессивным расстройствам. Были обнаружены характерные, но не патогномичные, для лиц с БАР нарушения когнитивной сферы в виде снижения показателей вербальной памяти, концентрации внимания и исполнительских функций (планирование будущего). Они должны более подробно изучаться и в дальнейшем учитываться в лечебно-диагностическом процессе как фактор, который весомо влияет на уровень функционирования пациента в целом.

Учитывая современные тенденции эволюции БАР, возникает необходимость разработки адекватных диагностических инструментов для его обнаружения и применения комплексной системы терапевтической интервенции с учетом нейрофункционального состояния отдельных структур головного мозга.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, дифференциальная диагностика, клиника, течение, когнитивное функционирование

EXPANDED VIEW OF THE CLINICAL MANIFESTATIONS OF BAR

G. M. VERBENKO

The article discusses current issues updates disorders bipolar spectrum concept. The discussion aims to expand notions of affective disorders as a coherent group of diseases belonging to the same continuum. In terms of clinical interest is mixed depression: there is strong evidence confirming its bipolar nature. In the process of differential diagnosis should also consider staging the development process BAR. Psychosocial factors have a significant impact on the BAR, they can be the trigger of his debut and determinanatoy its course. A significant proportion of the differential diagnosis of BAR can make specific cognitive disorders that require further study.

According to their own study of 74 patients with mixed affective disorders, aged 21-35 years, during the life of these patients had multiple hospitalizations with different diagnoses, different from the BAR. The largest share in the primary diagnoses of depressive disorders it belonged . Were found characteristic but not pathognomonic for persons with cognitive disorders BAR in the form of lower indices of verbal memory, concentration and executive functions (planning for the future). They should be studied in more detail and further considered in medical – diagnostic process as a factor that affects the weighty level of functioning of the patient as a whole.

Given the current trends in the evolution BAR, there is a need to develop adequate diagnostic tools to detect and use an integrated system therapeutic intervention based on neurofunctional state different brain structures.

Keywords: bipolar disorder, differential diagnosis, clinical features, course, cognitive functioning

УДК 616.89-008.454:616.831-005

О. А. ЛЕВАДА

**ІНТЕГРАТИВНА ОЦІНКА РАНИХ ЕТАПІВ РОЗВИТКУ СУБКОРТИКАЛЬНОЇ СУДИННОЇ
ДЕМЕНЦІЇ: АЛГОРИТМ, КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ДІАГНОСТИЧНІ ТЕСТИ**
ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Ключові слова: субкортикальна судинна деменція, субкортикальне судинне легке когнітивне порушення, діагностичні алгоритми, критерії, тести

Вступ. Субкортикальна судинна деменція (ССД) є найбільш частою клініко-морфологічною формою судинної деменції (СД) [22; 28; 32], яка за поширеністю займає друге місце в світі після хвороби Альцгеймера [26; 27]. Суттєве медико-соціальне значення ССД спонукає шукати високо чутливі та специфічні способи діагностики початкових стадій її розвитку.

Найбільш повною мірою інтегративний підхід до діагностики ССД на сьогодні реалізований у критеріях Т. Erkinjuntti et al. (2000) [29] (вітчизняний переклад [4]). За основу клінічної діагностики авторами прийнято набутий когнітивний дефіцит у вигляді поєднання виконавчої дисфункції та специфічних розладів пам'яті, ступінь якого достатній для того, щоб порушити комплексні професійні і соціальні види діяльності.

Кардинальним у встановленні етіологічної приналежності до судинного ураження мозку за вказаними

критеріями є наявність цереброваскулярного захворювання за даними нейровізуалізації та анамнестичні відомості про епізоди загострення даного захворювання у вигляді різноманітних неврологічних порушень. Важливими для діагнозу ССД є специфічні неврологічні (розлади ходи, екстрапірамідні, пірамідні, псевдобульбарні синдроми, порушення сечовипускання) та психопатологічні розлади (депресія, апатія та ін.). До критеріїв, що роблять діагноз малоймовірним, автори відносять ранній розвиток і суттєві порушення пам'яті, а також низки інших вищих психічних процесів та відсутність цереброваскулярного захворювання при нейровізуалізації.

Важливо відзначити, що діагностика ССД є тією областю психіатрії, де інтегруються нейропсихологічні, психопатологічні, неврологічні та параклінічні методології.

До недоліків наявної діагностичної парадигми ССД слід віднести застосування винятково категоріального підходу. Зазвичай категоріальними (якісними) називають такі ознаки, які можуть мати одне або два дискретних значення. Але найбільш часто під ними розуміють лише окремих випадок таких ознак – дихотомічні або бінарні перемінні, які описують тільки наявність чи відсутність ознаки (тобто є синдром, симптом чи його немає) [14]. Як у клінічних, так і в наукових дослідженнях застосування переважно категоріального підходу має наслідком втрату певної частини важливої клінічної інформації та є спрощенням реальної біологічної дійсності [14].

На прикладі діагностики ССД це можна продемонструвати наступним чином. Виявлення у пацієнта характерного поєднання когнітивних, психопатологічних, неврологічних та нейровізуалізаційних синдромів і наявності порушень повсякденного функціонування (ППФ) є діагностично достатнім для встановлення діагнозу. У той же час загальна тяжкість когнітивного дефіциту і виразність кожного з синдромів, що входять до його складу, може бути різною, а значить діагноз, заснований лише на встановленні певної кількості ознак з переліку критеріїв, нівелює клінічну своєрідність пацієнтів. Особливо це має значення при діагностиці стадії, що передуює маніфестній ССД, а саме субкортикальних судинних легких когнітивних порушень (ССЛКП), коли кількісна оцінка патогномонічних розладів принципово важлива.

В якості засобу, спрямованого на подолання обмежень категоріального підходу в діагностиці психічних захворювань, можна привести запропоноване у DSM-5 нововведення – дименціональну оцінку, як доповнення до діагностики категоріальної [20]. Вона передбачає, щоб клінічні/параклінічні ознаки захворювання, які можуть мати кількісну оцінку, були ранжовані за ступенем виразності [23].

По відношенню до етапів формування ССД даний підхід ще не застосовувався. Він міг би бути реалізований у вигляді доповнення наявних категорій-синдромів захворювання даними про ступінь їх виразності. Крім, об'єктивізації загальної тяжкості захворювання (встановлення стадії), дименціональна оцінка синдромів ранніх етапів ССД мала б допомогти розрізнити ступені прогресування кожного з них, відповідно – визначити значимість того чи іншого синдрому для клінічної картини ССД у цілому. Тобто такий кількісний підхід міг би сприяти встановленню найбільш значимих (патогномонічних) клінічних синдромів етапів формування даного захворювання, а також вдосконаленню діагностичних критеріїв.

Таким чином, інтегративна діагностика етапів формування ССД має передбачати поєднання діагностичного апарату нейропсихології, психопатології, неврології, нейровізуалізації та інших параклінічних дисциплін, а також категоріальних і дименціональних підходів до оцінки отриманих даних. Розробка інтегративної концепції ранніх етапів розвитку ССД, заснована на вказаних засадах, стала метою нашої роботи.

Пацієнти та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети ми використали результати опублікованих нами робіт, які стосувалися для комплексного вивчення клінічної структури та низки біологічних маркерів на ранніх етапах розвитку ССД у 189 осіб похилого та старечого віку, 50 з яких склали групу без когнітивних порушень (БКП), 70 – ССЛКП, 69 – ранньої ССД [2-13]. При вирішенні поставлених задач були застосовані: анамнестичний метод – для вивчення демографічних показників обстежених осіб, даних про перебіг субкортикальних судинних когнітивних порушень, фактори ризику та протективні чинники, нейропсихологічний метод – для дослідження особливостей порушень вищих мозкових функцій на етапах розвитку ССД (методики описані нами у [7, 12]), психопатологічний метод – для визначення специфічних психопатологічних і поведінкових розладів обстеженої когорти (шкала NPI) [30], неврологічний метод – для виявлення закономірностей перебігу неврологічних порушень [3], вивчення ППФ за шкалою BADL [6, 17], МРТ або КТ – для дослідження мікрovasкулярних та атрофічних процесів головного мозку [5], імуноелектрохімілюмінесцентний метод – для визначення сироваткової концентрації білка S100 β [4], імуноцитохімічний метод – для визначення експресії дофамінових рецепторів (DR) D2-типу лімфоцитами периферичної крові [11], метод слухових викликаних когнітивних потенціалів (СВКП) – для аналізу параметрів хвилі P300 [8], ультразвукове дуплексне сканування (УЗДС) – для вивчення кровотоку в екстра- та інтракраніальних артеріях [13], статистичні методи.

Результати дослідження

Проведений аналіз дозволив виявити специфічні якісні та кількісні клінічні і параклінічні характеристики ранніх етапів формування ССД. Це дало можливість запропонувати інтегративну діагностичну концепцію етапів розвитку ССД, розробити алгоритми та модифіковані критерії діагностики, засновані на поєднанні нейропсихологічних, психопатологічних, неврологічних методологій та біологічних маркерів, категоріальних та дименціональних підходів.

Алгоритм діагностики ССЛКП та ранньої стадії ССД у осіб похилого та старечого віку

А. Встановити порушення загального рівня когнітивного функціонування за допомогою MMSE [21] та CDR [25]:

- 1) рекомендований норматив для ССЛКП – 24-27 балів за MMSE та 0,5 балів за CDR;
- 2) рекомендований норматив для ранньої стадії ССД – 23-20 балів за MMSE та 1 бал за CDR.

Б. Встановити специфіку когнітивного дефіциту, що вказує на субкортикально-лобний характер ушкодження вищих мозкових функцій:

- 1) синдром виконавчої дисфункції;
- 2) специфічний амнестичний синдром (див. критерії та тести).

В. Встановити взаємозв'язок між когнітивним дефіцитом та цереброваскулярним захворюванням, що його спричинило:

- 1) наявність релевантного цереброваскулярного захворювання при нейровізуалізації;
- 2) наявність історії неврологічних симптомів, які співвідносяться з цереброваскулярним захворюванням (таких як розлади ходи, транзиторні парези кінцівок, слабкість нижньої м'язової мускулатури, симптом Бабінського та ін.);
- 3) при цьому відсутні дані про наявність осередкових уражень головного мозку більших ніж 1 см у діаметрі.

Г. Оцінити вплив когнітивного дефіциту на повсякденну активність за шкалою BADL [17] або іншими валідними інструментами. Особливе значення приділити здатності розпоряджатися фінансами, користуватися телефоном, робити покупки, вести домашні справи, самостійно користуватися суспільним транспортом:

- 1) на стадії ССЛКП повсякденна активність збережена або порушена незначною мірою, що не приводить до втрати незалежності у повсякденному житті;
- 2) на ранній стадії ССД відмічаються легкі або помірні ППФ, що приводять до часткової втрати незалежності та як мінімум мінімальної сторонньої підтримки.

Д. Визначити наявність психопатологічних порушень за шкалою NPI [30] (вітчизняна версія [16]). На користь діагнозу ССЛКП та ранньої ССД свідчать депресія, апатія та розлади нічної поведінки.

Є. Визначити наявність наступних неврологічних порушень: розлади ходи вищого рівня (РХВР), пірамідного та псевдобульбарного синдрому.

Ж. По можливості провести наступні параклінічні дослідження для об'єктивізації ступеня тяжкості субкортикального судинного когнітивного дефіциту та ефективності терапії, що планується: СВКП Р300 (латентність хвилі Р300), концентрацію протеїну S100В сироватки крові, експресію ДР D-2 типу лімфоцитами периферичної крові), а також УЗДС екстра- та інтракраніальних артерій для уточнення заходів вторинної профілактики.

Прототипом для розробки критеріїв діагностики ССЛКП та ранньої ССД слугували наявні дослідницькі критерії Т. Erkinjuntti et al. (2000) [29] для ССД. Модифікація даних підходів проводилася з урахуванням специфіки когнітивних, психопатологічних, неврологічних, функціональних та параклінічних порушень, які отримані в наших дослідженнях.

Критерії діагностики ССЛКП та ранньої ССД для осіб похилого та старечого віку.

Центральні критерії діагнозу початкових стадій ССД включають все перераховане нижче.

А. Когнітивний синдром загальною виразністю 27-24 бали за MMSE та 0,5 балів за CDR (для ССЛКП) або 23-20 балів за MMSE та 1 бал за CDR (для ССД), який включає наступні ознаки:

- 1) синдром виконавчої дисфункції: порушення уваги, формулювання цілі, ініціації, планування, організації, виконання послідовних операцій, перемикання та підтримування, абстрагування, усвідомлення своїх проблем;
- 2) розлади пам'яті (можуть бути незначними): порушене пригадування переважно семантично не

організованої вербальної інформації, відносно збережене упізнання, менш тяжке забування, суттєве покращення при застосуванні підказок;

- 3) мінімальна транскортикальна моторна афазія;
- 4) наявність ППФ, пов'язаних з когнітивним дефіцитом. На стадії ССЛКП ППФ збережені або мінімальні, що не приводить до втрати незалежності у повсякденному житті, на стадії ССД ППФ легкі або помірні, що приводять до часткової втрати незалежності та як мінімум незначної сторонньої підтримки. При цьому дані порушення не пов'язані з фізичними ефектами цереброваскулярного захворювання;
- 5) анамнестичні дані про часовий зв'язок між когнітивними розладами та неврологічними розладами, які відображають перебіг мікроеваскулярного процесу головного мозку (розлади ходи, транзиторні парези, псевдобульбарні порушення та ін.).

Б. Нейровізуалізаційні дані про наявність мікроеваскулярного ураження субкортикальних відділів головного мозку:

- 1) вогнища гіперінтенсивності, які розповсюджуються на перивентрикулярну та глибоку білу речовину, розлогі шапочки (>10 мм діаметром при вимірюванні паралельно до шлуночків) або неправильної форми ореоли, або дифузні зливні гіперінтенсивності в T2 режимі МРТ, або наявність уражень перивентрикулярної та глибокої білої речовини, або дифузні симетричні зони зниження сигналу (проміжна денсивність між нормальною білою речовиною і ліквором) за даними КТ у поєднанні (або без такого) з
- 2) множинними лакунами (більше 5) в глибокій сірій речовині мозку.

П. Додаткові клінічні критерії ранніх стадій ССД.

А. Психопатологічні: депресія, апатія, розлади нічної поведінки.

Б. Неврологічні:

- 1) РХВР;
- 2) псевдобульбарні порушення (симптоми орального автоматизму, дизартрія, насильницький сміх та плач);
- 3) пірамідні (переважно розширення зон глибоких рефлексів за пара- та тетрагіпом, патологічні знаки).

В. Додаткові параклінічні:

- 1) збільшення латентності СВКП Р300;
- 2) підвищення сироваткової концентрації протеїну S100В;
- 3) зниження експресії ДР D-2 типу лімфоцитами периферичної крові;
- 4) потовщенням комплексу інтима-медія (КІМ) обох загальних сонних артерій (ЗСА), патологічна звивина лівої ЗСА та стеноз лівої внутрішньої сонної артерії (ВСА) за даними УЗДС.

ПІ. Ознаки, що свідчать про іншу природу когнітивних порушень.

А. Клінічні:

- 1) когнітивні та поведінкові розлади в структурі порушень свідомості;
- 2) наявність метаболічних, системних, токсичних, інфекційних та структурних чинників, якими можна з

Таблиця 1

Високочутливі та специфічні тести для діагностики ранніх стадій розвитку ССД

Функція/параметр, що тестується	Специфічний тест	Показники тесту	
		При ССЛКП	При ранній ССД
Загальна оцінка когнітивного функціонування	MMSE, бали (0-30)	27-24	23-20
	CDR, бали (0-3)	0,5	1
Увага	Показник ефективності роботи [1] за таблицями Шульте, с	68 (59,4-79,6)	102 (75,6-135,4)
	Субтест «віднімання сімок», MMSE, бали (0-5)	3 (2-4)	1 (1-1)
Планування, постановка цілей, підтримка діяльності	Тест малювання годинника 1-а частина [9], бали (0-10)	9 (8-9)	7 (6-8)
Виконання багатоетапних операцій	За тяжкістю кінетичної апраксії, бали (0-3). Тести («кулак-ребро-долоня», Н. И. Озерського та ін.) [15]	2 (1-2)	2,5 (2-3)
Абстрагування	Тест на категоріальну швидкість [18], кількість слів за 1 хв.	9 (6-10)	4,5 (3-7,5)
Транскортикальна (еферентна) моторна афазія	Вербальна швидкість [19], кількість слів за 3 хв.	17 (13-21)	11 (7-17)
Пам'ять	Відстрочене пригадування списку з 5 іменників, кількість слів (0-5) [7]	3 (1-4)	0 (0-1)
Депресія	Поширеність за NPI, %	52,38	70,00
	Тяжкість за NPI, бали (0-3)	2 (2-3)	2 (2-3)
Апатія	Поширеність за NPI, %	47,62	60,00
	Тяжкість за NPI, бали (0-3)	2 (1-2)	2 (1-2)
Порушення нічної поведінки	Поширеність за NPI, %	42,19	46,67
	Тяжкість за NPI, бали (0-3)	1 (1-2)	1 (1-2)
Хода	Ступінь лобної дисбазії [3], бали (0-3)	1,5 (1-2)	2 (2-2,5)
	Ступінь лобної астазії [3], бали (0-3)	1 (0-1)	1 (1-2)
	Загальний бал за шкалою Тінетті [31] (0-28)	18,5 (14-22)	13 (10-17)
Псевдобульбарний синдром	Виразність симптомів орального автоматизму, дизартрії, насильницького сміху/плачу, бали (0-3)	1 (1-1)	1 (1-2)
ППФ	Загальний бал ППФ за шкалою BADL (0-60)	3 (1-5)	12 (10-16)
	Найбільш специфічні якісні характеристики	Здатність самостійно розпоряджатися фінансами, робота по дому/саду, участь у іграх/хобі, користування телефоном	Додаються: розлади у приготуванні їжі та напоїв, користуванні ванною/душом, чищення зубів, розлади ходи, орієнтації у часі, здійсненні покупок, користуванні транспортом
Виразність лейкоареозу	Загальний ранговий показник лейкоареозу за О. С. Левин (1996), бали (0-48) (цит. [5])	>13	>33

Функція/параметр, що тестується	Специфічний тест	Показники тесту	
		При ССЛКП	При ранній ССД
Ступінь астрогліальної активації	Рівень білка S100 β у сироватці крові, мкг/л [4]	<0,059	>0,059
Експресія ДР D-2 типу	Рівень експресії ДР D-2 типу лімфоцитами периферичної крові, кількість позитивно зафарбованих клітин на 100 лімфоцитів [11]	19,5 (19-20)	18,5 (18-19)
Нейрофізіологічні кореляти погіршення когнітивних процесів	Латентність СВКП P300, мс [8]	>487	>770
Ступінь макроангіопатії за даними УЗДС	Товщина КІМ ЗСА справа, мм [13]	1,1 (1,1-1,2)	1,2 (1,2-1,3)
	Товщина КІМ ЗСА зліва, мм [13]	1,1 (1,1-1,2)	1,25 (1,2-1,3)
	Наявність звивини ЗСА зліва, % [13]	28,57	48,39
	Стеноз ВСА зліва, % [13]	30 (0-40)	35 (0-50)

більшою вірогідністю пояснити когнітивні розлади (гіпотиреоз, В12 та фолієвий дефіцит, прийом певних лікарських засобів, нейро-СНІД, нейросифіліс, субдуральна гематома, гідроцефалія з нормальним лікворним тиском);

- 3) поява когнітивного дефіциту після виникнення симптомів великого депресивного епізоду;
- 4) специфічні ознаки інших поширених деменцій (наприклад, ранній початок розладів пам'яті та його прогресування, а також порушення оптико-просторових функцій, розвиток когнітивного дефіциту після формування синдрому паркінсонізму та ін.).

Б. Візуалізаційні:

- 1) відсутність суттєвого мікрovasкулярного захворювання при КТ та МРТ головного мозку;
- 2) наявність геморагічних осередків, коркових та/або корково-субкортикальних не лакунарних територіальних інфарктів, ознак гідроцефалії з нормальним лікворним тиском, а також специфічних причин деменцій.

Діагностичні тести для встановлення наявності, визначення специфіки та тяжкості патогномонічних синдромів ССЛКП та ранніх стадій ССД

Виявлені нами якісні та кількісні характеристики клінічної структури та специфічні біологічні маркери ранніх стадій розвитку ССД дозволили рекомендувати низку клінічних та параклінічних тестів як високо чутливі та специфічні (табл. 1).

Примітка. Дані представлені у вигляді медіани (верхній – нижній кuartиль), як мінімум – максимум, у відсотках, або як пороговий рівень за даними ROC-аналізу

Обговорення та висновки

Запропонована діагностична концепція має суттєві переваги відносно до нині існуючих:

- вона поєднує категоріальні (якісні) та дименціональні (кількісні) підходи до оцінки ранніх стадій розвитку ССД. Категоріальні підходи полягають у виявленні

якісних клініко-параклінічних характеристик у пацієнтів з ССЛКП та ССД, які дозволяють відносити їх до відповідних діагностичних категорій. До них відносяться особливості когнітивного дефіциту, патогномонічні психопатологічні та неврологічні синдроми, ППФ, наявність ознак мікроангіопатичного процесу за даними нейровізуалізації. До кількісних характеристик – числове відображення тяжкості клінічних синдромів згідно до існуючих валідних шкал та тестів, а також низки біологічних маркерів. Вони дозволяють об'єктивізувати виразність субкортикальних судинних когнітивних розладів у цілому, а також окремих його структурних компонентів;

- діагностичні підходи згруповані у систему послідовних кроків (алгоритм), яка дозволяє поетапно вирішувати діагностичну задачу;
- критерії діагностики більш повною мірою відображають клінічну структуру ССЛКП та ССД (добавлена характеристика транскортикальної моторної афазії), більш точно відображають специфіку саме ранніх етапів ССД (з неврологічних критеріїв вилучені такі ознаки як парези та екстрапірамідні порушення), введений більш чіткий розподіл критеріїв на клінічні та параклінічні, добавлені біологічні маркери, зміни яких допомагають диференціювати ступінь субкортикального судинного когнітивного розладу;
- представлена панель діагностичних тестів, а також їх кількісні показники, дозволяють диференціювати пацієнтів з ССЛКП та ССД, оптимізувати лікувальні та протективні стратегії, контролювати прогресування захворювання і ефективність терапії, що проводиться.

Література:

1. Бизюк А. П. Компендиум методов нейропсихологического исследования : методическое пособие / А. П. Бизюк. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.
2. Левада О. А. Особенности апраксии у пациентов старших возрастных групп на этапах формирования субкортикальной

- сосудистой деменции / О.А. Левада // *Таврический журнал психиатрии*. – 2011. – Т. 15, N 4(57). – С. 50–57.
3. Левада О. А. Расстройтва ходьбы высшего уровня на этапах формирования субкортикальной сосудистой деменции / О. А. Левада, А. В. Трашлин, Н. В. Череди́ченко // *Таврический журнал психиатрии*. – 2012. – Т.16, N 1(58). – С. 58–63.
 4. Левада О. А. Рівень білка S100B сироватки крові як маркер прогресування легких когнітивних порушень судинної етіології у субкортикальну судинну деменцію та ефективності терапевтичних впливів / О. А. Левада, А. В. Трашлин // *Лік. справа*. – 2012. – N 3–4. – С. 53–59.
 5. Левада О. А. Параметры нейровизуализации на этапах развития субкортикальной сосудистой деменции / О. А. Левада // *Таврический журнал психиатрии*. – 2012. – Т.16, N 4 (61). – С. 193–199.
 6. Левада О. А. Нарушения повседневного функционирования на этапах развития субкортикальной сосудистой деменции / О. А. Левада // *Архів психіатрії*. – 2013. – Т. 19, N 2 (73). – С. 63–69.
 7. Левада О. А. Особенности дисмнестических нарушений на этапах развития субкортикальной сосудистой деменции по данным ТІМЕ-теста / О. А. Левада // *Мед. психология*. – 2013. – Т. 8, № 2 (30). – С. 44–51.
 8. Левада О. А. Параметры потенциала P300 как маркер прогрессирования субкортикальных сосудистых когнитивных нарушений в пожилом и старческом возрасте / О. А. Левада // *1-й международный форум «Активное долголетие», 3-4 июня 2013 г., Алма-Аты : Сб. материалов*. – 2013. – С. 120–121.
 9. Левада О. А. Распространенность психопатологических и поведенческих нарушений на этапах развития субкортикальной сосудистой деменции в пожилом и старческом возрасте / О. А. Левада, А. В. Трашлин // *Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганнушкина*. – 2013. – № 3. – С. 63–69.
 10. Левада О. А. Прогностическое значение уровня образования пациентов для выраженности когнитивных нарушений на этапах формирования субкортикальной сосудистой деменции в контексте гипотезы когнитивного резерва / О. А. Левада, И. Я. Пинчук // *Журн. психиатрии и мед. психологии*. – 2013. – № 1 (32). – С. 18–23.
 11. Левада О. А. Снижение экспрессии дофаминовых D-2 рецепторов лимфоцитами периферической крови как маркер прогрессирования субкортикальных сосудистых когнитивных нарушений / О. А. Левада, И. В. Добродуб, А. В. Трашлин // *Запорожский мед. журн.* – 2013. – № 5. – С. 43–45.
 12. Левада О. А. Специфічний когнітивно-психопатологічний синдромокомплекс етапів розвитку субкортикальної судинної деменції / О. А. Левада // *Архів психіатрії*. – 2013. – Т. 19, N3 (74). – С. 27–32.
 13. Левада О. А. Экстракраниальное и интракраниальное ультразвуковое исследование церебральной гемодинамики на этапах формирования субкортикальной сосудистой деменции у лиц пожилого и старческого возраста / О. А. Левада // *Пробл. старения и долголетия*. – 2013. – Т. 22, № 2. – С. 176–184.
 14. Мартынихин И. А. Клинический подход и доказательная медицина. Часть 2. Поиск синтеза / И. А. Мартынихин // *Психиатрия и психофармакотерапия : Журнал им. П. Б. Ганнушкина*. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 61–66.
 15. *Нейропсихологическая диагностика : [схема*
 - нейропсихологического исследования высших психических функций и эмоционально-личностной сферы. Часть I / ред. Е. Д. Хомская]. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2007. – 64 с.
 16. Пинчук І. Я. Шкала Neuropsychiatric Inventory (NPI) як валідний механізм оцінювання психопатологічних порушень при деменціях та інших органічних ураженнях мозку: українська адаптована версія та досвід застосування / І. Я. Пинчук, О. А. Левада, Н. В. Череди́ченко // *Архів психіатрії*. – 2013. – Т. 19, N 3 (74). – С. 63–68.
 17. Assessment of activities of daily living in dementia: development of the Bristol Activities of Daily Living Scale / R. S. Bucks, D. L. Ashworth, G. K. Wilcock, K. Siegfried // *Age Ageing*. – 1996. – Vol. 25, N 2. – P. 113–120.
 18. Benton A. L. Differential behavioural effects in frontal lobe disease / A. L. Benton // *Neuropsychology*. – 1968. – Vol. 6. – P. 53–60.
 19. Borkowski J. G. Word fluency and brain damage / J. G. Borkowski, A. L. Benton, O. Spreen // *Neuropsychology*. – 1967. – Vol. 5. – 135–140.
 20. Dimensional approaches in diagnostic classification: refining the research agenda for DSM-V / [ed J.D. Helzer et al.]. – American Psychiatric Publishing, 2008. – 164 p.
 21. Folstein M. F. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician / M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. McHugh // *J. Psychiatr. Res.* – 1975. – Vol. 12, №3. – P. 189–198.
 22. Jellinger K. A. Pathology and pathogenesis of vascular cognitive impairment-a critical update / K.A. Jellinger // *Front. Aging Neurosci.* – 2013. – Vol. 5. – Art. 17. doi: 10.3389/fnagi.2013.00017.
 23. Kraemer H. C. DSM categories and dimensions in clinical and research contexts / H.C. Kraemer // *Int. J. Methods Psychiat. Res.* – 2007. – Vol. 16 (s1). – P. 8–15.
 24. Libon D. J. Clock drawing as an assessment tool for dementia / D. J. Libon, R. A. Swenson, E. J. Barnoski, L. P. Sands // *Arc. Clin. Neuropsychol.* – 1993, № 5. – Vol. 8. – P. 405–415.
 25. Morris J. C. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules / J.C. Morris // *Neurology*. – 1993. – Vol. 43. – P. 2413–2414.
 26. Multicentre population-based dementia prevalence survey in Japan: a preliminary report / C. Ikejima, A. Hisanaga, K. Meguro [et al.] // *Psychogeriatrics*. – 2012. – Vol. 12, N 2. – P. 120–123.
 27. Prevalence and European comparison of dementia in a ≥75-year-old composite population in Spain / J. Virués-Ortega, J. de Pedro-Cuesta J, S. Vega [et al.] // *Acta Neurol. Scand.* – 2011. – Vol. 123, N 5. – P. 316–324.
 28. Prevalence of dementia subtypes in a developing country: a clinicopathological study / L.T. Grinberg, R. Nitrini, C.K. Suemoto [et al.] // *Clinics (Sao Paulo)*. – 2013. – Vol. 68, N 8. – P. 1140–1145.
 29. Research criteria for subcortical vascular dementia in clinical trials / T. Erkinjuntti, D. Inzitari, L. Pantoni [et al.] // *J. Neural. Transmission*. – 2000. – Vol. 59 (Suppl 1). – P. 23–30.
 30. 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.
 31. Tinetti M. E. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. / M. E. Tinetti // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 1986. – Vol. 34, № 2. – P. 119–126.
 32. Tomimoto H. Subcortical vascular dementia / H. Tomimoto // *Neurosci. Res.* – 2011. – Vol. 71, N 3. – P. 193–199.

ИНТЕГРАТИВНАЯ ОЦЕНКА РАННИХ ЭТАПОВ РАЗВИТИЯ СУБКОРТИКАЛЬНОЙ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ: АЛГОРИТМ, КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ

О. А. ЛЕВАДА

В настоящей работе представлена диагностическая концепция субкортикальных сосудистых легких когнитивных нарушений и ранних стадий субкортикальной сосудистой деменции. Данная концепция включает диагностический алгоритм, модифицированные критерии и диагностические тесты. Предложенные диагностические подходы интегрируют нейропсихологические, психопатологические, неврологические и параклинические методики, категориальные и размерные оценки.

Ключевые слова: субкортикальная сосудистая деменция, субкортикальные сосудистые легкие когнитивные нарушения, диагностические алгоритмы, критерии, тесты.

INTEGRATIVE ASSESSMENT OF EARLY STAGES OF SUBCORTICAL VASCULAR DEMENTIA: ALGORITHM, DIAGNOSTIC CRITERIA AND DIAGNOSTIC TESTS

O. A. LEVADA

This paper presents a diagnostic concept of subcortical vascular mild cognitive impairment and early stages of subcortical vascular dementia. This concept includes a diagnostic algorithm, modified criteria and diagnostic tests. The proposed diagnostic approach integrates neuropsychological, psychiatric, neurological and paraclinical methods, categorical and dimensional assessment.

Keywords: subcortical vascular dementia, subcortical vascular mild cognitive impairments, diagnostic algorithms, criteria, tests.

УДК 616.89-05-616.831-005.4-01

О. С. Орлова

АНАЛІЗ ДІАГНОСТИЧНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ЩОДО ВИЯВЛЕННЯ КОГНІТИВНИХ ТА АФЕКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ НА РАННІХ ЕТАПАХ МАНІФЕСТАЦІЇ

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

Ключові слова: когнітивні порушення, афективні порушення, деменція, рання діагностика

Важкі когнітивні порушення є неминучим супутником сучасного суспільства. За даними ВООЗ у світі на сьогодні налічується 35,6 мільйонів людей з деменцією, до того ж щорічно реєструються 7,7 мільйонів нових випадків захворювання. Фахівці стверджують, що частка загального населення з деменцією у віці 60 років і старше на будь-який момент часу становить від 2 до 8 осіб на кожні 100 чоловік. За прогнозами, загальна кількість людей з даною нозологією буде майже подвоюватися кожні 20 років і складе 65,7 мільйонів чоловік в 2030 році і 115,4 мільйонів – в 2050 році. Враховуючи, що формування деменції є тягарем як для самого пацієнта, так і для його родини і суспільства в цілому, у веденні пацієнтів з когнітивними порушеннями принципово важливою є рання діагностика з подальшою ранньою терапевтичною інтервенцією відповідно. Насамперед, це стосується когнітивних порушень, пов'язаних з потенційно курабельними станами, такими як депресія або дисметаболичні стани. Разом з тим на рівні первинної ланки медичної допомоги синдром когнітивних порушень діагностується недостатньо. Серед причин лікарі згадують недолік часу на прийомі, відсутність скарг пацієнта на порушення пам'яті, відсутність явних ознак деменції у пацієнта, а також стереотипна впевненість у некурабельності когнітивних порушень. Також, пропонуючи пройти обстеження когнітивних функцій, лікарі побоюються виникнення конфліктної ситуації з пацієнтом. У цілому це призводить до поглиблення когнітивного дефіциту в тій чи іншій мірі вираженості, який, залишившись без уваги, тим самим ускладнює

надалі терапевтичні можливості при формуванні вже дементного процесу.

Незважаючи на це, згідно проведеного аналізу психічного здоров'я населення України за період 2008-2012 років [1] спостерігається тенденція до збільшення захворюваності як на важкі когнітивні, так і на афективні порушення. Дані, представлені у таблицях 1 та 2 ілюструють відповідне зростання показників. Так ми бачимо, що, якщо у 2008 році захворюваність на деменцію складала 6823 випадки, а в 2012 році – це було вже 7290. Те ж стосується і захворюваності на афективні неспсихотичні розлади: в 2008 році вона складала 4039, а в 2012 році – 4120 випадків.

Аналіз поширеності розладів психіки та поведінки в Україні виявив тенденцію до збільшення кількості хворих із судинною деменцією (табл. 3) – якщо в 2008 році її показник становив 26805 випадків, то в 2012 році – вже склав 28072. Аналогічна тенденція спостерігається і при вивченні поширеності афективної патології (таблиця 4).

Таким чином, статистичні дані підтверджують важливість більш детального вивчення даної проблематики задля спрямованості на якомога продуктивнішу діагностичну тактику у допомозі людям середнього та похилого віку, для яких найбільш актуальними є саме когнітивні та афективні патологічні зміни.

Саме тому у світі на сучасному науковому етапі приділяється увага так званім «mild cognitive impairment» – м'яким когнітивним порушенням (або помірним когнітивним порушенням (ПКП) – в іншому перекладі).

Таблиця 1

Захворюваність на деменцію в Україні

Деменція, всі форми F00-F03				
2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Абсолютні числа				
6823	6192	6784	6592	7290
На 100 тисяч населення				
14,77	13,47	14,82	14,5	16,04
Судинна деменція F01				
2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Абсолютні числа				
4813	4531	4945	4655	5157
На 100 тисяч населення				
10,42	9,86	10,80	10,2	11,35

Таблиця 2

Захворюваність на афективні розлади в Україні

Афективні розлади F30-F39				
2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Абсолютні числа				
5466	4629	4771	5060	4947
На 100 тисяч населення				
11,83	10,07	10,42	11,10	10,88
Афективні неспсихотичні розлади				
2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Абсолютні числа				
4039	3868	4056	4402	4120
На 100 тисяч населення				
8,74	8,42	8,86	9,65	9,06

Таблиця 3

Поширеність деменції в Україні

Деменція, всі форми F00-F03				
2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Абсолютні числа				
53731	48805	49292	49362	50625
На 100 тисяч населення				
116,32	106,18	107,67	108,25	111,4
Судинна деменція F01				
2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Абсолютні числа				
26805	26433	27025	26947	28072
На 100 тисяч населення				
58,03	57,51	59,03	59,10	61,8

Таблиця 4

Поширеність афективних розладів в Україні

Афективні розлади F30-F39				
2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Абсолютні числа				
50520	50583	50568	51347	51968
На 100 тисяч населення				
109,37	110,05	110,45	112,61	114,3
Афективні неспсихотичні розлади				
2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Абсолютні числа				
30198	31514	31940	33132	33435
На 100 тисяч населення				
65,37	68,56	69,76	72,66	73,6

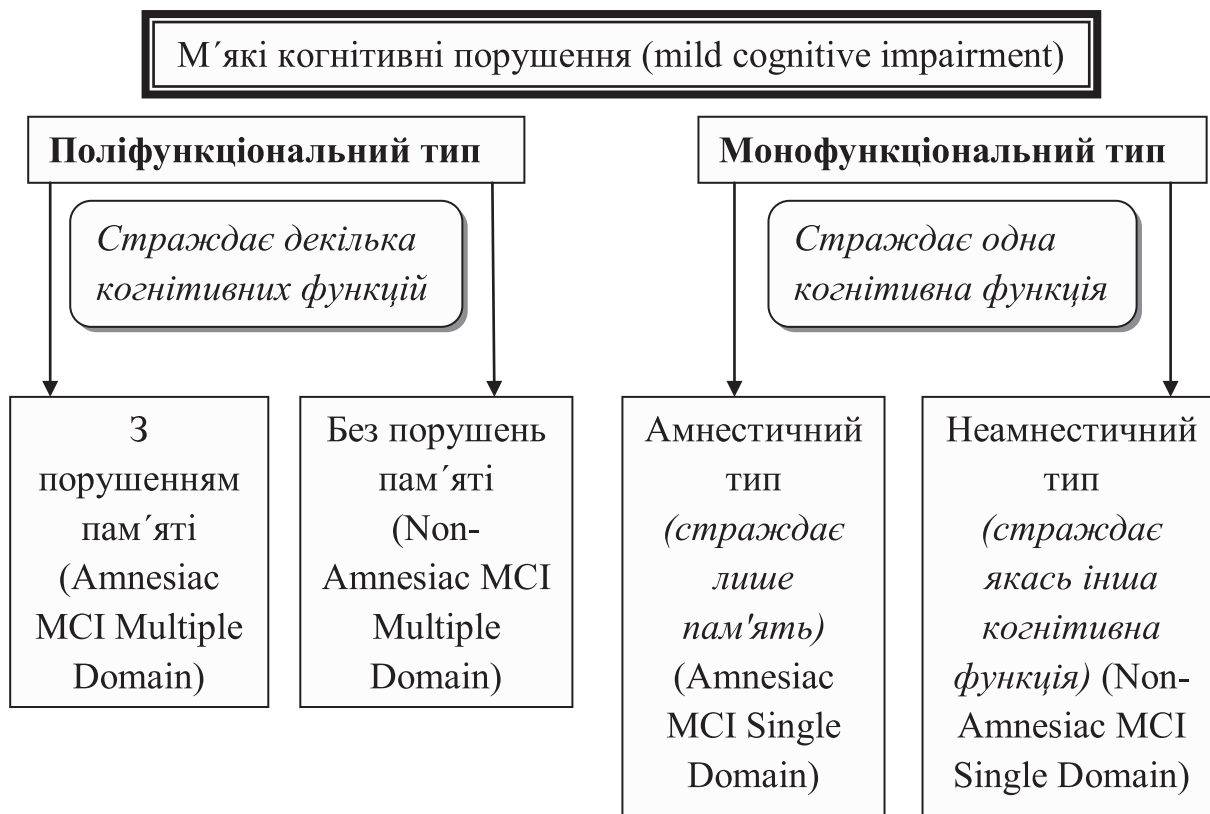


Рис. 1. Клінічні варіанти синдрому помірних (м'яких) когнітивних порушень (Petersen R., Negash S., CNS Spectr. Vol 13, No 1. 2008.)

Тобто таким порушенням, які не досягли рівня деменції та ще мають можливості для зворотнього розвитку або призупинення.

Модифіковані діагностичні критерії ПКП (MCI - revised; R.Petersen, J.Touchon, 2005) [2] :

- скарги когнітивного характеру, висловлені пацієнтом та/або його найближчим оточенням (останнє переважніше);
- об'єктивні свідчення когнітивних розладів, отримані за допомогою нейропсихологічних тестів;
- свідчення прогресуючого зниження когнітивних функцій (протягом останнього року);
- відносна збереження повсякденної діяльності (можуть бути труднощі лише в складних і незвичних для пацієнта видах діяльності);
- відсутність деменції.

Виділяють чотири клінічні варіанти синдрому ПКП (рис. 1) [3; 4]:

1. Монофункціональне амнестичне ПКП. У клінічній картині домінують порушення пам'яті при відносній збереженості інших когнітивних функцій. Зазвичай відображає продромальний період хвороби Альцгеймера (ХА).

2. Поліфункціональне ПКП з наявністю порушень пам'яті. Відзначається множинна когнітивна недостатність, у тому числі порушення пам'яті. Як і попередній варіант, поліфункціональне ПКП з наявністю порушень пам'яті, як правило, трансформується з часом в деменцію Альцгеймерівського типу.

3. Поліфункціональне ПКП без порушень пам'яті. У цьому випадку страждає кілька когнітивних функцій

(наприклад, праксис і регуляція довільної діяльності чи мова і гнозис та ін.), але функція пам'яті залишається збереженою. Вірогідність розвитку деменції типу Альцгеймера в цих випадках мала. Причиною ПКП слугує інша церебральна патологія.

4. Монофункціональне ПКП без порушень пам'яті. Страждає одна будь-яка когнітивна функція, але не пам'ять. Як і в попередньому варіанті, даний вид ПКП обумовлений іншою (неальцгеймерівською) церебральною патологією. Так, для дисциркуляторної енцефалопатії найбільш характерна перевага в клінічній картині порушень регуляції довільної діяльності. При дегенеративному процесі з тільцями Леві початкові когнітивні розлади зазвичай проявляються порушеннями просторового праксису та/або гнозису. Лобно-скронева дегенерація, як правило, дебютує поведінковими і/або мовними розладами [5].

Виділення «mild cognitive impairment» як окремого стану, який може передувати деменції, насамперед ХА, розробка його діагностичних критеріїв виявились значним теоретичним і практичним кроком у дослідженні проблеми когнітивних порушень [6; 7; 8; 9]. Тим не менш, важливо розуміти, що це лише синдром, який треба намагатися осмислити в рамках окремих нозологій. Цей підхід недавно був реалізований групою фахівців, що запропонували перероблений варіант критеріїв діагностики ХА, згідно з яким певний варіант помірного когнітивного розладу при деяких додаткових умовах можна розглядати як ранню (продромальну) стадію ХА [10]. Аналогічний підхід справедливий і

«Amnestic» MCI		«Nonamnestic» MCI	
Моно-функціональний амнестичний тип (Amnesiac MCI Single Domain)	Полі-функціональний амнестичний тип (Amnesiac MCI Multiple Domain)	Моно-функціональний неамнестичний тип (Non-Amnesiac MCI Single Domain)	Полі-функціональний без порушення пам'яті (Non-Amnesiac MCI Multiple Domain)
↓	↓	↓	↓
Хвороба Альцгеймера (Судинна деменція)		Хвороба Піка Деменція з тільцями Леві Хвороба Паркінсона (Хвороба Альцгеймера) (Судинна деменція)	

Рис. 2. Нозологічний прогноз м'яких когнітивних порушень

щодо помірного когнітивного розладу в рамках дисциркуляторної енцефалопатії. Необхідні лише більш чіткі критерії діагностики, які передбачали б не лише наявність судинних факторів ризику або ознак цереброваскулярного захворювання, але, можливо, і певний профіль когнітивних порушень.

На рис. 2 зображена найбільш значуща за результатами багатьох закордонних наукових досліджень прогностична картина когнітивних порушень.

Метою дослідження було вивчити ранні клінічні та доклінічні прояви когнітивних та афективних порушень у осіб середнього віку.

Матеріали та методи дослідження

Нами було обстежено 65 пацієнтів двох неврологічних відділень міської клінічної лікарні № 4 міста Києва, з діагнозом дисциркуляторна енцефалопатія I–III ст. (відповідно до МКХ – 10: церебральний атеросклероз, гіпертонічна енцефалопатія). Віковий діапазон був від 45 до 59 років. Контрольна група складалася з 30 відносно здорових осіб. Для оцінки когнітивних і афективних порушень застосовувалися такі методики: Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій, тест малювання годинника, тест вербальних асоціацій, проба Шульце, госпітальна шкала депресії і тривоги, шкала Спілбергера-Ханіна, PHQ-9. Для оцінки якості життя – шкала SF-36.

Результати

Пацієнти висловлювали скарги на загальну слабкість (72,7%), порушення пам'яті та уваги (68,4%), апатію і сонливість (15,9%), тривогу (28,3%), порушення сну (42,8%).

За даними результатів проведеного нами дослідження порушення когнітивних функцій відзначалися у 74,2% хворих. У структурі когнітивного дефіциту у цих хворих переважали помірні (49,7%) і легкі (45,1%)

розлади, рідше спостерігалися важкі когнітивні порушення (5,2%). У стані афективної сфери було виявлено наявність депресивного синдрому (в 15,3%). У легкому ступені депресивна симптоматика була відзначена в 75,6%, у помірному ступені – 24,4%, важкий ступінь діагностований не був.

Висновки

Результати дослідження достовірно показали, що у віці 45–60 років відбувається помітне формування когнітивного зниження. Враховуючи той факт, що легкі когнітивні порушення при наявності важкої супутньої соматичної патології та інших несприятливих факторів за короткий термін здатні прогресувати до більш глибокого рівня патологічних змін. Також, враховуючи, що помірні когнітивні розлади у 12–15% пацієнтів трансформуються в деменцію (за даними Захарова В. В. та Яхно Н. Н.). Представляється важливим початок терапевтичного процесу саме на додементному етапі. Подальший розвиток і впровадження методик ранньої діагностики когнітивних і афективних порушень у первинну медико-санітарну мережу дозволить оптимізувати медикаментозну інтервенцію і уповільнити темпи прогресування даних розладів.

Література:

1. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні. Інформаційно-аналітичний огляд за 2008–2012 рр. Київ. – 2013. – 202 с.
2. Petersen R.S., Touchon J. Consensus on mild cognitive impairment. Research and practice in AD [Text] / R. S. Petersen [et al.] // EADS-ADCS joint meeting. – 2005. – P. 24–32.
3. Petersen R. S., Smith G. E., Waring S. C. et al. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome [Text] / R. S. Petersen // Arch. Neurol. – 1999. – P. 303–308.
4. Petersen R. S., Doody R., Kurz A. et al. Current concepts in mild cognitive impairment [Text] / R.S. Petersen // Arch. Neurol. – 2001. – P. 1985–1992.

5. Захаров В. В. Диагностика и лечение когнитивных нарушений [Текст] / В.В. Захаров // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2009. - №2. – С. 14-17.
6. Гаврилова С. И. Мягкое когнитивное снижение – доклиническая стадия болезни Альцгеймера? [Текст] / С. И. Гаврилова // Consilium medicum. – 2004. – №2. – С. 153–156.
7. Дамулин И. В. Легкие когнитивные нарушения [Текст] / И. В. Дамулин // Consilium medicum. – 2004. – № 2. – С. 138–141.
8. Захаров В. В., Яхно Н. Н. Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте: диагностика и лечение [Текст] / В. В. Захаров // Русский медицинский журнал. – 2004. – №10. – С. 573–576.
9. Москаленко В. Ф., Волошин П. В., Петрошенко П. Р. Стратегия борьбы с сосудистыми заболеваниями головного мозга [Текст] / В. Ф. Москаленко // Український вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9, вип. 1(26). — С. 5-7.
10. Gauthier S, Touchon J. Subclassification of mild cognitive impairment in research and in clinical practice [Text] / S. Gauthier // Alzheimer's Disease and Related Disorders Annual. – 2004. – P. 61–70.

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ КАСАЕМО ВЫЯВЛЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ И АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ НА РАННИХ ЭТАПАХ МАНИФЕСТАЦИИ

О. С. ОРЛОВА

В статье представлены современные научные взгляды на проблему ранней диагностики начинающихся дементных процессов и часто сопутствующих им аффективных расстройств. Описаны клинические варианты мягкого когнитивного нарушения. А также представлены полученные данные собственного исследования.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, аффективные нарушения, деменция, ранняя диагностика

ANALYSIS OF THE DIAGNOSTIC POSSIBILITIES OF IDENTIFICATION OF COGNITIVE AND AFFECTIVE DISORDERS IN THE EARLY STAGES OF THE MANIFESTATION

O. S. ORLOVA

The article presents the current scientific views on the problem of early diagnosis of dementia processes beginning and often concomitant affective disorders. Describes the clinical variants of mild cognitive disorders. And also shows the own research findings.

Key words: cognitive disorders, affective disorders, dementia, early diagnosis

УДК 616.89-008.441.1-08-59+615.832.9

Г. А. ИГНАТЕНКО, Б. Л. РАКИТОВ, В. А. ТАБАЧНИКОВ, Н. В. ЖУРАВЛЁВ
ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРВАЛЬНОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИ-ТЕРАПИИ В
ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ФОНЕ БЕЗБОЛЕВОЙ
ИШЕМИИ МИОКАРДА ВТОРОГО ТИПА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедры пропедевтической и внутренней медицины, г. Донецк

Ключевые слова: безболевая ишемия миокарда, ишемическая болезнь сердца, интервальная нормобарическая гипокситерапия, тревожные расстройства

В настоящее время под термином безболевая ишемия миокарда (БИМ) понимают клиническую форму ишемической болезни сердца (ИБС), при которой преходящее нарушение кровоснабжения миокарда не сопровождается приступом стенокардии или ее эквивалентами (одышкой, аритмией и другими неприятными ощущениями, возникающими при физической нагрузке) и выявляется только с помощью инструментальных методов исследования [1; 2; 3].

Впервые данное состояние было выявлено Р. Wood в 1957 году. По данным различных литературных источников, распространенность безболевого ишемии миокарда варьирует в пределах 9–57% [4].

Такой разброс значений, вероятно, связан с неоднородностью обследованных групп пациентов (возраст, продолжительность основного заболевания, включение или исключение из исследования лиц с факторами высокого риска или с симптомами ишемической болезни сердца), разнообразием используемых методов диагностики, а также с гиподиагностикой данного заболевания.

По данным ЭКГ, при скрининговом обследовании здоровых людей бессимптомная ишемия миокарда

обнаруживается в 2–5% случаев. При этом БИМ повышает риск развития инфаркта миокарда в 1,5 раза, угрозу возникновения аритмий в 2 раза, внезапной смерти в 5–6 раз [5; 6].

Этиологически БИМ, как и стенокардия, возникает в результате атеросклеротического поражения коронарных артерий. Однако при коронарной ангиографии гемодинамически значимое атеросклеротическое поражение сосудов определяется лишь в 50% случаев (чаще всего – проксимального отдела правой коронарной артерии). Это связано, прежде всего, с тем, что для БИМ характерно поражение сосудов мелкого калибра, которые не контрастируют на коронарографии, в связи с чем большее значение в диагностике данной патологии приобретает ЭКГ с нагрузочными пробами, холтеровское мониторирование ЭКГ и сцинтиграфия миокарда.

Согласно современной классификации Cohn [2], БИМ подразделяют на 3 типа. Ко 2 типу относят пациентов без приступов стенокардии, достоверно перенесших инфаркт миокарда в анамнезе. Предположительно, причиной безболевого ишемии миокарда 2 типа является поражение нервных волокон симпатической

Таблиця 1

Сравнительная характеристика исследуемых групп по значимым признакам

Показатели	1-я (основная) группа (n = 17)		2-я (группа сравнения) (n = 16)		p
	абс.	%	абс.	%	
Возраст (лет)	54±3,4	-	55±2,6	-	0,82
Пол	Муж. – 8 Жен. – 24	Муж.–25% Жен.–75%	Муж. – 9 Жен. – 22	Муж.–29% Жен.–71%	0,70
Давность инфаркта (лет)	4±2,2	-	3±1,9	-	0,73
Вид инфаркта (с Q, без Q)	с Q-9 без Q-23	с Q-28,1% без Q-71,9%	с Q-10 без Q-21	с Q-32,3% без Q-67,7%	0,71
Частота приступов БИМ (в сутки)	4±1,3	-	3±1,6	-	0,63
Тревожные нарушения	I*-11 II*-6	I* – 64,7% II – 35,3%	I* – 10 II* – 6	I* – 62,5% II* – 37,5%	0,83

Примечание. I* – тревожные нарушения легкой степени выраженности, II* – выраженные тревожные нарушения

нервной системы, вызванное перенесенным инфарктом миокарда (ИМ), а также центральное подавление ноцицептивных нейронов и уменьшение количества внутримиекардиальных рецепторов к аденозину [7].

При суточном мониторинговании ЭКГ и велоэргометрической пробе у больных, перенесших инфаркт миокарда, около 75% всех эпизодов ишемии безболевы [36]. Однако в 12–17% случаев у них не возникает классических признаков стенокардии, что затрудняет диагностику данного состояния и повышает риск осложнений данного состояния.

Как правило, приступы БИМ сопровождаются тревогой, страхом смерти, возбуждением, которые, рефлекторно вызывая активацию симпатической нервной системы, повышают вероятность осложнений и способствуют дальнейшему прогрессированию заболевания. В связи с этим, представляется необходимым проведение терапии, патогенетически направленной как на коррекцию состояния коронарного кровотока и метаболизма миокарда, так и на устранение соматопсихической составляющей данной патологии.

Материалы и методы исследования

С целью отбора пациентов было проведено скрининговое тестирование (СТ) 96 пациентов с ИМ в анамнезе, не предъявляющих жалобы на приступы стенокардии. СТ включало в себя суточное холтеровское мониторирование ЭКГ и велоэргометрию. Критерием выявления БИМ являлось наличие депрессии сегмента ST >2 мм в 2-х и более отведениях на ЭКГ, продолжительностью и расстоянием между эпизодами не менее одной минуты при отсутствии жалоб, характерных для стенокардии. В результате СТ было отобрано 39 пациентов с эпизодами БИМ.

Наличие тревожных расстройств определяли с помощью шкалы Ч. З. Спилбергера – Ю. Л. Ханина. У 6 пациентов (15,4%) не было выявлено тревожных расстройств, в то время как у 21 пациента (53,8%) – легкая степень тревожности (31–44 баллов) и у 12 пациентов (30,8%) – выраженные тревожные расстройства (45–80 баллов).

С целью проведения исследования, пациенты с наличием тревожных расстройств (33 больных) были рандомизированы на 2 группы – 1-ю (основную группу) и 2-ю (группу сравнения). Группы были статистически однородными по возрасту ($t = 0,23$; $p = 0,82$), полу ($\chi^2 = 0,15$; $p = 0,70$), давности ($t = 0,34$; $p = 0,73$) и виду инфаркта миокарда ($\chi^2 = 0,14$; $p = 0,71$), частоте приступов БИМ ($t = 0,48$; $p = 0,63$), выраженности тревожных нарушений ($\chi^2 = 0,05$; $p = 0,83$) (табл. 1).

Пациенты 2-й группы получали стандартную медикаментозную терапию, включавшую в себя: ингибитор ангиотензин-превращающего фермента (при непереносимости - блокатор рецепторов ангиотензина-2), бета-блокатор (при непереносимости или противопоказании – антагонист кальция), статины, аспирин (или другой дезагрегант), нитрат. Пациенты 1-й группы в дополнение к стандартной медикаментозной терапии проходили курс интервальной нормобарической гипокситерапии (ИНБГТ). ИНБГТ проводилась с помощью аппарата фирмы Трейд–Медикал «Тибет 4» (Россия). Концентрация кислорода в гипоксической смеси составляла 16% на первом сеансе (острый гипоксический тест), с дальнейшим постепенным снижением до 12%. Продолжительность одного сеанса составляла 50 минут, в течение которых пациенты пятикратно дышали гипоксической смесью в течение 5 минут с перерывом 5 минут (5x5x5). В среднем, курс состоял из 10–15 сеансов. Критериями прекращения ИНБГТ была нормализация индекса гипоксической тренированности.

Результаты исследования

В основной группе после прохождения комбинированного курса лечения (стандартная медикаментозная терапия + ИНБГТ), у пациентов отмечалось статистически значимое уменьшение частоты эпизодов БИМ по сравнению с начальными значениями – с $4 \pm 1,3$ до $1 \pm 0,6$ ($t = 2,09$; $p = 0,04$). В то время как в группе сравнения статистически значимых изменений данного показателя не отмечалось – с $3 \pm 1,6$ до $2 \pm 1,8$ ($t = 0,41$; $p = 0,68$) (рис. 1).

В то же время, в основной группе отмечалось статистически значимое снижение количества пациентов

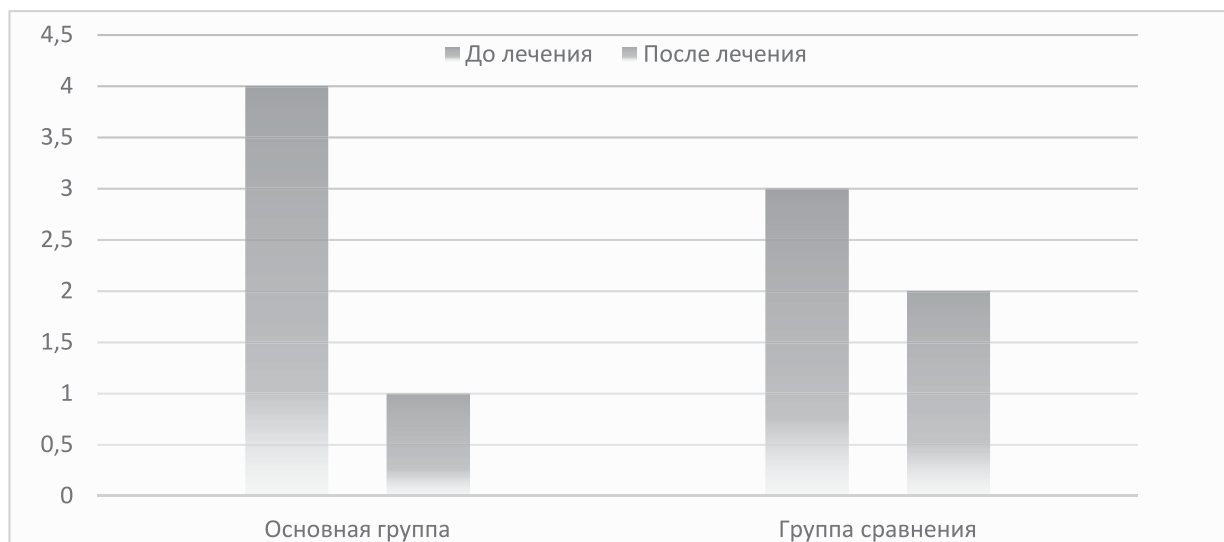


Рис. 1. Динамика частоты эпизодов БИМ у пациентов основной группы и группы сравнения до и после курса лечения

с выраженными тревожными нарушениями – с 6 до 1, и с тревожными нарушениями легкой степени выраженности – с 11 до 7 ($\chi^2 = 4,46$; $p = 0,03$). Уменьшение количества пациентов с тревожной симптоматикой демонстрирует позитивное влияние комбинированной терапии с включением ИНБГТ на сомато-психические проявления БИМ. В группе сравнения количество пациентов с выраженными тревожными нарушениями и с тревожными нарушениями легкой степени существенно не менялось – с 6 до 5 и с 10 до 10 соответственно (рис. 2) ($\chi^2 = 1,09$; $p = 0,30$).

Таким образом, у пациентов с БИМ 2-го типа на фоне включения в лечебную программу сеансов гипокситерапии отмечены существенные положительные эффекты в отношении уменьшения количества эпизодов БИМ и тревожных нарушений. Полученные результаты позволяют рекомендовать включение интервальной нормобарической гипокситерапии как компонента лечебной программы при БИМ 2-го типа в сочетании с тревожными нарушениями.

Литература:

1. Малая Л. Т. «Немая» ишемия миокарда. Патогенез, диагностика, лечение // Украинский кардиологический журнал.-1997. - № 3. - С. 72 - 75.
2. Cohn, P. F., Fox, K. M., Daly, C. Silent myocardial ischemia // Circulation. – 2003. – Vol. 108. - P. 1263 - 1277
3. Xanthos R. Reviewing myocardial silent ischemia: Specific patient subgroups / R. Xanthos, K. A. Ekmektzoglou, L. Papadimitriou // Int. J. Cardiol. – 2007. - P. 1 - 8.
4. Васляева С. Н. Безболевого ишемия миокарда: патогенетические и патофизиологические механизмы. Традиционные и метаболические аспекты терапии / С. Н. Васляева, В. А. Люсов, О. В. Цыганкова, И. Г. Гордеев, Н. А. Волов, // Российский кардиологический журнал.-2004. - № 4.- С. 74 - 83.
5. Deedwania P.C., Carbajal E.V. Silent ischemia during daily life is an independent predictor of mortality in stable angina // Circulation.-1990. – Vol. 81.-P. 748-756.
6. Gibson, C. M. et al. Diagnostic and prognostic value of ambulatory ECG (Holter) monitoring in patients with coronary heart disease: a review // J. Thromb. Thrombolysis. – 2007. - Vol. 23. – P. 135 – 145.
7. Гелис Л. Г. Безболевого ишемия миокарда у больных нестабильной стенокардией. Применение предуктала для лечения болевой и безболевого ишемии миокарда у больных нестабильной стенокардией / Л. Г. Гелис , Л. З. Полонецкий, С. И. Латышев, О. Ф. Кардаш // Пособие для врачей. – Минск, 1998. – 22 с.

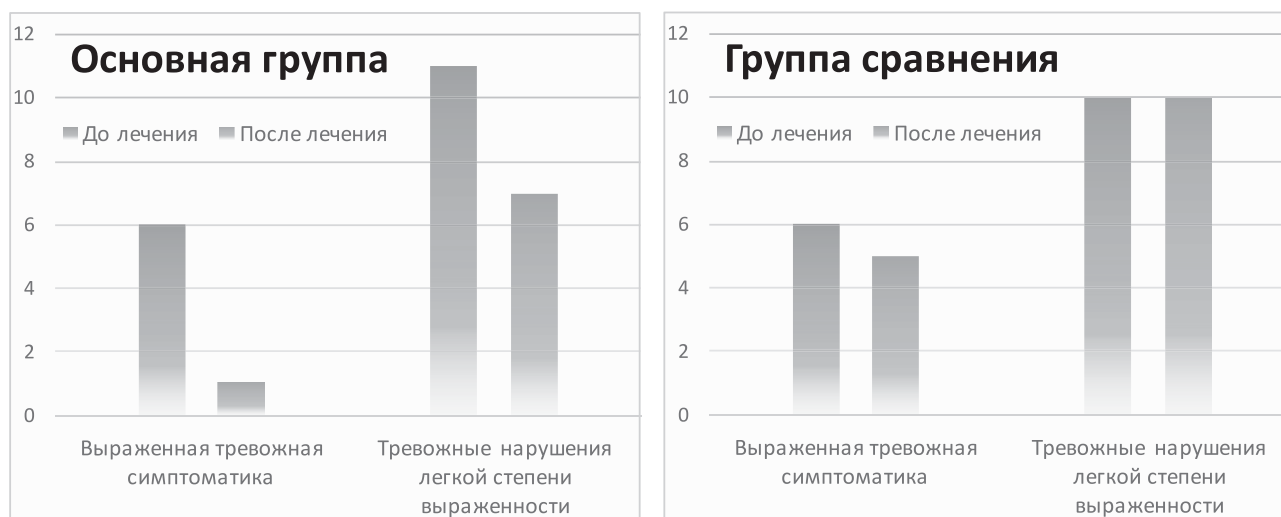


Рис. 2. Динамика тревожных расстройств у пациентов с БИМ до и после курса лечения

ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕРВАЛЬНОЇ НОРМОБАРИЧНА ГІПОКСИТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ НА ТЛІ БЕЗБОЛЬОВОЇ ІШЕМІЇ МІОКАРДА ДРУГОГО ТИПУ

Г. А. ІГНАТЕНКО, В. О. ТАБАЧНИКОВ, М. В. ЖУРАВЛЬОВ

Вивчено вплив інтервальної нормобаричної гіпокситерапії (ІНБГТ) на показники тривожності та частоту епізодів БІМ. Обстежено 96 хворих з інфарктом міокарда в анамнезі, з яких для дослідження було відібрано 33 пацієнтів з БІМ 2-го типу та тривожними розладами різного ступеня важкості. Пацієнти основної групи отримували курс ІНБГТ на додаток до стандартного лікування. ІНБГТ проводилася апаратом Трейд - Медікал «Тибет 4», концентрацією кисню 16–12%. Результати дослідження показали статистично значуще збільшення ефективності лікування в основній групі порівняно з групою порівняння, в якій пацієнти отримували тільки медикаментозне лікування. Отримані дані дозволяють рекомендувати використання інтервальної нормобаричної гіпокситерапії у пацієнтів з БІМ 2-го типу та тривожними розладами.

Ключові слова: безбольова ішемія міокарда, ішемічна хвороба, інтервальна нормобарична гіпокситерапія, тривожні розлади

APPLICATION OF INTERVAL NORMOBARIC HYPOXYTHERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH SILENT MYOCARDIAL ISCHEMIA SECOND TYPE AND ANXIETY DISORDERS

G. A. IGNATENKO, V. A. TABACHNIKOV, M. V. ZHURAVLEV

The effect of interval normobaric hypoxotherapy (INBHT) on the indicators of anxiety and frequency of silent myocardial ischemia (SMI) episodes was studied. The study involved 96 patients with a history of myocardial infarction. 33 of them had an SMI and anxiety disorders of different severity and were selected for further study. Patients in the main group were receiving the INBHT course in addition to standard treatment. INBHT was applicated with device Trade - Medical «Tibet 4», 16–12% oxygen concentration was used. The results revealed the statistically significant increase in the effectiveness of treatment in the main group compared to the comparison group in which patients were receiving only medication due to the recommendations. These results allow us to recommend the application of interval normobaric hypoxotherapy in patients with SMI type 2 and anxiety disorders.

Keywords: silent myocardial ischemia, coronary artery disease, interval normobaric, anxiety disorders

УДК: 616.895.87–06+616.895.4–085–092

Х. С. ЖИВАГО

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, КЛІНІКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ПАРАНОЇДНІЙ ФОРМІ ШИЗОФРЕНІЇ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

Ключові слова: депресивні розлади, шизофренія, діагностика, клінічні особливості, медикаментозна терапія

Актуальність теми. Останнім часом все більше уваги приділяється соціальним наслідкам психічної патології, серед яких особливо відзначають зменшення тривалості життя осіб з психічними розладами (у порівнянні з такими, які їх не мають), соціальну дезадаптацію, яка супроводжує дану патологію, та суттєве погіршення якості життя пацієнтів та їх родичів [20; 34].

Параноїдна шизофренія є найбільш розповсюдженою формою ендогенних захворювань та складає, за даними низки досліджень, близько 28% всіх типів шизофренії [11; 27; 31]. Соціальні втрати та соціальне зниження більше ніж у половини хворих відмічаються вже у фазі продрому, ще до початку першого маніфестного психозу шизофренії [9]; вони продовжують наростати в період активного перебігу процесу. У результаті у структурі інвалідності внаслідок психічних та поведінкових розладів 36,5% складають хворі на шизофренію, шизотипові та маячні розлади (дані 2010 року). При цьому в динаміці за 10-річний період кількість інвалідів внаслідок даної патології зросла на 14,7%. Зростання показника інвалідності внаслідок психічних та поведінкових розладів пов'язують з недостатнім виявленням цієї патології [28] та недостатньою ефективністю соціально-реабілітаційних заходів у системі надання психіатричної допомоги [19].

В останні десятиліття причиною смерті серед хворих на шизофренію все частіше стають самогубства та нещасні випадки (у порівнянні з соматичними захворюваннями, як туберкульоз, інфекційні). Період найвищого

ризикіу припадає на вік до 55 років – час найбільш інтенсивних проявів хвороби. За 20 років лікування близько половини хворих здійснюють суїцидальну спробу; у 10% вона виявляється успішною. Найбільш вірогідні фактори суїцидального ризику – достатньо високий рівень усвідомлення хвороби; чоловіча стать; вік менше 30 років; високий рівень освіти; відсутність роботи та сім'ї; гострий психотичний стан, що виник уперше; висока інтенсивність продуктивної симптоматики; висока інтенсивність афектів страху та тривоги; гіпертрофоване відчуття провини та маячні ідеї винуватості; наявність депресивних проявів; етап виходу із загострення; імперативні слухові галюцинації; низький рівень дефіцитарної симптоматики; достатньо високий рівень соціальної ізоляції; непристосованість до позалікарняних умов та суїцидальні спроби в анамнезі [14]. Пацієнти з суїцидальною поведінкою під час депресії відчувають себе пасивним об'єктом дій інших людей та зовнішніх обставин, що у сукупності з прагненням звинуватити себе у всіх негативних подіях та ситуаціях стає причиною ангедонії, гіпотимії, призводить до виникнення ідей самозвинувачення та самоприпинення, думок про власну непотрібність у житті. У них відмічається обмежений арсенал методів психологічного захисту, серед яких превалюють витіснення, регресія та реактивне утворення [7].

У багаточисельних дослідженнях представлені детальні клінічні описи різноманітних варіантів розвитку

та регресу маячних, галюцинаторних розладів, синдрому Кандинського-Клерамбо [1; 13; 27]. Вивчення особливостей клінічної картини параноїдної шизофренії на сучасному етапі показало, що на перший план виступають порушення мислення у вигляді його концептуальної дезорганізації, неприродності змісту і зниження здібності адекватно оцінювати реальність. Результати дослідження вказують на достатньо швидке усунення продуктивної симптоматики та підтверджують значення ментальних порушень при шизофренії, що підкреслюється й в інших дослідженнях [3; 4; 12]. Висока виразність показників емоційного збіднення та сплюснення афекту вказує на стійкість негативної психопатологічної симптоматики у результаті чого у пацієнтів відмічається низька здатність до емоційного відгуку, формуванню кола інтересів, побудови міжособистісних стосунків, що суттєво обмежує можливості соціальної адаптації [5]. Крім того, одноманітність та "тьмяність" життєвих подій в умовах ізоляції знижують самооцінку хворих, формують такі якості як "відчуженість", покірність долі, послаблюють внутрішні ресурси подолання проблем [21]. При цьому, за даними ряду досліджень, негативні зміни виявляють тісні коморбідні зв'язки з розладами афективного реєстру [24]. Формування загальних для афективних та негативних розладів симптомокомплексів, що інтегровані у структуру депресій, визначає клінічні властивості депресій, які спостерігаються у рамках параноїдної форми шизофренії [42].

Взаємозв'язок депресії та шизофренії. Проблема взаємозв'язку депресії та шизофренії дискутується з часу створення вчення про ендогенні психози. Ще Е. Крепелін (1898 р.) прийшов до висновку, що визначеними ним раніше формами шизофренії (проста, кататонічна, гебефренічна, параноїдна) все різноманіття проявів ендогенного процесу не вичерпується. Серед додаткових форм, які він виділяв, значаться, зокрема, важкі та затяжні депресивні розлади. Е. Блейлер у своїх роботах також розглядав депресії як один з основних симптомокомплексів шизофренії. На сьогодні співвідношення власне афективних розладів та розладів, що виходять за кордон облігатних симптомів депресії, по-різному розглядаються дослідниками: одні вважають, що розлади неафективного кола виникають незалежно від афективних порушень [54], інші вважають афективні розлади вторинними у порівнянні з більш тяжкими психопатологічними проявами [33; 46].

У міжнародному дослідженні, у репрезентативній вибірці, котра складалась з 2976 хворих на шизофренію, чіткі депресивні симптомокомплекси виявлені у 30% обстежених при першому психотичному епізоді, у 34% в період гострого рецидиву та у 28% на етапі хронічного перебігу [32]. Відповідні показники коливаються в залежності від характеру клінічних проявів та етапу ендогенного процесу. За даними іншого дослідження, серед багаторазово госпіталізованих хворих на безперервний тип перебігу параноїдної шизофренії, у котрих депресивна симптоматика співіснує з негативними розладами, частота депресій складає 7% та зростає до

75% серед простежених протягом 5 років хворих, які перенесли перший психотичний приступ, у клінічній картині котрого депресія була асоційована з продуктивними розладами [43; 44].

Намагання визначити преморбідні властивості особистості та родинний анамнез хворих на шизофренію з депресивними симптомами у ряді вітчизняних та зарубіжних досліджень показали: у хворих на шизофренію з симптомами депресії частіше, ніж у хворих на депресивні розлади, простежується позитивний родинний анамнез депресії [35]; серед чоловіків та жінок вираженість та перебіг депресивної симптоматики не відрізняється, хоча у жінок депресивні симптоми асоційовані з більш молодим віком, у порівнянні з чоловіками, та більш вираженими негативними розладами [51]; афективні розлади на початковому етапі захворювання проявляються у вигляді стертих невротичних та соматизованих депресій, котрі виникають як аутохтонно, так і після психогенної провокації [8].

Незважаючи на багаточисленні спроби класифікації та виділення форм депресивних розладів при параноїдній шизофренії, єдиної думки у науковому середовищі досі не сформовано. Так, українські дослідники виділили такі найбільш поширені підформи параноїдної шизофренії з симптомами депресії: "параноїдна депресія" (депресивно-параноїдний синдром) з превалюванням ідей самозвинувачення; "апатодинамічна"; "сенесто-іпохондрична"; "деперсоналізаційна" [17].

У залежності від зв'язку із психотичним приступом, депресії класифікують:

1. Депресії, що розвиваються поза психотичним приступом;
2. Продромальна депресія;
3. Депресії, пов'язані з розвитком гострого психотичного нападу;
4. Ранні постпсихотичні депресії, які виникають у перші 6 місяців після гострого епізоду та характеризуються більш повільною редуцією порівняно з іншими симптомами післяпсихотичного епізоду або появою після редуції симптомів гострого епізоду;
5. Пізні постпсихотичні депресії, що розвиваються внаслідок гострого епізоду та тривають більше 6 місяців після гострого епізоду;
6. Вторинні депресії, зокрема, внаслідок специфічної медикаментозної терапії.

Для розробки індивідуальної програми медико-соціальної реабілітації, у результаті спеціального дослідження, запропоновано розподіляти депресії в рамках шизофренії на 3 категорії: *перша* – органічна, або вторинна по відношенню до екстрапірамідних побічних ефектів; *друга* – пов'язана з гострим психозом; *третья* – депресія у стабільній або ремісійній фазі: продромальна, гострі проблеми пристосування, вторинний депресивний синдром та хронічна деморалізація [36].

Зважаючи на такі розбіжності, можна дійти висновку, що єдиного механізму формування депресії при шизофренії немає і вона розвивається у результаті впливу багатьох факторів та має різноманітні прояви у

результаті чого, можливо, і виникає, у різних авторів, така різниця у визначенні поширеності депресивних розладів при шизофренії (від 7 до 75%) та різноманітні варіанти їх класифікації.

Діагностичні аспекти. Однією з актуальних проблем визначення депресивних симптомів при шизофренії є їх диференційна діагностика: негативні симптоми, депресія та акінезія мають багато спільних ознак. Це ускладнює встановлення діагнозу, особливо при одномоментному дослідженні. Негативні симптоми можуть бути вторинними, наприклад, внаслідок екстрапірамідного синдрому, позитивних симптомів або психосоціальної депривації [39]. Депресивні розлади часто розглядають як властиві цьому розладу, однак вони можуть бути також проявом психологічної реакції на встановлений діагноз [49; 56]. У низці праць показано, що наростання дефекту при шизофренії може бути пов'язано не тільки з хворобою, але й з відношенням оточення до хворого, а тісна внутрішньородинна взаємодія, активне залучення пацієнтів до соціальної діяльності попереджає розвиток негативної симптоматики [58]; що причини формування хронічних станів можуть бути пов'язані не стільки із самим хворобливим процесом, скільки в більшій мірі бути результатом дії різних факторів – середовища та соціуму, які взаємодіють із особистістю та хворобою. Одним із методів, який використовується при проведенні диференційної діагностики є спірання на суб'єктивне відчуття пацієнтом свого зниженого настрою. Однак пацієнти часто не можуть у повному обсязі описати свої скарги, також депресія може бути маскована за більш виразною продуктивною симптоматикою, проявляється тривогою або соматовегетативними розладами і на наш погляд суб'єктивне відчуття пацієнта повинне підкріплюватись об'єктивними методами дослідження. Зокрема, для визначення депресії в клінічних дослідженнях та в практичній психіатрії використовуються психометричні шкали. Золотим стандартом для оцінки депресії при шизофренії визнана шкала Калгарі (CDSS) [2]. Порівнюючи цю шкалу з усіма шкалами, які найбільш часто використовуються для визначення депресій при шизофренії (Beck Depression Inventory (BDI), The Brief Psychiatric Rating Scale-Depression subscale (BPRS-D), Positive and Negative Syndrome Scale-Depression subscale (PANSS-D), Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD), Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)) [47], вивчалися співвідношення з негативними симптомами, чутливість і специфічність при оцінці наявності великого депресивного розладу. У результаті такого дослідження, факторний аналіз підтвердив, що модель, яка передбачає специфічність депресивних, негативних та екстрапірамідних симптомів, була статистично значущою. Результати, отримані при її використанні, максимально співпадали з результатами інших досліджень та з її допомогою вбачається малоімовірним пропустити випадок депресії або неправильно її діагностувати. У порівнянні з HDRS, CDSS показала стабільну факторну структуру як при

загостренні, так і в ремісії, у сполученні з гарною диференціацією між негативними і депресивними симптомами [40].

Однак у багатьох вітчизняних дослідженнях часто використовують субшкалу депресії шкали продуктивних і негативних синдромів PANSS, хоча з рекомендацій по її застосуванню випливає, що виразність розладу оцінюється на основі повідомлень хворого про свій настрій у період бесіди і відповідних змін міжособистісних взаємовідношень та поведінки хворого. Ця субшкала лише в загальних рисах описує депресивні прояви та не дозволяє провести диференційну діагностику з іншими симптомами, а лише визначити ступінь виразності депресивних проявів. У випадку, якщо пацієнт не відмічає у себе зниженого настрою, то і взагалі може не дати можливості досліднику визначити наявність ознак депресії. У багатьох закордонних дослідженнях використовують шкалу депресії Гамільтона (HDRS), хоча доведена її низька специфічність у зв'язку з її високою кореляцією з негативними симптомокомплексами. У результаті таких підходів страждають результати проведених досліджень, які торкаються не лише діагностики депресивних розладів та їх клінічних особливостей при шизофренії, а й підходів до медикаментозної терапії, розробки принципів медико-соціальної реабілітації, оцінки показників соціального функціонування та якості життя, чому в останній час приділяється все більше уваги. І перш за все, у результаті страждає кінцевий споживач – хворий на шизофренію з депресивними розладами.

Клінічні особливості депресивних розладів при шизофренії. Перебіг епізодів депресії при параноїдній шизофренії характеризується трьома етапами – початковий, розгорнутої клінічної картини, та зворотнього розвитку, які проявляються різноманітною синдромальною структурою [30]. У сучасних дослідженнях, описані клінічні особливості депресій у пацієнтів з різним перебігом шизофренічного процесу також різняться. Для депресій при безперервному перебігу параноїдної шизофренії характерні психомоторна загальмованість, безпомічність, відчуття безнадійності, суїцидальні думки [59]. Підкреслюється також велика частота субсиндромальних проявів депресій і незавершеність їх психопатологічної структури. У якості диференційних ознак таких депресій виділяють “поверхневність”, “невиразність” (без диференційованого відчуття туги) власне афективних розладів при стертості вітальних проявів та порушень циркадного ритму. Поряд з наявністю маячних ідей самозвинувачення, гріховності, відношення, переслідування, вони менше впливають на поведінку пацієнтів, відсутні елементи ажитації [18]. По мірі обважнення клініко-динамічної картини ендогенного процесу та збільшення його прогресивності відбувається ускладнення клінічної картини негативної симптоматики та збільшення глибини ураження емоційних, вольових, асоціативних функцій головного мозку. Крім того, в залежності від виразності прогресивності перебігу ендогенного процесу збільшується і темп наростання негативних розладів [6]. У результаті, все більше редукує

вітальна складова депресії (спрощення синдрому відбувається за рахунок мінімізації проявів позитивної афективності); по мірі видозміни власне гіпотимічних розладів у клінічній картині все більшого значення набувають явища негативної афективності – апатії (інтелектуальне гальмування, збіднення змісту мислення, зниження потягів), аутохтонної астенії (анергія з неспроможністю, падінням витривалості до інтелектуальних та фізичних навантажень, ознаками відчуження відчуттів та власної активності), ангедонії (втрата колишніх почуттів та уподобань, здатності відчувати радість, задоволення, цікавість до життя) [25], явища психічної анестезії з порушеннями сприйняття свого психічного та тілесного «Я», відчуттям втрати функцій інтелекта, енергетичних можливостей, емоційності; у найбільш тяжких випадках, коли афективні розлади виникають на тлі шизофренічного дефекту, в картині депресії домінують апатичні та адинамічні розлади [24]. Апатичні депресії найчастіше корелюють з псевдоорганічним дефектом, астеничні – з дефектом по типу соматопсихічної крихкості, дисфоричні – з дефектом по типу деформації структури особистості [10].

Більш докладне вивчення впливу негативних розладів на клінічні властивості депресії в рамках шизофренії показало, що для апатичних депресій характерним є інтелектуальне гальмування з падінням темпу психічних процесів, збідненням змісту мислення, пригніченням плину уявлень, що супроводжується нівелюванням потягів [42]. При астеничних депресіях загальні симптоми визначаються явищами аутохтонної астенії з ознаками відчуження почуттів та власної активності, які по ряду параметрів можуть бути співставлені з дефектом по типу соматопсихічної крихкості (анергія, неспроможність з падінням витривалості до інтелектуальних та фізичних навантажень, ознаками редукції енергетичного потенціалу, емоційна нівеліровка). Спільні ознаки між афективними та негативними розладами відображають і явища астеничного аутизму, яке відрізняється бідністю змісту, обмеженням контактів з оточуючими при підвищеній втомлюваності та вразливості [26]. В рамках дисфоричних депресій спільні симптоми відносяться до порушень самосвідомості, яку можна співставити з дефектною деперсоналізацією (незворотні розлади аутоідентичності, які охоплюють як тілесну, так і інтелектуальну сфери) [50]. Явища відчуження розповсюджуються на область вищих диференційованих емоцій (ознаки ангедонії, які поєднуються з патологічно загостреною рефлексією і болісно усвідомленою втратою колишніх почуттів, здатність відчувати радість, задоволення, цікавість до життя) і перекриваються з грубими психопатоподібними порушеннями (егоцентризм, дратівливість, злобність).

Разом з тим, у сучасній літературі з'являються вказівки на зниження виразності клінічних проявів дефектних станів [37; 38], однак єдиної думки з даного питання до теперішнього часу у спеціалістів також не простежується.

Принципи лікування депресивних розладів у рамках шизофренії. У питанні терапії депресивних станів при

параноїдній шизофренії також існує невизначеність. Основним питанням є доцільність приєднання антидепресантів до нейролептичної терапії для усунення симптомів депресії. Так, у ряді подвійних сліпих досліджень було показано, що в період гострого психотичного епізоду комбіноване лікування менш ефективне, ніж ізольоване призначення останніх [41; 45]. В одному з перших досліджень на цю тему вивчали використання стандартних доз галоперидолу в комбінації з трициклічними антидепресантами. Статистично значущого зменшення виразності депресивних симптомів не спостерігалось. Більш того, виявлена екзацербация деяких психотичних симптомів в цих випадках. Проте в інших дослідженнях показано, що іміпрамін позитивно впливає на депресивні симптоми у пацієнтів, які страждають на параноїдну форму шизофренії [56].

У ряді досліджень вивчалась ефективність комбінованої терапії з використанням антидепресантів з групи селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну при безперервному перебігу параноїдної форми шизофренії. Метою дослідження була спроба вплинути на негативну симптоматику. Дані, отримані в результаті, дуже різняться. Так, є дані про зниження негативної симптоматики без підсилення виразності позитивних симптомів та побічних ефектів; у результаті іншого, відкритого, дослідження відмічалось виразне зниження як негативних, так і позитивних симптомів. Проте є дослідження, які вказують на неефективність такої комбінації препаратів та відсутність позитивної динаміки в редукції негативної симптоматики [48; 53; 55; 57]. Таким чином, чіткі клінічні докази ефективності комбінованої терапії антидепресантами з нейролептиками у хворих з безперервним типом перебігу параноїдної форми шизофренії з негативними симптомами без чітко виражених симптомів депресії відсутні. У зв'язку з цим вбачається недоцільним використання таких комбінацій при лікуванні гострого психотичного епізоду.

Той факт, що на негативні та депресивні синдроми складно впливати при лікуванні, не повинен призводити до терапевтичного нігілізму [29]. Це особливо важливо ще й з тієї причини, що у пацієнтів, які страждають на шизофренію, відмічається високий ризик суїцидальної поведінки [52].

Ще одним підходом до лікування депресивних та негативних порушень у хворих на шизофренію, який останнім часом все більше звертає на себе увагу науковців, є використання монотерапії атипичними нейролептиками. У останніх дослідженнях, у результаті порівняння впливу кветирону, рисперидону та солерону на депресивну симптоматику виявлено, що рисперидон сприяє більш швидкій та глибокій редукції депресивної симптоматики, тоді як кветирон має більш виражений вплив на редукцію галюцинаторно-параноїдної симптоматики та має більш виразний седативний ефект, тому його можна застосовувати при високому ризику суїцидальних вчинків та ажитації, при психомоторному збудженні з порушенням афективної сфери при шизофренії [16; 23]. Солерон був ефективним у пацієнтів з вираженою як

маячною, так і депресивною симптоматикою у вигляді зниженого настрою, втрати енергетичного потенціалу та зниження здатності до цілеспрямованої діяльності, особливо у осіб, які мають підвищену чутливість до нейролептичної терапії з високим ризиком нейролептичних ускладнень [22]. Всі ці препарати мають добру переносимість та не викликали у обстежених екстрапірамідних розладів, сприяли розвитку симптоматичної ремісії.

Незважаючи на дані наукових досліджень, у практичній психіатрії лікарі широко використовують комбінації антидепресантів з нейролептиками для впливу на депресивну симптоматику при параноїдній шизофренії. Проведене дослідження показало, що комбінована терапія призначається 47% хворих на шизофренію. Як основні показання для призначення антидепресантів, лікарі визначають: суїцидальні думки (90%), знижений настрій (86%), туга (83%), тривога (70%), у меншому ступені ангедонія (до 50%), ранні пробудження (41%). Таким чином, незважаючи на те, що вибір такої терапії не підкріплений доказовою медициною, він базується та підтверджується багаторічними щоденними клінічними спостереженнями [15], що підштовхує дослідників до розробки обґрунтованих діагностичних і терапевтичних рекомендацій.

Висновки. Таким чином, незважаючи на велику кількість сучасних вітчизняних та зарубіжних досліджень, єдиної думки про проблему депресії при шизофренії в науковому середовищі немає. Результати досліджень різняться, починаючи з причин та поширеності депресивної симптоматики, діагностики та клінічних проявів і закінчуючи терапевтичною тактикою. Проте соціальні наслідки та високий ризик суїцидальної поведінки серед пацієнтів з депресивною симптоматикою при шизофренії неможливо переоцінити у зв'язку з чим зусилля дослідників повинні бути направлені на покращення медичного та соціального прогнозу для таких пацієнтів. Актуальним питанням залишається оптимізація діагностичних критеріїв депресивного синдрому та його диференційна діагностика, вивчення клінічних особливостей перебігу депресії при різних формах шизофренії, особливо при наявності негативних розладів.

Література.

1. Авруцкий Г. Я., Зайцев С. Г. Влияние фармакогенного фактора на клинику и психопатологию шизофрении: Тр. 1-го съезда невропатол., психiatr. и нейрохирургов Армении. – Ереван, 1980. – С. 342-345.
2. Аддингтон Д. Депрессия при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. - №2. – С. 5-9.
3. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология / Блейхер В. М. – Ташкент: Медицина УзССР, 1976. – 325 с.
4. Блейхер В. М., Крук И. В. Патопсихологическая диагностика. – К.: «Здоров'я», 1986. – 279 с.
5. Гончаров В. Е. Особенности клинической картины шизофренических психозов на современном этапе // Таврический журнал психиатрии. – 2010. – Т. 14, №1 (50). – С. 18-22.
6. Демчева Н. К., Кузнецов С. В. Характеристика негативных расстройств при различных типах течения параноидной формы шизофрении // Российский психиатрический журнал. – 2009. - №2. – С. 34-39.
7. Денисенко М. М. Патопсихологические механизмы формирования суицидального поведения у больных экзогенными и эндогенными депрессиями // Медицинская психология. – 2010. – Т. 5, №3 (19). – С. 55-61.
8. Дмитриев А. С., Коган Б. М., Федорова Т. В. Клинические и нейрохимические особенности депрессивного синдрома при неврозах и малопрогредиентной шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1999. – Т. 99, № 1. – С. 22-25.
9. Дороднова А. С. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.18. «Психиатрия». / А. С. Дороднова. – М., 2006. – 23 с.
10. Дробижев М. Ю. Депрессивные состояния при вялотекущей шизофрении с преобладанием негативных расстройств: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.18. «Психиатрия». / М. Ю. Дробижев. – М., 1991. – 23 с.
11. Жариков Н. М. Эпидемиология // Шизофрения: мультидисциплинарное исследование / Под ред. А. В. Снежневского. — М.: Медицина, 1972. — С. 186-224.
12. Зейгарник Б. В. Патопсихология. – М.: Издательство Московского университета, 1986. – 285 с.
13. Зеневич Г. В. Ремиссии при шизофрении. – Л.: Медицина, 1964. – 216 с.
14. Ласый Е. В. Клинико-психопатологические факторы риска суицидального поведения больных шизофренией и близкими к ней расстройствами // «Медицинские новости». – 1999. - №3. – С. 53-55.
15. Мазо Г. Э., Горбачев С. Е. Депрессия при шизофрении: опыт и подходы практических врачей к диагностике и терапии. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19, № 4. – С. 5-14.
16. Напренко О. К., Процик В. О., Пампуха Л. С. Рисперон в лечении шизофрении // Украинский вестник психоневрологии. – 2006. – Т. 14, № 4 (49). – С. 89-92.
17. Напренко О. К., Процик В. О., Пампуха Л. С. Шизофрения з симптомами депресії: клінічні прояви та лікування тіоридазином (тіорідазином) // Український вестник психоневрології. – 2006. – Т. 14, вип. 1 (46). – С. 90-92.
18. Павленко В. В. Клинико-психопатологические особенности депрессивно-параноидного синдрома при разных типах течения шизофренического процесса. Тезисы докладов научно-практической конференции «Вопросы клинической и социальной психиатрии и наркологии». Днепропетровск, 1996. – С. 29-30
19. Пінчук І. Я., Богачев Р. М., Хобзей М. К., Петриченко О. О. Динаміка психічного здоров'я населення України в період 2008–2012 рр. Та перспективи розвитку психіатричної допомоги країни // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, № 1 (72). – С. 11-17.
20. Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство [под ред. И. Я. Гуровича, С. Н. Мосолова, А. Б. Шмуклера]. – М.: Медпрактика. – 2007. – 200 с.
21. Путятин Г. Г. Психосоциальная и психотерапевтическая коррекция госпитализма у больных шизофренией и оценка ее эффективности // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – № 3 (23). – С. 3-12.
22. Скрипніков А. М., Животовська Л. В., Шиндер В. В. Фармакотерапія депресивно-параноїдних станів у хворих на шизофренію // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2010. – №1 (17). – С. 104-108.
23. Скрипніков А. М., Шиндер В. В. Порівняльна характеристика терапевтичної ефективності рисперону та кветіпрону при лікуванні депресивно-параноїдних станів у хворих на шизофренію // Вісник Української медичної стоматологічної академії «Актуальні проблеми сучасної медицини». – 2010. – Т. 10, №2 (30). – С. 105-109.
24. Смудевич А. Б. Депрессии и шизофрения // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 2003. – Т. 103, №4. – С. 4-13.
25. Смудевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Хвостов А. Ш. и др. Психопатология депрессии (к построению типологической модели) // Депрессии и коморбидные расстройства / под ред. А. Б. Смудевича. – М., 1997. – С. 28-53.
26. Снежневский А. В. Нозология психозов // Актуальные проблемы невропатологии и психиатрии. М.: Медицина, 1983. №1. – С. 16-60.
27. Снежневский А. В. Симптоматика и нозология // Шизофрения (клиника и патогенез). – М., 1969. – С. 5-28.

28. Хобзей М. К., Волошин П. В., Марута Н. О. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 10-13.
29. Шизофренія. – Пер. з англ./ За заг. ред. В. Штенгелова. – К.: Сфера, 2005. – 488 с. – С. 86-98.
30. Ширишова М. Б. Психопатология меланхолических депрессий при шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 1997. – Т. 97, № 11. – С. 16-18
31. Шмаонова Л. М., Либерман Ю. И., Хохлова Т. В. Динамика негативных расстройств и проблема дифференциации приступообразной шизофрении (эпидемиологическое исследование) // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1984. – Т. 84, №8. – С. 1177-1187.
32. Addingon D. Prevalence of depression in schizophrenia results of international survey // 10th Congress SNS. Abstracts – Nice. – 1997. – P. 7-9.
33. Akiskal H. Dysthymic Disorder: Psychopathology of Proposed Chronic Depressive Subtypes // Am. J. Psychiatry. – 1983. – №140. – P. 11-20.
34. Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients / [Bond G. R., Drake R. E., Vueser K. T., Latimer E. J.] // Disease Management and Health Outcomes. – 2001. – Vol.9, №3. – P. 141-159.
35. Babinkostova Z, Stefanovski B. Family history in patients with schizophrenia and depressive symptoms // Prilozi. – 2011. – №32 (1). – P. 219-228.
36. Bartels S. J., Drake R. E. Depressive symptoms in schizophrenia: comprehensive differential diagnosis // Compr. Psychiatry. – 1988. – Vol. 29. – P. 467-483.
37. Blyler R., Gold J. M. Cognitive effects of typical antipsychotic treatment: another look // Cognitive deficits in schizophrenia / T. Sharma, P. D. Harvey (Eds.). – Oxford: Oxford University Press, 2000.
38. Carpenter V., Heinrichs D., Alps L. Treatment of negative symptoms // Schizophr. Bull. – 1985. – Vol. 11, № 3. – P. 440-452.
39. Carpenter W. T. The treatment of negative symptoms: pharmacological and methodological issues // Br. J. Psychiatry. – 1996. – Vol. 168, suppl. 29. – P. 17-22.
40. Collaborative working group on clinical trial evaluations. Atypical antipsychotics for treatment of depression in schizophrenia and affective disorders // J Clin. Psychiatry. – 1998. – Vol. 59, Suppl. 12. – P. 41-45.
41. Dufresne R. L., Kass D. J., Becker R. E. Bupropion and thiothixene versus placebo and thiothixene in the treatment of depression in schizophrenia // Drug Development Research. – 1988. – Vol. 12, issue 3 – 4. – P. 259-266.
42. Friedman M. J., Lipowski Z. J. Pseudodementia in a young // Am J Psychiatry. – 1981. – Vol. 138, №3. – P. 381-382.
43. Hirsch S. R. et al. Dysphoric and depressive symptoms in chronic schizophrenia // Schiz Res. – 1989. – №2. – P. 259-264.
44. Koreen R. C. et al. Depression in first episode schizophrenia // Am J Psychiatry. – 1993. – Vol. 150. – P. 1643-1648.
45. Kramer M. S., Vogel W. H., DiJohnson C. et al. Antidepressants in “depressed” schizophrenic inpatients // Archives of General Psychiatry. – 1989. – № 46. – P. 922 – 928.
46. Kruger E., Nitsche M., Kuhn J. et al. Überlegungen zur sogenannten “chronischen” bzw. “therapieresistenten” depression // Psych. Neurol. Med. Psychologie. – 1988. – Vol. 40 (9). – P. 523-531.
47. Lako IM; Bruggeman R; Knegtering H et al. A systematic review of instruments to measure depressive symptoms in patients with schizophrenia // J Affect. Disord. – 2012. – 140(1). – P. 38-47.
48. Lee M. S., Kim Y. K., Lee S. K. et al. // J Clin Psychopharmacol. – 1998. – Vol. 18, № 5. – P. 399-403.
49. Liddle P. F., Barnes T. R. E., Curson D. A., Patel M. Depression and the experience of psychological deficits in schizophrenia. Acta Psychiatr. Scand. – 1993. – № 88. – P. 243-247.
50. Moller P., Husby R. The Initial Prodrome in Schizophrenia: Naturalistic Core Dimensions of Experience and Behavior. Schizophr Bull. – 2000. – Vol. 26, № 1. – P. 199-205.
51. Müller M. J. Gender-specific associations of depression with positive and negative symptoms in acute schizophrenia // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. – 2007. – № 31 (5). – P. 1095-1100.
52. Roy A. Relationship between depression and suicidal behavior in schizophrenia. In Depression in Schizophrenia // DeLisi L. E. (Ed) Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990. – №1. – P. 39-58.
53. Salokangas R. K., Saarijarvi S., Taiminen N. et al. Citalopram as an adjuvant in chronic schizophrenia: a double-blind placebo-controlled study. Acta Psychiatr Scand. – 1996. – Vol. 94, № 3. – P. 175-180.
54. Seivewright N., Tyrer P. Relationship of cyclothymia to anxiety and other neurotic disorders. In: Burton R., Akiskal H. Disthymic disorders.: London. – 1990. – P. 24-36.
55. Silver Y., Nassar A. Fluvoxamine improves negative symptoms in treated chronic schizophrenia: an add-on double-blind, placebo-controlled study. Biol Psychiatry. – 1992. – Vol. 31. – P. 698-704.
56. Siris S. G. Depression and schizophrenia. In: Schizophrenia (S. R. Hirsch, D. R. Weinberger, eds.) // Blackwell Science, Oxford. – 1995. – P. 128-145.
57. Spiker D. G., Weiss J. C., Dealy R. S. et al. The pharmacological treatment of delusional depression // Am J Psychiatry. – 1985. – Vol. 142. – P. 430-436.
58. Woods B. T., Ward K. E., Johnson E.H. Meta- analysis of the time-course of brain volume reduction in schizophrenia implications for pathogenesis and early treatment // Schizophr. Res. – 2005. – Vol. 73. – P. 221-228.
59. Zisook S. et al. Depressive symptoms in schizophrenia // Am J Psychiatry. – 1999. – Vol. 158. – P. 1736-1743.

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМЕ ШИЗОФРЕНИИ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

К. С. ЖИВАГО

В статье рассмотрены данные проведенных отечественных и зарубежных исследований основных аспектов диагностики, клиники и медикаментозной терапии депрессивных расстройств при параноидной форме шизофрении.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, шизофрения, диагностика, клинические особенности, медикаментозная терапия

**CHARACTERISTIC OF DIAGNOSIS, CLINICAL AND TREATMENT OF DEPRESSIVE
DISORDERS IN PARANOID SCHIZOPHRENIA (REVIEW)**

K. ZHYVAGO

In the article reviewed the data of performed national and foreign researches the major aspects of diagnostics, clinics and medical treatment of depressive disorders in paranoid schizophrenia.

Keywords: depressive disorders, schizophrenia, diagnosis, clinical features, drug therapy.

УДК 615.85:616.831 – 001 - 08

В. Е. КАЗАКОВ

ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

ГЗ «ЛугГМУ», г. Луганск

Ключевые слова: ЧМТ, когнитивно-бихевиоральная, психотерапия, психопатология

Актуальность проблемы психических расстройств, в том числе, в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы (ЧМТ) определяется их высокой распространенностью и дезадаптирующим влиянием [1]. Наряду с медикаментозным лечением в системе психиатрической помощи населению важнейшее место всегда занимала реабилитация больных [2]. Больным с психическими расстройствами необходимы специальные реабилитационные подходы, среди которых методы включения резервных возможностей мозга и организма в целом являются важными и перспективными [3]. Решение проблемы отдаленных посттравматических психотических расстройств требует существенного пересмотра подхода к реабилитации пациентов не только с точки зрения повышения грамотности применения лекарственных средств и точности воздействия на звенья патогенеза, но и рассмотрения необходимости создания особого направления, методической работы с больными и их родственниками [4]. В зарубежной практике медицинской реабилитации восстановление больных с нарушениями высших психических функций основано на следующих стратегических подходах: когнитивная реабилитация, просветительская работа с членами семьи больного, восстановления связей больного с обществом и медикаментозная терапия [5]. Тактика лечения должна быть индивидуальной, комплексной, патогенетической (с воздействием на основные звенья патогенеза), а обследование – максимально полным. Соблюдая эти принципы, можно достигнуть положительных результатов. Имеющиеся в настоящее время данные позволяют рассматривать прогрессирующие посттравматические психические расстройства как проявления возникающей после ЧМТ полисинаптической недостаточности [6].

Целью данной работы явилась разработка лечебно-реабилитационных программ для больных с отдаленными последствиями ЧМТ.

Материалы и методы.

Основная группа – 105 пациентов, находящихся на отдаленном этапе последствий перенесенной ЧМТ и имеющих различные психопатологические синдромы травматического генеза (церебрастенический, психопатоподобный, истероформный, тревожно-депрессивный, галлюцинаторно-параноидный, маниакальный) и сохранными когнитивными функциями (отдаленный этап), которым к основной схеме медикаментозного лечения добавляли когнитивно-бихевиоральную психотерапию.

Контрольная группа – 75 пациентов в отдаленном периоде после ЧМТ с теми же психопатологическими

синдромами, как и пациенты контрольной группы, с сохранными когнитивными функциями, которым не назначали КБ, а применяли лишь медикаментозное лечение.

Уровень психопатологической симптоматики был исследован дважды – до проведения терапии и после окончания психотерапевтического лечения. Использовались следующие методики: шкала оценки депрессии Монтегомери-Асберга (MADRS), метод исследования уровня невротизации и психопатизации личности (УНП), шкала исследования диссоциации (DES), шкала астенического состояния (ШАС), шкала выраженности заболевания (CGI-S), шкала общего улучшения состояния (CGI-I), опросник по оценке нетрудоспособности Д. Шихана.

Результаты и обсуждение.

При подборе лечебных средств мы опирались на гипотезу нейрональной пластичности и исходили из того, что одновременное применение тренировочных методик и лекарственных препаратов обладает взаимопотенцирующим воздействием [7]. Пациентам назначали вазоактивные, антиоксидантные, нейропротекторные, нейрометаболические, антигипоксические и мелатонинергические препараты. Данные препараты защищали от глутаматной эксайтотоксичности, воздействия волн перифокальной деполяризации, реперфузионного повреждения, программированной смерти клеток. [8]

Для лиц моложе 45 лет в течение 3-х месяцев 2 раза в неделю пациентам проводилась когнитивно-бихевиоральная терапия (КБ), в последующие 3 месяца пациент ежемесячно посещал психотерапевта для закрепления приобретенных навыков. КБ проводилась для снижения уровня эмоционального напряжения, улучшения доверия к окружающим, повышения психологической защиты, а также уменьшения психотической симптоматики. Существуют данные о том, что под влиянием КБ нивелируются бредовые расстройства и даже галлюцинаторная симптоматика [9].

Когнитивно-бихевиоральная терапия проводилась по классической схеме в два этапа. Каждый из этапов имел общие элементы в схеме КБ: музыкальная разминка 15 мин.; регулируемая проблемная дискуссия с разбором домашнего задания – 10 мин.; упражнения, повышающие стресс-толерантность к специфическим патогенным факторам, в том числе импровизация на различные темы, понятие эмоционального состояния другого значимого человека, «улыбка по кругу», коррекция зависимости от окружающих, общение с агрессивным собеседником – 20 мин.; игры-тренинги психических функций в виде игр, направленных на стимуляцию воображения,

упражнения для тренировки внимания, памяти – 20 мин.; пантомимические миниатюры – 10 мин.; характерологические игры (выдержка, гнев, обида) – 10 мин.; навыки расслабления и успокоения – 10 мин.

На первом этапе, в отличие от второго, были сделаны следующие шаги: вначале выявлялись так называемые «автоматические мысли» и связанные с ними эмоциональные и поведенческие реакции. Для выявления автоматических мыслей определяли различные суждения пациента, которые, как выяснилось, в ряде случаев являлись ошибочными, создающими психологические проблемы и приводившие к возникновению негативных эмоций ухудшающих общее состояние пациента. Анализ когнитивных функций с последующим конструктивным переосмыслением событий являлся весьма важным звеном в КБ-терапии пациентов с ЧМТ. В целом, процесс переубеждения зависел в большей степени не от варианта синдрома, а от индивидуальных особенностей личности. Замена ошибочных схем на более рациональные мысли представляла тяжелую задачу не только для больных с бредовыми синдромами, но и для пациентов с астеническими и психопатоподобными расстройствами. При анализе когнитивных ошибок больных с посттравматическими нарушениями обращал на себя внимание высокий удельный вес амбивалентного мышления, а также селективное абстрагирование (игнорирование главного при сосредоточении на деталях). В конце каждого занятия пациентам задавались домашние задания. У всех пациентов отмечалась ригидность, инертность ассоциаций. Причина заболевания, т. е. обстоятельств, связанных с ЧМТ в ассоциативной деятельности практически не прослеживалась. Она была завуалирована более свежими и поэтому более насущными проблемами. Однако эти проблемы пациенты с различными синдромами излагали по-разному. Больные с астеническими расстройствами фиксировали внимание на мыслях бытового плана. Выявлялась некоторая обида на судьбу, претензии к руководству, членам семьи, однако последние были неконкретны, излагались робко, неуверенно, пациенты легко от них отказывались. У лиц с тревожно-депрессивными расстройствами прослеживалась четкая трактовка любых событий в пессимистическом плане с отсутствием позитивного устремления в будущее. Так, даже трактовка приятных новостей, например, прибавка жалования, способствовала возникновению каскада неприятных мыслей о возможном повышении цен, возможном грабеже и т. д. При этом тревога носила оттенок раздражительности и гневливости. Пациенты предъявляли к психотерапевту множество требований. К психотерапевтическим сессиям они относились очень серьезно. «Автоматические мысли» детально записывались и тщательно анализировались. Маниакальные пациенты перескакивали с одного изложения на другое, работать с ними было трудно, т. к. они не могли точно воспроизвести свои «автоматические мысли» и в каждом последующем воспроизведении не только останавливались на несущественных деталях, но и привносили все новые подробности, противоречащие предыдущему

изложению, что затрудняло трактовку мыслей. «Автоматические мысли» пациентов с психопатоподобными расстройствами были разнообразны. Они зависели от характерологических особенностей больных. Пациенты с неустойчивыми и возбудимыми чертами характера очень охотно посещали занятия. Их мысли касались в основном насущных проблем, способствующих сиюминутным удовольствиям. Истероидные личности очень охотно и красочно излагали свои мысли. Их речь была образна, например: одна из пациенток, студентка, подрабатывающая мытьем подъездов, сообщила: «...я с огромным удовольствием мою полы и люблюсь звездами, которые отражаются в лужах воды. В такие минуты моя голова кружится от счастья и болит из-за невозможности полета в небо, однако легкость наполняет все мое тело и душа стремится ввысь. И если в это время приближается дождь, то на душе становится тревожно и кажется, что я теряю сознание, а звезды лишь холодно мерцают в высоте и ничего не замечают...». У пациентов с галлюцинозно-бредовым состоянием «автоматические мысли» обуславливались их шизоидной конституцией, так пациент сообщал: «Я одинокий пень в замшелом болоте, да еще с травмированной головой, брожу по ночам без сна, а за стеной соседи шушукуются...».

На этом этапе очень важен комплаенс между пациентом, его родными и врачом. От полноты их сотрудничества зависело изменение у пациента представлений о реальности. Комплаенс способствовал пониманию больным того факта, что его соматические и психические проблемы (астенические, вегетативные, аффективные, поведенческие, сенситивные и др. расстройства) зависели не от самой реальности, а от субъективного восприятия (ложные, «автоматические мысли»). Каждая проблема, в т. ч. и психические расстройства обрастали эмоциональными и поведенческими нарушениями, и именно последние подвергались психотерапевтическому воздействию. В процессе занятий пациенты с отдельными последствиями ЧМТ последовательно обучались умению распознавать и вытеснять (конфронтация) так называемые «автоматические мысли», представляющие негативные эмоции (тоску, тревогу, самообвинение, обиду, ярость, злобу и др.). Пациент отражал действительность в зависимости от индивидуального восприятия и эмоционального реагирования. Поэтому воздействие на эмоции приводило к изменению самочувствия. Ложные пути вытеснения проблем, закрепленные убеждениями пациентов, становились «закоренелыми привычками», приводящими к болезненному восприятию и искажению реальности, их нужно было, в свою очередь, вытеснять другими «привычками», предложенными и закрепленными психотерапевтом.

С целью выявления «автоматических мыслей» детально выяснялось, о чем думает пациент. Какие мысли появляются, даже эпизодически, у него. Эпизодическим «автоматическим мыслям» уделялось особое внимание, они тщательно анализировались, т. к. порой являлись ключевым фактором в облегчении состояния больного. Для выяснения «автоматических» мыслей прибегали к общеизвестным техникам, в том числе разыгрывали

гештальт с пустым стулом. Неоднократно просили пациента проанализировать «автоматические мысли», вспомнить причину, вызвавшую их и, обращаясь к жизненному пути пациента, остановиться на этапах, противоречащих тем пессимистическим выводам, которые он сделал, исходя из своих мыслей.

Во время второго шага в работе с «автоматическими мыслями» использовались не только когнитивные, но, в большей степени, бихевиоральные техники, которые помогали адаптировать пациента, воздействуя на его аффективную сферу и поведение. Большинству пациентов, независимо от вида синдрома, было присуще искажение и преувеличение как значимости внешней ситуации, в том числе обстоятельств, сопровождающих или приводящих к ЧМТ, так и клинической картины болезни. Между тем, на выраженность симптомов оказывала большое влияние самооценка больного, его нереализованная амбициозность, обида и даже у аутичных больных, постоянный и, по их мнению, безуспешный поиск внимания окружающих. Как выяснилось, и окруженные семейной заботой и теплом пациенты считали себя одиночками.

Однако воздействие с помощью ряда техник, таких как «пустой стул», «заброшенный магазин», десенсибилизация различных ошибочных суждений пациента являлось позитивным. Поведенческая терапия проводилась в группах, включающих пациентов с различной симптоматикой для исключения взаимного индуцирования. Достаточные трудности у ряда пациентов с сензитивным бредом, а также с депрессивной симптоматикой вызывала необходимость обсуждать личные проблемы в присутствии группы людей. Между тем, на первых занятиях отмечалась необходимость выявления и раскрытия основных проблем больного. Последующие занятия обнаруживали интеллектуальные и эмоциональные ресурсы для преодоления указанных проблем. С этими задачами успешно справлялись лица с психопатоподобной, особенно конверсионной и шизоидной симптоматикой. Они составляли основное эмоциональное и интеллектуальное ядро группы. На дальнейших занятиях участники тренинга совместно разрабатывали пути решения проблем и в дальнейшем, в процессе игровых техник, преодолевали трудности.

Когнитивная поведенческая терапия изменяла мнение пациента о его непродуктивности, способствовала восстановлению реалистических убеждений и критичности к своему состоянию, возникновению оптимизма и веру в возможности своего организма.

Лицам после 45 лет проводили рациональную психотерапию и аутогенную тренировку по Шульцу (АТ-1), которая с первого занятия дополнялась рациональной психотерапией с учетом индивидуальных особенностей пациента. Полный курс аутогенной тренировки длился 6 мес. Он также делился на 2 этапа, соответственно 3 и 6 мес. Длительность каждого сеанса не превышала 30 мин. На первом этапе пациенты должны были овладеть шестью упражнениями (АТ-1), на освоение каждого уходило 10-12 дней. На втором этапе пациенты обучались медитации с фиксацией на цвете, образе, эмоциональном состоянии, а также освоению элементов упражнений по аутогенной нейтрализации, включающей аутогенное реагирование.

Выводы

Применение комплексного подхода с учетом как медикаментозного, так и психотерапевтического лечения, в частности когнитивно-бихевиоральной терапии позволяет повысить эффективность лечения и улучшить качество жизни больного.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лебедева В. Ф. Клиническая эффективность проводимых в территориальной поликлинике реабилитационных программ для больных с психическими расстройствами, коморбидными соматической патологией / В. Ф. Лебедева, В. Я. Семке // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. - №1. – С. 19-22
2. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова // Российский психиатрический журнал. – 2006. - №2. – С. 61-64
3. Жаворонкова Л. А. Эффект включения стабилотренинга в реабилитацию больных с посттравматическим корсаковским синдромом / Л. А. Жаворонкова, О. А. Максакова, А. В. Жарикова и соавт. // Журн. невр. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 2010. - №1, Т.110. – С. 42-48
4. Одинак М. М. Тактика комплексной терапии и реабилитации больных с посттравматическими когнитивными нарушениями / М. М. Одинак, А. Ю. Емелин, С. В. Воробьев и др. // Военно-медицинский журнал. – 2011. - №1. – С. 17-23
5. Abreu B. Self-care management for persons with cognitive deficits after Alzheimer's disease and traumatic brain injury / In: C. Christianen (ed). Ways of living / Self-care strategies for special needs. – USA: Amer. Occupation Therapy Association. – 2000. – P. 259-281
6. Norris C. M. Recovery of afferent function and synaptic strength in hippocampal CA1 following traumatic brain injury / C. M. Norris, S. W. Scheff // J. Neurotrauma. – 2009. – Vol.26. – P. 2269-2278
7. Емелин А. Ю. Особенности диагностики посттравматических когнитивных нарушений / А. Ю. Емелин, С. В. Воробьев, А. П. Коваленко // Мед.-биол. И соц. – психол. пробл. безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2009. - №5. – С.15-17
8. Dirnagl U. Pathobiology of ischaemic stroke: an integrated view / U. Dirnagl, C. Iadecola, M.A. Moskowitz // Trends Neurosci. – 1999. – Vol. 22, N9. – P.391-397
9. Tarrier N. et al. The cognitive-behavioural treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia: are some types of psychotic symptoms more responsive to CBT? Unpublished manuscript.

ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПРОГРАМИ ДЛЯ ХВОРИХ З ВІДДАЛЕНИМИ НАСЛІДКАМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

В. С. КАЗАКОВ

Під нашим наглядом перебувало 105 пацієнтів з психотичними порушеннями у віддаленому періоді черепно-мозкової травми. Всім пацієнтам призначалося медикаментозне лікування: вазоактивні, антиоксидантні, нейропротекторні, нейрометаболічні, антигіпоксичні та мелатонінергічні препарати. З метою підвищення ефективності лікування, медикаментозна терапія поєднувалася з психотерапевтичними тактиками.

TREATING AND REHABILITATION PROGRAMS FOR PATIENTS WITH REMOTE CONSEQUENCES OF TRAUMATIC BRAIN INJURY

V. E. KAZAKOV

We observed 105 patients with psychotic disorders in the late period of traumatic brain injury. All patients intended medication: vasoactive, antioxidant, neuroprotective, neurometabolic, and melatonin-related drugs. In order to increase the effectiveness of treatment, drug therapy combined with psychotherapy tactics.

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. Київ

Ключевые слова: полиморбидность, полифармация, полипрагмазия, фармакомания

В Древней Греции великий мыслитель и врач Гиппократ писал: «Осмотр тела — целое дело: он требует знания, слуха, обоняния, осязания, языка, рассуждения». Он, наперекор своим противникам, был убежден в необходимости поиска глубоко спрятанной причины болезни, а не устранения лишь её симптомов. Современная медицина обладает широким спектром диагностических и лечебных процедур, и в связи с этим возник вопрос - как правильно оценить больного, страдающего одновременно несколькими заболеваниями, с чего начать его обследование и на что в первую очередь и в последующем направить лечение? Многие годы этот вопрос оставался открытым, пока в 1970 году А. R. Feinstein [36] — выдающийся американский врач, исследователь и эпидемиолог, оказавший значительное влияние на технику проведения клинических исследований, не предложил понятие «коморбидность». Явление коморбидности профессор Feinstein продемонстрировал на примере больных острой ревматической лихорадкой, обнаружив худший прогноз у пациентов, страдающих одновременно еще несколькими заболеваниями.

Термин коморбидность, (от лат. со - вместе, morbus — болезнь) — означает наличие дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания, и всегда отличается от него. У этого термина существуют много синонимов, таких как полиморбидность, мультиморбидность, соболезненность, мультифакториальные заболевания и другие [39].

Кроме терапевтов и врачей общей практики с проблемой полиморбидности весьма часто сталкиваются и узкие специалисты. К сожалению, они крайне редко обращают внимание на сосуществование у одного больного целого спектра болезней и преимущественно занимаются лечением профильного заболевания. В существующей практике урологи, гинекологи, оториноларингологи, офтальмологи, хирурги и другие специалисты зачастую выносят в диагноз лишь «свое» заболевание, отдавая поиск сопутствующей патологии другим специалистам. В настоящее время негласным правилом любого профильного отделения стала консультативная работа терапевта, взявшего на себя синдромальный анализ пациента, а также формирование диагностической и лечебной тактики, учитывающей потенциальные риски больного и его отдаленный прогноз.

На основании имеющихся клинических и научных данных можно сделать вывод, что полиморбидности присущ спектр свойств, характеризующих её, как неоднородное, но часто встречающееся явление, которое увеличивает тяжесть состояния и ухудшает прогноз заболевания у больных [37].

Значимость полиморбидности не вызывает сомнений, но как её измерить у конкретного пациента? В настоящее время существует несколько общепризнанных методов измерения полиморбидности [40]:

- Система CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) — разработанная в 1968 году В. S. Linn, стала революционным открытием, так как дала возможность практическим врачам оценивать количество и тяжесть хронических заболеваний в структуре коморбидного статуса их пациентов.
- Система CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics) — разновидность системы CIRS у пожилых больных, предложенная в 1991 году М. D. Miller, учитывающая возраст больных и специфику болезней пожилого возраста.
- Индекс Charlson — предложен для оценки отдаленного прогноза у коморбидных больных в 1987 году М. E. Charlson [41]. Данный индекс представляет собой балльную систему оценки (от 0 до 40) наличия определенных сопутствующих заболеваний и используется для прогноза летальности.
- Индекс сосуществующих болезней ICED (Index of Co-Existent Disease) — был первоначально разработан в 1993 году S. Greenfield для оценки коморбидности больных злокачественными новообразованиями, а в последующем нашёл применение и у других категорий пациентов.
- Индекс GIC (Geriatric Index of Comorbidity) - разработан в 2002 году.
- Индекс FCI (Functional Comorbidity Index) - разработан в 2005 году.
- Индекс TIBI (Total Illness Burden Index) - разработан в 2007 году.

Основным препятствием на пути внедрения систем оценки коморбидности в разносторонний лечебно-диагностический процесс является их разрозненность и узкая направленность. Несмотря на разнообразие методов оценки коморбидности, вызывает обеспокоенность отсутствие единого общепринятого способа её

измерения, лишённого недостатков существующих методик. Отсутствие единого инструмента, созданного на основе колоссального международного опыта, а также методологии его использования – не даёт коморбидности «повернуться лицом» к практикующему врачу. При этом из-за разрозненности в подходах к анализу коморбидного статуса и отсутствия составляющих коморбидности в учебных программах медицинских ВУЗов, клиницисту не очевидно её прогностическое влияние, что делает общедоступные системы оценки сопутствующей патологии неаргументированными, а поэтому и неостребованными [42].

Влияние полиморбидной патологии на клинические проявления, диагностику, прогноз и лечение многих заболеваний многогранно и индивидуально. Взаимодействие заболеваний, возраста и лекарственного патоморфоза значительно изменяет клиническую картину и течение основной нозологии, характер и тяжесть осложнений, ухудшают качество жизни больного, ограничивают или затрудняют лечебно-диагностический процесс. Полиморбидность оказывает влияние на прогноз для жизни, увеличивает вероятность летального исхода. Наличие коморбидных заболеваний способствует увеличению койко-дней, росту инвалидизации, препятствует проведению реабилитации, способствует увеличению вероятности падений у пожилых больных.

Наличие полиморбидности следует учитывать при выборе алгоритма диагностики и схемы лечения той или иной болезни. У полиморбидных больных необходимо уточнять степень функциональных нарушений. При появлении каждого нового даже маловыраженного симптома - следует проводить исчерпывающее обследование с целью определения его причины.

В большей степени полиморбидность характерна для лиц пожилого возраста. Количество людей, достигших 65 летнего рубежа, в Украине постоянно увеличивается. Около 1/5 населения Украины представляют собой лица, старше 60 лет. В среднем у одного пациента старше 65 лет, обратившегося за амбулаторной или стационарной помощью, обнаруживается четыре-пять различных хронических патологических состояний в разных фазах и стадиях [1].

Именно явление полиморбидности заставляет пациентов пожилого возраста обращаться и наблюдаться у врачей разных специальностей. Также необходимо отметить, что полиморбидность приводит к полипрагмазии (одновременное назначение врачами, нередко неоправданное, многих лекарственных веществ или лечебных процедур) и полифармации (одновременный прием нескольких лекарственных средств пациентом), что делает невозможным контроль над эффективностью терапии, увеличивает материальные затраты пациентов, а поэтому снижает их комплаенс (приверженность к лечению). Кроме того, полипрагмазия и полифармация у пациентов пожилого и старческого возраста, способствует резкому возрастанию вероятности развития местных и системных нежелательных побочных эффектов лекарственных препаратов [8].

Необходимо также учитывать зависимость между возрастом и подверженностью лекарственным взаимодействиям [1]. Пожилые люди наиболее часто страдают от лекарственных осложнений. И это вполне объяснимо: около 60% пациентов, находящихся на приеме у терапевта, старше 55 лет. По имеющимся данным: и в Великобритании, и в США пожилые люди потребляют не менее 30% всех назначаемых лекарств. В США человек старше 65 лет получает 10,7 новых и возобновляемых рецептов в год. В Великобритании при исследовании репрезентативной выборки из людей старше 65 лет выяснилось, что 70% были назначены лекарства, а 60% пациентов из выборки принимали одно или несколько назначенных лекарств за 24 часа перед интервьюированием. В среднем на одного человека приходилось 2,8 назначенных лекарств. Почти каждое третье назначение было признано «фармакологически небесспорным». В Италии 40% людей старше 70 лет ежедневно принимают 4–6 лекарств, а 12% принимают свыше 9. За последние 8 лет в США количество лекарств, назначаемых пожилым больным, увеличилось с 27 до 35% [4].

Так как пожилым пациентам чаще назначают различные препараты, потенциальная возможность лекарственных взаимодействий у этой группы населения достаточно высока. Исходя из этого, становится очевидной значимость оценки возможных лекарственных взаимодействий при подборе терапии на современном этапе развития фармакологии.

Необходимо учитывать постоянный рост числа пациентов старше 65 лет, которые нуждаются в одновременном назначении нескольких препаратов, что приводит к увеличению процента неблагоприятных лекарственных взаимодействий [3]. К сожалению, на данный момент не существует адекватных мер слежения за этим процессом. Полипрагмазия встречается у 56% пациентов моложе 65 лет и у 73% старше 65 лет. Прием двух препаратов приводит к лекарственным взаимодействиям у 6% пациентов. Прием 5 препаратов увеличивает их частоту до 50%. При приеме 10 препаратов риск лекарственных взаимодействий достигает 100%. В одном из исследований было продемонстрировано, что среднее количество препаратов, принимаемых пациентами (как назначенных докторами, так и принимаемых самостоятельно), составляет 10,5, при этом в 96% случаев доктора не знали точно, что принимают их пациенты [7].

Прием слишком большого количества лекарств - это лишь часть проблемы. Даже одно лекарство может оказывать более сильное воздействие на пожилых людей; это происходит вследствие ряда физических изменений, влияющих на метаболизм лекарств у пожилых. В числе этих изменений [11]: снижение кровоснабжения и моторики желудочно-кишечного тракта замедляет всасывание лекарств; снижение веса, гиповолемия, снижение белка в крови, что делает вероятным более высокую концентрацию многих лекарств, в особенности водорастворимых. Также значимо повышенное содержание липидов в организме, так как жирорастворимые лекарства имеют более низкую концентрацию. Снижение

кровообращения в печени и снижение ферментной активности позволяет некоторым лекарствам поступать в кровяное русло в большей концентрации и дольше в нем оставаться; сниженная функция почек, приводит к тому, что лекарства выводятся медленнее. Кроме того, из-за меньшего количества меньше рецепторов и медиаторов в мозге и центральной нервной системе, приводит к тому, что лекарства, воздействующие на ЦНС, могут иметь более выраженный и продолжительный эффект.

Поскольку существует больше риска, что лекарства будут накапливаться в организме, пожилым людям необходимо правильное титрование дозировок лекарств соответственно их конкретным потребностям, состоянию здоровья. Если не обеспечить такого индивидуального назначения, последствия могут быть трагическими. Человек, сознание которого путается из-за приема транквилизаторов, может быть признан жертвой старческого слабоумия и доставлен в гериатрическое отделение, где ему будут давать дополнительно лекарства для прояснения сознания [2]. Лекарства, применяемые для снижения кровяного давления, сокращают объем крови, поступающей к сердцу и мозгу, что опять же может стимулировать симптомы сенильных явлений и подвергнуть человека риску. Пожилым людям часто назначаются диуретики, иногда в чрезмерном количестве. Диуретики вызывают более частое опорожнение мочевого пузыря и у пожилых людей могут стимулировать недержание мочи [13]. Пожилым людям часто назначаются психотропные средства, которые могут вызывать тяжелые побочные эффекты. В одном британском исследовании обнаружилось, что половина пожилых пациентов, поступавших в отделения больницы, принимали транквилизаторы группы бензодиазепина, назначенные их семейным врачом. В США 1,5 миллиона пожилых людей принимают слабые транквилизаторы ежедневно в течение одного года или дольше и свыше 500 тысяч пожилых ежедневно принимают таблетки снотворного действия в течение одного месяца или дольше. В обоих случаях нет данных, что эти препараты эффективны при непрерывном длительном использовании. Уже давно проводилась связь между транквилизаторами группы бензодиазепина и их неблагоприятным воздействием на психомоторную деятельность, познавательные функции, внимание и память у пожилых людей. Снотворные, седативные средства и транквилизаторы в «средних» дозах могут вызвать у пожилого человека спутанность мыслей и неустойчивость при движениях; снотворные группы бензодиазепинов, которые у большинства пациентов выводятся в течение восьми часов, у пожилых могут «зависнуть» на весь следующий день [15].

Имеются достаточно последовательные доказательства того, что психотропные средства связаны с повышенным риском падений у пожилых людей. Было обнаружено, что диазепам, в частности, связан с высоким риском падений, и это побудило исследователей рекомендовать не использовать его у пожилых людей. Так в исследовании больных старшей возрастной группы в количестве 7 тыс. человек оценивался риск сочетанного

применения лекарственных средств, оказывающих влияние 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 [15].

Побочные лекарственные реакции у пожилых людей – наиболее часто встречающиеся нежелательные явления проводимой терапии. Исследования, проведенные в разных странах мира, показывают, что частота побочных явлений, связанных с применением медикаментов у госпитализированных больных старше 60 лет, составляет от 10 до 25%. Этот в 2–3 раза выше, чем у больных моложе 30 лет. Демографические факторы (пожилой возраст, женский пол, малый вес тела, печеночная или почечная недостаточность, прием нескольких лекарств и предыдущие побочные реакции) коррелируют с частотой побочных реакций. Кроме того, у пожилых людей возрастает реакция на стандартные дозы лекарств и ответ на фармакологический стресс. Тем не менее, вероятность учащения побочных лекарственных реакций с возрастом остается спорным вопросом. Нет убедительных оснований считать, что возраст сам по себе является фактором, увеличивающим число нежелательных лекарственных явлений. Но вполне очевидно, что возрастание риска развития побочных лекарств у пожилых обусловлено скорее не старением, а увеличением числа заболеваний с возрастом и увеличения количества используемых лекарственных препаратов [11].

Соблюдение режима приема лекарств (комплаентность) – еще один фактор, который может привести к осложнениям в лечении. Эта проблема типична для пациентов любого возраста, но у пожилых людей она стоит более остро из-за плохой памяти, плохого слуха и зрения, трудностей с открыванием флаконов и необходимости соблюдать сложные режимы дозировки. Выполнение врачебных рекомендаций, является важным фактором успешного лечения острых и хронических заболеваний. От 25 до 50% амбулаторных больных не выполняют правильно врачебные рекомендации. Отсутствие ясного понимания необходимости выполнения предписанного лечебного режима приводит к терапевтическим неудачам. В одном из исследований показано, что несоблюдение врачебных рекомендаций по приему лекарств имело место у 40% пожилых больных, причем очень часто такое несоблюдение было сознательным. В частности, оно могло быть вызвано желанием использовать большее количество медикаментов и получить назначение от нескольких врачей. У больных старше 65 лет частота несоблюдения режима приема лекарств возрастает в 2 раза при ежедневном приеме 3 и более медикаментов, тогда как у больных моложе 65 лет она одинакова при приеме 1, и 2, и 3, и большего количества лекарств. Иногда некомплаентность связана с желанием уменьшить или избежать побочных реакций. Некоторые больные сознательно

снижают дозы препаратов во избежание негативных эффектов [7].

Огромное значение имеют особенности фармакокинетики (абсорбция, распределение, метаболизм, выведение) и фармакодинамики лекарственных средств у пожилых. С возрастом изменяется чувствительность организма к лекарственным препаратам. Характер влияния лекарственных препаратов на организм имеет, в старческом возрасте, существенные особенности. Возрастные изменения фармакодинамики обусловлены тем, что при ухудшении условий доставки лекарств к тканям число специфических рецепторов уменьшается, однако их чувствительность к лекарственным воздействиям увеличивается и извращается. Этим объясняется разнонаправленный и труднопрогнозируемый характер ответа старческого организма на лекарственные средства. Возникновению извращенных реакций на препараты способствуют сниженная физическая активность, меньшее потребление пищи и воды, склонность к запорам, витаминная недостаточность, ухудшение кровоснабжения тканей и относительное преобладание возбуждающих процессов в нервной системе старых людей [16].

Явление «избыточности патологии» у пожилых пациентов способствует появлению такого феномена как фармакомания, что означает стремление пациента к употреблению различных лекарственных средств или необоснованно продолжительному приему отдельного лекарственного средства. Длительный и необоснованный прием лекарственных средств приводит к развитию синдрома зависимости и неконтролируемым межлекарственным взаимодействиям, что значительно усложняет лечение пациентов пожилого возраста и увеличивается риск развития побочных эффектов [9].

Неблагоприятные эффекты, возникающие при попытке «поправить» возрастные и вызванные заболеванием расстройства с помощью множественной фармакотерапии, часто являются последней каплей, за которой следует неспособность для пожилого человека продолжать относительно самостоятельную жизнь.

В современных условиях, когда пациенты получают одновременно сразу несколько медикаментов для лечения их заболевания (заболеваний), проблема лекарственного взаимодействия представляется крайне важной для практического врача. Ведь неблагоприятные явления, возникшие вследствие лекарственного взаимодействия, могут приводить к потере терапевтического эффекта или усилению токсичности (передозировке). Практикующему врачу крайне важно иметь представление об основных механизмах лекарственного взаимодействия, так как во многих случаях потенциальное взаимодействие можно предвидеть на основе знаний о препарате (пероральная биодоступность, механизм элиминации, выраженность токсичных эффектов) [5].

Таким образом, проблема взаимодействия лекарственных препаратов в современных условиях является одной из наиболее актуальных проблем практической медицины. Знания об основных лекарственных

взаимодействиях позволят врачу повысить безопасность проводимой терапии.

Единовременное лечение нескольких болезней требует строгого учёта сочетаемости препаратов и досконального соблюдения правил рациональной фармакотерапии, основанной на постулатах академиков Е. М. Тареева «Каждое непоказанное лекарство противопоказано» и Б. Е. Вотчала «Если препарат лишен побочных эффектов, следует задуматься, есть ли у него какие-либо эффекты вообще».

Общие принципы назначения лекарственных средств пожилым больным не отличаются от таковых в других возрастных группах. Отличие состоит в том, что у пожилых пациентов одновременно встречается нескольких заболеваний, требующих применения нескольких лекарственных средств, имеются изменения в лекарственном ответе, высока вероятность возникновения побочных реакций, и все это требует более тщательного мониторинга лекарственной терапии. Исходя из вышесказанного, у пожилых больных сложнее предсказать результаты лечения. Кроме того, нарушения в системе гомеостаза у них повышают риск возникновения токсических реакций [38].

Основной целью при лечении пожилых пациентов является облегчение симптомов и улучшение качества жизни. Основные принципы назначения лекарственных средств у пожилых [4]:

1. Определение необходимости назначения лекарственных средств: не все болезни пожилых людей требуют медикаментозного лечения; по возможности избегать применения лекарств, но обязательно назначать их, если стоит вопрос о качестве жизни; перед началом лечения должен быть поставлен точный диагноз.
2. Тщательное выявление характера уже проводимого лечения, всех привычек больных: больной может получать рекомендации и лечение от нескольких врачей; сведения об уже получаемой терапии позволят избежать нежелательных лекарственных взаимодействий; курение, алкоголь, употребление кофе могут привести к усилению действия лекарств.
3. Хорошее знание механизма действия назначаемого лекарства: знание о влиянии возрастных изменений на распределение лекарств и ответ на лечение; назначать хорошо изученные лекарства.
4. Инициация терапии с небольших доз лекарств: стандартная доза часто велика для пожилых больных; влияние возраста на печеночный метаболизм не всегда предсказуемо, а почечная экскреция лекарств и их метаболитов снижается с возрастом; пожилые больные более восприимчивы к препаратам, влияющим на ЦНС.
5. Необходимость титрования дозы до нужного эффекта: определить оптимальный терапевтический эффект; доводить дозу до определенного терапевтического результата или возможного предела, после которого могут возникнуть побочные явления; в отдельных случаях комбинированная терапия более адекватна и эффективна.

6. Выбирать более простой режим применения, обеспечивающий комплаентность: избегать сложных режимов дозирования, наиболее приемлем прием лекарств один-два раза в сутки; тщательно инструктировать больных и их родственников по приему лекарств; объяснить, для чего выписано лекарство; предложить вести запись по приему лекарств; за пожилым больным необходим постоянный контроль.

Материалы исследования. С целью улучшения качества медицинской помощи путем редукции явлений полифармации, полипрагмазии и фармакомании у больных с полиморбидностью нами было проведено исследование 382 пациентов геронтопсихиатрического отделения мариупольской психиатрической больницы в период 2012-2013 гг. Пилотное исследование длилось в течение 1 года 9 месяцев.

Результаты исследования. Нами было установлено, что из 382 пациентов (по полу: 134 мужчины и 248 женщин) в возрасте старше 65 лет, кроме основного психиатрического диагноза имели более 2 соматических заболеваний, что составляет 81,4% (в абсолютных цифрах – 311 человек). Из общего количества у мужчин – 79,1% (в абсолютных цифрах – 106), у женщин 82,7% (абсолютных цифрах – 205).

Кроме того, было установлено, что у женщин чаще комбинируются атеросклеротическая деменция с ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, цереброваскулярными заболеваниями. У мужчин достоверно чаще регистрируются сочетания деменция с цереброваскулярными заболеваниями и с заболеваниями мочеполовой системы. Причем, из 382 пациентов старше 65 лет частота применения более 4 лекарственных препаратов одновременно составила 75,4%.

Выводы. Мы полагаем, что 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.

Литература:

1. Пінчук І. Я., Чайковська В. В., Стаднюк Л. А. Актуальні питання геронтопсихіатрії. – Тернопіль, 2010 р.
2. Пінчук І. Я., Чайковська В. В., Стаднюк Л. А., Колеснікова Я. І. Реабілітаційні заходи для пацієнтів похилого та старечого віку з деменцією - Тернопіль, 2010 р.
3. Мосолов С. Н. Современный этап развития психофармакотерапии // Новые достижения в терапии психических заболеваний / Под ред. С. Н. Мосолова. — М.: Бином, 2002. — С. 21–37.
4. Вуд Ф. Психофармакология позднего возраста / Пер. с англ.; Под ред. Р. Джекоби, К. Опенгеймер. — 2-е изд. — Киев: Сфера, 2001. — Т. 1. — С. 205–232.
5. Пінчук І. Я., Хаустова О. 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
6. Семке В. Я., Цыганков Б. Д., Одарченко С. С. Основы пограничной геронтопсихиатрии. М., 2006; 240–8,382–4.
7. С. А. Маляров, к. м. н., В. А. Демченко, Т. В. Витебская Чем должен руководствоваться врач при назначении комбинированной

антипсихотической терапии? Психоневрологическая больница №2 г. Киева, *Нейронews*, 2009г., с. 14-18.

8. Хайдер С. И., Johnell K, M Thorslund, Fastbom J (2007). «Тенденции в полипрагмазии и потенциальных лекарственных взаимодействиях между образовательными группами у пациентов пожилого возраста в Швеции за период 1992 - 2002». *Международный журнал по клинической фармакологии и терапии* 45 (12):p. 643-653. PMID 18184532.
9. Хайдер С. И., Johnell K, Weitoft GR, Thorslund M, J Fastbom (2009). «Влияние уровня образования на полипрагмазии и ненадлежащего использования наркотиков: на основе регистров исследования более чем 600.000 пожилых людей». *Журнал Американского гериатрического общества* 57 (1): 62-69. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2008.02040.x. PMID 19054196.
10. Rowland M, Tozer TN. *Clinical pharmacokinetics, concepts and applications*. 3rd ed. Philadelphia: Williams & Wilkins, 1995, pp. 601.
11. Hammerlein A, Derendorf H, Lowenthal DT. Pharmacokinetic and pharmacodynamic changes in the elderly. *Clin Pharmacokinetics* 1998; 35:p.49–64.
12. Lindeman RD. Changes in renal function with aging: implications for treatment. *Drug Aging* 1992;2(5)? P. 23–31.
13. Williams BR, Kim J. Cardiovascular drug therapy in the elderly: theoretical and practical considerations. *Drug Aging* 2003;20(6), p. 445–463.
14. Yoshikawa TT, Norman DC. *Antimicrobial therapy in the elderly patient*. "Marcel Dekker" N.Y., Basel, Hong Kong 1994: pp.558.
15. Nolan L, O'Malley K. Adverse effects of antidepressants in the elderly. *Drug Aging* 1992; 2(5): pp. 450–458.
16. Rollanson V, Vogt N. Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematic review of the role of the pharmacist. *Drug Aging* 2003;20(11): pp. 817–832.
17. Walker J, Wynne H. Review: the frequency and severity of adverse drug reactions in elderly people. *Age Aging* 1994;23: pp. 255–259.
18. Zazove, P., Mehr, D., et al, «A criterion-based review of preventive health care in the elderly: Part 2. A geriatric health maintenance program». *Journal of Family Practice*, Vol 34, No 3, 1992, pp320-347.
19. Anon., *Growing Opportunities for Geriatric Pharmaceuticals*, New York, MIRC, 1989.
20. Bird, H. A., «Antirheumatic drugs in the elderly», *Annals of the Rheumatic Diseases*, Vol 49, 1990, pp1022-4; Lowenthal, D. T. and Nadeau, S. E., «Drug-induced dementia», *Southern Medical Journal*, Vol 84, Suppl. 1, May 1991, pp1S-24-1S-31.
21. Cummings, D. M. and Uttech, K. M., «Antibiotics for common infections in the elderly», *Primary Care*, Vol 17, No 4, Dec 1990, pp883-903.
22. Anon., «Elderly people: their medicines and their doctors», *Drug and Therapeutics Bulletin*, Vol 28, No 20, 1 Oct 1990, pp77-79.
23. Anon., «Drug consumption in the elderly in Italy», *Scrip*, No 1721/2, 27/29 May 1992, p4.
24. Schneider, J. K., Mion, L. C., and Frengley, J. D., «Adverse drug reactions in an elderly outpatient population», *American Journal of Hospital Pharmacy*, Vol 49, Jan 1992, pp. 90-96.
25. Anon., «Problems of aging overestimated?», *Scrip*, No 1655, 27 Sep 1991, pp. 4-5.
26. Lexchin, J., «Adverse drug reactions», *Canadian Family Physician*, Vol 37, Jan 1991, pp. 109-118.
27. Anon., «Drugs and the elderly - US debate continues», *Scrip*, No 1407, 28 Apr 1989, p. 18.
28. *Advertisement in the American Journal of Medicine*, Vol 91, No 2, Aug 1991, pp. A30-A32.
29. Dukes, M. N. G. and Beeley, L., (eds). *Side Effects of Drugs Annual 14*, Amsterdam, Elsevier, 1990, p. 86.
30. Anon., «Prescriptions for profit», transcript of a television documentary broadcast on the Frontline programme on 28 Mar 1989, Boston, WGBH Transcripts, p. 29.
31. Anon., «Drug effects in the elderly», *WHO Drug Information*, Vol 5, No 2, 1991, p61.
32. Williamson, J., «Introduction», *British Medical Bulletin*, Vol 46, No 1, 1990, pp. 1-8.
33. Wolfe, S. M., Fugate, L., et al, *Worst Pills Best Pills*, Washington, Public Citizen Health Research Group, 1988, pp69-70.

34. Potter, J.F. and Haigh, A., «Benefits of anti-hypertensive therapy in the elderly», *British Medical Bulletin*, Vol 46, No 1, 1990, pp. 77-93.
35. Нуллер Ю. Л. Обзор психиатрии и медицинской психологии // Москва, 1993; 1:29-37
36. Kaplan M. H, Feinstein A. R. The importance of classifying initial comorbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus // *Journal Chronic Disease*, 1974; 27:387-404, 1974
37. Pincus T., Callahan L.F. Taking mortality in rheumatoid arthritis seriously: Predictive markers, socioeconomic status and comorbidity // *J. Rheumatol*, 1986; Vol.13, P.841-845
38. Schellevis F. G., Velden J. vd, Lisdonk E. vd Comorbidity of chronic diseases in general practice // *J Clin Epidemiol*, 1993; 46:pp.469-473.
39. Schellevis F.G., Velden J. vd, Lisdonk E. vd Comorbidity of chronic diseases in general practice // *J Clin Epidemiol*, 1993; 46:469-473
40. Kaplan M.H, Feinstein A.R. The importance of classifying initial comorbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus // *Journal Chronic Disease*, 1974; 27:387-404, 1974
41. Charlson M. E., Sax F. L. The therapeutic efficacy of critical care units from two perspectives: a traditional cohort approach vs a new case-control methodology // *J Chronic Dis*. 1987;40(1):31-9
42. Feinstein A. R. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease // *Journal Chronic Disease*, 1970; 23(7):455-468

THE PROBLEMS OF POLYMORBIDS AND ADEQUATE PHARMACOTHERAPY AMONG THE ELDERLY-AGED PATIENTS

I. V. KALUGIN, E. A. KHAUSTOVA

The article presents the research results which were taken in the psychiatric department for people of old age in Mariupol urban hospital and literature survey on the subject of polymorbids problems and adequate pharmacotherapy among the elderly-aged patients. The phenomena of the polymorbids, polypharmacy, polypragmasy and pharmacomania among the elderly-aged patients, which are the actual problem of modern medicine and social psychiatry in particular are presented in the article. Studying of these phenomena will allow to improve the efficiency of treatment among the elderly-aged patients, will reduce considerably the risk of side effect development. It will also help to cut down the expenses and to improve the life quality of the elderly-aged patients in whole.

Keywords: polymorbids, polypharmacy, polypragmasy, pharmacomania.

ПРОБЛЕМЫ ПОЛИМОРБИДНОСТИ И АДЕКВАТНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

И. В. КАЛУГИН, Е. А. ХАУСТОВА

В статье представлены результаты исследования проводимого на базе геронтопсихиатрического отделения мариупольской городской больницы и обзора литературы на тему проблемы полиморбидности и адекватной фармакотерапии у пациентов пожилого возраста. Описаны явления полиморбидности, полифармации, полипрагмазии и фармакомании у пациентов пожилого возраста, которые является актуальной проблемой современной медицины и в частности социальной психиатрии. Изучение этих явлений позволит улучшить эффективность лечения пациентов пожилого возраста, значительно снизить риск развития побочных эффектов, уменьшить финансовую нагрузку и в целом улучшить качество жизни пожилых пациентов.

Ключевые слова: полиморбидность, полифармация, полипрагмазия, фармакомания.

УДК: 616.89

К. І. КЛЕБАН

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ X ІЗ СУПУТНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ НЕПСИХОТИЧНОГО РІВНЮ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології

У даній статті проводиться оцінка якості життя у пацієнтів з МСХ, показано вплив психічних розладів на якість життя у даної популяції хворих, обґрунтовано необхідність своєчасної діагностики таких проявів для комплексного лікування МСХ.

Ключові слова: метаболічний синдром X, якість життя, тривога, депресія

Актуальність. Якість життя (ЯЖ) – це широке поняття, яке охоплює всі сторони життя людини, є характеристикою фізичного, психологічного, емоційного та соціального функціонування пацієнта, і базується на його суб'єктивному сприйнятті. Нині, хвороба розглядається як дисгармонія біологічних та соціальних процесів. Все це пов'язане з підвищеним навантаженням на організм, компенсаторні механізми якого вже не справляються. Тому «зрив» даних механізмів призводить до функціональних та структурних порушень на всіх рівнях. Згідно останніх досліджень, погіршення рівню якості життя найбільш чітко виражені у пацієнтів з хронічними захворюваннями.

Найбільш актуальною проблемою сьогодення є метаболічний синдром X. Патологічні стани, що складають основу метаболічного синдрому X (МС), є

визначальними предикторами розвитку у подальшому таких захворювань як цукровий діабет (ЦД), атеросклероз, гіпертонічна хвороба. Останні на сучасному етапі є провідними медико-соціальними проблемами та основними факторами підвищення смертності дорослого населення планети. Підвищена зацікавленість лікарів різних спеціальностей до даної міждисциплінарної проблеми безумовно спричинена значною її розповсюдженістю в дорослій популяції.

Клінічні прояви метаболічного синдрому, а також пов'язані з ним рухові та соціальні обмеження, значно погіршують якість життя пацієнтів.

Матеріали і методи. Метою дослідження було визначення взаємозв'язку показників якості життя у пацієнтів з метаболічним синдромом X та коморбідними психічними розладами непсихотичного реєстру. Набір

пацієнтів проводився на базі соматичних відділень ДЗ «ДКЛ №2 ст. Київ» ДТГО «ПЗЗ». Було обстежено 108 пацієнтів: 51 жінка та 57 чоловіків. Середній вік пацієнтів становив $47 \pm 3,6$ років.

Розподіл пацієнтів за статтю



Рис. 1. Розподіл обстежених пацієнтів за статтю

Основну групу склали пацієнти з МСХ та супутніми неспсихотичними психічними розладами - 79 чоловік. У групу контролю увійшло 29 опитаних з метаболічним синдромом без ознак невротичних розладів. Обстежувані основної групи були розподілені ще на дві групи в залежності від переважання депресивної (35 пацієнтів) або тривожної (44 пацієнти) складової в структурі основного захворювання. Всі пацієнти були обстежені згідно із стандартами клінічної практики, проконсультовані ендокринологом, кардіологом, психіатром та іншими спеціалістами згідно з поставленими лікувальними за-

були вивчені соціально-демографічні показники за допомогою уніфікованої карти обстеження.

Збір даних здійснювався шляхом анкетування, при цьому всім респондентам надавалася інформація про мету проведеного дослідження та подальше використання отриманих результатів. Для визначення рівня якості життя застосовувався опитувальник SF-36. Даний опитувальник складається з 36 питань, розділених на 8 шкал: фізичне функціонування (PF), рольове функціонування (RP), фізичний біль (BP), загальний стан здоров'я (GH), життєва активність (VT), соціальне функціонування (SF), рольове емоційне функціонування (RE), психологічне здоров'я (MN). Розрахунки визначають кожен категорію якості життя від 0 до 100 балів (чим більша кількість балів, тим більш високий рівень ЯЖ). Показники PF, RP, BP, GH складають фізичний компонент здоров'я, VT, SF, RE, MN - характеризують психологічний компонент. Виявлення психічних розладів здійснювалося за допомогою скринінгових шкал депресії та тривоги Занга.

Статистична обробка отриманих даних проводилася за допомогою пакету статистичних програм Statistica 6.0 (StatSoft) на персональному комп'ютері. Всі значення наведено у вигляді $(M \pm \sigma)$, де M — середнє значення показника, σ — стандартне квадратичне відхилення середньої величини. Для оцінки достовірності використовували t-критерій Ст'юдента. Відмінність між вибірками вважалася статистично вірогідною при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення. Під час аналізу показників ЯЖ всі обстежені пацієнти були розподілені на три групи. До першої групи увійшли 29 пацієнтів з МСХ без супутніх неспсихотичних психічних розладів,

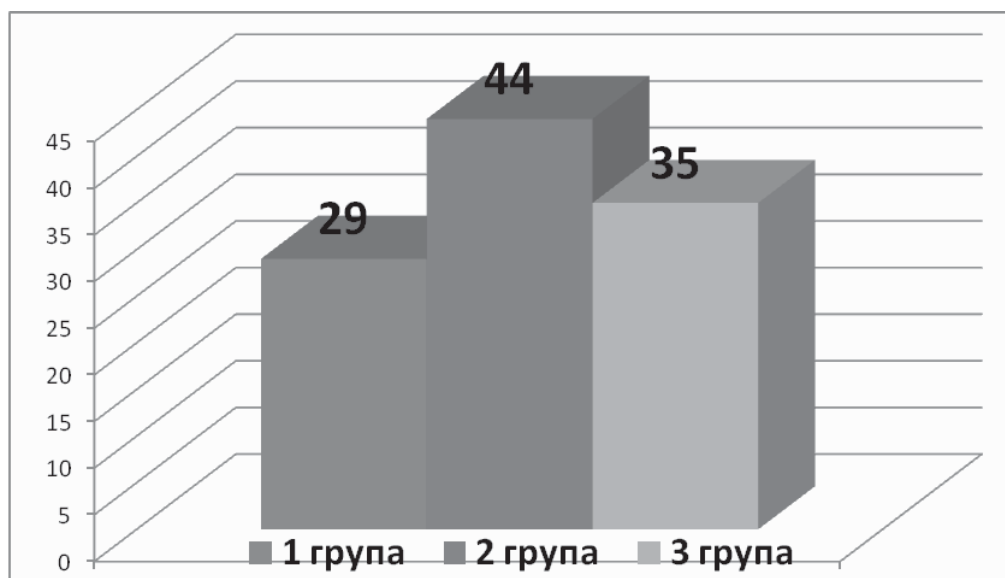


Рис. 2. Розподіл обстежених пацієнтів по групах

дачами. Для оцінки ступеня ожиріння були проведені антропометричні виміри: маса тіла (кг), зріст (см), окружність талії (см), визначення ІМТ (кг/м²). Вісцеральний тип ожиріння встановлювався при окружності талії більше 80см для жінок та 94 см для чоловіків. Також

до 2 групи – 44 обстежені хворі на МСХ з супутніми психічними розладами з перевагою тривожного компоненту та 3 група – 35 чоловік з МСХ і супутніми психічними розладами з перевагою депресивного компоненту. Групи були зіставлені за віком та статтю.

Таблиця 1

Якість життя хворих у обстежуваних групах (M±m)

Шкала SF-36	1 група (n = 29)	2 група (n = 44)	3 група (n = 35)
Фізичне функціонування (PF)	68,1±5,1	59,4±2,4	58,7±3,1
Фізично-рольове функціонування (RP)	58,2±2,7	48,7±2,8*	46,2±2,1*
Фізичний біль (BP)	72,3±3,6	54,2±1,8*	56,9±2,3*
Загальне здоров'я (GH)	63,2±5,2	49,4±3,6*	49,6±3,8*
Життєва сила (VT)	61,3±2,5	44,4±2,4*	41,9±1,9*
Соціальне функціонування (SF)	68,6±6,7	55,2±5,4*	53,3±5,2*
Емоційно-рольове функціонування (RE)	57,4±4,8	44,8±2,7*	43,1±2,4*
Ментальне здоров'я (MH)	69,2±7,1	49,7±9,2	48,4±5,7

За абсолютними значеннями (табл. 1) звертає на себе увагу значне зниження всіх показників ЯЖ за рахунок як фізичних, так і психічних параметрів в усіх обстежених групах пацієнтів. У той час звертає на себе увагу достовірно значніше падіння цих показників у групах пацієнтів з супутніми психічними розладами в порівнянні з обстежуваними 1 групи. Так показники RP та BP в пацієнтів 2 та 3 групи достовірно зменшувалися у порівнянні з групою контролю та склали відповідно 48,7±2,8 і 46,2±2,1 проти 58,2±2,7 в першій групі і 54,2±1,8 та 56,9±2,3 проти 72,3±3,6 в контрольній групі. Однонаправлених змін зазнавав і показник загального здоров'я GH, який становив 49,4±3,6 у 2 групі та 49,6±3,8 у 3 групі, що було достовірно меншим на 21,9% та 21,5% у порівнянні з аналогічним показником контрольної групи. Подібна тенденція в абсолютних значеннях спостерігалася ще за одним показником фізичного здоров'я PF, проте ці зміни не мали ознак достовірності.

Психічні параметри шкали SF-36 продемонстрували, також більш значне виснаження в групах обстежених з супутніми психічними розладами. Так, за показником VT таке зниження складало 44,4±2,4 та 41,9±1,9 в порівнянні з 61,3±2,5 в групі порівняння, що було достовірно нижчим на 27,6% та 31,6% відповідно. Тотожні, дещо менші зміни стосувалися й інших показників психічного здоров'я. Так значення SF та RE були достовірно меншими на 19,5% і 22,3% та 22% і 24,9% та склали відповідно 55,2±5,4 і 53,3±5,2 проти 68,6±6,7 та 44,8±2,7 і 43,1±2,4 проти 57,4±4,8. Показник ментального здоров'я мав подібну тенденцію до зниження в обстежуваній когорті хворих, хоча і не носив ознак достовірності.

Порівнюючи показники фізичного та психічного здоров'я шкали SF-36 в групах обстежених з супутніми психічними розладами, привертає увагу відсутність достовірної відмінності між групами за всіма параметрами.

Висновки. Наявність у структурі МСХ психічних розладів неспсихотичного рівня значно погіршує якість життя даної когорти пацієнтів. Якість життя таких пацієнтів достовірно відрізняється у порівнянні з хворими з МСХ без супутніх психічних розладів. Тривожні та депресивні розлади майже в однаковій мірі впливають на погіршення досліджуваних показників в обстежуваній популяції як за рахунок фізичних так і психічних

параметрів. Враховуючи міждисциплінарність проблеми МСХ та супутніх неспсихотичних психічних розладів, вкрай необхідними є своєчасне та послідовне виконання діагностично-лікувальних процедур для забезпечення адекватного комбінованого лікування даної категорії пацієнтів, що, в свою чергу, дозволить не лише попередити прогресування кожної складової захворювання, а й максимально зменшити негативний перехресний вплив коморбідної патології.

Література:

1. Вукулова О. А. Противоречия и консенсусы метаболического синдрома. По материалам IV Международного конгресса «Предиабет и метаболический синдром», 6-9 апреля 2011 г., Мадрид. // Сахарный диабет. – 2011. – (2). – с. 127-130.
2. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: краткий учебник / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад; пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
3. Задионченко В. С. Психологические особенности и качество жизни больных артериальной гипертензией с метаболическими факторами риска // Кардиология. 2002. Т. 42. № 9. С. 15–19.
4. Котовская Ю. В. Метаболический синдром: прогностическое значение и современные подходы к комплексной терапии // Сердце. – 2005. – Т. 4. – № 5. – С. 236-241.
5. Лазебник Л. Б. Метаболический синдром и органы пищеварения / Л. Б. Лазебник, Л. А. Звенигородская. – М.: Анахарсис, 2009. – 184 с.
6. Лобанова Е. В. Психические нарушения неспсихотического характера у больных сахарным диабетом (особенности преморбиды, реакции на болезнь, психозендокринный и психоорганический синдромы, лечение): автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.18 / Е. В. Лобанова. – Томск, 2005.
7. Маколкин В. И. Метаболический синдром. М: Медицинское информационное агенство, 2010. – 144с.
8. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – СПб.: Нева; М.: ОЛМА-ПРЕСС. 2002. – 320 с.
9. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування): Посібник. — Київ: ТОВ «ДСГ Лтд», 2004. — 96 с. 14.
10. Чабан О. С., Хаустова О. О. Спосіб корекції метаболічного синдрому X: Пат. 24084 Україна; Заяв. 07.08.2006; Опубл. 25.06.2006.
11. Grundy S. M. Obesity, metabolic syndrome and coronary atherosclerosis // Circulation. — 2002. — Vol. 105. — P. 2696-2698.
12. Haffner S., Taegtmeier H. Epidemic obesity and the metabolic syndrome // Circulation. — 2003. — Vol. 108 (13). — P. 1541-1545.
13. Pladevall M., Singal B., Williams L. et al. A Single Factor Underlies the Metabolic Syndrome: A Confirmatory Factor Analysis // Diabetes Care. — 2006. — Vol. 29 (1). — P. 113-122.
14. Sunita M. Stewart et al. Depressive Symptoms Predict Hospitalization for Adolescents With Type 1 Diabetes Mellitus // Pediatrics. May,

- 2005; 115; 1315–1319.
15. Sullivan M. *Quality of life assessments make sense – do they make difference* / Sullivan M. *Quality of life and Regulatory Issues: Sullivan M. Quality of life news – letter special Issues.* - March 1998. – p. 5.
16. Jenkinson C. *Short form 36 (SF – 36) health survey questionnaire* normative data for adults of working age / Jenkinson C., Coulter A., Wright L. // *British Medical Journal.* – 1993. – Vol.306. - P. 1437–440.
17. Ware J. E. *The MOS 36-item short – form health survey (SF – 36). I. Conceptual framework and item selection* / J. E. Ware, C. D. Sherbourn. // *Medical Care.* – 1992. – Vol.30. – P. 473-483.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ X С СОПУТСТВУЮЩИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

Е. И. КЛЕБАН

В данной статье проводится оценка качества жизни у пациентов с МСХ, показано влияние психических расстройств на качество жизни у данной популяции больных, обоснована необходимость своевременной диагностики таких проявлений для комплексного лечения МСХ.

Ключевые слова: метаболический синдром X, качество жизни, тревога, депрессия

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME X WITH ASSOCIATED NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

K. I. KLEBAN

This article assesses the quality of life in patients with USDA, shows the impact of mental disorders on quality of life in this population of patients, the necessity of early diagnosis of such displays for complex treatment USDA.

Keywords: metabolic X syndrome, quality of life, anxiety, depression.

УДК 615.456-657.356.647.12

Г. С. РАЧКАУСКАС, Є. В. ЧЕБОТАРЬОВ, Є. В. ВИСОЧИН
НЕЙРОКОГНІТИВНІ РОЗЛАДИ У ПРЕМОРБІДНОМУ ПЕРІОДІ
ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ

Державний заклад «Луганський державний медичний університет»
Луганська обласна клінічна психоневрологічна лікарня

Вступ. Протягом тривалого часу вважалося, що нейрокогнітивні порушення виникають у хворих на шизофренію з досить довгим строком захворювання на дану патологію, але впродовж останніх 10 років було знайдено багато доказів того, що ураження нейрокогнітивних функцій відбувається із самого дебюту захворювання або навіть передує ньому. Незважаючи на те, що сучасні антипсихотичні засоби сприяють швидкій редукції основних психопатологічних симптомів, медикаментозне лікування не завжди є ефективним у підходах до лікування нейрокогнітивного дефіциту, та більшість пацієнтів навіть після виписки зі стаціонару залишаються дезадаптовані перш за все унаслідок ураження нейрокогнітивних функцій [1; 3].

У сучасній спеціалізованій психіатричній літературі багато матеріалів присвячено вивченню так званого нейрокогнітивного дефіциту, який виникає у хворих на всі форми шизофренії, але залишається незрозумілим, чи ці прояви нейрокогнітивної недостатності зумовлені саме ендогенно-процесуальним розладом та типом його перебігу або тривалістю та якістю лікування за допомогою антипсихотичних засобів (у т. ч. й атипівих) [8].

Відкритим також залишається питання, щодо наявності взаємозв'язку між явищами нейрокогнітивного ураження та негативною симптоматикою при шизофренії. Деякі автори вважають, що ураження когнітивних функцій не є самостійним проявом захворювання, а витікає з недостатності у мотиваційній сфері та вольових розладів [4].

Для з'ясування всіх вищезазначених питань ми вирішили детально проаналізувати клінічну картину хворих із первинним епізодом параноїдної шизофренії (ПШ) на предмет наявності нейрокогнітивних порушень та з'ясувати, чи залежить ступінь цих розладів від клінічних особливостей маніфесту ПШ. У зв'язку з цим основні прояви когнітивного ураження потрібно аналізувати саме на початку захворювання, тому що дані прояви будуть чітко віддзеркалювати стан нейрокогнітивних функцій таких хворих у преморбідному періоді.

Метою даної роботи було вивчення нейрокогнітивних функцій у хворих на параноїдну шизофренію у преморбідному періоді.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 65 хворих з первинним психотичним епізодом у структурі ПШ, що склали основну групу обстежених. У якості групи зіставлення було відібрано 44 здорових людини без ознак психічної патології. Обидві групи були рандомізовані за віком та статтю.

З дослідження виключалися хворі з епілепсією, алкоголізмом, біполярним афективним розладом, кататонічною, гебефренічною та простою формами шизофренії.

Для вирішення поставлених нами завдань ми використовували клініко-психопатологічний, клініко-катамнестичний, психодіагностичний, нейропсихологічний та статистичний методи.

Використовуючи клініко-психопатологічний метод, дослідниками проводилося інтерв'ю, детально аналізувався психічний стан хворого.

Клініко-кагамнестичний метод полягав у вивченні анамнезу та історії захворювання.

Для дослідження когнітивних функцій нами використовувалися наступні тести: коротка шкала оцінки психічного статусу (MMSE) [5], батарея лобової дисфункції (FAB) [10], Модифікована когнітивна шкала Адденбрука (Addenbrooke's Cognitive Examination, ACE-R) [9].

Усі хворі також були обстежені за допомогою методики PANSS, за показниками P2, N5, N6, N7, G10, G11, G12, G13, G15, що віддзеркалюють порушення когнітивних функцій у хворих на шизофренію [6].

Матеріали аналізувалися за допомогою методів непараметричної статистики, порівняльного (U критерій Манна-Уїтні), кореляційного (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена), регресійного аналізів, а також статистичних процедур для оцінки діагностичних інструментів.

Отримані результати та їх обговорення. Типова синдромальна структура маніфестного приступу ПШ у обстежених хворих складалася насамперед з галюцинаторно-параноїдних (51,6%), параноїдних (27,1%), депресивно-параноїдних (17,8%), маніакально-параноїдних проявів (2,9%).

Прояви дефіцитарної симптоматики були незначно виражені у зв'язку з коротким строком захворювання. На першому тижні захворювання усім хворим проводилися скринінгові тести MMSE, FAB, ACE-R для з'ясування ступеня нейрокогнітивного ураження. Дані скринінгових тестів наведено у таблицях 1 і 2.

З таблиці 1 видно, що у порівнянні із групою зіставлення хворі на шизофренію мали більш виражені порушення когнітивних функцій. Так, згідно з результатами, отриманими за шкалою MMSE, середній бал

у хворих із маніфестним епізодом ПШ складав 24,95, що було у 1,16 (при $p < 0,05$) рази менше ніж у групі зіставлення. Результат за шкалою FAB також свідчив про більш глибоке ураження когнітивних функцій у хворих із маніфестацією ендогенно-процесуального розладу (1,4 при $p < 0,05$). Такі результати свідчать про те, що нейрокогнітивні розлади існували у хворих на шизофренію ще до початку патологічного процесу.

З таблиці 2 видно, що загальний сумарний бал у хворих із маніфестацією ПШ згідно з обстеженням за допомогою модифікованої шкали Адденбрука дорівнював 98,61, що було у 1,23 рази більше ніж у індивідуумів без ознак психічних розладів. Що стосується розладів уваги, то вони також були більш виражені у хворих на ПШ, а саме перевищували цей показник у здорових у 1,1 рази. Аналогічною була й ситуація, щодо розладів пам'яті, різниця між хворими на ПШ та здоровими індивідуумами склала 1,14 рази. Особливу вираженість мали вербальні розлади, критерій «вербальна бігкість» був гірше у 1,14 рази, а «речові функції» – у 1,5 рази у хворих із маніфестацією шизофренічного процесу. Оптичні та просторові здібності у основній групі хворих відрізнялися у 1,71 рази від групи зіставлення.

Вищезазначене свідчить про те, що індивідууми, котрі страждають на ПШ мають розлади когнітивних функцій ще до початку ендогенного процесу, тобто у преморбідному періоді. Насамперед страждають функції пам'яті та уваги, з'являються явища вербальних порушень.

У таблиці 3 наведені результати обстеження за шкалою PANSS, а саме за підпунктами P2, N5, N6, N7, G10, G11, G12, G13, G15, що відображують нейрокогнітивні розлади у структурі маніфестного приступу ПШ.

Таблиця 1

Результати обстеження когнітивних функцій пацієнтів за допомогою сучасних скринінгових шкал (MMSE, FAB)

Шкала, що використовувалася	Середні значення		Значимість розбіжностей (U)
	Основна група (n=65)	Група зіставлення (n=44)	
MMSE	24,95	29,19	0,002
FAB	12,43	17,39	0,000

Таблиця 2

Результати обстеження когнітивних функцій пацієнтів за допомогою модифікованої шкали Адденбрука (ACE-R)

Параметри шкали	Середні значення		Значимість розбіжностей (U)
	Основна група (n=65)	Група зіставлення (n=44)	
Загальний бал	98,61	79,85	0,004
Увага	17,68	16,25	0,002
Пам'ять	24,54	21,52	0,004
Вербальна бігкість	13,02	8,63	0,002
Речові функції	25,71	23,14	0,001
Оптичні та просторові здібності	17,66	10,31	0,002

**Вираженість нейрокогнітивних розладів у хворих із маніфестацією ПШ
за окремими ознаками шкали PANSS**

Критерії за шкалою PANSS	Основна група хворих (n=65)
P2 (Концептуальна дезорганізація)	5,2 ± 1,3
N5 (Абстрактне мислення)	2,7 ± 1,4
N6 (Недостатність спонтанності та плавності бесіди)	3,4 ± 1,2
N7 (Стереотипність мислення)	5,3 ± 1,4
G10 (Дезорієнтація)	1,2 ± 1,1
G11 (Труднощі концентрації уваги)	5,1 ± 1,7
G12 (Зниження розсудливості і усвідомлення хвороби)	4,2 ± 1,2
G13 (Вольові порушення)	4,7 ± 1,1
G15 (Соціальна активність)	4,1 ± 1,3

Примітка: P < 0,05

За допомогою шкали PANSS, у пацієнтів із маніфестацією ПШ була виявлена дезорганізація мислення насамперед у вигляді його паралогічності, різноплановості, аутизації, поверховості, зісковзувань та порушень операціонального та мотиваційного компонентів. Слід зазначити, що при маніфестації шизофренічного процесу означені явища носили частіше легкий характер. Більшість хворих не відчувала труднощів при проведенні абстрактних операцій, у деяких хворих порушення абстрактного мислення носили межовий характер. Слід зазначити, що саме у± цих хворих мала місце найбільш виражена продуктивна психопатологічна симптоматика.

Більшість пацієнтів не мала труднощів щодо «недостатності спонтанності та плавності бесіди» (3,4±1,2). Це було зумовлено тим, що на ініціальних стадіях ПШ досить рідко відмічається наявність розладів мови. У деяких хворих із вираженими галюцинаторно-маячними розладами мали місце порушення плавності та експресивності мовлення.

Помірно вираженою була стереотипність мовлення у деяких пацієнтів (5,3±1,4). Це проявлялося у скудності мови, наявністю багатьох однотипних мовних оборотів, неспроможністю швидко відволікатися на сторонню тематику.

Критерій G10 (дезорієнтація) був виражений мінімально (1,2±1,1) за рахунок того, що розлади шизофренічного спектра звичайно не супроводжуються порушеннями свідомості та самосвідомості. Деякі хворі демонстрували нездатність орієнтуватися у часі, що на нашу думку, було зумовлено перш за все інтенсивністю продуктивної психопатологічної симптоматики, і не було результатом нейрокогнітивного дефіциту.

Труднощі в концентрації уваги мали місце у багатьох пацієнтів (5,1±1,7), що також було зумовлено наявністю позитивних симптомів шизофренії. Ці розлади проявлялися неспроможністю зосередитися, підвищеною відволікаємістю, превалюванням екстрасигнальної уваги.

Критерії G13 (Вольові порушення) та G15 (Соціальна активність) свідчили про легку або (у окремих випадках) помірну вираженість зниження соціальної активності та гіпобулічних розладів у хворих на первинний епізод

ПШ. Але тут слід зазначити, що дані розлади, скоріш за все почали проявлятися ще у преморбідному періоді захворювання, що також було відомо з анамнестичних даних.

Висновки

1. Типова синдромальна структура маніфестного приступу ПШ складається насамперед з галюцинаторно-параноїдних (51,6%), параноїдних (27,1%), депресивно-параноїдних (17,8%), маніакально-параноїдних проявів (2,9%).
2. Провідними нейрокогнітивними порушеннями при маніфестації ПШ є концептуальна дезорганізація мислення, стереотипність мислення та труднощі концентрації уваги.
3. Оскільки порушення мислення у хворих на шизофренію розвиваються поступово, слід вважати, що дезорганізація та стереотипність мислення починають розвиватися ще у преморбідному періоді, та можуть бути першими (прогностичними) ознаками розвитку ендогенного процесу.
4. Вольові порушення та зниження соціальної активності є симптомами, що розвиваються на преморбідному етапі ПШ та значно передують розвитку продуктивної психопатологічної симптоматики.
5. Порушення абстрактного мислення, дезорієнтація та зниження розсудливості і усвідомлення хвороби не являються симптомами преморбідного етапу шизофренії, а є результатом тривалого перебігу шизофренічного процесу.

Література:

1. Вербенко В. А. *Нейрокогнітивні розлади при шизофренії* / В. А. Вербенко. – Симферополь: ООО ДИИППИ, 2007. – 308 с.
2. Мисула Ю. І. *Особливості терапії когнітивного дефіциту у хворих на параноїдну шизофренію* / Ю. І. Мисула // Вісник наукових досліджень – 2012. – Т.68, №3. – С. 4-7.
3. Ряполова Т. Л. *Когнітивні порушення у хворих на ініціальну шизофренію як передумова ранньої реабілітації* / Т. Л. Ряполова // Архів психіатрії. – 2009. – Т.56, №1. – С.35-38.
4. Ammari N. *An investigation of 3 neurocognitive subtypes in schizophrenia* / N. Ammari, R.W. Heinrichs, A. A. Miles // SchizophrRes. – 2010. – Vol. 121(1-3), P. 32-38.
5. Folstein M. F. *«Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician* / M. F. Folstein,

- S. E. Folstein, P.R. McHugh // *Journal of psychiatric research*. – 1975. – Vol. 12 (3), P. 189–198.
6. Kay S. R. *The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia* / S.R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler // *Schizophr Bull.* – 1987. – Vol. 13, P. 261–276.
 7. *Neurocognitive and symptom correlates of daily problem-solving skills in schizophrenia* / Revheim N., Schechter I., Kim D. et al. // *SchizophrRes.* – 2006. – Vol. 83(2-3), P. 237-245.
 8. *Neurocognitive deficits and prefrontal cortical atrophy in patients with schizophrenia* / Bonilha L., Molnar C., Horner M.D. et al. // *SchizophrRes.* – 2008. – Vol. 101(1-3), P. 142-151.
 9. *The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening* / Mioshi E., Dawson K., Mitchell J. et al. // *International Journal of Geriatric Psychiatry* – 2006. – Vol.21, P.1078-1085.
 10. *The FAB: a frontal assessment battery at bedside* / Dubois B., Slachevsky A., Litvan I. et al. // *Neurology* – 2000. – Vol. 55, P. 1621-1626.

NEUROCOGNITIVE DISORDERS IN PREMORBID PERIOD OF PARANOID SCHIZOPHRENIA

G. S. RACHKAUSKAS, I. V. CHEBOTAROV, E. V. VYSOCHYN

We have investigated 65 patients with first episode of paranoid schizophrenia (PS) for the purpose of detecting premorbid neurocognitive impairment. For comparison we used the same neuropsychological methods in the group of healthy adults. In this clinical trial such prominent neurocognitive signs of PS (in premorbid stage) were found: conceptual deterioration of thinking, stereotypical thinking, disorders of volition and diminished social activity. As was also shown during this trial, disorders of abstract thinking, disorientation and lack of comprehension and insight are not the core features of premorbid period of schizophrenia.

Keywords: paranoid schizophrenia, premorbid period, neurocognitive impairment, diagnostics

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПРЕМОРБИДНОМ ПЕРИОДЕ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Г. С. РАЧКАУСКАС, Е. В. ЧЕБОТАРЕВ, Е. В. ВЫСОЧИН

С целью выявления явлений нейрокогнитивного дефицита было обследовано 65 больных с первичным психотическим эпизодом в структуре параноидной шизофрении (ПШ), составивших основную группу обследованных. В качестве группы сравнения были отобраны 44 здоровых человека без признаков психической патологии. Было выявлено, что ведущими нейрокогнитивными нарушениями в преморбидном периоде ПШ является концептуальная дезорганизация мышления, стереотипность мышления, волевые нарушения и снижение социальной активности. Нарушение абстрактного мышления, дезориентация и снижение рассудительности и осознания болезни не являются симптомами преморбидного этапа шизофрении, а является результатом длительного течения шизофренического процесса.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, преморбидный период нейрокогнитивные расстройства, диагностика

УДК-616.89

Д. Н. Сапон

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРОМИАЛГИЕЙ

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

Ключевые слова: психосоматика, боль, фибромиалгия, критерии диагностики, лечение

Актуальность проблемы. Хронические мышечные боли – частая и серьезная проблематика, с которой сталкиваются врачи различных специальностей – терапевты, неврологи, психиатры, нейрохирурги, ревматологи. Хронические боли подчас носят исключительно функциональный характер, при этом параллельно пациенты жалуются на боли желудочно-кишечного тракта, головную боль, изменения сна, ухудшение настроения и т. д. Длительное время в литературе можно было встретить описание функциональных мышечных болей с психосоматическими симптомокомплексами, как «миозит», «мышечный ревматизм», «вегетомиозит», «нейроостеофиброз» [1; 3; 14]. Как клинический синдром данное заболевание было описано в 1904 г. W.Govers, как фиброзит, впоследствии фибромиалгия (ФМ) [2]. В 50-60-е гг. ряд научных исследователей относили фибромиалгию к психосоматическому заболеванию [14].

ФМ – это комплексное расстройство с распространенной мышечно-скелетной болью, депрессией, нарушением сна, утренней скованностью, усталостью [2]. Для болезни характерно наличие болезненных участков – так называемых «болевых точек». В МКБ-10

фибромиалгия отнесена к разделу «неуточненный ревматизм» (М.79.0), но сами ревматологи не могут с точностью отнести данное заболевание к ревматическому, так как в проблеме ФМ имеется множество «белых пятен». Несмотря на широкий круг разнообразных исследований в данной области, а именно: клинических, электрофизиологических, биохимических исследований, не определены характерные клиничко-патологические критерии [5; 7].

Отдельным вопросом является роль психопатологических отклонений в развитии и течении ФМ, что для ревматологов является также отдельно стоящей проблематикой. В источниках научной литературы можно найти указания на участие нейротрансмиттерных механизмов головного мозга в формировании данного заболевания [3; 5; 7; 9]. Наряду с этим имеется достаточно причин рассматривать ФМ в рамках психосоматической патологии, ведущие симптомы которой заключаются в высокой сопряженностью с рядом психических феноменов, таких как депрессия, тревожность, астенизация организма, снижение внимания, рассеянность, головная боль, синкопы, изменение структуры комплекса

сон-бодрствование и т. д. Вышеперечисленные психические симптомы, а также многие другие представлены больше всего среди больных, страдающих ФМ, гораздо чаще чем у больных с другими заболеваниями, в частности ревматоидным артритом [4; 5; 7; 9; 10]. Среди всех форм хронических синдромов фибромиалгия является лидером по представленности депрессии, степени дезадаптации пациентов, страдающих этим заболеванием, т. е. по степени снижения качества их жизни. По данным статистики фибромиалгией страдает около 4% населения Украины, однако, несмотря на распространенность, диагноз «фибромиалгия» ставится крайне редко. Связано это с необычными проявлениями заболевания, недостаточной информированностью врачей, а также неполной диагностической картиной [3; 7; 9; 12]

Этиология и патогенез: при формировании хронической мышечной боли важным звеном является феномен центральной сенсibilизации. (ЦС) [8]. Характеризуется ЦС тем, что после долговременной периферической ноцицептивной стимуляции остается некоторый уровень возбуждения в центральных сенсорных нейронах заднего рога, что ведет к продолжению болевого ощущения без дальнейшей периферической патологии. Однако по мнению А. Б. Данилова, ХЦС может развиваться без периферического повреждения. Именно таким примером и есть фибромиалгия. Часто пациентов с фибромиалгией и неподтвержденной периферической патологией воспринимают как психопатологических личностей с конверсионной симптоматикой.

На сегодняшний день доказано [7], что боль при фибромиалгии возникает вследствие не периферического воспаления, а в результате нейродинамических нарушений в ЦНС, а также большого количества экзогенных воздействий в виде физических и психических факторов.

На сегодняшний день доказано [8], что большое влияние на выраженность болевого процесса имеет степень дистресса. Степень выраженности симптомов фибромиалгии напрямую зависят от многих психологических факторов, таких как структура личности, состояние аффективной и когнитивной сферы, а также от наличия функциональных нарушений (тошноты, головокружения, синдром раздраженного кишечника, головной боли), изменения структуры сна-бодрствования, что в целом отражается на общем снижении качества жизни и др. [5; 8; 9; 12].

При проведении функциональной диагностики (однофотонная эмиссионная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ЭЭГ с ВП и биологически-обратной связью), также было доказано, что ФМ является заболеванием с повышенной болевой чувствительностью [14; 15], а также стойким изменением процессов восприятия [13]. Кроме того, при исследовании крови у пациентов с ФМ наблюдается снижение серотонинергической и норадренергической активности [9]. В лечении таких пациентов применяется с успехом препараты, которые поднимают уровень серотонина и норадреналина, что является подтверждением выше приведенных данных [10; 14; 15].

Клиническая картина и диагностика. Симптомы ФМ разнообразны. В структуре заболевания большое место занимают психические нарушения: усталость, бессонница, депрессивные эпизоды, синдром «беспокойных ног», «утренняя скованность», нарушение памяти и внимания, тревожность, панические атаки, синкопальные состояния, гипервентиляционный синдром, раздражительность, плаксивость, астения и др.

В связи с многообразием клинической картины были разработаны методические рекомендации по диагностике ФМ – критерии American College of Rheumatology, 1990 г. (критерии ARC). Следует обратить внимание, что наряду с соматическими симптомами (болезненность, ригидность, физическая активность), эти критерии облигатно оценивают аффективную, когнитивную составляющие и функцию сна (табл. 2).

Вместе с тем, ведущим симптомом ФМ является хроническая боль. Боль при ФМ монотонная, имеет тенденцию к обострению при эмоциональных, психических и физических нагрузках. После состояния покоя, приеме ванны, массажа, тепла, отдыха, сна наступает улучшение общего состояния. Часто пациенты жалуются на постоянную боль в течение дня, без светлых промежутков. Психопатологические симптомы и боль являются главной причиной нетрудоспособности пациентов (около 15% пациентов не могут работать из-за постоянной, хронической, монотонной боли, а также сопутствующей психопатологической симптоматики).

Очень важным диагностическим критерием является наличие специфических чувствительных точек «tender points» (ТР), при пальпации которых пациент испытывает болевые ощущения. Количество точек может быть различным, до 70 точек у одного пациента.

Таблица 1

Факторы-триггеры фибромиалгии (модиф. И. П. Ребров, 1976)

Возможные факторы, запускающие развитие фибромиалгии
Периферические болевые синдромы (чаще плечевой пояс)
Инфекции (парвовирус, вирус Эпштейна-Барр, клещевой боррелиоз, Q-лихорадка)
Физическая травма (например, дорожно-транспортные происшествия)
Психическое напряжение/дистресс
Гормональные нарушения (гипотиреоз)
Медикаменты (чаще антибиотики)
Вакцины (осложнения вакцинации)

Таблиця 2

Фибромиалгия: критерии диагностики (1990 г.)

Диагностические критерии и клинические характеристики фибромиалгии (American College of Rheumatology, 1990)	
Критерий ACR	Определение
Анамнез диффузной боли (более 3 месяцев)	Боль считается диффузной, если она присутствует в 4 квадрантах тела (слева и справа, выше и ниже пояса). Должна присутствовать боль в осевом скелете (шейный отдел позвоночника, или передняя часть грудной клетки, или грудной отдел позвоночника, или поясница). Боль в плечах и ягодицах рассматривается как боль для каждой пораженной стороны. Радикулит расценивается как боль в нижней части тела
Боль в 11 из 18 болезненных точек при пальпации	Затылок: двусторонние, в области затылочных мышц
	Нижняя часть шеи: билатерально, спереди на уровне позвонков C5-C7
	Трапециевидные мышцы: билатерально, в средней части верхней границы
	Надостные мышцы: билатерально, над остью лопатки с медиального края
	Второе ребро: билатерально, в районе второго костно-хрящевого сустава немного латеральнее
	Латеральный надмыщелок плечевой кости: билатерально, 2 см дистальнее надмыщелков
	Ягодичные мышцы: билатерально, верхний наружный квадрант ягодиц
	Большой вертел: билатерально, ззади от вертлужного бугорка
Колено: билатерально, медиальная сторона коленного сустава	
Клинические симптомы	Описание со слов пациента
Повышенная утомляемость	Вялость, отсутствие мотивации; трудности при движении или физической нагрузке
Качество жизни	Влияние на способность составлять планы, достигать целей или выполнять задания
Общие функции	Снижение повседневной бытовой активности
Болезненность	Болезненность при касании
Сон	Плохо засыпает, поверхностный сон, вялое пробуждение
Нарушение когнитивных функций	Трудности концентрации внимания; заторможенность
Ригидность	Скованность по утрам
Депрессия/тревожность	Чувство усталости, разочарования, грусть

Важна кореляція між кількістю ТР і вираженістю основних симптомів при ФМ. Пальпуємі болісні точки при ФМ розташовані чітко симетрично друг до друга в місцях прикріплення м'язів, а також сухожилій.

Однако також ведучими симптомами при ФМ являються психічні порушення, такі як тривожність, велика депресія, порушення когнітивних функцій, підвищену утомляемість, порушення сну, синдром «беспокойных ног», утринну скованність.

Таким образом, ФМ характеризується складними причинно-слідственными взаємозв'язками болі і супутніх психопатологічних порушень, таких як порушення сну, депресія, постійне почуття втоми, порушення пам'яті, уваги, висока ступінь тривожності і т. д., вище сказанне вказує на те, що ФМ необхідно відносити до психосоматичного розладу. В DSM-4 ФМ віднесена до числа психосоматичних розладів. Ряд досліджень вказує

[4; 13; 15], що в більшості випадків депресивні епізоди, а також інші психопатологічні зміни передували появі симптомів ФМ. Причому депресії були представлені в формі маскованих, а також соматизованих варіантів. В підтвердження наявності значимої афективної складової в ФМ говорить висока ступінь ефективності лікування антидепресантами [13–15].

К частим симптомам ФМ відносяться також порушення сну. Найбільш типові скарги на часті пробудження, синдром «беспокойных ног», утринне почуття невиспанності по утрам, утринна скованність. При цьому на нічному моніторингу ЕЕГ відзначається типовий паттерн «альфа-дельта сну» – різке зниження амплітуди низькочастотних хвиль, які характеризують глибокі стадії медленноволнового сну, поєднання високоамплітудного альфа-ритму на ЕЕГ з дельта-хвилями. По даним досліджень, такий паттерн часто спостерігається при депресивних станах, що свідчить про

Дополнительные диагностические критерии ФМ (2010 г.)

Предварительные диагностические критерии	
У пациента, отвечающего диагностическим критериям ФМ, должны определяться 3 следующих признака:	Широко распространенный БИ >7 и общий счет по ШТС > 5 или БИ 3-6 и ШТС > 9
	Симптомы должны быть представлены на одном уровне по крайней мере в течение 3 мес.
	У пациента не должно быть другого расстройства, способного объяснить боль

близости этиопатогенетических механизмов этих психосоматических болезненных состояний: депрессии и ФМ [5; 7; 13; 14].

Сложность диагностики ФМ как отдельной нозологии состоит в том, что кроме тесной связи с различными психопатологическими состояниями существует также выраженный клинический полиморфизм. Очень часто у пациентов с ФМ присутствуют разнообразные синдромы, проявляющиеся алгическими, вегетативными хроническими, разнообразными психосоматическими состояниями, особенно часто проявляющихся на фоне длительного депрессивного расстройства различной степени тяжести [6; 8; 10; 12]. У пациентов с ФМ достоверно чаще, чем в общей популяции встречаются головная боль, синдром раздраженного кишечника, кардиалгии, миофасциальные боли, артралгии, туннельные невропатии, синдром Рейно и др. данные состояния, коморбидные для ФМ. Следует учитывать, что эти состояния частично маскируют ФМ, что дополнительно усложняет постановку правильного диагноза и определение оптимальной тактики терапии. Поэтому в 2010 году была проведена ревизия диагностических критериев ФМ, когда в дополнение к критериям ARS появились (табл. 3) градации количества симптомов, шкал болевого индекса и тяжести симптомов, а также критерий длительности и дифференциации с алгическими состояниями другого генеза [9; 10].

Согласно новым критериям в прежнем авторстве (автором критериев 1990г.-F. Wolf), существенно расширился спектр соматических симптомов от 4 (утомляемость, нарушение сна, скованность и синдром раздраженной кишки) до 40 симптомов, было введено понятие шкала тяжести симптомов (ШТС). В новых критериях диагностическую значимость имеют не четко очерченные болезненные точки, а довольно широкие области болевой чувствительности, которые интегрированы в понятие болевого индекса (БИ) [12; 13].

Таким образом, в диагностику ФМ добавлены следующие процедуры. Для определения болевого индекса (БИ) пациенту предлагается указать в каких из 19 участков он испытывает боль (каждый участок=1) общее число колеблется от 0 до 19, а также в данном тесте применяется шкала тяжести симптомов (ШТС). Сумма тяжести трех признаков, таких как нарушение сна, утомляемость, когнитивные расстройства. Оценка колеблется от 0 до 12 баллов. Также пациенту предлагается оценить наличие следующих симптомов: мышечная

боль, синдром раздраженного кишечника, усталость, когнитивные расстройства, боли в животе, головная боль, нарушение сна, головокружение, депрессия, запор, нервозность, боль в грудной клетке, изменение зрения, сухость во рту и т. д. Всего оценивается 40 симптомов. Градация предложена следующая: 0 – «нет» симптомов, 1–5 «мало» количество симптомов, 5–10 «умеренное» количество симптомов, более 10 «большое число» количества симптомов. Суммарная оценка по ШТС с учетом соматической патологии колеблется от 0 до 12 баллов. Очень важным критерием в диагностике ФМ становится интенсивность болевого синдрома на протяжении трех и более месяцев [10].

Как и многие функциональные расстройства, ФМ требует исключить другие заболевания и патологические состояния организма. Для дифференциальной диагностики пациентам может быть рекомендовано дополнительное обследование: электроэнцефалограмма (ЭЭГ), ночное мониторирование, вызванные потенциалы (ВП) с обратной биологической связью, холтер-ЭЭГ, электромиография, патопсихологическая психодиагностика, а также общий анализ крови, гормоны щитовидной железы, ревматоидные пробы, антитела к вирусам и т. д. [12; 14; 15] В целом, на сегодняшний день, по мнению многих экспертов, формирование диагностических критериев в постановке диагноза ФМ нельзя назвать завершенным.

Лечение. В терапии ФМ с успехом применяются как медикаментозные, так и немедикаментозные методы лечения. При лечении ФМ эффективностью обладают следующие немедикаментозные методы – психотерапия (когнитивно-бихевиоральная, аналитическая, телесно-ориентированная) и физическая активность. На фоне проведения двух методов отмечалось стойкое улучшение состояния пациентов с ФМ.

Из медикаментозных схем терапии наиболее эффективными при лечении ФМ являются антидепрессанты. Данные медикаментозные препараты не только купируют боль, но и снижают утомляемость пациентов, а также укрепляют сон. Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, например венлафаксин, милнаципрам являются препаратами выбора при лечении ФМ. Эффективность и хорошая переносимость которых также говорит об успешном применении (ИОЗ-СН). Анализ результатов применения антидепрессантов показал, что последние существенно снижают интенсивность боли при ФМ, а также уменьшают депрессивные

состояния, утомляемость, восстанавливают структуру сна-бодрствования и повышают качество жизни, что еще раз подтверждает тесную связь ФМ с психосоматическими состояниями [15; 16; 18; 19].

Также для лечения ФМ с успехом применяются антиконвульсанты, которые в свою очередь снижают болевой синдром, улучшают общее самочувствие [15; 18; 19]. Антиконвульсанты необходимо включать в схему лечения ФМ особенно тогда, когда на ЭЭГ у пациентов выявлена эпилептиформная активность в виде острых высокоамплитудных волн, комплексов деформированных, спайков, полиспайков, так как данная активность может усиливаться при приеме антидепрессантов. Для того чтоб судорожная готовность мозга не привела к эписиндрому применяются антиконвульсанты. С другой стороны антиконвульсанты эффективно снимают болевой синдром, что также является крайне важным при терапии ФМ. По Кокрановскому обзору габапентин и прегабалин обладают хорошим качеством доказательства эффективности в отношении редукции боли при фибромиалгии. Количество пациентов, которых необходимо пролечить этими препаратами для достижения одного дополнительного случая редукции боли на $\geq 50\%$ в сравнении с плацебо (number needed to treat), находилось в пределах 4–10. Как отмечают исследователи, несмотря на то, что снижение интенсивности боли на $\geq 50\%$ при указанном лечении можно достичь у небольшого числа пациентов, такая редукция боли связана со значительным улучшением качества жизни пациента [12; 13; 16; 18; 19]. В лечение ФМ включают также препараты бензодиазепинового ряда, местные анестетики, анальгетики центрального действия [14–19]. Примером терапии ФМ может служить Центр исследования фибромиалгии (Fibromyalgia Evaluation and Research Center) (США, Вашингтон). По мнению руководителя исследования доктора медицины Брайана Валлита (Brian Walitt), боль при фибромиалгии является продуктом ошибочной интерпретации головным мозгом воспринимаемых внешних стимулов. В связи с этим применение средств, направленных на нормализацию работы нейронов головного мозга, может способствовать снижению интенсивности боли при этом заболевании. Как показано в исследовании, для достижения этой цели можно с успехом применять аэробные физические упражнения [13].

Исходя из вышесказанного можно сделать заключение, что медикаментозная и поведенческая терапия должна быть направлена на снижение болевого синдрома, ухода от болевого поведения, коррекции сна, профилактики центральной сенситизации, лечение сопутствующей патологии, в частности психосоматических патологических состояний.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. Пациентка М. 1976 г. р. (жен) обратилась с целью уточнения диагноза и коррекции терапии.

Диагноз при поступлении: Хронический болевой синдром. Астено-невротический синдром средней степени тяжести.

Диагноз клинический: Фибромиалгия.

Жалобы на постоянные боли в мышцах, головную боль, рези в животе, нарушение сна, аппетита, снижение настроения, частое головокружение, раздражительность, постоянную тревогу и чувство усталости. Два месяца принимает габапентин, магне-В6, валокордин, настойку пиона без улучшения.

Рост – 1,64 см, вес – 55,4 кг. Не курит, алкоголь не употребляет.

Анамнез. Мать страдала мигренеподобными болями до 47 лет. Отец развелся с матерью, когда пациентке было 12 лет (очень тяжело переживала данную ситуацию: была повышенная тревога, стала хуже учиться, на протяжении месяца мать отмечала изменение сна и аппетита. После санаторно-курортного лечения отмечалось улучшение состояния – редукция тревоги, нормализация аппетита и сна).

Первое замужество и беременность в 24 года. На втором месяце беременности был самопроизвольный аборт, который М. переживала тяжело (тревожность, инсомния, гипофагия, снижение веса на 5 кг за 2 месяца). Присоединились утренняя скованность, раздражительность, упадок сил и боли различной локализации (четыре месяца). Лечилась у невролога (валерианна, пустырник, боярышник, «какой-то антидепрессант») с улучшением через 2 месяца. Однако сохранилась резидуальная симптоматика быстрой утомляемости, пониженной стрессоустойчивости и периодической головной и абдоминальной боли.

Ухудшение состояния после круиза на теплоходе, когда испытывала частую тошноту, нарушения ночного сна с подергиваниями ног, утреннюю скованность, тремор рук; появились также постоянная боль, усиливавшаяся при изменении погоды. После круиза присоединились чувство удушья, приступы страха, дважды были кратковременные синкопальные состояния. При повторном обращении к неврологу пальпаторно болезненность симметричных участков верхних квадрантов ягодиц, коленных суставов, трапецевидных мышц, контрольные участки не болезненны. Диагноз: Хронический болевой синдром. Астено-невротический синдром средней степени тяжести.

Психический статус. Контактна, ориентирована все-сторонне верно. Без обманов восприятия и психопатологической продукции. Мышление конкретно-образное, без патологии. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Память не изменена, активное внимание легко рассеивается. Эмоционально лабильна, фиксирована на болезненных ощущениях и переживаниях. Раздражительна, плаксива. Тревожна, с кратковременными эпизодами паники. Без суицидальных тенденций. Поведенчески упорядочена. Критика сохранена.

Психологический статус. По шкале ФМ 2010 г. БИ – 66., ШТС – 106., симптомы представлены на протяжении трех последних месяцев, по проведенным исследованиям не были найдены другие изменения, которые объяснили бы хронический болевой синдром. По шкале

Питтсбургского опросника качества сна - 16 баллов, что свидетельствует о серьезном нарушении структуры сна. По шкале тревоги Кови - 7 баллов, по шкале депрессии Раскина - 9 баллов, что говорит о преобладании депрессивного компонента над тревожным в структуре заболевания пациентки. По шкале качества жизни (SF-36) отмечено снижение общего физического, социального функционирования, жизненной активности, составляющей эмоционального состояния и психического здоровья на фоне высокого рейтинга интенсивности боли.

Дополнительное исследование. При проведении ЭЭГ - ночного мониторинга выявлено резкое снижение мощности низкочастотных колебаний, характеризующих глубокие стадии медленноволнового сна, сочетание дельта-волн и высокоамплитудного заостренного альфа-ритма. МРТ, электронейромиография, доплерография сосудов шеи и головного мозга - без патологических изменений. При исследовании общего анализа крови, СРБ, гормонов щитовидной железы и тиреотропного гормона, ревматоидного фактора, антител к нативной ДНК, антител к вирусам, креатинфосфокиназы - также не выявлено патологических изменений.

Лечение. Фармакологическая терапия: венлафаксин в дозировке 75 мг в сутки, гидроксизин - 50 мг в сутки, прегабалин - 300 мг в сутки. Из немедикаментозных методов - телесно-ориентированная психотерапия - 3 раза в неделю, когнитивно-бихевиоральная терапия - 2 раза в неделю, занятия спортом 2-3 раза в неделю, плавание, пешие прогулки.

Через две недели терапии улучшение состояния в виде редукции болевого синдрома, инсомнии, гипофагии и диспноэ. В последующие 2 недели - улучшилось настроение и увеличилась физическая активность; пациентка была выписана домой со стойкой положительной динамикой.

Заключение: При диагностике и лечении ФМ нередко возникают сложности, поэтому клиницистам необходимо досконально изучать истории болезни пациента, семейный анамнез, пристальное внимание уделять при этом необходимо психопатологическим изменениям (изменениям настроения в сторону депрессивного фона, случаям расстройств сна, поведения, тревожных расстройств, интроверсии, характерологическим особенностям личности). Проведение различных диагностических методов могут помочь в проведении дифференциальной диагностики ФМ и других схожих между собой синдромов.

Отдельные психопатологические феномены (тревога, депрессия, инсомния) при ФМ распространены очень широко, они в свою очередь негативно влияют на течение заболевания, поэтому при выборе тактики лечения внимание следует уделить фармакологическим и нефармакологическим методам, которые помогут в оптимизации ведения пациентов с ФМ. В терапии ФМ ведущим звеном является применение антидепрессантов, рекомендовано телесно-ориентированная, поведенческая психотерапия, так как ведущую часть симптомов при ФМ занимают именно психические нарушения. В

лечении ФМ необходим комплексный мультимодальный подход, который будет включать в себя как фармакологические, так и немедикаментозные методы терапии.

Литература:

1. Данилов А. Б. Фибромиалгия // *Новые возможности терапии*. // РМЖ. - 2010. - №18 - 16. - С. 998-1003.
2. Пайл К., Кеннеди Л. Диагностика и лечение в ревматологии: // *Проблемный подход*. // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - С. 45-51
3. Порошин А. В /Значение гипомagneзиемии в патогенезе болевых и психовегетативных нарушений при первичной фибромиалгии // *Дис, ... к. мед. н. Волгоград, 2008.* - С. 139.
4. Сулейманова Г. П. Психосоматические соотношения и внутренняя картина болезни у больных синдромом первичной фибромиалгии // *Автореф. дис, к. мед. н. Волгоград, 2005.* - С. 22
5. Чичасова Н. В., Насонов Е. Л., Изюкина Е. В. Первичная фибромиалгия: клинические проявления, диагностика, лечение. // *Тер. Арх.* - 1994. - №11. - С. 89-93.
6. Табеева Г. П. Фибромиалгия // *Consillium medicum.* - 2000. - №2(12). - С. 506
7. Mease P. Fibromyalgia syndrome: review of clinical (presentation, pathogenesis, outcome measures, and treatment // *J. Rheumatol.* - 2005. - Vol. 32, suppl. 75. - P. 6-21.
8. Smythe H. A., Moldofsky H. Two contributions to understanding of the «fibrositis» syndrome // *Bull. Rheum. Dis.* - 1977. - Vol.28: 928-931.
9. Wolfe F., Smythe H. A., Yunus M. B. et al. The American College of Rheumatology. 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee // *Arthritis Rheum.* 1990; №33(2) - P. 160-172.
10. Jones K. D., Adams D., Winters-Stone K. et al. A comprehensive review of 46 exercise treatment studies in fibromyalgia (1988-2005) // *Health Qual Life Outcomes.* - 2006; - 4: - P. 67-73.
11. Hauser W., Bernardy K., Uceyler N. et al. Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a metaanalysis // *JAMA.* - 2009; - 301 (2): P. 198-209.
12. Zijlstra T. R., Barendregt P. J., van de Laar M. A. Venlafaxine in fibromyalgia: results of a randomized, placebocontrolled, double-blind trial [abstract] // *Arthritis Rheum.* - 2002 - P. 105.
13. Bennett R. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses // *Clin Exp Rheumatol.* - 2005; - Vol. 23 - P.154-16-21
14. Arnold L. M., Rosen A., Pritchett Y. L. et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of duloxetine in the treatment of women with fibromyalgia with or without major depressive disorder // *Pain.* - 2005; 119 (1-3) - P.5-15.
15. Choy E. H. S., Mease P. J., Kajdasz D. K. et al. Safety and tolerability of duloxetine in the treatment of patients with fibromyalgia: pooled analysis of data from five clinical trials // *Clin. Rheumatol.* 2009; Vol.28.- (9) - P.1035-1044.
16. Vitton O., Gendreau M., Gendreau J. et al. A double-blind placebo-controlled trial of milnacipran in the treatment of fibromyalgia // *Hum. Psychopharmacol.* - 2004. - 19 Suppl. 1. - S. 27-35.
17. Mease P. J., Clauw D. J., Gendreau R. M. et al. The efficacy and safety of milnacipran for treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial // *J. Rheumatol.* - 2009. - Vol. 36 (2)/ - P. 398-409.
18. Crofford L. J., Rowbotham M. C., Mease P. J. et al. Pregabalin for the treatment of fibromyalgia syndrome: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial // *Arthritis Rheum.* - 2005. - Vol. 52 (4). - P. 1264-1273.
19. Wiffen P. J., Derry S., Moore R. A. et al. Antiepileptic drugs for neuropathic pain and fibromyalgia - an overview of Cochrane reviews. // *Cochrane Database of Systematic Reviews.* - 2013. - 11: CD010567

ПРОБЛЕМИ У ДІАГНОСТИЦІ ТА ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З ФІБРОМІАЛГІЄЮ

Д. Н. САПОН

У статті описуються головні проблеми, з котрими стикаються лікарі різних спеціальностей при діагностиці та визначенні діагнозу фіброміалгії.

Визначені механізми формування даного захворювання. Представлені критерії діагностики. Описується тісний зв'язок фіброміалгії з коморбідними психосоматичними станами. Визначені головні принципи побудови різнобічного поетапного лікування фіброміалгії.

Ключові слова: психосоматика, біль, фіброміалгія, критерії діагностики, лікування

PROBLEMS OF DIAGNOSTICS AND THERAPY OF PATIENTS WITH FIBROMYALGIA

D. N. SAPON

In the article main problems are described into which the doctors of different specialities run at diagnostics and raising of diagnosis - fibromyalgia. The mechanisms of forming of this disease are marked. The criteria of diagnostics are presented. Close connection of fibromyalgia with comorbidity psychosomatic states is described. Main principles of construction of scalene stage-by-stage treatment of fibromyalgia are marked.

Keywords: psychosomatic, pain, fibromyalgia, criteria of diagnostics, treatment

УДК 616.895.87+616.89-02-021

Є. В. Харчук

ПАРАНОЇДНА ШИЗОФРЕНІЯ, ПОЄДНАНА З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ: СТРУКТУРА КОГНІТИВНОГО ДЕФІЦИТУ

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

Ключові слова: параноїдна шизофренія, гіпертонічна хвороба, коморбідність, когнітивні порушення

Важливість досліджень, присвячених різноманітним аспектам надання якісної психіатричної допомоги пацієнтам із шизофренією визнається як спеціалістами галузі психічного здоров'я, так і суспільством у цілому [1; 2]. Актуальність вивчення параноїдної шизофренії, коморбідної з гіпертонічною хворобою (ГХ), обумовлена широкою розповсюдженістю даного нозологічного поєднання та рядом особливостей, притаманним хворим з коморбідною патологією, що відрізняє їх осіб з соматично необтяженою шизофренією. Встановлено, що очікувана тривалість життя хворих на шизофренію є приблизно на 30% років меншою ніж у загальній популяції, і однією з основних причин ранньої смертності є супутня соматична патологія [3; 4]. ГХ є однією з найбільш поширених форм соматичної патології як серед популяції в цілому, так і серед контингенту психічно хворих осіб [5–7]. Широкою є розповсюдженість гіпертонії серед пацієнтів з шизофренією та іншими ендогенно-процесуальними розладами, відсоткова доля яких сягає 32,01% серед усього контингенту психічно хворих України. ГХ у якості супутньої патології є найбільш розповсюдженим захворюванням серед пацієнтів з психічними розладами, її поширеність у даній когорті сягає показника 13,88% (Пінчук І. Я., 2013). За оцінками американських дослідників ГХ серед хворих на шизофренію реєструється у понад 19% випадків [8].

Синдромологічна характеристика шизофренії при поєднанні з соматозами відрізняється від такої при ізольованому перебігові шизофренії. Супутня соматична патологія здатна викликати зміну її психопатологічної структури, впливати на механізми синдромуутворення [9].

Окрім психопатологічних проявів, особливу роль у проблематиці шизофренії відіграють когнітивні

порушення [10]. Встановлено, що вони притаманні значній кількості хворих на шизофренію, які демонструють зменшення пізнавальних можливостей порівняно зі здоровими особами [11]. Протягом останніх 30 років відбувся перегляд значення когнітивних розладів від розгляду їх як одного з компонентів негативного синдрому [12] до виділення у окремий кластер, так звану «третю групу симптомів» [13]. За цей час була визначена роль порушень пізнавальної сфери у формуванні клінічної картини, встановлений їх вплив на соціальне функціонування [14], повсякденну та трудову адаптацію, прогноз захворювання [15; 16]. У той же час залишається відкритим питання про роль супутньої соматичної патології у формуванні когнітивного дефіциту у хворих на шизофренію.

Мета і задачі дослідження. Метою дослідження було вивчення структури когнітивного дефіциту у хворих на параноїдну шизофренію, коморбідну з гіпертонічною хворобою.

Для досягнення поставленої мети визначені такі задачі: вивчити структуру когнітивних порушень у хворих на параноїдну шизофренію, коморбідну з гіпертонічною хворобою; виявити взаємозв'язок когнітивних порушень з продуктивними та негативними синдромами у контингенту, що вивчається.

За допомогою клініко-психопатологічного методу проводилась кваліфікація провідного психопатологічного синдрому, динаміка психічного стану протягом періоду спостереження, тип перебігу шизофренії. Психометрична оцінка вираженості психопатологічної симптоматики здійснювалась за допомогою шкали позитивних і негативних синдромів (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS).

Когнітивні функції оцінювались за допомогою експериментально-психологічного методу з використанням наступних методик:

- Тест зв'язку символів (Trail making test, TMT) (Reitan R. M., Wolfson D., 1993). Частина «А» оцінює динамічні параметри уваги – обсяг та рівень довільної регуляції, частина «В» – виконавчу функцію.
- Тест вербальної швидкості (Verbal fluency test, VFT) (Lezak M. D., 1995) – для оцінки вербальної асоціативної продуктивності (буквена частина) та порушень лексичної системи (категоріальна частина).
- Тест Струпа (Stroop color word interference test) (Stroop J.R., 1935) – для оцінки селективності уваги.
- Тест Лурія на запам'ятовування 10-ти не пов'язаних за змістом слів (Лурія А. Р., 1969) – для перевірки вербальної пам'яті.
- Тест візуальної ретенції Бентона (Benton A. L., 1952) – для дослідження зорової пам'яті.

Ступінь вираженості порушень оцінювався кількісно.

Для вирішення питання про доцільність використання тих чи інших методів статистичної обробки даних була проведена оцінка нормальності розподілу. З цією метою був використаний критерій Шапіро-Уїлка (W), який застосовується для перевірки «нульової» гіпотези: «випадкова величина розподілена нормально», і є одним з найбільш ефективних критеріїв перевірки нормальності. Встановлено, що для більшості досліджуваних даних їх розподіл ознакам нормальності не відповідав. Тому статистична обробка здійснювалась за допомогою засобів непараметричної статистики. Для опису центральних тенденцій використовувався, окрім середнього арифметичного (M), показник медіани (Me) та інтерквартильної широти (Q). Для визначення достовірності міжгрупових відмінностей показників використовувався U-критерій Манна-Уїтні. Для статистичного вивчення зв'язку між показниками використовувався коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (ρ). Через те, що непараметричні засоби статистичної обробки даних мають меншу чутливість, ніж параметричні, то рівень вірогідності 95% ($p < 0,05$) вважався статистично значущим. Математико-статистична обробка матеріалу виконана за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Excel-2010 та статистичного пакету SPSS Statistics 17.0.0. for Windows.

Характеристика обстежених. Виходячи з мети і задач дослідження, було обстежено 161 пацієнта з параноїдною формою шизофренії, які були розділені за ознакою наявності або відсутності гіпертонічної хвороби в якості супутньої патології.

Оцінка клінічних проявів параноїдної шизофренії здійснювалась за допомогою критеріїв «Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду». Діагноз гіпертонічної хвороби встановлювався лікарем-інтерністом (терапевтом, кардіологом).

Такі фактори, як тип перебігу захворювання та його тривалість, рівень освіти, вік і стать пацієнтів, можуть впливати на особливості їх нейропсихологічного статусу, тому важливою умовою формування експериментальних

груп повинна бути їх гомогенність. Через те, що погіршення когнітивних функцій є частим супутником старіння, для максимального зменшення впливу цього фактора у дослідження вирішено було не включати осіб, старших за 60 років, незважаючи на те, що ГХ серед цього вікового контингенту зустрічається закономірно частіше. Було вирішено обмежитись двома віковими групами: зрілий та середній вік.

Пацієнти відбирались до обидвох груп проводився методом простого неповторного відбору.

Критерії включення в дослідження: інформована згода хворого на участь у дослідженні, жіноча стать, зрілий (30–44 років) та середній (45–60 років) вік відповідно до класифікації вікових груп ВООЗ, верифікований діагноз параноїдної шизофренії, верифікований діагноз ГХ 2 ступеня, здатність усвідомлювати інструкції та дотримуватися їх.

Критерії виключення: перший епізод шизофренії, документально підтверджений діагноз симптоматичної артеріальної гіпертензії, перенесені інфаркт міокарда, гостре порушення мозкового кровообігу, соматичні захворювання в стадії декомпенсації, документально підтверджений діагноз залежності від алкоголю або інших психоактивних речовин, наявність діагностичних ознак вираженого органічного ураження головного мозку травматичного, інтоксикаційного, інфекційного походження, наявність кінцевого стану (глибокого процесуального дефекту) – резидуальної шизофренії за критеріями МКХ-10.

Основну групу склали жінки у кількості 97 осіб, що страждають на параноїдну форму шизофренії і мають супутній діагноз «Гіпертонічна хвороба 2 ступеня». Середній вік даної групи – $51,08 \pm 6,64$ років.

Група порівняння складалась з 64 жінок з параноїдною шизофренією з відсутністю соматичного обтяження у вигляді гіпертонічної хвороби, які не відповідали критеріям виключення з дослідження. Середній вік – $48,65 \pm 6,73$ років.

Незважаючи на те, що з метою гомогенізації вибірки в дослідження були відібрані особи середнього та зрілого віку, в обох групах спостерігалось переважання пацієнтів вікової категорії 51–60 років. Причому, в основній групі це проявлялося більш виразно ($63,92\%$ порівняно з $43,75\%$). Це можна пояснити, виходячи з того, що захворюваність ГХ зростає пропорційно віку.

Середня тривалість шизофренії у основній групі складала $18,92 \pm 6,78$ років, гіпертонічної хвороби – $7,2 \pm 3,61$ років. У $88,7\%$ був визначений безперервний тип перебігу шизофренії.

У групі порівняння середня тривалість шизофренії дорівнювала $18,17 \pm 6,09$ років. Серед типів її перебігу також домінував безперервний ($95,3\%$).

Тригерами погіршення психічного стану послужили поява психотравмуючих обставин – 34 особи ($35,05\%$), порушення комплаєнтності – 67 осіб ($69,07\%$), а також спонтанне погіршення – 19 осіб ($19,58\%$). Під спонтанним погіршенням малося на увазі погіршення психічного стану без наявності очевидних причин для

Таблиця 1

Результати обстеження когнітивних функцій

Показник	Досліджувані групи		U-критерій Манна-Уїтні
	Основна	Група порівняння	
	Me (Q)	Me (Q)	
Селективність уваги (с)	173,8 (118,6-205,9)	139,6 (114,0-168,6)	U = 587,5 p<0,05
Функціонування лексичної системи (к-ть відтворених слів)	22,0 (15,0-28,0)	22,5 (17,0-29,0)	U = 659 p> 0,05
Вербальна асоціативна продуктивність (к-ть відтворених слів)	24,0 (19,0-29,0)	26,0 (18,0-33,0)	U = 1418 p> 0,05
Зорова пам'ять (бали)	5,0 (3,0-6,0)	5,0 (4,0-6,0)	U = 1001 p> 0,05
Вербальна пам'ять (тах к-ть відтворених слів)	5,0 (4,0-8,0)	6,0 (5,0-8,0)	U = 1018 p> 0,01
Обсяг уваги (с)	78,1 (56,8-102,7)	65,2 (49,2-82,3)	U = 732 p<0,01
Виконавча функція (с)	174,6 (132,4-204,8)	140,5 (119,8-164,7)	U = 569 p< 0,01

цього та при регулярному прийомі підтримуючої антипсихотичної терапії. Під порушенням комплаєнтності розумілася мимовільна зміна хворим дозування антипсихотичних препаратів або повне скасування їх прийому. Крім того, серед причин погіршення психічного стану були декомпенсація соматичного захворювання (ГХ) – 24 особи (24,74%). У деяких випадках мала місце наявність більше одного провокуючого фактора – 42 пацієнти (43,29%).

У групі порівняння факторами загострення шизофренії в першу чергу були порушення комплаєнтності 47 осіб (73,44%) та спонтанне погіршення психічного стану 17 (26,56%). Психотравмуючі обставини актуалізували психотичну симптоматику дещо рідше 15 (23,44%).

Результати дослідження. Під час експериментально-психологічного дослідження когнітивних функцій була виявлена певна міжгрупово різниця, яка полягала у більшій вираженості порушень в області селективності та обсягу уваги, а також виконавчої функції (табл. 1).

Результати виконання другої частини тесту Струпа, яка оцінює селективність уваги, були наступними. Різниця між групами була істотною – пацієнти основної групи із завданням справлялися гірше ($p < 0,05$). Ймовірним поясненням може служити привнесена ГХ докладність мислення, уповільнення його темпу, поява ригідності психічних процесів. При пред'явленні однотипних стимулів у першій частині тесту ці особливості істотної ролі не мали. У той же час, більш складне завдання викликало більше ускладнення у «носіїв» ГХ у зв'язку з незрівнянно більшим навантаженням на функцію переключення уваги, а відповідно і на рухливість психічних процесів. Це може свідчити про обтяжуючий вплив ГХ на вираженість когнітивного дефіциту в області селективності уваги та когнітивної рухливості. Контрастність стимулів сприяла гіршому виконанню тестів щодо умовної норми в обох групах, однак, пацієнти основної

групи внаслідок соматичного обтяження ГХ та пов'язаної з ним появи тугорухливості розумових процесів, уповільнення реакції, погіршення концентрації уваги з цим завданням справлялися повільніше ($p < 0,05$). Отже, судинний компонент, внесений супутньою ГХ, призвів до вираженішого порушення в області селективності уваги в основній групі.

Показники обсягу уваги, що визначався за допомогою ТМТ-А, мали між собою статистично значущу міжгрупову різницю. Пацієнти основної групи, що мали соматичне обтяження ГХ, з завданням справлялись гірше, ніж пацієнти без даного обтяження ($p < 0,01$). Це є свідченням більш вираженого когнітивного дефіциту в області уваги. У порівнянні з показником умовної норми особи обох груп значно повільніше виконували завдання, що демонструє функціональну недостатність процесів регулювання даної когнітивної функції.

Виконавча функція, що забезпечує процеси програмування та контролю довільної діяльності, та порушення якої є специфічним для шизофренії розладом, виявилась більш враженою у основній групі. Про це свідчить повільніше виконання завдання (ТМТ-В) пацієнтами із коморбідною ГХ ($p < 0,01$).

Функціонування лексичної системи, здатність до активного пошуку необхідної інформації у пам'яті також були порушені у обох досліджуваних групах, проте статистично значущої різниці між показниками знайдено не було. Дефіцит вербальної швидкості 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 компоненту та психічного виснаження.

Оцінка вербальної та зорової пам'яті не показала специфічності, її показники були приблизно однаковим в обох групах. Результати тестування зорової пам'яті за методикою А. Бентона свідчать про принципову складність процесів розпізнавання, аналізу та відтворення геометричних фігур, в основі чого можуть лежати порушення зорово-просторового аналізу в досліджуваній вибірці хворих. Типовими помилками під час виконання завдань були: спотворення симетрії та цілісності фігури, контамінація елементів фігури, дублювання та персеверація або пропуск другорядних деталей зображення, додавання зайвих елементів, які не були присутніми у стимульному матеріалі, що відображає порушення виконавчих функцій пацієнтів. Під час здійснення завдань, направлених на оцінку стану вербальної пам'яті звертали на себе увагу типові помилки досліджуваних: персеверативні феномени стосовно окремих слів зі стимульного списку, помилкове відтворення через створення псевдоаналогій з правильно відображеним словом, а також довільне символічне трактування стимульного матеріалу з наступним поданням його результату в якості відповіді на завдання.

Для перевірки припущення про зв'язок виконання когнітивних функцій з виразністю психопатологічної симптоматики у хворих з параноїдною шизофренією, асоційованою з ГХ, і параноїдною шизофренією без супутньої ГХ був проведений кореляційний аналіз.

Виявлено найбільш значущі зв'язки між групами психопатологічних симптомів та показниками когнітивного функціонування. Так, позитивні синдроми в обох досліджуваних групах були пов'язані з дефіцитом в області обсягу та селективності уваги, а також виконавської функції, що визначаються за допомогою 2-ої частини тесту Струпа ($\rho = 0,346142$ при $p = 0,000515$ і $\rho = 0,365042$ при $p = 0,003018$ відповідно), а також тестом ТМТ-А ($\rho = 0,282250$ при $p = 0,005095$ і $\rho = 0,360784$ при $p = 0,003404$ відповідно) та ТМТ-В ($\rho = 0,242520$ при $p = 0,016692$ і $\rho = 0,372536$ при $p = 0,002434$ відповідно). Тобто чим більш вираженими психопатологічні розлади, тим повільніше хворі виконували тести на увагу та виконавську функцію. У процесі терапії пацієнтів основної групи дана кореляційна пов'язаність підтвердилась – по закінченню місяця лікування зв'язок між PANSS-P та показниками тесту Струпа-2 ($\rho = 0,322225$, $p = 0,001288$), тестів ТМТ-А ($\rho = 0,353927$, $p = 0,000376$) та ТМТ-В ($\rho = 0,329594$, $p = 0,000978$) залишався статистично значущим.

Негативна симптоматика в обох групах також корелювала з показниками тесту Струп-2 ($\rho = 0,276760$ при $p = 0,006065$ і $\rho = 0,456241$ при $p = 0,000151$ відповідно), а також ТМТ-В ($\rho = 0,229259$ при $p = 0,023893$ і $\rho = 0,353979$ при $p = 0,004110$ відповідно). Таким чином, і дефіцитарні явища виявляють позитивний кореляційний зв'язок з функціями уваги та виконавською функцією. Однак виявлена і негативна кореляція між виразністю негативних симптомів за шкалою PANSS та

показниками вербальної асоціативної продуктивності, оцінюваними за допомогою буквені частини тесту VFT ($\rho = -0,222751$, $p = 0,028305$). Тобто чим більш вираженими є показники PANSS-N, тим менше слів за заданим параметром відтворюють пацієнти з параноїдною шизофренією, коморбідною з ГХ. У контрольній групі подібна кореляція, підтверджена статистично значущими зв'язками, знайдена не була. Отже, можна припускати, що фактор ГХ має певне значення в сполученні з вираженістю негативних симптомів у формуванні дефіциту вербальної асоціативної продуктивності. У той же час показник ТМТ-А корелював з негативною симптоматикою за PANSS тільки в групі порівняння ($\rho = 0,431998$ при $p = 0,000365$). Це може свідчити про втрату впливу негативної симптоматики на показник обсягу уваги у зв'язку із збільшенням внеску у формування когнітивного дефіциту «фактора» ГХ.

Таким чином, виявлені кореляційні зв'язки підтверджують припущення про те, що порушення функції уваги та виконавської функції пов'язані з виразністю як позитивної, так і негативної симптоматики. Негативні симптоми, які виявились асоційованими із порушенням вербальної асоціативної продуктивності, ймовірно, відображали вплив обтяженості ГХ.

Результати кореляційного аналізу між показниками когнітивного функціонування та вираженістю психопатологічної симптоматики за шкалою PANSS відображені у таблиці 2.

Кореляційні зв'язки між показниками селективності уваги, когнітивної гнучкості та виразністю психопатологічної симптоматики були виявлені як в основній, так і в контрольній групах. Так, позитивні симптоми виявляли позитивну кореляцію з часом виконання тесту в обох групах ($\rho = 0,346$ при $p = 0,000515$ і $\rho = 0,365$ при $p = 0,003$ відповідно), що можна пояснити взаємозв'язком насиченості маячними та галюцинаторними переживаннями та зниженою здатністю до селекції стимулів, що розрізняються тільки однією модальністю. Таким чином, можна очікувати, що в міру редукції позитивних симптомів відбудеться і ослаблення дефіцитарних явищ у даному когнітивному аспекті. Крім того, кореляційні зв'язки були відзначені між негативними симптомами, факторами ризику агресії і показниками селективності уваги в основній групі, і між негативними, а також загальними симптомами та показниками тесту Струп-2 у контрольній групі. Це закономірним чином відобразилось і на зв'язку селективності уваги з загальним балом PANSS в обох групах ($\rho = 0,293150$ при $p = 0,003567$ і $\rho = 0,450185$ при $p = 0,000190$ відповідно). З огляду на це, стає очевидним, що взаємовідносинами з селективною увагою охоплені всі сфери психопатології, і редукція позитивних, негативних і загальних симптомів буде пов'язаною із зменшенням вираженості когнітивного дефіциту.

Відповідно до виявлених кореляційних зв'язків, між показниками когнітивного функціонування і виразністю психопатологічної симптоматики можна виділити декілька груп когнітивних порушень.

Таблиця 2

Кореляційні зв'язки між показниками вираженості психопатологічної симптоматики та результатами когнітивних тестів

Основна група								
Показники	PANSS-P		PANSS-N		PANSS-G		PANSS-S	
	ρ	p	ρ	p	ρ	p	ρ	p
Т. Бентона	-0,10	0,31	-0,08	0,45	0,08	0,45	-0,02	0,86
Т. «10 слів» (max)	-0,16	0,11	-0,02	0,78	-0,17	0,08	-0,14	0,16
VFT (кат)	-0,02	0,81	-0,14	0,16	0,01	0,93	-0,06	0,55
VFT (букв)	-0,16	0,11	-0,22	0,02*	-0,12	0,22	-0,26	0,01*
TMT-A	0,28	0,005*	0,16	0,11	0,17	0,09	0,25	0,01*
TMT-B	0,24	0,02*	0,23	0,01*	0,27	0,006*	0,37	<0,001*
Т. Струпа (2 ч.)	0,34	<0,001*	0,27	0,01*	0,08	0,41	0,29	0,003*
Контрольна група								
Т. Бентона	-0,12	0,31	-0,08	0,51	-0,05	0,68	-0,10	0,41
Т. «10 слів» (max)	-0,24	0,05	-0,19	0,12	-0,09	0,43	-0,20	0,11
VFT (кат)	-0,12	0,32	0,02	0,88	0,10	0,43	0,004	0,97
VFT (букв)	-0,15	0,22	-0,13	0,28	-0,11	0,36	-0,21	0,09
TMT-A	0,36	0,003*	0,35	0,004*	0,43	<0,001*	0,49	<0,001*
TMT-B	0,37	0,002*	0,36	0,003*	0,35	0,004*	0,49	<0,001*
Т. Струпа (2 ч.)	0,36	0,003*	0,45	<0,001*	0,32	0,01*	0,45	<0,001*

Примітки: PANSS-P – позитивні синдроми, PANSS-N – негативні синдроми, PANSS-G – загальні синдроми, PANSS-S – сума балів PANSS, ρ – коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, p – рівень статистичної значущості, * – p<0,05

Перша група сполучена із порушеннями в області селективності уваги та виконавчої функції, ідентифікованими за допомогою тестів Струп-2 і TMT-B. Дані показники корелюють як з вираженістю позитивної, так і негативної симптоматики, а також із загальним балом за шкалою PANSS в обох групах. Крім того, тільки порушення селективності уваги і виконавської функції в основній групі мають більшу вираженість, що відображає посилення когнітивного дефіциту супутньою ГХ.

Друга група когнітивних порушень відображає статистично значущі зв'язки з негативною симптоматикою за PANSS і включає в себе дефіцит вербальної асоціативної продуктивності (буквена частина VFT), який корелює з результатами субшкали PANSS-N в основній групі та дефіцит в області обсягу уваги, що виявляються TMT-A, який корелює з показниками PANSS-N у контрольній групі. Таким чином, можна припустити, що наявність соматичного обтяження ГХ у сполученні з виразністю негативної симптоматики зумовлює вираженість дефіциту функціонування лексичної системи. У той же час, відсутність значущих кореляційних зв'язків між показником обсягу уваги та PANSS-N в основній групі може означати послаблення фактору впливу негативної симптоматики на функцію уваги під впливом ГХ.

Третя група когнітивних порушень включає в себе ті когнітивні функції, показники яких не утворюють статистично значущих кореляційних зв'язків ні в одній із груп. Сюди відноситься когнітивний дефіцит в області вербальної, зорової та семантичної пам'яті, який ідентифікується за допомогою тестів Бентона, Лурія, категоріальної частини VFT. Ймовірно, порушення в області цих функцій відображають стійкі зміни ендогенно-процесуального походження, що сформувалися протягом перебігу хвороби.

Висновки. Встановлені особливості когнітивних порушень в осіб з параноїдною шизофренією, поєднаною з ГХ, а саме: у даних пацієнтів, у порівнянні з контрольною групою, виявився більш вираженим дефіцит у сфері виконавських функцій, обсягу та селективності уваги.

Вираженість порушень виконавської функції, обсягу та селективності уваги відображає вплив ГХ на формування когнітивного дефіциту у пацієнтів з шизофренією.

Виділено 3 групи когнітивних порушень, які ілюструють різний дольовий вклад обох патологічних агентів (процесуального та судинного) у загальну картину дефіциту пізнавальних функцій хворих з параноїдною шизофренією, коморбідною з ГХ.

Література:

1. Пишель В. Я. Психиатрическая помощь: субъективные аспекты оценки качества [Текст] / В. Я. Пишель, М. Ю. Полявяная, К. В. Гүзенко, В. В. Сотниченко // Архив психиатрии. – 2010. – Т. 14, № 4 (53). – С. 26-30.
2. Чабан О. С. Шизофрения [Текст] / О. С. Чабан, Е. А. Хаустова, Е. Ю. Жабенко, Н. Ю. Жабенко. – Киев: МЗ Украины, 2012. – 192 с.
3. Meyer J. M. The Clinical Antipsychotic Trials Of Intervention Effectiveness (CATIE) Schizophrenia Trial: clinical comparison of subgroups with and without the metabolic syndrome [Text] / J. M. Meyer [et al.] // Schizophrenia Research. – 2005. – №80 (1). – P. 9–18.
4. Fleischhacker W. W. Коморбидные соматические заболевания при тяжелых психических расстройствах: клинические, политические и научные вопросы [Текст] / W.W. Fleischhacker // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – №4. – С. 66-70.
5. Lieberman J. A. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia [Text] / J. A. Lieberman [et al.] // New Engl. J. Med. – 2005. – № 353(12). – P. 1209-23.
6. Бурлаков А. В. Интегрированное ведение длительно протекающей психической и соматической патологии у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами [Текст] // А. В. Бурлаков // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 2. – С. 54-57.
7. Семке А. В., Мальцева Ю. Л. Шизофрения, сочетанная с соматической патологией: клинические, адаптационные и реабилитационные аспекты [Текст] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – №3. – С. 42-44.
8. Hennekens C. H., Casey D. E., Hennekens A. R., Hollar D. Шизофрения и повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний [Текст] / С.Н. Неннекенс // Психическое расстройство в общей медицине. – 2008. – № 2. – С. 59-62.
9. Смашина, О. С. Клініко-психопатологічні аспекти синдромопластичного впливу супутніх соматичних захворювань на формування клінічної картини шизофренії [Текст] // Архів психіатрії, 2011. – Т.17, № 4(67). – С.22-27.
10. Сеницкий И. В., Дзеружинская Н. А. Нейропсихологический метод оценки когнитивных функций в клинике шизофрении [Текст] // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии». – Москва, 2013. – С. 187-189.
11. Hill, S. K. et al. Neuropsychological Impairments in Schizophrenia and Psychotic Bipolar Disorder: Findings from the Bipolar and Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP) Study // American Journal Psychiatry. Published online Jun 17, 2013. – doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12101298.
12. Andreasen N. C., Olsen S. Negative and positive schizophrenia [Text] // Arch Gen Psychiatr; 1982. – V. 39. – P. 789–794.
13. Breier, A. Cognitive deficit in schizophrenia and its neurochemical basis [Text] // British Journal Psychiatry. –1999. – V. 174. – P. 16–18.
14. Santosh S., Dutta R.D., Kundu P.S. Psychopathology, cognitive function, and social functioning of patients with schizophrenia [Text] // East Asian Arch Psychiatry. – 2013. V. 23(2). – P. 65–70.
15. Вербенко, В. А. Нейрокогнітивні розлади при шизофренії: патогенез, клініка, діагностика, терапія: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.16 [Текст] / Вікторія Анатоліївна Вербенко. – К., 2008. – 34 с.
16. Keefe R. S., Harvey P.D. Cognitive impairment in schizophrenia [Text] // Handb. Exp. Pharmacol. – 2012. – V. 213. – P. 11-37.

**ПАРАНОИДНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ, СОЧЕТАННАЯ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ:
СТРУКТУРА КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА**

Е. В. Харчук

Статья посвящена актуальной и малоизученной проблеме когнитивных нарушений у пациентов с параноидной шизофренией, коморбидной с гипертонической болезнью.

На основании изучения 164 лиц с параноидной формой шизофрении, разделенных по признаку наличия/отсутствия гипертонической болезни проведено исследование, основанное на использовании экспериментально-психологического метода. Количество участников исследуемых групп составляло 97 и 64 пациента соответственно.

Приведенные в статье доказательства дают основание полагать, что сопутствующая гипертоническая болезнь является фактором, отягощающим течение параноидной шизофрении, что проявляется в первую очередь ухудшением когнитивного функционирования, а именно: показателей объема и селективности внимания, исполнительской функции.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, гипертоническая болезнь, коморбидность, когнитивные нарушения.

**PARANOID SCHIZOPHRENIA AND ARTERIAL HYPERTENSION COMORBIDITY:
COGNITIVE IMPAIRMENT FRAMEWORK**

E. V. HARCHUK

The article is devoted to date and little-known problem of cognitive impairment in patients with paranoid schizophrenia and comorbid hypertension.

There are some reasons to believe that the accompanying hypertension is a factor that aggravates the course of paranoid schizophrenia, which manifests itself primarily impairment of cognitive functioning, namely indicators of span and selective attention, executive function.

Keywords: paranoid schizophrenia, hypertension, comorbidity, clinical-psychopathologic features, cognitive impairment.

УДК: 616.89

О. О. ХАУСТОВА, О. М. АВРАМЕНКО

**ДЕЯКІ МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОЇ ДІАГНОСТИКИ РОЗЛАДІВ
ПСИХІКИ І ПОВЕДІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ**

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

Ключові слова: біопсихосоціальна модель болю, хронічний біль, діагностика, тестування, больова поведінка

Актуальність. Біопсихосоціальна концепція болю, що отримала широке розповсюдження, пояснює різницю між «захворюванням» і «розладом» у розумінні

хронічного болю. Захворюванням є «об'єктивна біологічна подія», яка пов'язана з пошкодженням певних структур організму або систем органів, обумовленим

патологічними анатомічними або фізіологічними змінами. Розлад, «суб'єктивне переживання або самоатрибуція», має місце при захворюванні, яке викликає фізичний дискомфорт, емоційний стрес, поведінкові обмеження і психологічні порушення. У пацієнта з хронічним болем виникає поєднання цих категорій, що обумовлює відмінності у вираженості коморбідного хворобливого стану (тяжкість, тривалість і наслідки для індивідуума), спровоковані взаємовідносинами між біологічними змінами, психологічним станом і соціокультурним середовищем.

Останніми роками відмічається стрімкий ріст хронічних больових синдромів у загальній структурі захворюваності. За даними епідеміологічних досліджень, поширеність хронічних больових синдромів (без урахування онкологічних захворювань) становить не менше 40% дорослого населення, які відображаються на світовому співтоваристві і ці цифри мають тенденцію до неухильного зростання [1–6]. Гострий біль, зазвичай, є симптомом якогось захворювання або травми, а хронічний біль – окремою нозологічною одиницею, причому він завдає значної шкоди не тільки хворому індивіду (зниження навантаження на роботі і в подальшому – втрата працездатності), але і суспільству в цілому, призводячи до величезних економічних втрат: у віці старше 25 років через хронічний біль непрацездатні як мінімум тиждень на рік – 30% населення, після 40 років – більше 60% і тому хронічний біль визнається однією з провідних проблем сучасної медицини [6–10].

Між хронічним болем і психологічними факторами є реципрокні взаємини. Хоча, наприклад, зв'язок між депресією і болем добре вивчений, взаємодія їх часто є досить складним процесом. Психологічні фактори та представлення пацієнтів про значення болю впливають на сприйняття інтенсивності больових відчуттів. Біль може спровокувати депресивні симптоми, а також вплинути на ступінь їх вираженості. Дослідження показують, що ступінь, в якій хронічний біль обмежує нормальне функціонування, має більш негативний вплив на афективну сферу, ніж інтенсивність власне больових відчуттів [11–15].

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

Нині накопичилися дані про те, що рівень працездатності, якість життя і навіть вираженість клінічних проявів пацієнтів з хронічним болем визначається їх психологічним і соціокультурним статусом. Отже, психологічні установки пацієнтів мають важливе значення в хронізації больового синдрому, а в багатьох випадках є провідними чинниками, що визначають в кінцевому підсумку прогноз захворювання [16–21].

Існує низка досліджень, присвячених вивченню особливостей відношення до болю, установок пацієнтів, пов'язаних з болем. За

Lazarus R. S. (1984), больові установки – це глибоко особистісне поняття пацієнта про біль, її причини та можливості лікування (когнітивно-афективний компонент), що визначає формування певних поведінкових патернів (біхевіоральний компонент). Серед больових установок виділяють адаптивні, що сприяють кращому пристосуванню людини до болю, і дезадаптивні установки як ірраціональні негативні уявлення пацієнта про біль, що порушують його адаптацію. Більшість досліджень з вивчення установок при хронічному больовому синдромі стосуються болю при ревматоїдному артриті, фібромиалгії, остеоартрози і болю в спині [22–26].

У цих дослідженнях показано, що дезадаптивні больові установки (ДБУ) можуть призводити до хронізації больового синдрому і бути одним з основних факторів ризику поганой відповіді на проведену терапію. Науковці дійшли висновку, що відношення пацієнта до болю та його хвороблива поведінка більшою мірою, ніж клінічні особливості самого болю і афективні розлади, прогнозують ефективність лікування і результат захворювання; високий рівень дезадаптивних больових установок фармакологічно не корегується і призводить до відновлення симптоматики після закінчення лікування; високий рівень дезадаптивних больових установок є показанням до призначення психотерапевтичного лікування [2; 4].

Методи і матеріали. Для створення уніфікованої карти обстеження пацієнта з хронічним болем з відповідною верифікацією окремих характеристик хронічного болю і хворобливої поведінки пацієнтів з хронічним болем нами було проаналізовано діагностичний інструментарій за ознаками особливостей застосування, точності, надійності та валідності, а також кількісно-якісних характеристик показників, що можуть бути отримані.

Результати. Визначення окремих характеристик болю залишається проблемою психосоматичної медицини за рахунок певної суб'єктивності їх вимірювання, а також полегшеного формування хворобливої поведінки в порівнянні з хворобами без виразного алгічного компонента. На сучасному етапі розвитку медицини є недостатнім тільки запитати: «Яка інтенсивність вашого болю за шкалою від 0 до 10?». Лікар повинен ретельно оцінити багатовимірні аспекти феномену болю та розробити комплексну програму сумісно з пацієнтом.

Взаємопов'язані, але окремі категорії порушення функціонування, непрацездатності та інвалідності (відповідно до моделі BOO3) або різні аспекти активності, діяльності та їх обмеження з певних причин можуть бути визначені за допомогою окремих шкал. Крім того, комплексна оцінка характеристик хронічного болю та хворобливої поведінки дозволять сформулювати для пацієнта індивідуалізований ефективний лікувальний комплекс з більш гарантованим прогнозом покращення та видужання, враховуючи особистісні аспекти сприйняття пацієнтом болю (табл. 1).

**Чинники впливу на переносимість болю
(адаптовано з Twycross і Lack)**

Вплив на переносимість болю	
зменшують	підвищують
Дискомфорт Безсоння Втома Тривожність Страх Злість Нудьга Смуток Депресія Інтроверсія Соціальна виключеність Ментальна ізоляція	Полегшення симптомів Сон Відпочинок/фізіотерапія Релаксаційна терапія Пояснення/підтримка Розуміння/емпатія Різноманітна діяльність Спілкування/слухання Підвищення настрою Розуміння сенсу і значення болю Соціальне включення Заохочення до вираження емоцій

Ми визначили найбільш важливі характеристики низки діагностичних інструментів, а саме: часто уживаних шкал для опису болю, вимірювання відповіді на біль, оцінки впливу болю, а також багатовимірних больових шкал (табл. 2–5).

Найчастіше в рутинній лікарській практиці використовуються візуально-аналогові шкали, як найбільш прості в застосуванні. Наприклад, візуальна аналогова шкала (VAS), використовуючи ілюстрацію вимагає у пацієнтів вказати на те зображення, котре найбільш відповідає тому, як вони себе почувають. Перевагою такої шкали є придатність для усіх вікових категорій, а також відсутність додаткового усного чи письмового опису. Інший варіант – числова рейтингова шкала (NRS), за допомогою якої пацієнти оцінюють ступінь інтенсивності свого болю від 1 до 10. Утім, візуально-аналогові шкали дуже суб'єктивні, тому ще переживання болю залежить від того, наскільки терпляча людина до болісних відчуттів або ж наскільки розвинута в неї уява,

тобто вона може просто перебільшувати ступінь своїх болісних відчуттів.

Дуже простою, але також досить суб'єктивною шкалою є малюнок болю, коли на схематичному зображенні людського тіла є передньою і задньою поверхнею пацієнт може позначити різною штриховкою локалізацію та різновид болю, а також поставили цифру від 0 до 10 для визначення інтенсивності болю на кожній ділянці тіла.

Опитувальник болю Мак-Гілла дозволяє отримати якісну характеристику болю. Загалом 78 прикметників характеристики болю розподілені за окремими категоріями з наростанням змістовного значення. Перша категорія (1–13 пункти) характеризує біль на сенсорному рівні, друга категорія (14–19 пункти) – на афективному рівні, третя категорія (20 пункт) є вербальною шкалою оцінки інтенсивності болю. Пацієнт має вибрати один прикметник, що найточніше відображає його сприйняття болю з кожного пункту (не обов'язково). Результатом вимірювання є два показники: ранговий індекс болю

Таблиця 2

Часто уживані шкали для опису болю

Інструмент	Опис	Психометрія	Особливості
Візуально-аналогові шкали Visual Analogue Scales including vertical, horizontal and numbered scales	Самозвіт є кілька типів: вертикальні, горизонтальні, пластикові і стиль термометр	Точність підрахунку очок на 10 см лінії, нерідко сумнівна	Вимірює інтенсивність болю. Швидка, може повторюватися регулярно, легка інструкція. Корисна для онкологічного болю
Опитувальник болю Мак-Гілла, існує також коротка форма McGill Pain Questionnaire (MPQ), (MPQ - SF)	Самозвіт. 20 комплектів прикметників для вибору по одному в кожній категорії Коротка форма має 15-пунктів: список прикметників і дві шкали інтенсивності болю	Сумарний результат і розмірні показники Надійний та валідний тест Деякі проблеми з рівнем складності слів	Широко використовується в клінічних дослідженнях. Використовується для оцінки якості болю у трьох вимірах: афективному, оціночному, сенсорному.
Малюнок болю (різні варіанти) Pain Drawing (various protocols)	Мальований самозвіт областей і видів болю на передній і задній поверхні людського тіла	Досить низька валідність	Визначає місце болю, що сприймається пацієнтом. Дуже наочно для пацієнтів.

(сума порядкових номерів вибраних слів, або середньо-арифметична величина) та загальна кількість вибраних слів. Отримані дані не є параметричними, але підлягають статистичній обробці (табл. 2).

Реакція людини на біль є дуже особистою, на основі особливостей фізіології, особистості, попереднього досвіду життя, родинних та культурних факторів. За думкою Флаєрти (1996), зміни поведінкових і психологічних реакцій на біль мають враховуватись в терапевтичній тактиці. Таким чином, такі аспекти, як депресія і хвороблива поведінка хвороби є цінними компонентами комплексної оцінки болю (табл. 3).

Побоювання людини або хибні уявлення про джерела болю та страхи повторного травмування можуть вплинути на сприйняття болю і та перспективи видужання. Унікаюча поведінка, ймовірно, виникає у пацієнта з хронічним болем, але вона може бути змінена за рахунок корекції когнітивних і емоційних факторів. У прагненні

повністю зрозуміти перспектива пацієнта і зрозуміти, що впливає на його поведінку, деякі з цих відносин і переконань мають бути оцінені.

Існує низка оціночних інструментів щодо страхів або переконань щодо болю, які мають хорошу надійність і достовірність, і можуть бути корисними в процесі курації пацієнта з хронічним болем. Так, Шкала ставлення до болю – Survey of Pain Attitudes (Revised) (SOPA-R) [27; 28], в її останній версії оцінює сім показників, що відображають особливості реагування пацієнта на хронічний біль. Окремі підшкали SOPA-R вимірюють рейтинги контролю болю. Найбільш уживаними є варіанти з 57-мома або з 30-ма пунктами, які оцінюються за 5-ти бальною шкалою. Вимірюються наступні психологічні аспекти:

- 1) контроль (відчуття контролю над болем);
- 2) непрацездатність (установки пацієнта стосовно можливості розвитку непрацездатності);

Таблиця 3

Вимірювання відповідей на біль

Інструмент	Опис	Психометрія	Особливості
Опитувальник унікаючої поведінки Fear-avoidance beliefs	Самозвіту з 16 пунктів на одній сторінці	Для первинного і повторного тестування	Для вимірювання уникнення щодо роботи і фізичної активності
Movement and pain prediction scale (MAPPS)	10 пунктів за 10-бальною шкалою з послідовними малюнками окремих рухів	Кореляція між 7 показниками оцінка відповіді і руховою активністю	Оцінка власних сподівань, очікувань зміни болю, причин завершення рухів
Шкала ставлення до болю Survey of Pain Attitudes-Revised (SOPA-R)	Самоопитувальник (57 пунктів) з 5-бальною шкалою Лайкерта	Внутрішня узгодженість, висока валідність, адекватна факторна структура	Оцінює сім переконань, які можуть вплинути на довгострокове коригування хронічного болю. Найбільш уживаний для хронічного болю в попереку.
Шкала самооцінки The Gauge	Самоопитувальник з 27 пунктів зі шкалою від 0 до 10	Висока валідність для первинного та повторного обстеження	Оцінює рівень активності пацієнта вдома, без сторонньої допомоги.
Опитувальник хворобливої поведінки Illness Behaviour Questionnaire	Сім шкал		Для оцінки хворобливої поведінки при хронічному болю та інших станах, коли реакція пацієнта не відповідає наявній фізичній патології. Широко уживаний.
Опитувальник копінг-стратегій Coping Strategies Questionnaire	Самоопитувальник		Визначає використання когнітивних та поведінкових стратегій подолання болю. Широко уживаний
Шкала сприйняття болю і очікувань Pain Beliefs and Perceptions Inventory	Самоопитувальник 16 пунктів	Дискусія щодо розподілу на 3 або 4 суб-шкали	Не так широко уживаний, як SOPA-R.
Опитувальник Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ)	Самоопитувальник з 10 пунктів з 7-бальною шкалою	Висока валідність для первинного та повторного обстеження	Розроблений спеціально для хронічного болю. Для оцінки впевненості у виконанні дій, незважаючи на біль.

- 3) медичне лікування (віра в можливість лікування за допомогою медичних заходів);
- 4) піклування (оцінка пацієнтом ступеня турботи про нього з боку оточуючих);
- 5) лікарська терапія (відношення пацієнта до лікарської терапії);
- 6) емоції (установки пацієнта з приводу впливу емоцій на вираженість болю);
- 7) пошкодження (віра в те, що біль є відображенням якогось фізичного пошкодження).

Наступний опитувальник «Больові установки і сприйняття болю» (The Pain Beliefs and Perceptions Inventory, РВАРІ) оцінює переконання пацієнтів щодо сприйняття болю. Він містить 16 пунктів, за допомогою яких досліджуються 3 категорії установок пацієнта:

- 1) самозвинувачення;
- 2) сприйняття болю як незрозумілого;
- 3) стабільність (тобто установки про стабільність, незмінність болю з часом).

Оцінка вище перелічених показників також є підґрунтям для об'єктивізації причин хворобливої больової поведінки. Так, установка на те, що біль є постійним і зменшиться у результаті лікування, корелює з дійсно гіршою відповіддю на консервативне лікування. Віра пацієнта в те, що його біль не має фізіологічної причини, почасти асоційована з більш рідкісним розвитком психологічної дезадаптації і соматизації після лікування. Нарешті, віра в стабільність і нез'ясовність природи болю пов'язана з негативним ставленням до себе і меншим контролем над болем. Аналогічним до попереднього є опитувальник «Шкала катастрофізації болю» (The Pain Catastrophizing Scale, PCS) [16], що відображає три параметри катастрофізації: «постійні роздуми», «перебільшення», «безнадія».

Прогностично оцінити майбутню відповідь на лікування в плані її адаптивності має допомогти опитувальник «Профіль когнітивного ризику» (Cognitive Risk Profile, CRP). Остання версія опитувальника містить 68 пунктів, кожен з яких оцінюється за 6-бальною шкалою. Пацієнту пропонується вказати ступінь своєї згоди з

різними твердженнями щодо його болю. Кожне таке твердження вважається адаптивним або дезадаптивним, що надалі сумарно визначає особливості реакції на лікування. Оцінка проводиться за 9 показниками:

1. філософські установки;
2. вплив настрою на інтенсивність болю;
3. вплив болю на настрій;
4. сприйняття провини;
5. недостатність соціальної підтримки;
6. різновид розладу;
7. віра в успіх медичної допомоги;
8. скептицизм з приводу ефективності багатокомпонентного лікування;
9. переконаність у безнадії.

Цей опитувальник дозволяє визначити не тільки предиктори адаптативної/деадаптивної відповіді на терапію, а й сформувані певні мішені впливу на хворобливу поведінку пацієнта.

Потенційну готовність пацієнта до співпраці з лікарем щодо видужання оцінює опитувальник «Стадії зміни болю» (The Pain Stages of Change Questionnaire, PSOCQ). Опитувальник заснований на моделі, що вивчає стадії психологічних змін при хронічному болю, тому й дозволяє успішно передбачити відповідь на лікування, оцінюючи роль багатьох поведінкових факторів ризику. Цей опитувальник включає 30 пунктів і оцінює установки пацієнта, що стосуються 4 категорій:

1. очікування;
2. намір;
3. дія;
4. підтримку результату.

Численні дослідження вказують на важливу роль психологічних і соціокультурних факторів, що визначають ефективність лікування і результат терапії у пацієнтів з хронічним болем. Одним з важливих факторів ризику поганого відгуку на проведену терапію є формування дезадаптивної больової поведінки. Отже, своєчасне виявлення дезадаптивної больової поведінки і її успішна корекція дозволить досягти кращих результатів під час лікування (табл. 4).

Таблиця 4

Часто уживані оцінки для впливу болю

Інструмент	Опис	Психометрія	Особливості
Коротка форма обстеження стану здоров'я Short-Form health survey (SF-36)	Самозвіт	Має відмінну достовірність і надійність	Призначений для вимірювання стану здоров'я. Має вісім шкал: обмеження у фізичних навантаженнях, громадської активності, буденній активності, відчуття тілесного болю, психічне здоров'я, обмеження у ролях через емоційні проблеми, життєві сили, загальне сприйняття здоров'я
Щоденник активності Daily Activity Diary	Самозвіт	Надійний та валідний щоденник для пацієнтів з хронічним болем у себе вдома	Моніторинг типу діяльності та її тривалість за кожную годину або 1/2 години. Також контролює інтенсивність болю і споживання ліків. Створює структурований запис.
Профіль активності пацієнта Human Activity Profile (HAP)	Самозвіт до 94 пунктів	Норми призначені для різних статевовікових груп	Допомагає визначити вплив фізичної недуги на повсякденну діяльність людини.

Таблиця 5

Багатовимірні оцінювання болю

Інструмент	Опис	Психометрія	Особливості
Інтегрована модель психосоціальної оцінки Integrated Psychosocial Assessment Model (IPAM)	Самозвіт	Первинна оцінка	Це набір з шести інструментів, які в поєднанні оцінюють інтенсивність болю, непрацездатність, стратегії виживання, депресію, ставлення до болю, і хворобливу поведінку. Вона забезпечує загальну картину соціально-психологічного коригування у зв'язку з хронічним болем.
Опитувальник болю Мак-Гілла McGill Pain Questionnaire	Самозвіт з 20-ма комплектами слів, що описують переживання болю – вибір пацієнта	Надійний та валідний тест	Використовується для оцінки якості болю у трьох вимірах: афективному, оціночному, сенсорному.
Шкала багатовимірної оцінки болю Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI)	Самозвіт з 61 пунктом у трьох шкалах	Має відмінну достовірність і надійність Шкала поділяється на 12 підшкал	Оцінка взаємовпливу діяльності, соціальної підтримки, тяжкості болю, самоконтролю, негативного настрою, реакції на значущих інших осіб, вміння займатися діяльністю, наприклад клопоту, громадська діяльність.
Багатовимірний багаторакурсний протокол оцінки болю Multiperspective Multidimensional Pain Assessment Protocol (MMPAP)	Фізичні огляди двох лікарів; суб'єктивний самозвіт пацієнта	Надійний і достовірний в початкових та повторних дослідженнях. Є стандартизованим протоколом	Використовується в основному для оцінки пацієнтів з хронічним болем для лікування і для вимірювання результатів. Може передбачити майбутнє працевлаштування непрацездатних осіб та інвалідів

Сучасні дослідження показують, що багатовимірний підхід до оцінки болю є найбільш прийнятним, тому що визначає зв'язок між фізично вираженим болем, психологічним станом, соціальними та духовними проблемами як невід'ємною частиною реакції особи на її досвід болю. Комплексна оцінка болю має враховувати наступні питання: фізичні впливи/прояви болю; функціональні впливи (вплив на діяльність у повсякденному житті); психосоціальні фактори (рівень тривожності, настрої, культурний вплив, страхи, вплив на міжособистісні стосунки, фактори, що впливають на больовий поріг (табл. 1); духовні аспекти (табл. 5).

Висновки. Наведений спектр оцінювальних шкал щодо пацієнтів з хронічним болем дозволяє сформулювати загальний підхід до використання цього діагностичного інструментарію як в наукових дослідженнях, так і в загальній лікарській практиці. Вже при першому огляді пацієнта доцільно використовувати багатовимірні шкали для отримання загальної клінічної картини: хронічного болю, афективного та когнітивного реагування на біль, хворобливої поведінки. Наступний динамічний моніторинг також передбачає використання багатовимірних інструментів оцінки болю. У разі необхідності застосовуються спеціальні інструменти, такі як шкала нейропатичного болю або шкала фіброміалгії. Варто уникати використання одновимірних інструментів оцінки болю

при хронічному болю, за винятком оцінки інтенсивності конкретних епізодів болю.

Література:

1. Голубев В. Л. Психологические установки пациента и переживание боли / Данилов А. Б. // РМЖ. специальный выпуск «Болевой синдром» – 2009. – С. 11-14.
2. Данилов А. Б., Голубев В. Л., Подымова И. Г. Установки пациента и боль // Клиническая неврология – М., 2009. – №4. – С. 33-37.
3. Павленко С. С. Организация медицинской помощи больным с хроническими болевыми синдромами / Денисов В. Н., Фомин Г. И. // Новосибирск: ГП «Новосибирский полиграфкомбинат» – 2002. – 221 с.
4. Подымова И. Г., Данилов А. Б. Влияние дезадаптивных установок на клиническую картину и прогноз хронической головной боли напряжения // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – М., 2011. – №4. – С. 4-7.
5. Ребров Б. А. К вопросу о связи хронического болевого синдрома и тревожно-депрессивных расстройств у больных терапевтического профиля / Благинина И. И., Реброва О. А. // Журнал: «Боль. Суставы. Позвоночник» – 2011. – 2. – С. 7-9.
6. Собчик Л. Н. Индивидуально-личностные особенности больных с хроническим болевым синдромом / Т. В. Протасенко // Российский психиатрический журнал – 2003. – №5. – С. 18-21.
7. Хаустова Е. А. Алгоритмы диагностики и терапии хронического алгического синдрома у пациентов с депрессией // Сучасні аспекти практичної неврології / Зб. тез. II міжнар. наук. симпозіуму / Ялта, 16-18 вересня 2010 р. – Ялта, 2010. – С. 250-263.
8. Чабан О. С., Хаустова О. О. Терапія хронічного алгічного синдрому у пацієнтів з неспсихотичними депресивними розладами і коморбідною соматичною патологією // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т.18, вип.1(62). – С. 67-72.

9. Эмптедж Н. П. Депрессия и коморбидная боль как предикторы функциональных ограничений, потери работы, страховки и удорожания стоимости медицинской помощи / Эмптедж Н. П., Стурм Р. С., Робинсон Р. Л. // Социальная и клиническая психиатрия – 2011. – Т.21, №1. – С. 35-36.
10. Яхно Н. Н. Невропатическая и скелетно-мышечная боль. Современные подходы к диагностике и лечению / Баринов А. Н., Подчуфарова Е. В. // Клиническая медицина – 2008. – Т.86, №11. – С. 9-15.
11. Arnold L. M. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders / Hudson J.I., Keck P.E. et al. // J. Clin. Psychiatry – 2006. – 67. – P. 1219-25.
12. Chapman C. Managing pain in the older person // Nurs Stand. – 2010 Nov. 17-23. – 25(11). – P. 35-9.
13. Cook K. F., Keefe F., Jensen M. P. et al. Development and validation of a new self-report measure of pain behaviors // Pain. – 2013. – Vol.154, Iss.12. – P.2867-2876.
14. Corruble E. Pain complaints in depressed inpatients / Guelfi J. D. // Psychopatologia – 2000. – 33. – P. 307-9.
15. Deyo R. A. Overtreating chronic back pain: time to back off? / Mirza S. K., Turner J. A., Martin B. I. // J Am Board Fam Med. – 2009 Jan-Feb. – 22(1). – P. 62-8.
16. Frampton C. L., Hughes-Webb P. The Measurement of Pain // Clinical Oncology. – 2011. – Vol. 23, Is. 6. – P. 381-386.
17. Geisser M. E. The influence of coping styles and personality traits on pain. In.: Dworkin R. H., Breitbart W. et al. Psychosocial aspects of pain: A handbook for health care providers, progress in pain research and management (Vol.27). Seattle: IASP Press – 2004. – P. 521-46.
18. Giesecke T. The relationship between depression, clinical pain and experimental pain in a chronic pain cohort / Gracely R. H., Williams D. A. et al. // Arthritis Rheum. – 2005. – 53. – P. 1577-84.
19. Green L. Assessment of acute and chronic pain // Anaesthesia & Intensive Care Medicine – 2013. – Vol.14, Iss.11. – P. 488-490.
20. Larson S. L. Depressive disorder as a long-term antecedent risk factor for incident back pain: 13-year follow-up study from the Baltimore Epidemiological Catchment Area sample / Clark M. R., Eaton W. W. // Psychol. Med. – 2004. – 34. – P.211-9.
21. Li J.-X. The application of conditioning paradigms in the measurement of pain // European Journal of Pharmacology – 2013. – Vol.716, Is.1-3. – P. 158-168.
22. Manchikanti L. Comparison of psychopathological status of chronic pain patients and the general population / Fellows B., Pampati V. et al. // Pain Psysician – 2002. – 5. – P. 40-8.
23. McGuire D. B. Comprehensive and multidimensional assessment and measurement of pain // Journal of Pain and Symptom Management – 1992. – Vol.7, Iss.5. – P. 312-319.
24. Misailidou V., Malliou P., Beneka A. et al. Assessment of patients with neck pain: a review of definitions, selection criteria, and measurement tools // Journal of Chiropractic Medicine – 2010. – Vol. 9, Iss. 2. – P. 49-59.
25. Mystakidou K. Exploring the relationships between depression, hopelessness, cognitive status, pain and spirituality in patients with advanced cancer / Tsilika E., Parpa E. et al. // Arch Psychiatr. Nurs. – 2007. – 21. – P. 150-61.
26. Mystakidou K. Psychological distress of patients with advanced cancer: Influence and contribution of pain severity and pain interference / Tsilika E., Parpa E. et al. // Cancer Nurs – 2006. – 29. – P. 400-5.
27. Picavet H. S. Pain catastrophizing and kinesiophobia: Predictors of chronic low back pain / Vlaeyen J.W., Schouten J.S. // Am J. Epidemiol – 2002. – 156. – P. 1028-34.
28. Tauben D., Theodore B. R. Measurement-Based Stepped Care Approach to Interdisciplinary Chronic Pain Management // Practical Management of Pain (Fifth Edition), 2013. – P. 37-46.

НЕКОТОРЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ

Е. А. ХАУСТОВА, О. Н. АВРАМЕНКО

В статье с позиций биопсихосоциальной модели боли рассматриваются в диагностическом аспекте некоторые клинические и психосоциальные характеристики пациентов с хроническим болевым синдромом. Дано описание отдельных одномерных и многомерных шкал по диагностике боли и болевого поведения. Обозначен общий подход при первичном и повторных осмотрах в виде использования многомерных шкал для получения комплексной клинической картины: собственно хронической боли, аффективного и когнитивного реагирования на боль, болевого поведения.

Ключевые слова: биопсихосоциальная модель боли, хроническая боль, диагностика, тестирование, болевое поведение

SOME METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE COMPLEX DIAGNOSIS OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN

O. O. KHAUSTOVA, O. M. AVRAMENKO

The article from the standpoint of the biopsychosocial model of pain are considered in the diagnostic aspect of some clinical and psychosocial characteristics of patients with chronic pain syndrome. The description of the individual univariate and multivariate scales for the diagnosis of pain and pain behavior. Was designated a common approach in primary and repeated examinations as the use of multidimensional scales for complex clinical picture: the actual chronic pain, affective and cognitive responses to pain, pain behavior.

Keywords: biopsychosocial model of pain , chronic pain , diagnosis , testing, pain behavior

УДК 616.895:616.89-008.45]-001.8

А. Р. Цьона

**НЕЙРОКОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ:
ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ТА ОБГРУНТУВАННЯ ДОСЛІДНИЦЬКОЇ ГІПОТЕЗИ**

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Ключовими напрямками сучасних досліджень шизофренії є вивчення генетики, молекулярних основ, патогенетичних механізмів виникнення захворювання, пошук біологічних маркерів, виділення диференційно-діагностичних критеріїв, які покликані підвищити

надійність ранньої діагностики, вивчення предикторів виникнення та загострення хвороби, розробка нових терапевтичних підходів, які сприятимуть підвищенню ефективності лікування, подоланню резистентності, зменшенню інвалідизуючого впливу (С. Arango, 1999; Т.

А. Доброхотова, 2000, 2006; Р. Д. Энсилл, 2001; В. П. Самохвалов, 2003; G. Kempermann, 2004; ECNP, 2005; С. Tenn, 2005; А. М. Бачеріков, 2006; В. С. Бітенський, 2007). Окремо слід виділити наукові пошуки в ділянці реабілітації та ресоціалізації осіб, які страждають на шизофренію. Використовуючи сучасний терапевтичний арсенал у більшості випадків є можливим досягнення симптоматичної ремісії різного ступеня глибини, проте після цього пацієнти стикаються із гострою проблемою опрацювання та інтеграції психотичного досвіду, тестування реальності, відновлення здатності функціонувати на прийнятному рівні, прийняття необхідності регулярного прийому ліків. Часто вирішення окресленої проблеми ускладнюється наявністю соціально-стигматизуючих факторів, а також персистуючої астеничної, афективної, тривожно-невротичної симптоматики та нейрокогнітивного дефіциту. Саме вивченню нейрокогнітивних порушень при шизофренії протягом останнього десятиліття приділяється особлива увага (J. M. Gold, 1993; T. E. Goldberg, 1995; M. F. Green, 1996; D. I. Velligan, 1999; B. Gallhofer, 1999; M. B. Магомєтова, 2000; И. Я. Гурович, 2001; А. С. Аведисова, 2001, 2002; С. Н. Мосолов, 2001; С. О. Кабанов, 2003; S. M. Mariani, 2004; Вербенко Н. А., 2008; M. M. Kurtz, 2005, Richard S. E. Keefe та Philip D. Harvey, 2012). Квінтесенцією актуальності в даному випадку може служити узагальнення, зроблене провідними науковцями в галузі вивчення нейрокогнітивних порушень при шизофренії Richard S. E. Keefe та Philip D. Harvey про те, що, незважаючи на деяку контрверсійність даних, практично всі пацієнти з шизофренією когнітивно функціонують на нижчому рівні, ніж можна було б сподіватись за відсутності хвороби. 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 під час діагностичного обстеження [19; 57].

Шизофренія є мультифакторіальним, комплексним біологічним та поведінковим захворюванням, яке маніфестує поліморфною клінічною симптоматикою та когнітивною дисфункцією за умови наявності генетичної предрисповищеності. На даному етапі широко розробляється концепція ендотипів шизофренії, як особливо перспективна для розуміння сутності захворювання. Ендотипи, які можуть бути нейрофізіологічними, біологічними, ендокринологічними, нейроанатомічними, нейрокогнітивними [37], розглядаються як внутрішні фенотипи, ближче пов'язані із генетичними факторами, ніж клінічні симптоми захворювання [8] та являються проміжною особливістю організму між генетичними передумовами мультифакторіального захворювання та власне комплексом симптомів. Таким чином, ендотипи уявляються як якісні характеристики, які відображають генетично зумовлені зміни функціонування

головного мозку [47], а отже, можуть відображати патофізіологічний субстрат захворювання, будучи присутніми до початку захворювання чи в стадії ремісії, а також у неуразжених членів сімей хворих на шизофренію [18]. Об'єктом даного огляду стануть нейрокогнітивні розлади при шизофренії, оскільки їх можна розглядати як ендотипові. Для прикладу, відомо, що оперативна пам'ять є ураженою при шизофренії [42] і дослідники ідентифікували гени та хромосомні ділянки, які ймовірно визначають особливості функціонування оперативної пам'яті у пацієнтів із шизофренією [71].

Наявність когнітивного дефіциту при шизофренії була виявлена ще на ранніх етапах вивчення захворювання. У клінічних описах, зроблених Крепеліном знаходимо спостереження, що «Розумова ефективність є завжди зниженою до певного рівня. Пацієнти є неуважними, легко відволікаються ... вони не можуть зібрати думки в голові» [58]. Бльойлер (1911) відносив до «основних симптомів» шизофренії, окрім порушень асоціацій, афективності, амбівалентності та аутизму також і специфічні порушення уваги. У наступні десятиліття значна увага приділялась вивченню порушень уваги, пам'яті, швидкості реагування на різноманітні подразники, особливостей інтелекту у хворих на шизофренію [43; 76]. Результати цих досліджень, незважаючи на певну контрверсійність виявили наявність широкого спектра порушень когнітивного функціонування. У подальшому під впливом вчення про шизофренію як «функціональний психоз» та підвищення наукового впливу психодинамічних теорій прослідковується тенденція когнітивних порушень за шизофренії як вторинні щодо порушеної мотивації, психотичної симптоматики та формальних порушень мислення. Такий погляд на проблему нейрокогнітивних порушень за шизофренії різко змінився після впровадження в наукові дослідження методик нейровізуалізації головного мозку. З використанням комп'ютерної томографії було встановлено – латеральні мозкові шлуночки у хворих на шизофренію є поширеними порівняно із здоровими особами [77]. Методом функціональної візуалізації головного мозку виявлено порушення метаболізму та кровоплину в лобній долі головного мозку. Більше того, з'ясовано, що порушене виконання нейрокогнітивних тестів (Wisconsin Card Sorting Test (WCST) прямо пов'язане із зниженою активацією префронтальної кори, через регіональний мозковий кровоплин [95]. У цьому ключі ряд досліджень, в яких використовувався широкий спектр нейрокогнітивних методик, продемонстрували, що пацієнти з хронічною шизофренією на основі показників когнітивного функціонування достовірно не відрізняються від гетерогенної групи пацієнтів із органічним ураженням головного мозку [61]. Вказані результати дозволили прийти до висновку, що пацієнти на шизофренію когнітивно функціонують на рівні пацієнтів із органічним ураженням, тому що для шизофренії характерні структурні та функціональні аномалії головного мозку. З цієї перспективи, шизофренія розглядається як хвороба кори головного мозку, при якій дисфункція процесу обробки інформації

є облігатною. Таким чином значна частина науковців, нині, вважають, що шизофренію можна розглядати як розлад нейрокогніції [67].

Огляд та мета-аналіз 204 досліджень когнітивного функціонування за шизофренії, здійснені Heinrichs and Zakzanis (1998) показав значні та стійкі відмінності між пацієнтами із шизофренією (N=7420) та здоровими добровольцями (N=5865) у широкому спектрі когнітивних функцій [85]. Серед найбільш уражених нейрокогнітивних функцій є вербальна пам'ять та вербальне навчання, виконавчі функції, увага та пильнування, робоча пам'ять. [86].

Вербальне навчання та пам'ять. Функціонування пам'яті потребує широкого спектра різноманітних когнітивних навичок, які пов'язані із фіксуванням нової інформації, утриманням завченої інформації протягом певного періоду часу та впізнаванням попередньо представленої матеріалу. Загалом пацієнти з шизофренією демонструють більший дефіцит у вивченні нового матеріалу, ніж утримання його в пам'яті. Тести, які використовуються для оцінки здатності до навчання, зазвичай вимагають від пацієнта повторити набір запропонованих слів (від 12 до 16) одразу після їх прослуховування. При використанні CVLT (California verbal learning test) здорові особи відтворюють в середньому 8 слів після першої презентації списку, на той час як пацієнти із шизофренією лише 5. Після 5 повторних презентацій одного і того самого набору слів переважна більшість здорових може відтворити як мінімум 13 слів, порівняно із середнім показником хворих на шизофренію на рівні 9 [70]. Таким чином, пацієнти демонструють не лише порушення здатності безпосередньо відтворювати матеріал, але і здатності навчатись з часом. Існує чіткий зв'язок між ураженням вербальної пам'яті та соціальною дифіцитарністю, включаючи функціонування в реальному світі [38] та виконання завдань, що демонструють соціальну компетентність [63].

Візуальне навчання та пам'ять. Дослідження взаємозв'язку візуальної пам'яті та функціональних наслідків дали суперечливі результати. В той час як одні дослідження виявили кореляцію показників візуальної пам'яті з рівнем працевлаштування [34], успішністю психосоціальної реабілітації [68], показниками якості життя [13], рівнем соціального функціонування [25] та значний зв'язок із функціональною компетентністю загалом [82], інші дослідження не виявили значних кореляцій [2; 28; 94].

Робоча (оперативна) пам'ять. Робоча пам'ять – це підтип короткотривалої пам'яті, коли достатньо обмежений об'єм інформації, яка необхідна для виконання поточного завдання, зберігається в «реальному часі» протягом короткого проміжку часу (кілька секунд). Крім того, робоча пам'ять є необхідною передумовою відтворення інформації з довготривалої пам'яті. Ураження робочої пам'яті розглядається багатьма дослідниками як ключовий компонент нейрокогнітивного дефіциту при шизофренії [36; 52; 78]. Клінічна значимість закономірностей функціонування робочої пам'яті визначається

її тісним взаємозв'язком із порушеннями в інших сферах когнітивної діяльності, а саме: уваги, планування, пам'яті та інтелекту загалом [53]. Нейроанатомічні дослідження проведені на людиноподібних приматах виявили зв'язок багатьох аспектів робочої пам'яті з функціонуванням динамічних нейрональних систем із залученням префронтальних кортикальних ділянок [14; 35], а також те, що ці системи можуть бути ураженими при шизофренії [35]. Дані знахідки, а також чисельні спостереження зниження функції мезокортикальної дофамінергічної системи значною мірою породили концепцію «гіпофронтальності» при шизофренії та підтвердили фундаментальне значення нейрокогнітивних порушень при даному захворюванні.

Ряд сучасних робіт присвячені дослідженню взаємозв'язку нейрокогнітивного функціонування та психопатологічної симптоматики. Виявлено, що немає прямої кореляції між вираженістю нейрокогнітивних порушень загалом та психотичною симптоматикою, зокрема галюцинаціями та маяченням [1; 22; 54; 65; 81]. Звертається увага, що на відміну від позитивної симптоматики, яка часто міняється, когнітивний дефіцит є відносно стійким конструктом [7]. Підтвердженням цього можуть бути результати нейрокогнітивного тестування пацієнтів із шизофренією в стадії загострення позитивної симптоматики та повторного їх тестування в часі редукції психозу, які виявили стабільність та незмінність когнітивного дефіциту [92]. Проте встановлено певний зв'язок когнітивної дисфункції з негативною симптоматикою [28; 66; 79; 80]. З одного боку, дефіцит мотивації, ключовий компонент негативної симптоматики може негативно впливати на якість виконання нейрокогнітивних тестів, з іншої – нейрокогнітивний дефіцит може спричиняти брак мотивації – пацієнти із когнітивним ураженням менш мотивовані на встановлення цілей та досягнення їх [24]. При цьому повторні невдачі у досягненні соціальних цілей (наприклад, працевлаштування, міжособистісні стосунки) через недостатність когнітивних навичок, призводять до демотивованості та соціальної ізоляції.

Особливе місце в феноменології шизофренії відводиться формальним розладам процесу мислення. У практичній діяльності, власне, наявність формальних розладів мислення часто служить ключовим діагностичним критерієм шизофренії. Дефіцит семантичної пам'яті розглядається як ключовий компонент, що пов'язує когнітивне функціонування та формальні розлади мислення [27]. Власні спостереження когнітивної діяльності пацієнтів з шизофренією вказують на можливий зв'язок порушень вербальної робочої (оперативної) пам'яті з вираженістю формальних розладів мислення. Аморфність, зісковзування, розірваність є наслідком порушеної здатності послідовно формувати мисленнєвий ряд, що в свою чергу, імовірно, пов'язано із недостатністю оперативного утримання в пам'яті компонентів думки. Фактично, пацієнти, закінчуючи думку, не пам'ятають її початок, поняття не пов'язані між собою, бо початкове поняття не залишає «слідів», тому наступні поняття виникають без зв'язку із попередніми, а радше під впливом

зовнішніх стимулів та актуальних інтрапсихічних несвідомих контекстів.

Депресивні розлади в тій чи іншій мірі присутні у більшості пацієнтів із шизофренією [50] тому важливим є з'ясування ролі депресивного афекту в походженні когнітивного ураження. Лише кілька досліджень були присвячені цій тематиці, виявлено, що депресія може впливати на взаємозв'язок негативної симптоматики та нейрокогнітивної дисфункції [9]. Узагальнені результати досліджень доводять, що нейрокогнітивна дисфункція є ключовою за шизофренії і являє собою окремий кластер патологічних проявів нарівні з позитивною, негативною, афективною симптоматикою [16; 33; 40].

Багатьма дослідниками когнітивне функціонування розглядається як предиктор ефективності соціального функціонування [38] та здатності застосовувати щоденні життєві навички [29; 72]. Всі ключові нейрокогнітивні конструкти показали значимий взаємозв'язок із елементами функціонального виходу [39; 69]. Нейрокогнітивні порушення та пов'язаний з ними дефіцит здатності виконувати щоденні життєві функції (функціональна компетентність) негативно впливають на здатність пацієнтів проживати окремо та давати собі раду самостійно [62]. Здатність незалежно функціонувати є тим показником, який з особливою показовістю відрізняє менш когнітивно уражених хворих із шизофренією від пацієнтів із вираженим когнітивним дефіцитом [59]. В одному із досліджень пацієнтів з шизофренією, які перенесли первинний психотичний епізод, виявлено кореляцію кількості та якості соціальних контактів з показниками когнітивного функціонування [91]. У контексті вказаних закономірностей варто підкреслити традиційну стратегію вітчизняної психіатрії щодо досягнення максимально повної ресоціалізації пацієнтів із психотичним досвідом, що, зокрема, і передбачає досягнення незалежності соціального функціонування.

Одним із основних критеріїв якості надання медичної допомоги хворим із психічними розладами є показник якості життя. Це закономірно, оскільки саме визначення психічного розладу передбачає момент дезадаптації, життєвої невлаштованості, ангедонії. Редукція якості життя пацієнтів із шизофренією є прямо пов'язана із когнітивним ураженням. Виявлено, що взаємовідношення між суб'єктивним переживаннями себе, власного життя та соціальним функціонуванням у хворих на шизофренію забезпечуються виконавчим функціонуванням, важливим компонентом нейрокогнітивного функціонування загалом [10]. Пацієнти на шизофренію мають менш реалістичне уявлення про своє соціальне функціонування у випадку більш вираженого ураження виконавчих функцій. Mohamed et al. у власному дослідженні прийшли до висновку, що когнітивний дефіцит є стрижневим компонентом редукції якості життя хворих на шизофренію, хоч вираженість позитивної та негативної симптоматики також чинить суттєвий вплив [4].

Показано, що рівень трудової адаптації прямо залежить від вихідних показників нейрокогнітивного функціонування при шизофренії. Зокрема, покращення

якості праці пацієнтів в 6-ти місячній програмі трудової реабілітації визначалось якістю вихідного виконання різних когнітивних тестів [6]. Встановлено, що порушення нейрокогнітивних функцій відіграє більш важливу роль порівняно із клінічною симптоматикою в здатності пацієнтів із шизофренією працювати [64]. Медико-соціальна значущість цієї проблеми полягає в тому, що значну питому вагу пацієнтів з шизофренією складають особи працездатного віку, а нейрокогнітивні порушення фактично являються ключовими параметрами, які визначають інвалідизацію [73].

Ефективність когнітивної діяльності тісно пов'язана із медикаментозною комплаєнтністю і є значущим предиктором здатності пацієнтів з шизофренією дотримуватись лікувальних процедур [30, 49]. Когнітивний дефіцит є одним із ключових чинників порушення лікувального режиму, що призводить до низької ефективності лікування та високого ризику загострення хвороби. Поганий комплаєнс був асоційованим із низькими результатами виконання тестів на увагу та візуальну пам'ять [48]. В іншому дослідженні порушення пам'яті було найважливішим предиктором часткового комплаєнсу [26].

Нейрокогнітивне ураження також має взаємозв'язок із коморбідними медичними станами. Зокрема, виявлено, що дефіцит вищих виконавчих функцій, таких як планування, негативно впливає на здатність хворих на шизофренію звертатись за медичною допомогою у випадку супутніх захворювань. Нездатність пацієнтів із шизофренією зменшити вплив шкідливих звичок (наприклад, куріння, вживання алкоголю) корелює із порушенням пам'яті та уваги [3; 32]. Таким чином, когнітивна недостатність може призводити до виникнення додаткових медичних проблем.

Актуальним завданням психіатрії завжди було раннє виявлення та лікування шизофренії. Особлива увага приділялась вивченню ранніх презентацій захворювання, закономірностей доманіфестного періоду, факторів ризику та предикторів захворювання. В ранніх наукових роботах, метою яких було дослідити зв'язок когнітивного функціонування із ризиком подальшого розвитку шизофренії з'ясовано, що у дітей, які в подальшому захворіли на шизофренію показники когнітивної діяльності значно відрізняються від показників загальної популяції дітей [20; 51; 75]. В Ізраїлі після обстеження всіх підлітків віком від 16 до 17 років виявлено, що когнітивні функції є більш уражені у тих підлітків, які пізніше були госпіталізовані з приводу шизофренії. Проаналізувавши всі дані, автори зробили висновок, що оскільки когнітивний дефіцит передував розвитку захворювання, він нарівні із соціальною ізоляцією є значимим предиктором розвитку психотичних розладів у підлітків із схильністю до виникнення шизофренії [31]. В осіб, які перенесли первинний психотичний епізод, результати виконання когнітивних тестів у продромальній стадії свідчать, що когнітивні порушення виникають саме до маніфестації шизофренії. Базуючись на вказаних даних автори дослідження ставлять питання про можливість існування інтелектуальних маркерів захворювання [21].

Перспективні дослідження показують, що нейрокогнітивне ураження є вираженим у осіб ультрависокого ризику розвитку шизофренії, який визначається спадковою обтяженістю шизофренією та наявністю легких субсиндромальних порушень, які можна віднести до продромальних [17; 11; 97]. При чому найбільш надійними в якості предикторів розвитку психозу в осіб ультрависокого ризику є ураження вербальної пам'яті [41] та порушення уваги [12]. Хоча, використовуючи регресивну модель у дослідженні осіб високого ризику розвитку шизофренії Keefe et al. (2006) встановили, що найважливішими предикторами розвитку психозу є генетичний фактор – спадкова обтяженість, високий рівень підозріливості, незвичайний зміст думок, зловживання психоактивними речовинами [56]. У продовження цього можна із впевненістю констатувати, що як тільки розвивається психоз, когнітивне ураження стає особливо вираженим [7; 87–90].

Порушення когнітивного функціонування пов'язані із шизофренією на даному етапі розвитку науки все частіше розглядаються як потенційні мішені для терапевтичного втручання [44]. Дослідження впливу антипсихотичних препаратів на нейрокогнітивні порушення дали суперечливі результати. Кілька ранніх робіт та мета-аналітичних оглядів показали, що атипівні антипсихотики можуть бути ефективнішими в корекції нейрокогнітивного дефіциту порівняно із антипсихотиками першої генерації. Проте самі дослідники визнавали певні методологічні обмеження цих досліджень пов'язані із малою вибіркою пацієнтів та відносно великими дозами нейролептиків, які порівнювались, супутнім використанням антихолінергічних середників та ін. [23; 74; 96]. У наступних дослідженнях більш довершених методологічно, зокрема в CATIE study, на вибірці більш ніж 800 пацієнтів рандомізованих на лікування перфеназіном, оланзапіном, рісперідоном, кветіапіном та зіпразідоном, не було виявлено достовірної відмінності між препаратами за впливом на нейрокогнітивні порушення після двох місяців лікування [55]. Такі результати були неочікуваними та суперечливими враховуючи попередні дослідження [83], проте інші роботи в яких використовувалась ідентична методологія для вивчення впливу рісперідона, оланзапіна та кветіапіна на когнітивне функціонування у пацієнтів із первинним епізодом шизофренії підтвердили дуже помірний ефект лікування [93]. В контексті даної проблематики особливий науковий інтерес викликає Дослідження першого епізоду шизофренії Європейського Союзу (EUFEST). Порівнювались ефекти від використання галоперідолу, амисульпіриду, оланзапіну, кветіапіну, зіпразідону. Дослідження показало відсутність відмінностей між препаратами, хоч у всіх групах спостерігалось покращення когнітивного функціонування. Цікаво, що покращення нейрокогніції продемонструвало зв'язок із зміною клінічної симптоматики, що свідчило – нейрокогнітивні ефекти вказаних препаратів залежать радше від загального покращення клінічного статусу [84]. Узагальнюючи існуючі результати можна стверджувати, що антипсихотична терапія

незначно, якщо не сказати мінімально, покращує власне нейрокогнітивні функції, незалежно від препарату, який використовується. Провівши огляд актуальних клінічних досліджень шизофренії, перелік яких розміщено на сайті Національного інституту здоров'я США clinicaltrials.com, можна перекопатись, що значна частина наукових розробок стосується власне проблематики нейрокогнітивних порушень.

Враховуючи клінічну значимість нейрокогнітивних розладів, постає закономірне питання про їх патофізіологічний субстрат при шизофренії. При огляді досліджень із використанням магнітно-резонансної томографії було виявлено, що редукція об'єму як лобної та скроневої долі так і мозку загалом є асоційованою із загальним інтелектуальним ураженням та специфічним нейрокогнітивним дефіцитом [4]. Докази регіональної патології при шизофренії отримані в іншому огляді досліджень із використанням об'ємної МРТ, вказують на значну редукцію об'єму темпоральної долі загалом та медіальних темпоральних структур (гіпокамп, парагіпокампальна звивина, мигдалевидне тіло) зокрема [60], це, власне, ті структури, які відповідають за деякі нейрокогнітивні домени. Harrison J. P., провівши обширний огляд літератури стосовно досліджень нейропатології шизофренії, виявив, що захворювання є асоційованим із розширенням шлуночків та зменшенням кортикального об'єму, при цьому патологія найбільше представлена в гіпокампі, префронтальній корі та дорсальному таламусі. Вказані аномалії визначають порушення нейрональних взаємозв'язків як всередині, так і між даними регіонами та виникають більш імовірно під час розвитку мозку. Виявлено також, що на клітинному рівні зміни представлені у вигляді аномалій пресинаптичних та дендритичних параметрів [46]. Hans W Moises та ін. (2002) висунули гіпотезу, що принаймі частково розвиток шизофренії пов'язаний із дефіцитом факторів росту глії, що визначає синаптичну дестабілізацію при шизофренії. Гіпотеза побудована на даних про зменшену кількість клітин глії та зменшену експресію гліальних генів при шизофренії [45]. Клітини глії в ЦНС відіграють протективну, регенеративну та активну регуляторну роль – синтезуючи нейротрофічні фактори, стимулюють нейрогенез в гіпокампі та паравентрикулярній зоні, впливають на нейрональну активність, силу синаптичних зв'язків та імовірно є складовою синаптичної нейротрансмісії. Через синтез нейротрофічних факторів гліальні клітини забезпечують позитивний зворотній зв'язок між пресинаптичними нейронами та їхніми постсинаптичними мішенями. У свою чергу сила та ефективність синаптичних зв'язків, зокрема в глутаматергічних нейронах префронтальної кори та гіпокампа, забезпечують нейрональну пластичність, довготривалу потенціацію, які є ключовими в широкому спектрі нейрокогнітивної діяльності.

На основі аналізу літератури та власних спостережень нейрокогнітивної діяльності пацієнтів із шизофренією сформульовано дослідницьку гіпотезу про потенційну ефективність включення в комплекс лікування

хворих на шизофренію нейротрофічних середників, зокрема церебролізіну, для корекції нейрокогнітивних порушень. Проводиться відповідне дослідження.

Література:

- Addington J, Addington D, Maticka-Tyndale E (1991) Cognitive functioning and positive and negative symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res* 5:123–134
- Addington J, Addington D (2000) Neurocognitive and social functioning in schizophrenia: a 2.5 year follow-up study. *Schizophr Res* 44:47–56
- Aitchison K. J., Meehan K., Murray R.M. *First episode psychosis*. Martin Dunitz 1999.
- Antonova E, Sharma T, Morris R, Kumari V. The relationship between brain structure and neurocognition in schizophrenia: a selective review. *Schizophr Res* 2004; 70: 117–45.
- Baddeley A (1992) Working memory. *Science* 255:556–559, Review
- Bell MD, Bryson G (2001) Work rehabilitation in schizophrenia: does cognitive impairment limit improvement? *Schizophr Bull* 27:269–279
- Bilder R. M., Goldman R. S., Robinson D., et al: Neuropsychology of first-episode schizophrenia: initial characterization and clinical correlates. *Am J Psychiatry* 157(4):549–59, 2000
- Braff D. L., Freedman R., Schork N. J., Gottesman I. I. (2007) Deconstructing schizophrenia: an overview of the use of endophenotypes in order to understand a complex disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 33:21–32.
- Brebion G., Gorman J. M., Malaspina D., et al: Clinical and cognitive factors with verbal memory task performance in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 158(5):758–64, 2001
- Brekke J. S., Kohrt B., Green M. F. (2001) Neuropsychological functioning as a moderator of the relationship between psychosocial functioning and the subjective experience of self and life in schizophrenia. *Schizophr Bull* 27:697–708
- Brewer W. J., et. al (2003) Impairment of olfactory identification ability in individuals at ultra-high risk for psychosis who later develop schizophrenia. *Am J Psychiatry* 160:1790–1794 Cognitive Impairment in Schizophrenia 31
- Brewer W. J., et. al (2005) Memory impairments identified in people at ultra-high risk for psychosis who later develop first episode psychosis. *Am J Psychiatry* 162:71–78
- Buchanan R. W., Holstein C., Breier A. (1994) The comparative efficacy and long-term effect of clozapine treatment on neuropsychological test performance. *Biol Psychiatry* 36:717–725
- Callicott J. H., et. al (1999) Physiological characteristics of capacity constraints in working memory as revealed by functional MRI. *Cereb Cortex* 9:20–26
- Cameron D. E. Early schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1938; 95: 567–578.
- Cannon T., Bearden C. E., Hollister J. M. et al. Childhood cognitive functioning in schizophrenia patients and their unaffected siblings: a prospective cohort study. *Schizophrenia Bulletin* 2000; 26, 379–93.
- Caspi A., et. al (2003) Cognitive performance in schizophrenia patients assessed before and following the first psychotic episode. *Schizophr Res* 65:87–94
- Courtet P., Gottesman I. I., Jollant F., Gould TD (2011) The neuroscience of suicidal behaviors: what can we expect from endophenotype strategies? *Translational Psychiatry*, May 10; 1
- Barch D. M., Keefe RSE (2010) Anticipating DSM-V: Opportunities and challenges for cognition and psychosis. *Schizophr Bull* 36:43–47
- David A. S., et. al (1997) IQ and risk for schizophrenia: A population-based cohort study. *Psychol Med* 27:1311–1323
- Davidson M., et. al (1999) Behavioral and intellectual markers for schizophrenia in apparently healthy male adolescents. *Am J Psychiatry* 156:1328–1335
- Davidson M., et.al (1995) Severity of symptoms in chronically institutionalized geriatric schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 152:197–207
- Davis S. M., et. al (2003) Statistical approaches to effectiveness measurement and outcome-driven re-randomizations in the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) studies. *Schizophr Bull* 29:73–80
- Deci E. L., Flaste R.: *Why We Do What We Do: Understanding Self-Motivation*. New York, NY, Penguin Books, 1996
- Dickerson F., Boronow J. J., Ringel N., Parente F. (1999) Social functioning and neurocognitive deficits in outpatients with schizophrenia: A 2-year follow-up. *Schizophr Res* 37:13–20
- Donohoe G., et. al (2001) Predictors of compliance with neuroleptic medication among inpatients with schizophrenia: A discriminant function analysis. *Eur Psychiatry* 16:293–298
- Elvegag B., Weickert T., Wechsler M., et al: An investigation of the integrity of semantic boundaries in schizophrenia. *Schizophr Res* 53(3):187–98, 2002
- Ertuğrul A., Uluğ B. (2002) The influence of neurocognitive deficits and symptoms on disability in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 105:196–201
- Evans J. D., et. al (2003) The relationship of neuropsychological abilities to specific domains of functional capacity in older schizophrenic patients. *Biol Psychiatry* 53:422–430
- Fenton W. S., Blyler C. R., Heinssen RK (1997) Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull* 23:637–651
- Fuller R., Nopoulos P., Arndt S., O'Leary D., Ho B. C., Andreasen N. C. (2002) Longitudinal assessment of premorbid cognitive functioning in patients with schizophrenia through examination of standardized scholastic test performance. *Am J Psychiatry* 159:1183–1189
- George T. P., et. al (2000) Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 157:1835–1842
- Gold J. M., Harvey P. D. Cognitive deficits in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 1993; 16: 295–312.
- Gold J. M., et. al (2003) Working memory for visual features and conjunctions in schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 112:61–71
- Goldman-Rakic P. S. (1987) Circuitry of the frontal association cortex and its relevance to dementia. *Arch Gerontol Geriatr* 6:299–309
- Goldman-Rakic P. S. (1994) Working memory dysfunction in schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 6:348–357
- Gottesman I. I., Gould T. D. (2003) The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. *American Journal of Psychiatry*, 160:636–645.
- Green M. F. (1996) What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry* 153:321–330
- Green M. F., Kern R. S., Braff D. L., Mintz J. (2000) Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the “right stuff”? *Schizophr Bull* 26:119–136, Review
- Harvey P. D., Keefe R. S. E. Studies of cognitive change in patients with schizophrenia following novel antipsychotic treatment. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (2): 176–84.
- Hawkins K. A., et. al (2004) Neuropsychological status of subjects at high risk for a first episode of psychosis. *Schizophr Res* 67:115–122
- Horan W. P., Braff D. L., Nuechterlein K. H., et. al. (2008) Verbal working memory impairments in individuals with schizophrenia and their first-degree relatives: findings from the Consortium on the Genetics of Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 103:218–228.
- Hunt J. McV., Cofer C. N. Psychological deficit. In: Hunt J. McV., ed. *Personality and the behavior disorders*. New York: Ronald Press, 1944.
- Hyman S. E., Fenton W. S. (2003) Medicine. What are the right targets for psychopharmacology? *Science* 299:350–351
- Hans W. Moises, Tomas Zoega, Irving I. Gottesman. The glial growth factors deficiency and synaptic destabilization hypothesis of schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2002
- Harrison Paul J. The neuropathology of schizophrenia. A critical review of the data and their interpretation *Brain* (1999), 122, 593–624
- Jablensky A. (2010) The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12:271–287.
- Jarboe K. S., Schwartz SK (1999) The relationship between medication noncompliance and cognitive function in patients with schizophrenia. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 5:S2–S8
- Jeste S. D., et. al (2003) Cognitive predictors of medication adherence among middle-aged and older outpatients with schizophrenia. *Schizophr Res* 63:49–58
- Jin H., Zisook S., Palmer B. W., et al: Association of depressive symptoms and functioning in schizophrenia: A study of older

- outpatients. *J Clin Psychiatry* 62:797–803, 2001
51. Jones P., et. al (1994) Child development risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet* 344:1398–1402
 52. Keefe, R. S. E.: The assessment of neurocognitive treatment response and its relation to negative symptoms in schizophrenia. in *Negative Symptom and Cognitive Deficit Treatment Response in Schizophrenia*. Edited by Keefe R. S. E., Mcevoy J. P. Washington: APA, 2000, pp 85–110
 53. Keefe R. S. E. (2000) Working memory dysfunction and its relevance in schizophrenia. In: Sharma T., Harvey P. D. (eds) *Cognition in schizophrenia: characteristics, correlates, and treatment*. Oxford University Press, Oxford, pp 16–49
 54. Keefe R. S. E., Bilder R. M., Harvey P. D., et. al (2006a) Baseline neurocognitive deficits in the CATIE schizophrenia trial. *Neuropsychopharmacology* 31:2033–2046
 55. Keefe R. S. E., Bilder R. M., Davis S. M., Harvey P. D., et. al CATIE Investigators, Neurocognitive Working Group (2007a) 34 R. S. E. Keefe and P. D. Harvey Neurocognitive effects of antipsychotic medications in patients with chronic schizophrenia in the CATIE trial. *Arch Gen Psychiatry* 64:633–647
 56. Keefe R. S. E., Perkins D. O., Gu H., Zipursky R. B., Christensen B. K., Lieberman J. A. (2006b) A longitudinal study of neurocognitive function in individuals at-risk for psychosis. *Schizophr Res* 88:26–35
 57. Keefe R. S. E., Fenton W. S. (2007) How should DSM-V criteria for schizophrenia include cognitive impairment? *Schizophr Bull* 33:912–920
 58. Kraepelin E. In: Robertson G. M., ed. *Dementia praecox and paraphrenia*. Melbourne, FL: Robert E. Krieger, 1971 (originally published in 1919).
 59. Leung W. W., Bowi C. R., Harvey P. D. (2008) Functional implications of neuropsychological normality and symptom remission in older outpatients diagnosed with schizophrenia: A cross-sectional study. *J Int Neuropsychol Soc* 14:479–488
 60. Lawrie S. M., Abukmeil S. S. Brain abnormality in schizophrenia. A systematic and quantitative review of volumetric magnetic resonance imaging studies. [Review]. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 110–20.
 61. Malec J. Neuropsychological assessment of schizophrenia versus brain damage: a review. *J Nerv Ment Dis* 1978;166:507.
 62. Mausbach B. T., et. al (2008) Usefulness of the UCSD performance-based skills assessment (UPSA) for predicting residential independence in patients with chronic schizophrenia. *J Psychiatr Res* 42:320–327.
 63. McClure M. M., et. al (2007) Correlations of functional capacity and neuropsychological performance in older patients with schizophrenia: evidence for specificity of relationships? *Schizophr Res* 89:330–338
 64. McGurk S. R., et. al (2003) Cognitive and symptom predictors of work outcomes for clients with schizophrenia in supported employment. *Psychiatr Serv* 54:1129–1135
 65. Mohamed S., et. al (2008) Relationship of cognition and psychopathology to functional impairment in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 165:978–987
 66. Morris R. G., et. al: Problem solving in schizophrenia: a specific deficit in planning ability. *Schizophr Res* 14(3):235–46, 1995
 67. Michael Foster Green and Keith H. Nuechterlein. Should Schizophrenia Be Treated as a Neurocognitive Disorder? *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 25, No. 2, 1999.
 68. Mueser K. T., Bellack A. S., Douglas M. S., Wade J. H. (1991) Prediction of social skill acquisition in schizophrenic and major affective disorder patients from memory and symptomatology. *Psychiatry Res* 37:281–296
 69. Nuechterlein K. H., et. al (2004) Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophr Res* 72:29–39, Review
 70. Paulsen J. S., Heaton R. K., Sadek J. R., et al: The nature of learning and memory impairments in schizophrenia. *J Int Neuropsychol Soc* 1(1):88–99, 1995
 71. Paunio T., Tuulio-Henriksson A., Hiekkinen T., et. al (2004) Search for cognitive trait components of schizophrenia reveals a locus for verbal learning and memory on 4q and for visual working memory on 2q. *Human Molecular Genetics*, 13:1693–1702.
 72. Patterson T. L., Goldman S., McKibbin C. L., Hughs T., Jeste D. V. (2001) UCSD Performance-Based Skills Assessment: development of a new measure of everyday functioning for severely mentally ill adults. *Schizophr Bull* 27:235–245.
 73. Purdon S. E. Neuropsychological function in schizophrenia after 6 months of doubleblind treatment with quetiapine or haloperidol. *Schizophr Res* 2000; 41: 152–3
 74. Rosenheck R., Doyle J., Leslie D., Fontana A. (2003) Changing environments and alternative perspectives in evaluating the cost-effectiveness of new antipsychotic drugs. *Schizophr Bull* 29:81–93
 75. Seidman L. J., et. al. North American Prodrome Longitudinal Study (NAPLS) Group (2010) Neuropsychology of the prodrome to psychosis in the NAPLS consortium: relationship to family history and conversion to psychosis. *Arch. Gen. Psychiatry* 67:578–588
 76. Shakow D. *Adaptation in schizophrenia: the theory of segmental set*. New York: John Wiley and Sons, 1979.
 77. Shelton R. C., Weinberger D. R. X-ray computerized tomography studies in schizophrenia: a review and synthesis. In: Nasrallah H. A., Weinberger D. R., eds. *Handbook of schizophrenia*. Amsterdam: Elsevier Science, 1986:207–250
 78. Silver H., et. al (2003) Working memory deficit as a core neuropsychological dysfunction in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 160:1809–1816
 79. Strauss M. E.: Relations of symptoms to cognitive deficits in schizophrenia. *Schizophr Bull* 19(2):215–31, 1993
 80. Summerfelt A. T., Alphas L. D., Funderburk F. R., et al: Impaired Wisconsin Card Sort performance in schizophrenia may reflect motivational deficits. *Arch Gen Psychiatry* 48(3):282–3, 1991
 81. Tamlyn D., et. al (1992) Memory impairment in schizophrenia: Its extent, affiliations and neuropsychological character. *Psychol Med* 22:101–115
 82. Twamley E. W., et. al (2003) Generalized cognitive impairments, ability to perform everyday tasks, and level of independence in community living situations of older patients with psychosis. *Am J Psychiatry* 159:2013–2020
 83. Kraemer H. C., Frank E. (2010) Evaluation of comparative treatment trials: assessing clinical benefits and risks for patients, rather than statistical effects on measures. *J Am Med Assoc* 304:683–684
 84. Sweet R. A., Pollock B. G., Mulsant B. H., Rosen J., Sorisio D., Kirshner M., Henteleff R., DeMichele M. A. (2000) Pharmacologic Profile of Perphenazine's Metabolites. *J Clin Psychopharmacol* 20:181–187
 85. Heinrichs R. W., Zakzanis K. K.: Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology* 12:426–444, 1998
 86. Harvey P. D., Keefe R. S. E.: Cognitive impairment in schizophrenia and implications of atypical neuroleptic treatment. *CNS Spectr* 2:1–11, 1997
 87. DeLisi L. E., Tew W., Xie S., et al: A prospective follow-up study of brain morphology and cognition in first-episode schizophrenic patients: preliminary findings. *Biol Psychiatry* 38(6):349–60, 1995
 88. Mohamed S., Paulsen J. S., O'Leary D., et al: Generalized cognitive deficits in schizophrenia: a study of first-episode patients. *Arch Gen Psychiatry* 56(8):749–54, 1999
 89. Hoff A. L., Riordan H., O'Donnell D. W., et al: Neuropsychological functioning of first-episode schizophreniform patients. *Am J Psychiatry* 149(7):898–903, 1992
 90. Stirling J., White C., Lewis S., et al: Neurocognitive function and outcome in first-episode schizophrenia: a 10-year follow-up of an epidemiological cohort. *Schizophr Res* 65(2–3):75–86, 2003
 91. Malla A. K., Norman R. M. G., Manchanda L. T.: Symptoms, cognition, treatment adherence and functional outcome in first-episode psychosis. *Psychol Med* 32(6):1109–1119, 2002
 92. Nopoulos P., et. al: Stability of cognitive functioning early in the course of schizophrenia. *Schizophr Res* 14(1):29–37, 1994
 93. Van Putten T., Marder S. R., Wüshing W. C., Aravagiri M., Chabert N. (1991) Neuroleptic plasma levels. *Schizophr Bull* 17:197–216
 94. Velligan D. I., et. al (2000) Do specific neurocognitive deficits predict specific domains of community function in schizophrenia? *J Nerv Ment Dis* 188:518–524
 95. Weinberger D. R., Berman K. F., Zec R. F. Psychologic dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia: I. Regional cerebral blood flow evidence. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:114–124.
 96. Swartz M. S., Perkins D. O., Stroup T. S., McEvoy J. P., Nieri J. M., Haak D. C. (2003) Assessing clinical and functional outcomes in the

Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial. Schizophr Bull 29:33–43

psychosis: past and current conceptualizations. Schizophr Bull 22:353–370

97. Yung A. R., McGorry P. D. (1996) *The prodromal phase of first-episode*

**НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И ОБОСНОВАНИЕ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ГИПОТЕЗЫ**

А. Р. ЦЬОНА

В статье представлен анализ литературы по вопросу нейрокогнитивных нарушений при шизофрении. Показана зависимость эффективности социального функционирования больных, течения и прогноза заболевания от выраженности нейрокогнитивных нарушений. Рассмотрена проблематика патофизиологического субстрата нейрокогнитивных нарушений и возможность их коррекции. В результате сформулирована исследовательская гипотеза.

**NEUROPSYCHOLOGICAL DISTURBANCES UNDER SCHIZOPHRENIA. LITERATURE REVIEW AND INVESTIGATIONAL
HYPOTHESIS ARGUMENTATION**

A. R. TSONA

Literature review showed the significance of neurocognitive disturbances under schizophrenia its impact on functioning in different areas. Promlematics of pathophysiological substrate in case of neurocognitive deficit was reviewed Investigational hypothesis – correction of neurocognitive disturbances with neurotrophic drug Cerebrolisin was scientifically grounded

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК: 616.123-007

И. А. МАРЦЕНКОВСКИЙ, А. В. КАПТИЛЬЦЕВА КОМОРБИДНЫЕ С АУТИЗМОМ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

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

Ключевые слова: коморбидность, расстройства спектра аутизма, тревожные расстройства, психическая травма, депрессия, расстройства личности

Изучение психиатрической коморбидности при первичных нарушениях развития (расстройствах спектра аутизма – РСА) должно способствовать развитию семиотики и созданию специализированных патогенетически обоснованных терапевтических стратегий.

Такие традиционные предикторы позитивного терапевтического прогноза, как отсутствие умственной отсталости и хорошая комплаентность у больных с РСА, не всегда оказываются достаточными для достижения в процессе лечения хорошей терапевтической динамики, поскольку не учтенные сопутствующие психические нарушения могут существенно ухудшить прогноз. Коморбидные пограничные расстройства личности, расстройства пищевого поведения, симптомы шизофренического спектра, нарушения активности и внимания, рекуррентная и биполярная депрессии, тревожные расстройства расширяют представления об этиологии и патогенезе первичных нарушений развития.

В 1943 году Лео Каннер описал одиннадцать детей с тяжёлыми нарушениями развития, у которых были похожие клинические проявления: они избегали и закрывались от внешнего мира, интересовались предметами, но полностью игнорировали человеческие взаимоотношения, предпочитали однообразие, демонстрировали повторяющееся стереотипное поведение [1]. Некоторые дети имели специфические навыки и особые необычные интересы.

В 1956 году Лео Каннер и Лео Эйсенберг сформулировали первые диагностические критерии расстройства, построенные на выделении основных признаков – «настаивании на однообразии» и «аутистическом одиночестве» [2].

В 1944 году австрийский педиатр Ганг Аспергер опубликовал в Германии работу, в которой обсуждалась группа детей с ограниченными возможностями социального взаимодействия при различных интеллектуальных способностях [3]. Определение аутизма, данное Аспергером, было более широким, чем ранее предложенное Каннером, но оба исследователя были едины в том, что

строгое научное разграничение между двумя «клиническими формами аутизма» отсутствует.

Своих пациентов он описывал так: «У этих детей есть основополагающие нарушения, которые манифестируют во всех поведенческих и экспрессивных феноменах. Следствием этих нарушений являются сложности социальной интеграции».

Аспергером были описаны дети, которые избегали зрительного контакта, демонстрировали стереотипные движения, речь которых по объему и по строению была не типичной для их возраста, которые не проявляли ласку и любовь, отвергали любовь родителей. Для названия данного расстройства исследователь использовал термин «аутистическая психопатия» (соответствующий ныне используемой дефиниции «расстройство личности») и настаивал на том, что хотя и есть заметные трудности в социальной интеграции таких детей, многие из них приспособляются к жизни в обществе, демонстрируют значительные успехи во взрослой жизни.

Современное определение РСА, как «поведенческого синдрома, имеющего биологическую основу (системные нарушения развития мозга), происхождение которых объясняется взаимодействием генетических и средовых факторов» впервые было предложено и обосновано Мартой Херберт в опубликованном в 2005 году аналитическом обзоре [4].

Большинство экспертов сегодня соглашаются с целесообразностью использования общего термина «расстройства спектра аутизма» (РСА) для обозначения группы первичных нарушений развития, которая характеризуется отклонениями в развитии речи, значительными качественными нарушениями коммуникации, очевидными при социальных интеракциях с другими детьми, ограниченным набором знаний или интересов, необычными сенсорными интересами и моторными нарушениями, вне зависимости от уровня интеллекта.

В дальнейшем эксперты, занимающиеся первичными нарушениями развития, пришли к выводу, что спектры клинических проявлений, свойственных пациентам

с РСА и другими расстройствами психики частично перекрываются. Многие симптомы аутизма встречаются у пациентов с другими расстройствами, а также у людей, которые считаются психически здоровыми. Пациенты с симптомами РСА часто имеют симптомы других психических расстройств, общие с этими расстройствами варианты генетического полиморфизма, патофизиологические и нейрохимические нарушения. Многие психопатологические симптомы, сочетающиеся с аутистическими, положительно реагируют на фармакологическое лечение. Доказана эффективность применения ингибиторов обратного захвата серотонина при лечении коморбидных депрессий, тревожных расстройств и двигательных стереотипий, антипсихотических препаратов при лечении тяжелых поведенческих нарушений. Для лечения гиперактивности и повторяющегося поведения рекомендованы полиненасыщенные омега-3, омега-6 жирные кислоты [5]. Для коррекции тревожных, депрессивных и обсессивно-компульсивных симптомов при высокофункциональном аутизме у детей школьного возраста рекомендована когнитивно-поведенческая терапия [6–7].

Целью настоящего исследования было изучение коморбидности РСА с тревожными, депрессивными, личностными расстройствами, клинический полиморфизм в процессе взросления, переходе пациентов от подросткового к юношескому возрасту. Отдельными задачами исследования было изучение перекрытия аутистического и шизофренического континуумов клинических проявлений, коморбидности высокофункционального аутизма с личностными расстройствами.

Под нашим наблюдением в отделе детской и подростковой психиатрии Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии находились 36 подростков в возрасте 15–18 лет и 27 совершеннолетних пациентов с РСА в возрасте до 25 лет. Проводились типологизация, структурирование и лонгитудинальное изучение клико-психопатологических нарушений. Учитывались данные архивной медицинской документации, результаты специального интервью с родителями, результаты собственного катамнестического наблюдения. Продолжительность катамнестического наблюдения у каждого рандомизированного пациента составляла 3–5 лет.

Депрессии и тревожные расстройства являлись основной причиной обращения рандомизированных пациентов за психиатрической помощью в подростковом и юношеском возрасте.

У каждого четвертого пациента с РСА выполнялись диагностические критерии обсессивно-компульсивного расстройства, у 17% – социальной фобии, у трети – нарушений активности и внимания (гиперкинетического расстройства). Подобная множественная коморбидность была установлена и другими исследователями, как для «низкофункционального», так и для «высокофункционального» аутизма (синдрома Аспергера) [8–10].

Депрессии были диагностированы у 14 подростков с РСА, в анамнезе которых были указания на периоды дезадаптивного поведения, ухудшения социального

функционирования, связанные с интернированием, травлей в школе. У подростков с высокофункциональным аутизмом (IQ > 70) пролонгированные депрессивные и тревожно-депрессивные реакции диагностировались чаще, чем при аутизме со сниженной способностью к обучению и интеллектуально-мнестической недостаточностью ($p < 0,05$).

У трети рандомизированных нами подростков имели место выраженные нарушения активности и внимания, у 25% выполнялись диагностические критерии одного или нескольких тревожно-фобических расстройств.

У взрослых пациентов наиболее часто встречались социальные тревожные (18 пациентов) и обсессивно-компульсивные (9 человек) расстройства. У 4 человек выполнялись диагностические критерии средне-тяжелого эпизода рекуррентной депрессии.

Определенные сложности у совершеннолетних пациентов вызывало разграничение клинических проявлений РСА с расстройствами личности и нарушениями активности и внимания. Поведение больных с РСА редко бывало импульсивным; для них более характерным было стереотипное, повторяющееся поведение с необычными увлечениями, сенсорными интересами. В отличие от достигших зрелого возраста больных с пограничным личностным расстройством, рандомизированные нами пациенты с РСА не были склонны к ведению беспорядочной половой жизни, формированию зависимости от никотина, алкоголя или наркотиков.

В одном из исследований содержится анализ клинических проявлений аутистического спектра у 41 женщины с пограничным расстройством личности [11]. Продемонстрировано, что такие пациентки значительно чаще совершали попытки самоубийства, но реже имели зависимость от алкоголя и психоактивных веществ. Попытки суицида у этих пациенток не были связаны с импульсивностью, но коррелировали с выраженностью симптомов депрессии, характеризовались наличием соматического синдрома.

Рандомизированные нами совершеннолетние пациенты с РСА ранее нередко ошибочно оценивались врачами, как имеющие проявления шизоидного расстройства личности. Но в отличие от них проявляли интерес к общению, испытывали в нем потребность, но не могли поддерживать устойчивую совместную деятельность и дружеские отношения вследствие недостаточной социальной реципрокности (своеобразных интересов, необычного социального поведения).

Имеется выраженная корреляция между РСА и расстройствами пищевого поведения, которые наблюдаются как в подростковом, так и в зрелом возрасте, как при наличии, так и при отсутствии умственной отсталости. Причинами своеобразия пищевого поведения могут быть перцепторные нарушения (извращенные, усиленные или ослабленные вкусовые ощущения и восприятия), специфические интересы (сверхценные идеи), повторяющееся поведение. Подростки и взрослые с РСА с нормальным уровнем интеллекта часто следуют принципам здорового питания и вегетарианства. В

обзоре клинических исследований, приведенном Марией Растам [12], продемонстрировано, что нервная анорексия является единственным расстройством пищевого поведения, встречающимся при РСА чаще, чем в контрольной группе.

В ряде исследований [13–14] продемонстрирована высокая частота кататонии и разнообразных психотических симптомов при РСА и наличие аутистических симптомов при шизофрении. Популярная в России концепция шизотипичной личности в значительной степени перекрывается концептуализацией представлений о первичных нарушениях развития. Это служит основанием для разграничения процессуального и органического аутизма в работах российских психиатров. Детский аутизм процессуального генеза ранее описывался в разделе ранней детской шизофрении или раннего детского аутизма процессуального генеза [15–17]. Особое значение уделялось характеристике клинической картины манифестных, развернутых, конечных этапов психоза, их особенностям при непрерывном и приступообразном типах течения шизофренического процесса у детей до 7 лет. Считалось, что при манифестации заболевания до 3-летнего возраста в клинической картине состояния преобладали явления регресса, т. е. утраты приобретенных ранее навыков и речи. По мнению В. М. Башиной у таких больных, в большинстве случаев можно было диагностировать ранние психотические приступы, которые в короткие от начала болезни сроки завершались формированием конечных состояний с глубоким олигофреноподобным дефектом, эмоциональным оскудением и рассматривались ими, как предпосылки формирования аутизма, эволютивного, в терминологии авторов характера.

Согласно нашим исследованиям случаи регресса и психотические симптомы при РСА в детском возрасте встречаются крайне редко. Определенные сложности при дифференциальной диагностике детской шизофрении и РСА могут возникнуть из-за бедности эмоциональных проявлений и негативистичного поведения части больных с РСА. При дифференциальной диагностике следует иметь в виду, что галлюцинации и бредовые идеи специфичны для шизофрении, квалификация их в качестве коморбидных психотических симптомов при РСА выглядит малоубедительной. В тоже время у большинства детей с ранней манифестацией шизофрении отсутствуют задержки развития речи и дефицит социального реципрокности, характерные для детей с РСА.

Первичные нарушения развития не всегда удается разграничить с расстройствами спектра шизофрений, шизотипического и бредового расстройств. Признанием существования проблемы являются попытки ввести в клиническую практику новую диагностическую категорию комплексного расстройства развития. Сутью предложенной диагностической категории является попытка интерпретировать бодерляйн расстройства детского возраста и детскую шизофрению, как единый континуум психических нарушений через призму теории нарушения нейроразвития [18].

В инструментарии для оценки личностных качеств (SWAP – 200) (Westen et al. 2005) выделяются одиночный шизотипический фактор и фактор отвержения сверстниками. Корреляция между этими показателями значительная, оба они тесно связаны с расстройствами личности при наличии социальной изоляции и определенных странностей.

Приходится также проводить дифференциальную диагностику РСА с другими расстройствами личности. Согласно данным Е. Риден, С. Бежерот (Rydén E., Bejerot S.) (2008) [19] аутистические проявления имеют место у 40% пациентов с уклоняющимся, пограничным и обсессивно-компульсивным; более чем у трети больных с депрессивно-шизотипическим, шизоидным и нарциссическим и почти у 25% с параноидальным и пассивно-агрессивным расстройствами личности.

Дифференциальная диагностика РСА и расстройств личности может иметь определяющее значение при решении вопросов судебно-психиатрической экспертизы. Марианна Кристиансон Каролина Сорман (Marianne Kristiansson и Karolina Sorman) (2008) [20] пришли к выводу о том, что большинство пациентов с аутистическими расстройствами исключительно законопослушны. Лишь в отдельных случаях люди с первичными нарушениями развития могут совершать правонарушения, связанные с непониманием социального контекста конфликтных или проблемных ситуаций или специфическими интересами. В основе аддиктивного поведения могут лежать специфические интересы, например, увлеченность пожарами, эротомания сверхценный интерес к известным людям. Согласно нашим данным расстройства личности не характерны для людей с РСА. Пациенты с личностными расстройствами, как правило, эгоистичны, у них отсутствует сочувствие, они успешно манипулируют другими. Лица с РСА социально неумелы из-за отсутствия у них интуитивного понимания контекста ситуации, тем не менее они могут испытывать симпатию к другим людям.

Проблема коморбидности аутистических расстройств с другими психическими нарушениями далека от своего окончательного разрешения. Тем не менее, результаты собственных исследований и данные литературы позволяют предположить, что спектры коморбидных психических расстройств при РСА у подростков и взрослых подобны.

Полиморфные тревожные, в том числе обсессивно-компульсивные расстройства относятся к числу наиболее часто диагностируемых в качестве второго диагноза. У одного пациента с РСА возможна диагностика нескольких тревожных расстройств, что позволяет говорить о множественной коморбидности.

Для детей дошкольного и раннего школьного возраста более характерны нарушения активности и внимания, которые мы рассматриваем в рамках клинического полиморфизма континуума расстройств спектра аутизма. Здесь уместно вспомнить, что диагностические критерии МКБ 10 и DSM IV исключают одновременную

діагностику аутизму і РДВГ (гіперкінетического розладу).

В підлітковому віці порушення активності і уваги амальгамуються з поведінковими порушеннями. Характерними для РСА в цьому віці є також психічні порушення, пов'язані з психічною травмою і третируванням сверстниками.

У дорослих пацієнтів РСА поряд з тривожними розладами в якості коморбідних порушень часто діагностуються депресії.

Немає клінічного підтвердження припущення про єдиність спектрів розладів, пов'язаних з порушенням нейророзвитку, в частині представлення об'єктивних шизофренічних, шизотипальних і аутистических порушень, що дозволяє розглядати аутизм у дітей, як особливий варіант клінічного поліморфізму дитячої шизофренії. Наші дані не підтверджують припущення про високий рівень коморбідності при РСА і розладах особистості, в тому числі пограничних і шизотипальних.

Література:

1. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact / L. Kanner // *Nerv. Child.* – 1943. – V. 2. – P. 217–250;
2. Kanner L., Eisenberg L. Early infantile autism 1943–1955 / L. Kanner, L. Eisenberg // *Am. J. Orthopsychiatry.* – 1956. – V. 26. – №3. – P. 556–566;
3. Asperger H. Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter [Autistic psychopaths in childhood / H. Asperger // *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (in German).* – 1944. – V.117. – P. 76–136;
4. Herbert M. R. Autism: A Brain disorder or a disorder that affects the brain? / M. R. Herbert // *Clinical Neuropsychiatry.* – 2005. – V. 2. – №6. – P. 354–379;
5. Omega-3 fatty acids supplementation in children with autism: a double-blind randomized, placebo-controlled pilot study / G. P. Amminger, G. E. Berger, M. R. Schäfer [and other] // *Biological Psychiatry.* – 2007. – V. 61. – P. 551–553;
6. Brief report: effects of cognitive behavioral therapy on parent-reported autism symptoms in school-age children with high-functioning autism / J. J. Wood, A. Drahota A, K. Sze [and other] // *J. Autism Dev. Disord.* – 2009. – V. 39. – №11. – P. 1608–1612;
7. Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized, controlled trial / J. J. Wood, A. Drahota A., K. Sze [and other] // *J Child Psychol Psychiatry.* – 2009. – V. 50. – №3. – P. 224–234;
8. Mohammad G. Mental Health Aspects of Autism and Asperger Syndrome / Ghaziuddin Mohammad. – Philadelphia: Jessica Kingsley. – 2005 – 254 p.
9. Weil T. N. Treating patients with Autism Spectrum Disorder – SCDA members' attitudes and behavior *Special Care in Dentistry* / T. N. Weil, R. A. Bagramian, M. R. Inglehart. – 2011. – V. 31. – №1. – P. 8-17;
10. Gillberg Ch. Overlap between ADHD and autism spectrum disorders in adults / Christopher Gillberg, Carina Gillberg, Henrik Anckarsäter [and other] // *ADHD in Adults. Characterization, Diagnosis, and Treatment* / J. K. Buitelaar, C. C. Kan, P. Asherson (Eds.). – 2011. – Cambridge: Cambridge University Press. – P. 157-167;
11. Shevlin M. Assessing adolescent personality pathology / M. Shevlin, M. Dorahy, G. Adamson [and other] // *British J. of Psychiatry.* – 2007. – Suppl.186. – P. 227-238;
12. Somatic problems and self-injurious behaviour 18 years after teenage-onset anorexia nervosa / Elisabet Wentz, Carina Gillberg, Henrik Anckarsäter [and other] // *European Child & Adolescent Psychiatry* – 2012. – V. 21, Issue 8. – P. 421-432;
13. Skokauskas N. Psychosis, affective disorders and anxiety in autistic spectrum disorder: Prevalence and nosological considerations / N. Skokauskas, L. Gallagher // *Psychopathology.* – 2010. – V. 43. – P. 8-16;
14. Stahlberg O. Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders / O. Stahlberg, H. Soderstrom, M. Rastam [and other] // *Journal of Neural Transmission.* – 2004. – V. 111. – P. 891-902;
15. Симеон Т. П. Начальные симптомы шизофрении раннего детского возраста / Т. П. Симеон // *Сов. Психоневрология.* – 1935. – № 6. – С. 132-141;
16. Башина В. М. К особенностям взаимосвязи доманифестного дизонтогенеза, синдрома раннего детского аутизма Каннера и ранней детской шизофрении (по данным катamnестического обследования) / В. М. Башина // *Журн. невропатол. и психиатр.* – 1986. – № 3. – С. 413-419;
17. Башина В. М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика) / В. М. Башина. – 1989. – М.: Медицина. – 256 с.;
18. 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.
19. Rydén E. Autism spectrum disorders in an adult psychiatric population. A naturalistic cross-sectional controlled study / E. Rydén, S. Bejerot // *Clinical Neuropsychiatry* – 2008. – V. 5. – № 1. – P. 13–21.
20. Kristiansson M. Autism spectrum disorders – legal and forensic psychiatric aspects and reflections / Marianne Kristiansson, Karolina Sörman // *Clinical Neuropsychiatry.* – 2008. – V. 5. – № 1. – P. 55–61.

КОМОРБІДНІ З АУТИЗМОМ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

І. А. МАРЦЕНКОВСЬКИЙ, О. В. КАПТИЛЬЦЕВА

Розлади спектра аутизму (РСА) характеризуються високим рівнем коморбідності з іншими розладами психіки. У лонгitudинальному дослідженні вивчали типологію та структуру клініко-психопатологічних порушень у процесі дорослішання у 38 підлітків та 27 молодих пацієнтів у віці до 25 років з РСА. У пацієнтів з РСА тривожні, зокрема obsesivno-компульсивні розлади найчастіше діагностувалися в якості другого діагнозу. У підлітковому віці високу коморбідність з РСА мали психічні порушення, пов'язані з психічною травмою, переслідуванням співучнів, у повнолітніх – депресії. Наше дослідження не підтверджує думку про високий рівень коморбідності РСА з розладами особистості.

Ключові слова: коморбідність, розлади спектра аутизму, тривожні розлади, психічна травма, депресія, розлади особистості

PSYCHIATRIC COMORBIDITY WITH AUTISM

IGOR MARTSENKOVSKY, OLENA KAPTILTSEVA

Autism-spectrum disorders (ASDs), classified as pervasive developmental disorders (PDDs) in the DSM systems. In children with autism spectrum disorders, previous studies have shown high rates of psychiatric comorbidity. The aim of the present study was to investigate psychiatric comorbidity in adolescent and young adults with ASD in process of growing up We examined 38 adolescents and 27 young people aged up to 25 years. In patients with ASD anxiety disorders including obsesivno-compulsive disorders were most often diagnosed as a second diagnosis. In adolescence, high comorbidity has disorders associated with psychical trauma and bullying by peers, in adult subjects –with depression. Our study does not confirm the high level of comorbidity ASD with personality disorders.

Key words: comorbidity, autism spectrum disorders, anxiety disorders, psychical trauma, depression, personality disorders

УДК: 616.89-053.2

Я. Б. Бикшаева

ЧИННИКИ РИЗИКУ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА МАНІФЕСТАЦІЮ РОЗЛАДІВ ЗІ СПЕКТРА АУТИЗМУ

Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, г. Київ

Ключові слова: розлади зі спектра аутизму, генетичні чинники, нейробіологічні чинники, середовищні чинники, програми раннього втручання, діти

Як у DSM IV, так і в МКХ-10 розлади зі спектра аутизму (РСА) – це діагноз, який не вказує на конкретну етіологію, а розуміється як симптомокомплекс, що включає поведінкові порушення і ознаки порушення загального розвитку, що приводять до глибокої інвалідності і неможливості самостійного функціонування. Порушення спостерігаються в 3-х ключових сферах: реципрокної соціальної взаємодії, комунікації та мовлення, поведінки та ігрової діяльності. Всі ці порушення можуть відбуватися на тлі різного рівня когнітивного функціонування.

Початок аутизму стає очевидним вже при досягненні 2-х річного віку: спостерігаються затримка розвитку, якісні аномалії в соціальній взаємодії, мові або імітаційній грі. Дуже багато осіб, що страждають на аутизм, мають супутню розумову відсталість, сенсорні розлади, що супроводжуються руховою гіперактивністю і стереотипіями, грубими порушеннями емоційної когніції та соціальної перцепції.

З огляду на те, що РСА в більшості випадків призводять до інвалідизації та обмеження соціального функціонування дитини та її родини, основні пошуки лікування, реабілітації та навчання дітей спираються на можливість раннього втручання у дітей групи ризику (з виявленими окремими порушеннями розвитку) та дітей з діагностованими РСА до 3-х річного віку. Рання медико-соціальна реабілітація вважається ефективною формою інтервенції.

Маніфестація РСА є наслідком порушеного нейро-розвитку та нейротрансмісії і зумовлена взаємодією між генетичною схильністю до захворювання, дією провокуючих та стримуючих виникнення симптомів аутизму факторів.

До чинників, що сприяють маніфестації відносяться: генетичний ризик, нейробіологічні порушення центральної нервової системи. До пускових, провокуючих маніфестацію РСА відносяться середовищні фактори. До захистних відносяться фактори, що зменшують вірогідність маніфестації симптомів аутизму у дітей, що відносяться до групи ризику. До таких факторів належать програми раннього втручання (до 3-х років), які сприяють нормальному розвитку мозку дитини та її поведінки.

Відкритим залишається питання про те, яким чином генетичний поліморфізм співвідноситься з клінічною різноманітністю провів РСА та за рахунок яких механізмів середовищні фактори зумовлюють маніфестацію клінічних проявів РСА у дітей.

Чинники, що сприяють маніфестації РСА

Генетичні чинники ризику РСА. Сучасні погляди на етіологію РСА спираються на концепцію взаємодії генетичних та середовищних чинників. РСА концептуалізується, як захворювання, при якому різноманітні середовищні чинники ризику впливають на комплексний набір репрезентативних генів.

Спадкові чинники є визначальними в етіології РСА, проте середовище, в якому проявляється генний поліморфізм, також впливає на перебіг захворювання, зокрема, ймовірно визначає вік його маніфестації.

За останні двадцять років дослідники відкрили не один ген, який призводить до дуже великої ймовірності РСА. Однак ці гени підвищеного ризику пов'язані з відносно невеликою часткою всіх випадків РСА. У той же час, всі наукові докази вказують на те, що гени відіграють важливу роль у розвитку цього розладу [1–9].

У 2012 році кілька наукових робіт змогли пролити світло на генетичну предрисповицію РСА. Вони показали, що з розвитком РСА пов'язані сотні невеликих мутацій, а не тільки гени високого ризику. Кожне з подібних генетичних змін зустрічається рідко, проте всі разом ці мутації відповідають приблизно за чверть випадків РСА. Більш того, багато з них – це нові мутації, тобто спонтанні мутації. Це мутації, які є в генетичному коді дітей, але їх немає в генетичному коді батьків. Ймовірно, що ці мутації виникли в батьківських клітинах або на ранніх стадіях розвитку ембріона. Ці дослідження показали, що невеликі мутації частіше зустрічаються у дітей, народжених у батьків більш старшого віку [6–9].

У чотирьох статтях, опублікованих різними дослідницькими командами у журналі Nature, вчені використовували встановлення послідовності ДНК, щоб проаналізувати геноми сімей, де є одна дитина з РСА. Вчені шукали нові мутації в активній частини геному дитини – ця частина називається «екзомом» і становить приблизно 2% від загального геному [6–9].

У всіх людей є нові мутації в їх ДНК. У більшості випадків вони абсолютно нешкідливі, але тільки поки вони не зачіпають критично важливі ділянки екзома. Тим не менш, всі чотири дослідження визначили, що такі мутації значно частіше зустрічаються у людей з РСА.

Дослідження також припускають, що такі невеликі мутації частіше зустрічаються у дітей батьків більш старшого віку, це означає, що вони можуть бути зв'язані зі спонтанними мутаціями в сперматозоїдах батька [6, 8].

Незважаючи на генетичну схильність до РСА, ймовірність захворювання значна тільки в тих випадках,

коли людина, що має схильність до захворювання, підпадає під дію зі сторони несприятливих середовищних чинників.

Нейробиологічні чинники ризику РСА. На сьогодні РСА повсюдно розглядаються, як порушення нейророзвитку, тобто дисгармонійний розвиток мозку і формування нервових зв'язків.

Встановлено, що специфічне при РСА порушення розвитку білої речовини мозку може бути виявлено у дітей за допомогою методів нейровізуалізації мозку у віці до 6 місяців. У 2012 році дослідники виявили явні відмінності у зв'язках між клітинами мозку у немовлят, у яких надалі розвивалося РАС. Ці відмінності виявлялися вже в 6 місяців і зберігалися протягом 2 років життя. Вчені використовували особливий тип магнітно-резонансної томографії (МРТ), яка дозволила отримати тривимірні знімки розвитку мозку у віці 6, 12 і 24 місяці. У 24 місяці всі 92 немовлят, які брали участь у дослідженні, пройшли обстеження на ознаки аутизму. РАС було виявлено у 28 з 92 дітей [10].

У тих дітей, у яких розвинувся аутизм, були значимі відмінності у розвитку білої речовини мозку, у порівнянні з дітьми без аутизму. Виявлені відмінності припускають, що при аутизмі з самого раннього віку функціональні зв'язки в мозку формуються інакше. Цікаво те, що відмінності в мозку змінювалися з плином часу. Різниця в 6 місяців була не такою, як в 12 і 24 місяці. Це допомагає пояснити, чому симптоми аутизму з'являються тільки з плином часу [10].

Попередні дослідження вже припускали, що аутизм пов'язаний з аномальними зв'язками між різними ділянками мозку. У теорії це пояснює порушення в комунікації і соціальній поведінці, які є ключовими ознаками РАС. Занадто рано говорити про те, чи можливо діагностувати аутизм у ранньому віці за допомогою МРТ. Однак результати цих досліджень можуть привести до поліпшення інструментів для прогнозування ризику аутизму в майбутньому.

Відкриття в галузі нейроанатомії та нейрофізіології РСА лягли в основу нових алгоритмів дуже ранньої діагностики розладів, що кардинально поліпшило можливість застосування методів раннього втручання.

Чинники, які провокують маніфестацію РСА

Середовищні чинники ризику РСА, що діють антенатально, перинатально та протягом короткого часу після народження дитини. Результатом численних досліджень стало визначення середовищних факторів ризику для РСА, які діють протягом першого року життя, задовго до того, коли будь-які симптоми аутизму можуть бути кваліфіковані.

Встановлення чинників ризику, що діють антенатально стало підґрунтям теорії, відповідно до якої РСА розглядається як наслідок порушення нейророзвитку. Вважається, що середовищні чинники взаємодіють із генетичними чинниками протягом ранніх етапів формування нервової системи і обумовлюють тонкі порушення диференціації нейротрансмітерних систем.

Інфекції під час вагітності, які можуть змінювати імунну систему дитини, приводячи до аутизму. За останні десять років багато дослідження припускали зв'язок між аутизмом і аномаліями в імунній системі. Проте залишалось незрозумілим, чи були імунні зміни причиною аутизму або його наслідком.

Результати дослідження, проведеного на мишах влітку 2012 року, можуть підказати, як саме імунна система пов'язана з розвитком РАС. Дослідники змоделювали на мишах материнську інфекцію під час вагітності. Результатом стала надмірно активна імунна система і аутична поведінка у потомства. Більше того, вчені змогли позбутися деяких видів такої поведінки за допомогою «перезавантаження» імунної системи потомства шляхом пересадки кісткового мозку [11].

Дослідники робили вагітним мишам ін'єкції, які дозволяли відтворити ефект від вірусної інфекції або запальний процес. Це призводило до різних аномалій у потомства, включаючи аутичні симптоми. Крім того, у мишей були аномалії імунної системи, які раніше виявлялися і у людей з аутизмом. Це включає знижений вміст клітин, що регулюють активність імунної системи – регуляторних Т-клітин. Запальні процеси під час вагітності приводили до того, що у потомства був знижений рівень регуляторних Т-клітин, які «заспокоюють» імунну систему. При цьому імунні зміни зберігалися у потомства і в дорослому віці [11].

Хоча модель на тваринах має дуже обмежене значення, дослідження припускає, що ключову роль у розвитку аутизму може грати імунна система матері під час вагітності.

Неінфекційні середовищні чинники, що діють внутрішньоутробно. Більшість вчених згодні з тим, що аутизм викликається змінами в мозку на ранніх стадіях його розвитку.

У 2012 році стало відомо, що хімічні речовини, що забруднюють навколишнє середовище, можуть впливати на мозок, підвищуючи ризик аутизму. У статті «Порушуючи баланс ризику аутизму» вчені з Інституту MIND при Каліфорнійському університеті приходять до висновку, що існують вагомі докази того, що певні пестициди можуть збільшити ризик аутизму. Однак вони зазначають, що до цих пір дуже мало відомо про те, як часовий період і ступінь контакту пов'язані з ризиком. Не відомі і біологічні механізми, які підвищують цей ризик [12].

Дослідження, яке вивчало зв'язок між аутизмом і палінням матері дитини під час вагітності, було проведено аналіз записів більше ніж на 3000 дітей, у яких був діагностований аутизм. У цілому не було знайдено зв'язку між палінням під час вагітності та аутизмом. Тим не менш, вчені виявили підвищений ризик синдрому Аспергера серед тих дітей, чиї матері палили під час вагітності. Вчені дійшли висновку, що потрібні більш великомасштабні і сфокусовані дослідження, щоб підтвердити або виключити цей можливий зв'язок [13].

Інше дослідження минулого року, пов'язане із впливом навколишнього середовища, показало прямий зв'язок між забрудненням навколишнього середовища

і аутизмом. Команда вчених під керівництвом доктора Хізер Вовк з медичної школи Кека Університету Південної Каліфорнії продемонструвала, що високі рівні забруднення повітря під час вагітності і першого року життя дитини збільшують ймовірність аутизму в три рази [14–16].

Чинники, що зменшують вірогідність маніфестації симптомів аутизму у дітей

Програми раннього втручання змінюють роботу мозку у дітей з аутизмом. За останні десятиліття численні дослідження дозволили однозначно довести, що поведінкова терапія дозволяє поліпшити когнітивні і мовні навички при аутизмі. Проте до цих пір не відомо, що саме роблять поведінкові методи втручання – вони просто зменшують симптоми аутизму або реально «лікують» це порушення розвитку. Іншими словами, не відомо, чи можуть поведінкові методи змінити біологію мозку, характерну для розладів аутистичного спектра.

У 2012 році вчені змогли отримати докази того, що Денверська модель раннього втручання – програма інтенсивної поведінкової терапії для маленьких дітей з аутизмом – покращує активність мозку відносно соціальних реакцій. Вона заснована на прикладному поведінковому аналізі (ППА або АВА), адаптованому для дітей, які мають менше ніж три роки. Доусон і Роджерс опублікували перші результати клінічних випробувань у листопаді 2012 року у журналі Американської академії дитячої та підліткової психіатрії, в яких порівнювалися результати застосування Денверської моделі і звичайних послуг з терапії аутизму. 48 дітей віком від 18 до 30 місяців отримували терапію в рамках Денверської моделі раннього втручання або звичайні послуги з лікування аутизму. Загалом у групі, що одержувала терапію по Денверській моделі, по закінченні дослідження, загальний рівень інтелекту, мовного розвитку і адаптивної поведінки були вище, ніж у групі, що одержувала терапію стандартними методами. Це доводить те, що поведінкова терапія при аутизмі не тільки змінює саму поведінку, а і впливає на функціонування мозку [17].

У звіті за 2012 рік ця дослідницька команда опублікувала аналіз мозкової активності в обох групах дітей після двох років терапії. Неінвазивна електроенцефалограма (ЕЕГ) показала, що діти, які одержували терапію по Денверській моделі, краще реагували на соціальну інформацію в порівнянні з дітьми, що отримували стандартні послуги з лікування аутизму. Типовий патерн мозкової активності відповідав поліпшенню соціальної поведінки і соціальної комунікації. Нейронні реакції, виявлені вченими в даному дослідженні, надалі можуть стати новою мішенню лікування і можливим біомаркером, що демонструє ефективність різних методів [17].

Результати дослідження

Об'єктом дослідження стали 60 дітей у віці від 2 до 8 років, у яких, у відповідності до діагностичних критеріїв за МКХ-10, було діагностовано розлади зі спектра аутизму (F.84). Тривалість катамnestичного спостереження становила від 6 до 36 місяців.

Оцінювання хворих на РСА дітей у ході відкритого контрольованого лонгитудінального дослідження включало:

- а) оцінку симптоматики аутизму за допомогою полуструктурованого інтерв'ю з батьками ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised),
- б) оцінку психологічного віку і профілю психомоторного розвитку дитини за допомогою шкали PEP-R (психоосвітній профіль, модифікований),
- в) оцінку рівня функціонування дитини у сфері адаптивної поведінки в чисельному і описовому виразах відносно встановлених вікових нормативів за допомогою шкали VABS (Vineland Adaptive Behavior Scales),
- г) оцінку якості життя хворої дитини і її сім'ї за допомогою опитувальника для оцінки якості життя дітей і підлітків з психічними розладами ІЛК (das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen),
- д) оцінку якості надання медико-психологічної допомоги за критеріями, розробленими у відділі психічних розладів дітей та підлітків Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології.

У таблиці 1 приведено розподіл дітей хворих на РСА за критеріями рандомізації.

У процесі катамnestичного дослідження окремо оцінювалися особливості преморбідного фону (стато-кінетичного та психо-мовного розвитку дитини), соціально-адаптивної поведінки і соціального функціонування.

Ми також оцінювали сімейну історію та історію життя дитини, встановлювали наявність випадків психічних захворювань, суїцидів, вплив середовищних факторів, дія яких імовірна була асоційована з підвищенням ризику захворювання на РСА. Під час дослідження історії життя дитини ми з'ясували особливості розвитку, сильні та слабкі особливості дитини, наявність захисних факторів та факторів, що підвищують ризик маніфестації РСА.

Проводився аналіз факторів ризику виникнення РСА, які розглядалися нами, як можливі предиктори маніфестації РСА. Маніфестація РСА в дитячому віці є наслідком порушеного нейророзвитку та нейротрансмісії і зумовлена взаємодією між генетичною схильністю до захворювання та дією провокуючих чинників, які сприяють маніфестації симптомів аутизму.

Індикатори відхилень у нейророзвитку, асоційовані з РСА включали: наявність структурних нейроморфологічних та нейротрансмітерних порушень за даними досліджень з використанням методів нейровізуалізації мозку, збільшення кількості незначних фізичних аномалій, особливості розвитку емоційно-вольової та комунікативної сфер, мови і когнітивних функцій.

Психіатричне обстеження кожної рандомізованої дитини включало ретельний збір анамнезу захворювання, проводився аналіз та враховувалися доступні епікризи та консультативні висновки інших медичних закладів, результати інтерв'ю з батьками дитини.

Ми аналізували тривалість симптомів аутизму до початку лікування, як важливий індикатор прогнозу

Таблиця 1

Розподіл дітей хворих на РСА за критеріями рандомізації

Критерії рандомізації	Кількість хворих	
	N =60	% хворих
Стать		
Жіноча	15	25,0
Чоловіча	45	75,0
Вік		
2 – 3 років	28	46,7
4 – 5 років	22	36,7
6 – 8 років	10	16,6
Середовищні фактори ризику РСА, що діють внутрішньоутробно та протягом першого року після народження дитини		
Порушення росту та розвитку плоду (недоношеність – гестаційний вік менше 32 тижнів, мала вага при народженні – менше 2500 гр, вроджені вади розвитку, насамперед центральної нервової системи, мала окружність голови і тощо)	42	70,0
Ускладнення вагітності (загроза переривання вагітності до 20 тижнів, прийом гормональних препаратів під час вагітності, тяжкі соматичні захворювання, маточна кровотеча, предекламсія, резус несумісність тощо)	48	80,0
Ускладнення пологів (гіпоксія, асфіксія, слабкість пологової діяльності, маточна атонія, непередбачуваний кесарів розтин і тощо)	24	40,0
Гестаційні вірусні агенти (грип, рубелла (rubella), цитомегаловірус (cytomegalovirus), герпес (herpes simplex))	18	30,0
Постнатальна дитяча нейроінфекція, яка була перенесена у віці до 12 місяців;	6	10,0
Зловживання психоактивними речовинами (нікотин, алкоголем, наркотиками) протягом вагітності	9	15,0
Тривалість симптомів аутизму до початку лікування РСА		
Менше ніж 12 місяців	36	60,0
12 – 36 місяців	18	30,0
36 – 60 місяців	6	10,0
Терапевтичні стратегії надання психіатричної допомоги при РСА		
Діти, хворі на РСА, що отримували ранні (до 36 місяців) психосоціальні інтервенції	28	46,7
Діти, хворі на РСА, що отримували амбулаторну допомогу, яка не включала ранні (до 36 місяців) психосоціальні інтервенції	32	53,3

ефективності лікування РСА. Вважається загально визнаним, що існує кореляція між тривалістю проявів аутизму до початку лікування та наявністю відповіді на лікування і тяжкістю інвалідації.

На відміну від інших чинників, що корелюють з підвищеним ризиком інвалідації дітей (генетичною вразливістю, статтю, віком, на якій припадає початок захворювання), тривалість симптомів аутизму до лікування потенційно може бути не тільки предиктором підвищеного ризику інвалідації дітей з РСА, та і об'єктом втручання при проведенні програм раннього втручання (реабілітаційних інтервенцій) у цілеспрямованих групах ризику. Дослідження передбачало також визначення ефективності стратегії раннього втручання.

Середовищні фактори, що впливають на маніфестацію та перебіг РСА. Групами дослідників з 7 країн

(Великобританії, Ісландії, Росії, України, Грузії, Македонії та Сербії) був створений міжнародний науковий консорціум. Було проведено широкомасштабне генотипування зразків ДНК дітей, хворих на аутизм, і контрольної групи з використанням технології мікрочіпів у рамках Сьомої рамкової програми науково-технологічного розвитку Європейського Союзу (FP7). Всі діти с РСА, рандомізовані в процесі дослідження, були генотиповані в рамках цього проекту. У процесі дослідження учасниками наукового консорціуму виявлено понад 40 тисяч рідкісних мутацій, які зумовлюють підвищення ризику маніфестації аутизму, шизофренії та біполярного розладу в дитячому віці, а також 5 тисяч поширених і 320 тисяч однонуклеотидних варіантів генного поліморфізму, пов'язаних з помірним ризиком цих захворювань. Близько 1% від усіх вивчених варіантів

поліморфізму були відібрані для більш ретельного дослідження з використанням молекулярно-генетичних і цитогенетичних методів. Була встановлена низка нових мутацій, що мають значущий зв'язок з РСА. Більшість з них належать до нових – спостерігаються у дитини, але відсутні у її батьків. Такі варіанти генного поліморфізму можуть спостерігатися більше ніж у десяти локусах хромосом, зокрема в окремих локусах 1q24.2, 2q37.3, 3p26.2, 4q34.2, 6q24.3, 7q35, 13q13.2-q22, 15q11-q13, 15q22, 16p11.2, 17p11.2, 22q11, Xp22 хромосом. За допомогою описаних мутацій вдається пояснити не більше 10% випадків РСА.

Таким чином, генотип рандомізованих дітей з РСА характеризується певною варіативністю, поліморфізмом різних за тяжкістю нових та старих мутацій. Низка рідкісних делецій і дуплікацій ДНК-последовностей традиційно пов'язується із підвищеним ризиком розвитку РСА.

Сучасні погляди на етіологію РСА спираються на концепцію взаємодії репрезентативних генетичних та середовищних чинників. Спадкові чинники є визначальними в етіології РСА, проте середовище, в якому проявляється генний поліморфізм, також впливає на перебіг захворювання, зокрема, ймовірно визначає вік його маніфестації.

Середовищні фактори ризику РСА, що діють внутрішньоутробно та протягом першого року після народження дитини. Нами виділені фактори ризику РСА, що діють антенатально, перинатально, протягом короткого часу після народження дитини та асоційовані з порушеннями нейророзвитку.

Нами були виділені 6 категорій антенатальних та постнатальних чинників:

- а) порушення росту та розвитку плоду (недоношеність – гестаційний вік менше ніж 32 тижнів, мала вага при народженні – менше 2500 г, вроджені вади розвитку, насамперед центральної нервової системи, мала окружність голови і тощо);
- б) ускладнення вагітності (загроза переривання вагітності до 20 тижнів, прийом гормональних препаратів під час вагітності, тяжкі соматичні захворювання, маточна кровотеча, предекламсія, резус несумісність і тощо);
- в) ускладнення пологів (гіпоксія, асфіксія, слабкість пологової діяльності, маточна атонія, непередбачуваний кесарів розтин і тощо);
- г) гестаційні вірусні агенти (грип, рубелла (rubella), цитомегаловірус (cytomegalovirus), герпес (herpes simplex)),
- д) постнатальна дитяча нейроінфекція, яка була перенесена у віці до 12 місяців;
- е) зловживання психоактивними речовинами (нікотин, алкоголь, наркотиками) протягом вагітності.

42 (70,0%) рандомізованих хворих на РСА мали недоношеність, малу вагу при народженні, вроджені вади розвитку, насамперед центральної нервової системи, малу окружність голови. Більшість цих дітей мали багато мозкових порушень, а саме венгерулоділяцію

латеральних шлуночків мозку, структурно-анатомічні та нейрохімічні особливості мигдалеподібного тіла, вентромедіальної префронтальної і фронтальної кори, скронево-тім'яних областей, передньої частини поясної звивини, структурні порушення мозочка, порушення розвитку білої речовини мозку, які були виявлено у дітей за допомогою методів нейровізуалізації мозку у віці до 6 місяців.

Встановлено лінійний зв'язок між кількістю порушень, що спричинені гіпоксією плоду внаслідок акушерських ускладнень та РСА.

У 48 матерів (80,0%) дітей з РСА мали місце різноманітні ускладнення вагітності, а саме: загроза переривання вагітності до 20 тижнів, прийом гормональних препаратів під час вагітності, тяжкі соматичні захворювання, маточна кровотеча, предекламсія, резус несумісність і тощо.

У 24 матерів (40,0%) дітей з РСА були ускладнення пологів (гіпоксія, асфіксія, слабкість пологової діяльності, маточна атонія, непередбачуваний кесарів розтин), які могли бути причиною гіпоксії плода. Вірогідно, гіпоксія взаємодіє із генами та створює умови для їх експресії.

Нами також встановлено, що у 18 матерів (30,0%) дітей з РСА були встановлені гестаційні вірусні агенти: грипу, рубелли (rubella), цитомегаловірусу (cytomegalovirus), герпесу (herpes simplex). Постнатальна інфекція також мала значущий вплив на маніфестацію РСА. Випадки дитячої нейроінфекції, перенесеної у віці до 12 місяців спостерігалися у 6 (10,0%) рандомізованих дітей.

Нами встановлені неінфекційні середовищні агенти, що діють внутрішньоутробно, зокрема паління матері протягом вагітності, забрудненням навколишнього середовища, які підвищують ризик виникнення РСА у дітей. У нашому дослідженні у 9 (15,0%) рандомізованих дітей з РСА були встановлені неінфекційні середовищні агенти, що діють внутрішньоутробно: зловживання психоактивними речовинами (нікотин, алкоголь, наркотиками), забруднення довкілля.

Вплив ранніх (до 36 місяців) психосоціальних інтервенцій при наданні психіатричної допомоги дітям з РСА. РСА у більшості випадків діагностуються в Україні через 1-3 роки після формування розгорнутої клінічної картини. Лікарі загальної практики фактично не беруть участі в ранній діагностиці таких станів дитячого віку.

При наданні медичної допомоги дітям з РСА в Україні застосовується переважно терапія нейро- та психотропними препаратами, відсутні методологічні розробки, нормативно-правові та кадрові передумови для забезпечення ранньої діагностики, здійснення ранньої медико-соціальної реабілітації згідно міжнародних стандартів допомоги.

Наслідком розбіжностей між міжнародними стандартами, реальною клінічною практикою, методичними принципами діагностики та психотерапевтичного втручання при РСА у дітей до 3 річного віку в Україні стає суттєве зростання серед дітей молодшого шкільного віку

з РСА питомої ваги хворих із помірною та глибокою розумовою відсталістю, зростання інвалідності.

28 дітей (46,7%) з РСА, які щодня до 3 річного віку, отримували медико-соціальну реабілітацію протягом 3 – 4 годин (18 – 30 годин протягом тижня). Обсяг допомоги у вигляді медико-соціальної реабілітації для дітей з РСА нами був стандартизований, як за формою, так і за тривалістю інтервенцій. Велику частину роботи з дитиною виконували її батьки за індивідуальними реабілітаційними програмами. Складання, корегування індивідуальних програм медико-соціальної реабілітації дітей, навчання батьків техніці проведення тренінгів відбувалися під час щомісячних тижневих діагностичних курсів допомоги у відділенні психічних розладів дітей та підлітків Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії і наркології.

Стандартний обсяг медико-соціальної реабілітації включав поетапне, а у разі потреби, комбіноване проведення декількох реабілітаційних тренінгів. Ми виділяли: а) тренінги сенсорної стимуляції і інтеграції; б) спеціалізовані когнітивні тренінги (загальної перцепції, наслідування); в) біхевіоральні тренінги, направлені на елімінацію небажаних форм поведінки; г) тренінги соціального функціонування (соціальної перцепції, емоційної когніції); д) елементарних навичок соціального функціонування (прийому їжі, особистої гігієни).

За необхідності (відсутності експресивної мови або на перших етапах її розвитку) використовувалися елементи методик альтернативної комунікації (полегшена комунікація, ярлики, піктограми).

Когнітивні тренінги проводилися батьками за індивідуальною програмою у вигляді щоденних коротких занять тривалістю 15–20 хвилин. За необхідності призначалися додаткові (1–2 рази на тиждень) індивідуальні заняття з фахівцями – дефектологами. Мета кожного когнітивного тренінгу була індивідуальною і залежала від рівня когнітивного функціонування дитини. На початковому рівні занять акцент робився на розвитку наслідування, перцепції, крупної і дрібної моторики. При вищому рівні функціонування дитини включалися вправи для розвитку зорово-моторної координації, пізнавальних функцій і мови. Вищому рівню складності, доступному лише частині дітей, відповідали тренінги емоційної когніції і соціальної перцепції. Вони переслідували мету навчання дитини розумінню своїх і звернених емоцій: розумінню схематично зображених емоцій, градації відчуттів, зв'язку емоцій з соціальними ситуаціями, оцінці і можливості передбачення емоційних реакцій інших людей, соціально прийнятним формам виразу емоцій, а також навичкам соціальної комунікації.

Нами встановлено, що ранні психосоціальні інтервенції (програма АВА), розпочаті в віці до 3-х років дозволяють 71,4% дітей (20 хворих) успішно інтегрувати в загальноосвітні дошкільні навчальні заклади. У 10 дітей (16,6%) РСА було діагностовано у віці старше 5 років. При пізній діагностиці та невчасному початку лікування 7 дітей мали у подальшому помірну чи тяжку розумову відсталість та тяжкі поведінкові розлади, які

робили проблематичним навчання таких дітей навіть у закладах спеціальної освіти.

Відразу після постановки діагнозу дуже важливо надати сім'ї доступ до ефективної поведінкової терапії. Нині поведінкова терапія (АВА) – це єдина модель раннього втручання при аутизмі, що пройшла клінічні випробування. Утім, і дітям більш старшого віку можуть допомогти втручання, які сприяють соціальній взаємодії.

На разі організації медико-соціальної допомоги пацієнтам із РСА запізно (після 5-річного віку), навіть при вчасній попередній діагностиці у 2–3 роки, РСА приводить до ранньої інвалідизації дитини та її соціальної ізоляції. Лікування дітей з РСА має бути своєчасним і довготривалим, оскільки його відсутність призводить до ранньої та тяжкої інвалідизації дитини з неможливою наступною медико-соціальною реабілітацією.

Висновки

До факторів, що сприяють маніфестації РСА відносяться:

- а) генетичний ризик – низка нових мутацій в окремих локусах 2, 3, 4, 6, 7, 10, 15, 17 і 22-й хромосом, а також у локусі 15q11-q13 та 5p14.1 і 5p15 хромосом;
- б) нейробіологічні порушення центральної нервової системи, а саме – вентрикулодилатація латеральних шлуночків мозку, структурно-анатомічні та нейрохімічні особливості мигдалеподібного тіла, вентромедіальної префронтальної і фронтоорбітальної кори, скронево-тім'яних областей, передньої частини поясної звивини, структурні порушення мозочка, порушення розвитку білої речовини мозку, які були виявлені у дітей за допомогою методів нейровізуалізації мозку у віці до 6 місяців.

До пускових, провокуючих маніфестацію, відносяться середовищні фактори, що діють антенатально, перинатально, протягом короткого часу після народження дитини:

- а) 42 дитини (70,0%) з РСА мали недоношеність (гістаційний вік менше 32 тижнів), малу вагу при народженні (менше 2500 гр), вроджені вади розвитку, малу окружність голови;
- б) у 48 матерів (80,0%) дітей з РСА мали місце різноманітні ускладнення вагітності; в) у 24 матерів (40,0%) дітей з РСА були ускладнення пологів.

Нами встановлено, що у 18 матерів (30,0%) дітей з РСА були встановлені гестаційні вірусні агенти: грипу, рубелли (rubella), цитомегаловірусу (cytomegalovirus), герпесу (herpes simplex). Постнатальна дитяча нейроінфекція, яка була перенесена у віці до 12 місяців спостерігалася у 6 (10,0%) рандомізованих дітей.

Нами встановлені неінфекційні середовищні агенти, що діють внутрішньоутробно, зокрема у 9 матерів (15,0%) рандомізованих дітей з РСА було зловживання психоактивними речовинами (нікотин, алкоголь, наркотиками).

Нами встановлено, що у 28 дітей з РСА ранні психосоціальні інтервенції (програма АВА), розпочаті у віці до 3-х років дозволили 20 дітям (71,4%) успішно інтегрувати в загальноосвітні дошкільні навчальні заклади.

При пізній діагностиці РСА (у віці старше 5 років) 10 дітей (16,6%) та невчасному початку лікування (7 хворих) діти мали у подальшому помірну чи тяжку розумову відсталість та тяжкі поведінкові розлади, які зробили проблематичним їх навчання навіть у закладах спеціальної дошкільної освіти.

Стандартний обсяг ранніх соціальних інтервенцій при РСА повинен включати поетапне, а у разі потреби, комбіноване проведення декількох реабілітаційних тренінгів, а саме:

- а) тренінгів сенсорної стимуляції та інтеграції;
- б) спеціалізованих когнітивних тренінгів (загальної перцепції, наслідування);
- в) біхевіоральних тренінгів, направлених на елімінацію небажаних форм поведінки;
- г) тренінгів соціального функціонування (соціальної перцепції, емоційної когніції);
- д) формування елементарних навичок соціального функціонування (прийому їжі, особистої гігієни).

Програма раннього втручання при РСА, повинна залучати:

- а) лікарів загальної практики, педіатрів та дитячих неврологів для скринінгу порушень загального розвитку та формування груп ризику;
- б) психологів, дефектологів, педагогів до ранньої реабілітації;
- в) засоби масової інформації для психоосвітньої роботи на макросоціальному рівні;
- г) батьків дитини до терапії на родинному рівні.

Література:

1. Dhillon S., Hellings J. A., Butler M. G. *Genetics and mitochondrial abnormalities in autism spectrum disorders // areview Current Genomics.* – 2011. – № 5. – Vol. 12. – P. 322–332.
2. Holt R., Monaco A. P. *Links between genetics and pathophysiology in the autism spectrum disorders // EMBO Molecular Medicine.* – 2011. – № 8. – Vol. 3. – P. 438–450.
3. Butler M. G., Talebizadeh Z. *Genetics of autism with emphasis on affected females, // inProgress in Medical Genetics Research / Nova Science, Hauppauge, NY, USA.* – 2006. – P. 149–182.
4. Schroer R. J., Phelan M. C., Michaelis R. C. *et al. Autism and*

maternally derived aberrations of chromosome 15q // American Journal of Medical Genetics. – 1998. – Vol. 76. – P. 327–336.

5. Benvenuto A., Moavero R., Alessandrelli R., Manzi B., and Curatolo P., "Syndromic autism: causes and pathogenetic pathways // *World Journal of Pediatrics.* – 2009. – № 3. – Vol. 5. – P. 169–176,
6. Kong A., Frigge M. L., Masson G. *et al. Rate of de novo mutations and the importance of father's age to disease risk // Nature.* – 2012. – № 488. – Vol. 7412. – P. 471–475.
7. Sanders S. J., Murtha M. T., Gupta A. R. *et al. De novo mutations revealed by whole-exome sequencing are strongly associated with autism // Nature.* – 2012. – № 485. – Vol. 7397. – P. 237–241.
8. O'Roak B. J., Vives L., Girirajan S. *et al. Sporadic autism exomes reveal a highly inter-connected protein network of de novo mutations // Nature.* – 2012. – № 485. – Vol. 7397. – P. 246–250.
9. Neale B. M., Kou Y., Liu L. *et al. Patterns and rates of exonic de novo mutations in autism spectrum disorders // Nature.* – 2012. – № 485. – Vol. 7397. – P. 242–245.
10. Wolff J. J., Gu H., Gerig G. *et al. Differences in white matter fiber tract development present from 6 to 24 months in infants with autism // Am J Psychiatry.* – 2012. – № 169. – P. 589–600.
11. Hsiao E. Y., McBride S. W., Chow J., Mazmanian S. K., Patterson P.H. *Modeling an autism risk factor in mice leads to permanent immune dysregulation // Proceedings of the National Academy of Sciences.* – 2012. – № 109 (30).
12. Shelton J. F., Hertz-Picciotto I., Pessah. *Tipping the Balance of Autism Risk: Potential Mechanisms Linking Pesticides and Autism // Environ Health Perspect.* – 2012. – № 120. – Vol. 7. – P. 944–951.
13. Kalkbrenner A. E., Braun J. M., Durkin M. S., *et al. Maternal Smoking during Pregnancy and the Prevalence of Autism Spectrum Disorders, Using Data from the Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network // Environ Health Perspect.* – 2012. – № 120. – Vol. 7. – P. 1042–1048.
14. Landrigan P.J., Lambertini L., Birnbaum L. S. *A Research Strategy to Discover the Environmental Causes of Autism and Neurodevelopmental Disabilities // Environ Health Perspect.* – 2012. – № 120. – Vol. 7. – P. 258–260.
15. Mitchell M. M., Woods R., Chi L.H., *et al. Levels of select PCB and PBDE congeners in human postmortem brain reveal possible environmental involvement in 15q11-q13 duplication autism spectrum disorder // Environ Mol Mutagen.* – 2012. – № 53. – Vol. 8. – P. 589–98.
16. Volk H. E., Lurmann F., Penfold B., Hertz-Picciotto I., McConnell R. *Traffic-Related Air Pollution, Particulate Matter, and Autism // Arch Gen Psychiatry.* Published online Nov 2012.
17. Dawson G., Jones E. J., Merkle K., *et al. Early behavioral intervention is associated with normalized brain activity in young children with autism // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* – 2012. – № 51. – Vol. 11. – P. 1150–1159.

ФАКТОРЫ РИСКА, КОТОРЫЕ ВЛИЯЮТ НА МАНИФЕСТАЦИЮ РАССТРОЙСТВ ИЗ СПЕКТРА АУТИЗМА

Я. Б. БИКШАЕВА

В DSM IV и в МКБ-10 расстройства из спектра аутизма (РСА) – это диагноз, который не указывает на конкретную этиологию, а рассматривается как симптомокомплекс, включающий поведенческие нарушения и признаки нарушения общего развития, приводящие к глубокой инвалидности и невозможности самостоятельного функционирования. Целью настоящего исследования было изучение факторов риска, влияющих на манифестацию расстройств из спектра аутизма. Объектом исследования были 60 детей в возрасте от 2 до 8 лет, у которых в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, были диагностированы расстройства из спектра аутизма (F.84). Продолжительность катamnестического наблюдения составила от 6 до 36 месяцев. В результате исследования были определены факторы, способствующие манифестации расстройств из спектра аутизма, факторы, катализирующие манифестацию симптомов аутизма, и защитные факторы, уменьшающие вероятность манифестации РСА у детей, относящихся к группе риска.

Ключевые слова: расстройства из спектра аутизма, генетические факторы, нейробиологические факторы, факторы среды, программа раннего вмешательства, дети

RISK FACTORS THAT AFFECT MANIFESTATION DISORDERS OF AUTISM SPECTRUM

Y. B. BIKSHAIEVA

In DSM-IV and ICD-10 disorders of autism spectrum (DAS) are diagnosis that does not point to a specific etiology, and are seen as a complex symptom, which includes behavioral abnormalities and signs of abnormalities of common development, leading to profound disability and inability to independent functioning. The aim of this study was to investigate the risk factors affecting the manifestation of disorders of autism spectrum. The study involved 60 children aged from 2 to 8 years, which, in accordance with the diagnostic criteria of ICD-10, had been diagnosed of disorders of autism spectrum (F.84). The duration of catamnestic observation ranged from 6 to 36 months. The study identified the factors that contribute to the manifestation of disorders of autism spectrum, the factors that catalyze the manifestation of symptoms of autism, and the protective factors that reduce the likelihood of manifestation of DAS in children belonging to risk group.

Keywords: disorders of autism spectrum, genetic factors, neurobiological factors, environmental factors, early intervention program, children.

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895.8-082.4/.6:340.63-039.76

А. М. Кушнір

КРИМІНАЛЬНИЙ ТА НАРКОЛОГІЧНИЙ АНАМНЕЗ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З РІЗНИМИ МЕХАНІЗМАМИ РЕАЛІЗАЦІЇ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЯНЬ

Державний заклад "Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України", м. Дніпропетровськ

Ключові слова: шизофренія, анамнез, суспільно небезпечні діяння проти життя особи, механізм реалізації особливо небезпечних діянь

Актуальність. Проблема пошуку оптимальних і ефективних стратегій реабілітації психічно хворих є конче актуальною. Особливо це стосується хворих на шизофренію, які становлять соціальну небезпеку, зокрема внаслідок збільшення частоти здійснюваних ними тяжких і особливо тяжких суспільно небезпечних діянь (СНД).

Концепція функціонального багатоосового діагнозу (ФД) передбачає необхідність ширшого підходу, ніж загальноприйняте уявлення про реабілітацію таких пацієнтів, як завершального процесу терапії, що спрямований на зниження їхньої соціальної небезпеки. Вирішення цієї проблеми повинно відбуватися на психосоціальному підґрунті зі створенням всебічного, багатоетапного динамічного лікувально-реабілітаційного процесу, орієнтованого на формування рівноваги між психічним станом, особистісним і соціальним статусом таких хворих [1–6].

Проте існують певні труднощі в оптимальній лонгitudинальній оцінці стану пацієнтів з позиції мультиаксимальної діагностики, а також формуванні на цій основі загального плану їх психосоціальної реабілітації (ПР). Вони обумовлені розпорошенням розглядом різних складових ФД, "розмиттям" його меж з перетворенням у систему реєстрації безлічі позанозологічних ознак, що призводить до зниження ефективності ПР і, відповідно, підвищення ризику здійснення хворими повторних СНД.

Надзвичайно важливими для організації лікувально-реабілітаційного процесу і прогнозування його результатів у цієї категорії осіб є, у тому числі, точна ідентифікація психопатологічного механізму реалізації (МР) СНД, що, у свою чергу, залежить від особливостей складових макро- і мікросередовища конкретного хворого (феноменологічні, функціональні, психосоціальні тощо), які передували або супроводжували вчинення СНД. Ці дані можуть бути використані в якості мішеней психосоціальної реабілітації.

Мета дослідження. Визначити анамнестичні кримінальні та наркологічні маркери-мішені лікувально-реабілітаційного впливу, що є специфічними для хворих на шизофренію з різними механізмами реалізації суспільно небезпечних діянь.

Дизайн, матеріал та методи дослідження. На базі психіатричної лікарні з суворим наглядом проведено популяційне дослідження хворих на шизофренію, які вчинили СНД проти життя особи (ПЖО).

Критерії включення: інформована згода на участь у дослідженні; діагноз F20.xx за МКХ-10; вчинення хворим СНД, передбаченого ч. 2 ст. 121, ч.ч. 1, 2 ст. 115 розділу II "Злочини проти життя та здоров'я людини" Кримінального кодексу України (ККУ); перебування на лікуванні у психіатричній лікарні з суворим наглядом на момент проведення дослідження; вік старше 14 років на момент вчинення СНД (ст. 22 ККУ). Критерій виключення – жіноча стать (введений для досягнення максимальної однорідності груп).

Усього обстежено 511 хворих на шизофренію, що скоїли СНД ПЖО у віці від 16 до 76 років (середній вік $39,72 \pm 0,50$ років). Серед них переважно кількість склали пацієнти з параноїдною шизофренією (F20.0) (95,30%). У більшості випадків зареєстрований безперервний перебіг захворювання. У 33,46% обстежених спостерігали розвиток дефектних станів (головним чином – психопатоподібний і параноїдний дефект особистості).

За ознакою психопатологічних МР СНД сформовані 2 групи порівняння. До I групи увійшов 251 хворий з продуктивно-психотичним (П-П) МР СНД, в II – 127 пацієнтів з негативно-особистісним (Н-О) МР СНД. При цьому 21 хворий виключений з дослідження у зв'язку з невідповідністю критеріям включення, а у інших 112 пацієнтів був встановлений змішаний МР СНД, тому на даному етапі дослідження вони виведені за його межі.

У процесі виконання цієї роботи, крім загальноприйнятого клініко-психопатологічного методу, що

використовували для ідентифікації МР СНД, проводили ретельний збір анамнестичних даних про обставини, які передували вчиненню СНД та виділені нами як компоненти ФД у межах модулів [7] наркологічний анамнез (модуль Г) та анамнез суспільно-небезпечних дій (модуль Д).

Обробку отриманих даних здійснювали методами математичної статистики (дисперсійний аналіз) на персональному комп'ютері за допомогою програм SPSS 15.0 и MS Excel v.8.0.3. [8].

Для всіх ознак, частота яких у групах порівняння була вірогідно відмінною, розраховували діагностичні коефіцієнти (ДК) та міри інформативності Кульбака (МІ) [9].

Результати та їх обговорення. Слід відмітити, що психіатрична лікарня, на базі якої проводили дослідження, єдина в Україні, де в умовах суворого нагляду проходять лікування в примусовому порядку хворі, що скоїли СНД з посяганням на життя інших людей, а також хворі, які за своїм психічним станом і характером вчиненого СНД являють особливу небезпеку для суспільства (ст. 94 ККУ).

У цьому зв'язку, з точки зору математичної статистики, обстежений нами контингент є не тільки репрезентативною, але вичерпно повною вибіркою хворих на шизофренію, які вчинили тяжкі і особливо тяжкі СНД, за суттю тотожною їх генеральній сукупності в Україні. Вже тому одержані частотні співвідношення та середні величини показників, що вивчались, є безумовно надійними.

Універсальним криміногенним чинником, що викликає пильну увагу судово-психіатричних фахівців, є вживання психоактивних речовин (ПАР). Це обумовлено, по-перше, трансформацією клінічної картини психічних розладів внаслідок систематичної інтоксикації ПАР з розвитком, у подальшому, соціальної дезадаптації, деградації особистості, а по-друге – афективною розгальмованістю пацієнтів під дією ПАР, що сприяє загостренню психотичної симптоматики та полегшує реалізацію СНД.

Враховуючи вказане, нами проведено ретельне дослідження наркологічного анамнезу хворих на шизофренію, які вчинили СНД ПЖО (табл. 1). Загальне число пацієнтів обох груп, які вживали ПАР, становило 264 (69,84%) особи. Третина обстежених ніколи не вживала ПАР (31,47% хворих з П-П МР СНД та 26,77% пацієнтів з Н-О МР СНД, $p > 0,05$). Найбільш розповсюдженим серед обстежених було вживання: алкоголю у будь-якій кількості та до стану сп'яніння (152 та 99 осіб з П-П МР СНД; 82 та 61 хворий з Н-О МР СНД, відповідно), тютюну (164 пацієнта I групи та 89 – II групи), більш ніж однієї ПАР (включно алкоголь) (50 хворих першої групи та 28 – другої) та марихуани (49 обстежених з П-П МР СНД та 20 – з Н-О МР СНД).

Аналіз ознак, за якими встановлені достовірні відмінності за групами порівняння показав, що у хворих, які вчинили СНД за Н-О психопатологічним механізмом, основне захворювання більшою мірою було обтяжене наркологічними проблемами. Так, якщо оцінювати

найбільш вірогідні з них, пацієнти з Н-О МР СНД в 4,74 рази частіше лікувалися від алкогольної залежності та в 5,93 – залежності від декількох ПАР, а на час обстеження 3,94% з них мали “дуже сильну” необхідність у терапії залежності від ПАР за висновком лікаря (в 9,88 разів більша кількість хворих з Н-О ніж з П-П МР СНД). Крім того, вони в 1,22 рази частіше споживали алкоголь до стану сп'яніння, та в 2,14 разів – героїн або інші опіоїди. У цих обстежених в 2,64 рази частіше зареєстровано алкогольні психотичні стани у минулому (табл. 1).

Отримані відомості підтверджують наукові дані про посилення стеничного полюсу, збудливості, нестриманості під дією ПАР у осіб з виразним або експлозивним психопатоподібним дефектом (які достовірно переважали у II групі, що буде детально описано у наступних публікаціях). Вірогідно, вживання алкоголю, інших ПАР сприяло виникненню у цих хворих афекту роздратованості, люті на тлі аморальних егоїстичних настанов, що підкріплюються емоційним та частково інтелектуальним дефектом. У свою чергу, алкогольні психотичні розлади в стані відміни протікають у таких пацієнтів за типом алкогольного параноїду, а марення ревності при них мають найбільшу криміногенність.

Ми вважаємо, що важливим аспектом профілактики СНД, зокрема повторних, у осіб з Н-О механізмом його реалізації повинні бути заходи, які спрямовані на повну відмову від ПАР. Так, результати дослідження вказують на те, що в умовах психіатричної лікарні з суворим наглядом тривалість відмови від алкоголю та седативних і снодійних речовин у них достовірно довша (табл. 1).

Поглиблений, подіапазонний аналіз кількісних показників наркологічного анамнезу підтвердив отримані дані та виявив додаткові відмінності між групами порівняння (табл. 2). Слід зазначити, що обирання межі між діапазонами кількісних ознак здійснювалось таким чином, щоб достовірність відмінності між групами порівняння, за показником який аналізується, була максимальною. На нашу думку, при обстеженні таких хворих та розробці заходів психосоціальної реабілітації треба враховувати саме ті часові та частотні інтервали, що наведені у таблицях 2 та 4.

Встановлено, що хворим II групи притаманна більша тривалість вживання алкоголю як у будь-якій кількості, так і до стану сп'яніння (> 8 років), тютюну (> 24 років), але менша частота передозування алкоголем (менш ніж 6 разів). Ми вважаємо, що це обумовлено особливостями психопатологічної симптоматики хворих. Так, наприклад, остання ознака може бути пов'язаною з втратою кількісного контролю за вживанням алкоголю на тлі психотичної симптоматики в обстежених осіб з П-П МР СНД. У свою чергу, довгострокове вживання алкоголю пацієнтами з Н-О МР СНД може призводити у них до росту толерантності до спиртних напоїв, посилення дефекту особистості та підвищення їх суспільної безпеки.

Наявність кримінального досвіду та навичок відіграє певну роль в реалізації небезпечних намірів психічно хворих. У процесі аналізу якісних характеристик, що

Таблиця 1

Якісні відмінності хворих на шизофренію з різними механізмами реалізації СНД за модулем “Наркологічний анамнез” (Г) функціонального діагнозу¹⁾

Ознака		Частота ознаки, %		Віднош. частот	ДК	МІ	p ^{2,3)}
		I група n=251	II група n=127				
Вживання ПАР	ні	31,47	26,77	0,85	-0,70	0,02	0,0615
	так	68,13	73,23	1,07	0,31	0,01	0,0569
Тривале вживання ПАР	алкоголь у будь-якій кількості	60,56	64,57	1,07	0,28	0,01	0,0674
	алкоголь до стану сп'яніння	39,44	48,03	1,22	0,86	0,04	0,0247
	тютюн	65,34	70,08	1,07	0,30	0,01	0,0607
	героїн / інші опіоїди	4,78	10,24	2,14	3,31	0,09	0,0243
	седативні / снодійні	1,20	3,94	3,29	5,18	0,07	0,0690
	марихуана	19,52	15,75	0,81	-0,93	0,02	0,0767
	більш ніж одна ПАР (включно алкоголь)	19,92	22,05	1,11	0,44	0,00	0,0942
Наявність фактів передозування ПАР	алкоголь	13,94	18,90	1,36	1,32	0,03	0,0538
Психоз внаслідок відміни ПАР	алкоголь	2,39	6,30	2,64	4,21	0,08	0,0401
Лікування залежності від ПАР у минулому	алкоголь	1,99	9,45	4,74	6,76	0,25	0,0013
	більш ніж одна ПАР (включно алкоголь)	0,40	2,36	5,93	7,73	0,08	0,0373
Період часу від останнього прийому ПАР	алкоголь у будь-якій кількості д)	19,12	13,39	0,70	-1,55	0,04	0,0444
	алкоголь у будь-якій кількості м)	37,85	50,39	1,33	1,24	0,08	0,0059
	алкоголь до стану сп'яніння м)	25,10	32,28	1,29	1,09	0,04	0,0326
	седативні / снодійні / транквілізатори д)	0,40	2,36	5,93	7,73	0,08	0,0373
	седативні / снодійні / транквілізатори м)	14,74	11,81	0,80	-0,96	0,01	0,0951
Ступінь необхідності лікування хворого у зв'язку з залежністю від ПАР	ні взагалі (абсолютно ні)	40,24	36,22	0,90	-0,46	0,01	0,0672
	помірно	19,92	22,83	1,15	0,59	0,01	0,0847
	дуже сильно	0,40	3,94	9,88	9,95	0,18	0,0164

Примітки. 1) – тут і далі у таблицях наведені лише ті ознаки, за якими встановлені достовірні відмінності при порівнянні груп; 2) – тут і далі достовірність розбіжностей розрахована точним методом Фішера (ТМФ); 3) – напівжирним шрифтом виділені достовірні відмінності між групами порівняння ($p < 0,05$); 4. Під час розрахунків позитивний або негативний знак ДК залежить лише від співвідношення кількості хворих, які мають ці ознаки в групах порівняння та від того, як зіставляються групи, тому ДК маркерів П-П МР СНД мають негативний знак, а Н-О МР СНД – позитивний; 5. д) – днів, м) – місяців.

Таблиця 2

Результати подіпазонного аналізу достовірних кількісних показників за модулем “Наркологічний анамнез” (Г) функціонального діагнозу в групах порівняння

Ознака	Діпазон ознаки	Частота ознаки, %		Відношення частот	ДК	МІ	p
		I група n=171	II група n=93				
Тривалість вживання алкоголю у будь-якій кількості протягом життя, років	≤6	22,37	15,85	0,71	-1,50	0,05	0,0692
	>6	77,63	84,15	1,08	0,35	0,01	0,0692
Тривалість вживання алкоголю до стану сп'яніння протягом життя, років	≤8	61,00	42,62	0,70	-1,56	0,14	0,0101
	>8	39,00	57,38	1,47	1,68	0,15	0,0101

Ознака	Діапазон ознаки	Частота ознаки, %		Відношення частот	ДК	МІ	р
		I група n=171	II група n=93				
Тривалість вживання тютюну протягом життя, років	≤24	76,83	69,66	0,91	-0,43	0,02	0,0549
	>24	23,17	30,34	1,31	1,17	0,04	0,0549
Частота передозування (опоїв) алкоголю у будь-якій кількості протягом життя, разів	≤6	20,00	41,67	2,08	3,19	0,35	0,0475
	>6	80,00	58,33	0,73	-1,37	0,15	0,0475

стосуються даних анамнезу СНД також виявлені численні розбіжності між групами порівняння (табл. 3).

До кримінальної відповідальності у минулому частіше притягувалися хворі на шизофренію з Н-О МР СНД (практично половина з них, 48,03%), у той час як 72,91% осіб з П-П психопатологічним механізмом не мала такого досвіду раніше. Найбільш частим злочином

у житті у дослідженій когорти було вбивство (267 хворих, 70,63%). Третина хворих була заарештована і звинувачена за дрібні крадіжки та хуліганство у минулому (129 осіб, 34,12%). Кількість обстежених, які вчинили вбивство, практично співпадає з числом пацієнтів, які вживали ПАР, але встановлення зв'язку між цими показниками потребує подальших досліджень.

Таблиця 3

Якісні відмінності хворих на шизофренію з різними механізмами СНД за модулем "Анамнез суспільно небезпечних діянь" (Д) функціонального діагнозу

Ознака		Частота ознаки, %		Віднош. частот	ДК	МІ	р
		I група n=251	II група n=127				
Анамнез кримінальної відповідальності							
Досвід кримінальної відповідальності	ні	72,91	51,97	0,71	-1,47	0,15	0,0000
	так	27,09	48,03	1,77	2,49	0,26	0,0000
Факт наявності арештів та звинувачень (разів у житті)	дрібні крадіжки (у магазині), хуліганство	10,36	23,62	2,28	3,58	0,24	0,0004
	крадіжка зі зломом, крадіжка	9,16	12,60	1,37	1,38	0,02	0,0813
	грабіж	5,18	10,24	1,98	2,96	0,07	0,0328
	вбивство	74,10	63,78	0,86	-0,65	0,03	0,0112
	інше	11,55	14,17	1,23	0,89	0,01	0,0985
Причина засудження (застосування примусових заходів) в останній раз	спричинення тяжких тілесних ушкоджень	4,78	14,17	2,96	4,72	0,22	0,0013
	спроба вбивства	5,18	1,57	0,30	-5,17	0,09	0,0554
	вбивство	76,49	66,93	0,87	-0,58	0,03	0,0139
	інше	0,80	6,30	7,91	8,98	0,25	0,0029
Тривалість покарання у виді позбавлення волі за усе життя	у примусовому порядку	57,77	63,78	1,10	0,43	0,01	0,0473
Тривалість попереднього покарання у виді позбавлення волі	у примусовому порядку	7,57	22,05	2,91	4,64	0,34	0,0001
Суб'єктивна оцінка серйозності проблем із законом	ні взагалі (абсолютно ні)	23,51	36,22	1,54	1,88	0,12	0,0034
	помірно	18,33	21,26	1,16	0,64	0,01	0,0857
	значно	24,70	10,24	0,41	-3,83	0,28	0,0003
Необхідність консультування та допомоги з юридичних питань за висновком лікаря	ні взагалі (абсолютно ні)	25,90	31,50	1,22	0,85	0,02	0,0497
	слабо, незначно, трохи	13,55	16,54	1,22	0,87	0,01	0,0890
	помірно	21,12	28,35	1,34	1,28	0,05	0,0301
	значно	36,65	18,90	0,52	-2,88	0,26	0,0001

Відносна кількість хворих, які вчинили вбивство в анамнезі (протягом життя) була більшою, але не суттєво, у першій групі (74,10% та 66,39% відповідно), а хуліганство, грабіж та інші злочини практично у два рази домінували в другій (36,25% та 60,63% відповідно).

Ці дані співпадають з відомостями про причину за-судження в попередній (перед теперішнім) раз. Так, частота скоєння вбивства і спроб, замахів на вбивство, була вищою у пацієнтів з П-П МР СНД, а маркер «обтяженість анамнезу СНД іншими злочинами», зокрема спричинення тяжких тілесних ушкоджень, здебільше супроводжував Н-О психопатологічний механізм. При цьому, відношення частот вчинення вбивства в групах порівняння в цих блоках залишилося практично незмінним (0,86 та 0,87 відповідно). Слід відмітити, відсутність вірогідних розбіжностей між групами за частотою вчинення вбивства за обтяжливих обставин ($p=0,1738>0,1$).

Подібний розподіл спостерігали і при теперішній госпіталізації (дані за модулем А «Загальні відомості»): пацієнти, діяння яких підпадають під ознаки ч. 1 ст. 115 (умисне вбивство іншої людини) переважно мали П-П МР СНД (60,56% та 52,12%, відповідно, відношення частот 0,91, $p=0,0526<0,01$), а діяння, що передбачені ч. 2 ст. 121 (тяжке тілесне ушкодження з метою залякування або примусу до певних дій, що призвело до смерті), були скоєні здебільше хворими з Н-О МР СНД (16,33% та 28,35%, відношення частот 2,39, $p=0,0028<0,05$).

Отримані відомості дозволяють дійти припущення, що хворі на шизофренію з кримінальним досвідом, СНД яких направлені ПЖО, вчиняють однотипні

правопорушення, а співвідношення їх частоти у пацієнтів з П-П та Н-О психопатологічними механізмами залишається практично незмінним (або незначно збільшується у хворих II групи). Тобто, наявність в анамнезі психічно хворої особи відповідного правопорушення (злочину) суттєво підвищує ризик вчинення нею повторного саме такого СНД.

Ці дані частково співпадають з вже відомими. Така «частковість» обумовлена тим, що більшістю дослідників встановлений факт типовості вчинення хворими СНД, що нагадують скоєне ними в преморбідному стані та на етапі виникнення психічного розладу. В той час як результати нашого дослідження підтверджують наявність вказаного «факту типовості» і на тлі та впродовж вже існуючої психічної хвороби.

Додатковим підтвердженням факту вчинення правопорушення на тлі психічної патології є відомості про те, що серед усіх хворих на шизофренію, які скоїли СНД ПЖО, у минулому з більшою частотою судом призначалося лікування у примусовому порядку, аніж ув'язнення як протягом усього життя (57,77% осіб I групи та 63,78% пацієнтів II групи), так і в передуючій теперішній госпіталізації раз. В останньому випадку вирок суду в 2,91 рази частіше реєстрували серед пацієнтів з Н-О МР СНД.

Обстежені II групи, що мали кримінальний досвід, більшою мірою не вважали власні проблеми з законом серйозними на відміну від хворих з П-П МР СНД. Поглиблений, подіапазонний аналіз кількісних показників кримінального анамнезу підтвердив отримані дані та виявив додаткові відмінності між групами порівняння (табл. 4).

Таблиця 4

Результати подіапазонного аналізу достовірних кількісних показників за модулем «Анамнез суспільно небезпечних діянь» (Д) функціонального діагнозу в групах порівняння

Ознака	Діапазон ознаки	Частота ознаки, %		Відношення частот	ДК	МІ	р	
		I група n=68	II група n=61					
Кількість арештів та звинувачень за кримінальний злочин, разів	дрібні крадіжки (у магазині), хуліганство	≤1	80,77	53,33	0,66	-1,80	0,25	0,0225
	дрібні крадіжки (у магазині), хуліганство	>1	19,23	46,67	2,43	3,85	0,53	0,0225
	вбивство	≤1	98,92	92,59	0,94	-0,29	0,01	0,0097
	вбивство	>1	1,08	7,41	6,89	8,38	0,27	0,0097
Кількість засуджень за кримінальний злочин, разів	≤1	67,16	45,71	0,68	-1,67	0,18	0,0194	
	>1	32,84	54,29	1,65	2,18	0,23	0,0194	
Кількість місяців перебування в ув'язненні за усе життя	≤60	16,67	80,00	4,80	6,81	2,16	0,0079	
	>60	83,33	20,00	0,24	-6,20	1,96	0,0079	
Кількість місяців перебування на лікуванні у примусовому порядку за усе життя	≤84	87,59	72,84	0,83	-0,80	0,06	0,0034	
	>84	12,41	27,16	2,19	3,40	0,25	0,0034	
Тривалість попереднього лікування у примусовому порядку	≤48	89,47	50,00	0,56	-2,53	0,50	0,0046	
	>48	10,53	50,00	4,75	6,77	1,34	0,0046	

Так, серед хворих на шизофренію, що вчинили СНД у минулому за П-П механізмом його реалізації, лише 1,08% скоїли повторне вбивство (більше 1 разу) та 19,23% з них – дрібні крадіжки в магазині, хуліганство. Серед пацієнтів з Н-О МР СНД таких хворих було в 6,89 та 7,41 разів більше. Кількість повторних засуджень за кримінальний злочин в анамнезі була також більшою в цій групі (в 1,65 рази).

Звертає на себе увагу той факт, що пацієнти з П-П МР СНД довше перебували в ув'язненні за усе своє життя та менш тривалий термін знаходились на лікуванні в примусовому порядку, строк застосування примусових заходів медичного характеру також був у них меншим (< 2 років у переважній більшості таких хворих, 60 осіб, 89,47%). Це дозволяє зробити висновок про те, що лікування у примусовому порядку є оптимальною мірою запобігання вчиненню такими хворими повторних СНД, але воно повинне бути оптимально тривалим, а припинення – базуватися на ретельному прогнозі суспільної небезпеки конкретної особи з використанням відповідних науково-обґрунтованих критеріїв.

При оцінці ризику вчинення повторних СНД хворими на шизофренію доцільно проводити аналіз наявності наркологічної обтяженості основного захворювання та кримінального досвіду. При цьому дані анамнестичні чинники достовірно частіше супроводжують Н-О МР СНД.

Висновки. Хворі, з продуктивно-психотичним механізмом реалізації суспільно небезпечних діянь, які знаходяться на лікуванні у примусовому порядку в психіатричній лікарні з суворим наглядом (це практично генеральна сукупність таких пацієнтів у нашій країні) постають потенційно менш резистентними для лікувально-реабілітаційних втручань, спрямованих на зниження їхньої суспільної небезпеки. Вони достовірно частіше вчиняють СНД ПЖО в перший, а нерідко і останній раз, за умов достатньої тривалості та якості примусових заходів медичного характеру, а також мають меншу обтяженість основного захворювання наркологічною патологією. Це дозволяє припустити, що ризик можливих повторних СНД з боку цієї категорії хворих є більш низьким за умов редукції психопатологічної

симптоматики та профілактики вживання алкоголю, зокрема з надмірною інтоксикацією.

У свою чергу, суттєвий вклад у кримінальну активність пацієнтів з негативно-особистісним психопатологічним механізмом вносять вживання ПАР зі шкідливими наслідками та кримінальний досвід. І якщо припинення споживання ними ПАР за допомогою відповідних реабілітаційних заходів являє собою дуже складну, але перспективну міру профілактики вчинення ними повторних СНД, то корекція проявів психопатологічного дефекту, що супроводжується наростанням егоцентричних рис особистості з емоційним огрубінням, інтелектуальною недостатністю та підвищеною агресивністю, є дуже складним завданням та потребує розробки специфічних для цієї групи заходів психосоціальної реабілітації.

У світлі вказаного, основними мішенями профілактики повторних СНД у хворих першої групи повинне бути усунення психотичної симптоматики, а другої – ретельна реконструкція особливостей особистості та компенсація проявів дефектних станів.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Кабанов М. М. Реабілітація в контексті психіатрії // *Медицинские исследования*. – 2001, Т. 1, вып. 1.- С. 9-10.
2. Карлинг П. Дж. Возвращение в общество. Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью. - Киев: Сфера, 2001. – 418 с.
3. Энтони В., Козн М., Фаркас М. Психиатрическая реабилитация. - Киев: Сфера, 2001.- 278 с.
4. Абрамов В. А. Стандарты многоосевой диагностики в психиатрии. Донецк, 2004. – 271 с.
5. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией, сочетающейся с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя: дис... канд. мед. наук: 14.01.16 / Приб Глеб Анатольевич. - К., 2003. - 235 с.
6. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией : монография / В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова [и др.]. – Донецк : Капитан, 2009. – 584 с.
7. Пішель В. Я. Алгоритм встановлення функціонального діагнозу хворим на шизофренію, які вчинили суспільно небезпечні діяння проти життя особи / В. Я. Пішель, С. Г. Гриневич, А. М. Кушнір. – *Архів психіатрії*. – 2013. – Т. 19, № 2(73). – С. 67-71.
8. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко [и др.]. – Киев : Морион, 2000. – 320 с.
9. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. – М., Медицина, 1978. – 294 с.

КРИМІНАЛЬНИЙ ТА НАРКОЛОГІЧНИЙ АНАМНЕЗ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З РІЗНИМИ МЕХАНІЗМАМИ РЕАЛІЗАЦІЇ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЯНЬ

А. М. Кушнір

У статті наведені результати аналізу співвідношень даних анамнезу хворих на шизофренію та психопатологічних механізмів реалізації ними особливо небезпечних діянь. Зіставлення частот вказаних складових функціонального діагнозу дозволило виділити маркери кримінального і наркологічного анамнезу, що супроводжують певний механізм реалізації деліктів, на прикладі популяції хворих на шизофренію, які вчинили тяжкі та особливо тяжкі суспільно небезпечні діяння. Оцінена можливість використання вказаних складових як диференційно-діагностичних, а також прогностичних ознак ризику повторних правопорушень у даного контингенту хворих.

Ключові слова: шизофренія, анамнез, суспільно небезпечні діяння проти життя особи, механізм реалізації особливо небезпечних діянь

THE CRIMINAL AND DRUG ABUSE ANAMNESIS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH DIFFERENT MECHANISMS OF REALIZATION PUBLIC DANGEROUS ACTS

A. M. KUSHNIR

Article provides results of analyze the correlation between descriptions of anamnesis and psychopathological mechanisms of realization (MR) especially dangerous acts by schizophrenic patients. Comparison the frequencies of these multiaxial diagnosis' constituents allowed to distinguish the criminal and drug abuse anamnesis markers which attended with the MR delicts and peculiar to schizophrenic patient's population that accomplished severe and especially severe publicly dangerous acts. The possibilities of wide use the indicated signs as differential diagnostic and prognostic markers which sent to decline the repeated dangerous acts risk at this contingent were evaluated.

Keywords: schizophrenia, anamnesis, public dangerous acts against person's life and health, mechanism of realization the especially dangerous acts

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ І ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК: 159.923:316.470

К. В. АЙМЕДОВ, Ю. П. ЖОГНО, О. В. КРИВОНОГОВА
СИНДРОМ ПРОФЕСІЙНОГО «ВИГОРАННЯ» У ВИКЛАДАЧІВ МЕДИЧНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ

Одеський національний медичний університет

Синдром професійного «вигорання» у медичного працівника сьогодні актуальний і широко вивчений, дякуючи зростаючим вимогам з боку суспільства до особи, здоров'я лікаря і якості медичної допомоги, що надається їм. Педагоги також не залишилися без уваги дослідників проблеми професійної деформації, проте поєднана форма роботи, а саме викладання в медичному ВНЗ, де частіше педагогами працюють практичні лікарі, особлива категорія фахівців, вивчення якої необхідно, для побудови правильного планування навантажень на кожного працюює і формування профілактичних заходів. На основі проведеного експериментального дослідження виділені специфічні для даної категорії медиків предиктори емоційного вигорання і підготовлені відповідні рекомендації по профілактиці синдрому професійного вигорання.

Ключові слова: професійне вигорання, адаптація, стресогенний чинник, психопрофілактика

Перевантаження робочим стресом, на думку більшості науковців [4; 14; 17 та ін.] є основним етіологічним предиктором синдрому емоційного вигорання (СЕВ) для будь-якого фахівця, у тому числі педагога-лікаря. Саме перевантаження, а тоді зрив процесу адаптації, як кульмінаційна точка перебігу великого адаптаційного синдрому (за Г. Сельє [16]), запускає причинно-наслідковий ланцюг, що зберігає у процесі взаємодії з довкіллям рівні істотних змінних у заданих межах [15; 17; 19]. Сучасні концепти СЕВ мають у фокусі своєї уваги декілька джерел психофізичного перевантаження на роботі (особистісні та організаційні), його наслідки та й спрямовують на них профілактичні інтервенції [4; 6; 10; 11; 12 та ін.]. Структура наслідків відрізняється поміж авторами (напр., моделі К. Маслач та В. Бойко), але усталений погляд на СЕВ, як на процес із певними наслідками, на сьогодні загально прийнятій.

Чинники розвитку СЕВ, які відтворюють специфіку праці (через приналежність стресорів та стрес-реакцій до особливостей фаху) зазвичай окремо не розглядаються, оскільки є дещо «прихованими» у структурі організаційної складової синдромогенези СЕВ. Треба також зазначити, що відповідно до ВООЗ превенції синдрому burn-out передбачає розробку стандартизованих інтервенцій, які були б адаптовані до місцевих умов певної організації [2; 7; 8; 14; 16], тобто відповідали специфіці об'єкта психопрофілактичних інтервенцій, у нашому випадку, педагога-медика. Тому на наш погляд

доречно розглянути саме ці чинники СЕВ, у чому й полягає розв'язання проблемної ситуації, яку, власне, вирішує авторське дослідження.

Отже, **мета дослідження** полягає у визначенні ролі суб'єктивно значущих чинників специфіки праці у генезі синдрому burn-out педагога медичного вищого навчального закладу (ВНЗ) для розробки та удосконалення відповідних стратегій превенції СЕВ. Йдеться насамперед про заходи вторинної психопрофілактики психосоціальних розладів (до яких ВООЗ зараховує СЕВ [14]): раннє виявлення розладу, скринінг-обстеження тощо. Для досягнення мети дослідження вирішувались наступні **завдання**:

- а) створення та запровадження програми констатуючого експериментального дослідження психічного перевантаження педагога-медичного працівника;
- б) визначення специфічної ролі чинників професійної діяльності у генезі СЕВ педагога-медичного працівника (зокрема, особливості перцепції особистого робочого перевантаження, емоційної сфери особистості, організаційними та соціально-демографічними характеристиками тощо).

Об'єктом дослідження є робочий стрес педагога-медичного працівника, а предметом, відповідно, особливості сприйняття власного робочого стресу (самооцінка). Програма дослідження містила такі етапи:

- а) розробка психодіагностичного комплексу для дослідження психічного перевантаження педагога-медика на роботі;

- б) визначення психологічних особливостей сприйняття педагога-медичного працівника стресу на роботі;
- в) розробка рекомендацій для медичних працівників щодо превенції СЕВ педагога-медика, які б відповідали умовам робочого стресу.

Для виконання поставлених практичних завдань дослідження нами застосовано **психодіагностичний комплекс**:

1. опитувальник «Професійне вигорання» К. Маслач [4] використано для визначення рівня СЕВ;
2. опитувальник діагностики показників переживання критичної ситуації Ю. П. Жогно [1] застосований для визначення цільових детермінант переживання СЕВ (з ознаками стресу, фрустрації, конфлікту, кризи та психологічної травми), а також двох особистісних відношень – до різноманітності життя та до змін у житті;
3. соціально-демографічні анкета;
4. для визначення професійної специфіки СЕВ педагога-медичного працівника спеціально розроблена анкета психічного перевантаження на роботі «Робоче перевантаження», де запропоновано звітуватись щодо психічного перевантаження на роботі по 11 таксонах: П 1 – матеріальна винагорода за працю; П 2 – технічне оснащення відділення; П 3 – поведінка важко хворих; П 4 – кількісний склад популяції хворих; П 5 – необхідність постійного удосконалення; П 6 – об'єм роботи за тиждень; П 7 – координація професійних обов'язків з особистим життям; П 8 – складність клінічної картини хворих; П 9 – об'єм

додаткового навантаження, що не оплачується; П 10 – соціальний престиж лікарської професії; П 11 – стан власного здоров'я.

Результати дослідження та їх обговорення. На основі рівня ураженості на СЕВ загальна вибірка була диференційована на дві підвибірки: перша (n=27) – особи, які мають вище середнього рівні за симптомами СЕВ; друга (n=33), відповідно, – особи із середніми та нижче рівнями. Належний рівень достовірності відмінності поміж підвибірками ($p \leq 0,05$) спостерігався лише за наступними ознаками: П 1 – самооцінка впливу матеріальної винагороди за працю та П 3 – поведінки важко хворих; Ев, Дп – відповідно, емоційне виснаження та деперсоналізація; Ке – керування власними емоціями; См – самомотивація; Процес – ознака задоволення своїм актуальним життям; Ілк – інтернальний та Елк – екстернальний локуси контролю; Фрустрація, Стрес, Конфлікт, Криза, Травма – ознаки відповідних критичних ситуацій у переживанні staff burn-out медиком, Р та З – ставлення медика до різноманітності життя та до необхідності змін у житті, відповідно. Для достовірно відмінних результатів обох підвбірок було також застосовано процедуру факторизації, яка дозволила сформувати 5-тифакторні моделі психологічних особливостей переживання staff burn-out педагогами ВНЗ (табл. 1).

Встановлено, що факторна модель для «невигорілих» медиків-педагогів є занадто диференційованою (майже всі її показники згруповані за ознакою приналежності до певної психодіагностичної методики), що не дає можливості належним чином виокремити функціональні

Таблиця 1

Факторна модель для підвбірки «вигорілих» педагогів-медичних працівників

Умови факторизації	Показники	Фактори				
		1	2	3	4	5
Критерій адекватності вибірки Kaiser-Meyer-Olkin k=0,869	Стрес	0,72				
	Конфлікт	0,71				
	Фрустрація	0,78				
	Травма	0,60				
	Криза	0,51				
Критерій сферичності вибірки Bartlett s=523,4 (при $p \leq 0,001$)	Ілк		0,74			
	Елк		0,67			
	Процес		0,47			
Метод витягу: Principal Component Analysis	Р		0,42			
	Ке			0,73		
	См			0,65		
Метод обертання: Varimax with Kaiser Normalization	Ев				0,59	
	П3				0,52	
	Дп				0,47	
	З				0,47	
	Стаж					0,62
	П1					-0,55
Відсоток фактору у загальній дисперсії, %		19,66	12,97	10,62	9,76	8,61
Накопичений відсоток, %		19,66	32,63	43,25	53,00	61,61

зв'язки у семантичному полі ознак переживання СЕВ. Винятком стала лише змінна «Стаж» (дані щодо стажу роботи): вона пов'язана з симптомами виснаження та деперсоналізації, що відтворює загальновідомі позитивні кореляції синдрому burn-out з професійним стажем фахівця [10; 11; 12; 14].

Для підвибірки «вигорілих» вчителів-медичних працівників факторна модель надає інформацію про причини спільної мінливості певних груп змінних :

Перший – фактор «критичності життя» (понад 19% загальної дисперсії підвибірки) – відтворює особливості життєвого світу педагога-медика (за Ф. Ю. Василюком [5]), а саме, цільові детермінанти процесу переживання ним стану staff burn-out за ознаками фрустрації, кризи, стресу, конфлікту та психологічної травми. Виявляється, що підвибірка «вигорілих» працівників медичних ВНЗ достовірно та значущо «лідирує» за показниками «Фрустрація» (при $p \leq 0,001$), «Стрес» (при $p \leq 0,002$), «Конфлікт», «Криза» та «Травма» (при $p \leq 0,001$) відповідно.

Другий – фактор «недовіри своїм силам» (майже 13% загальної дисперсії підвибірки). «Вигорілі» педагога-медика за умов достовірної відмінності більш зневірені в свої сили контролювати події власного життя; переконані в тому, що життя людини не підвладне свідомому контролю, та у тому, що свобода вибору ілюзорна і безглуздо будь-що загадувати на майбутнє. Окрім того, існують виявлені ознаки незадоволення своїм актуальним життям. Виснажені роботою педагога-медичні працівники також почуваються відносно комфортно навіть у ситуації високої ентропії (невизначеність та нестабільність сьогодення).

Третій – фактор «емоційної некомпетентності» (понад 10% загальної дисперсії підвибірки) – виявляє у «вигорілих» педагогів ВНЗ знижені емоційну гнучкість та спроможність доволно керувати власними емоціями, відповідно, показники.

Четвертий – фактор «професійної втоми через важко хворих» (обіймає біля 10% загальної дисперсії підвибірки) – містить підвищені для «вигорілих» педагогів ВНЗ медичного профілю показники емоційного виснаження, деперсоналізації та готовності медика нести психологічний тягар сьогодення. Подібну ознаку, як нам видається, треба інтерпретувати радше як неготовність до змін у житті, а відтак, як певну особистісну ригідність.

П'ятий – фактор «низької винагороди» обіймає понад 8% загальної дисперсії підвибірки та віддзеркалює самооцінку впливу матеріальної винагороди за працю «П1» на психічне перевантаження на роботі (вище у «вигорілих» педагогів, $p \leq 0,03$). Виявилось, що чим з більшим стажем педагог, тим менше, на його думку, у нього зарплатня відповідає його праці, що виливається у сприйняття свого психічного навантаження як завеликого для себе (при $p \leq 0,038$).

Таким чином, отримані факторні моделі побудовані на основі достовірно відмінної частки змінних, яка відокремилася педагогів-медиків з СЕВ та без такого. Модель «не вигорілих» вчителів – викладачів ВНЗ медичного профілю загалом підтверджує відомі кореляції СЕВ [2, 10 та ін.], а саме: рівень вигорання педагога тим більше, чим більший його професійний стаж.

Негативні умови праці викликають негативні зміни у професійній діяльності та поведінці. Тяжкі психоемоційні ситуації накопичуються та призводять до зміни у поведінці та спілкування, що в цілому можна ідентифікувати як прояви СЕВ (рис. 1, 2).

До чинників ризику розвитку СЕВ належать:

- індивідуальні (високий рівень очікування результатів від своєї роботи, яскраво виражена орієнтованість на досягнення мети, високий рівень відданості моральним принципам, схильність до самопожертви);

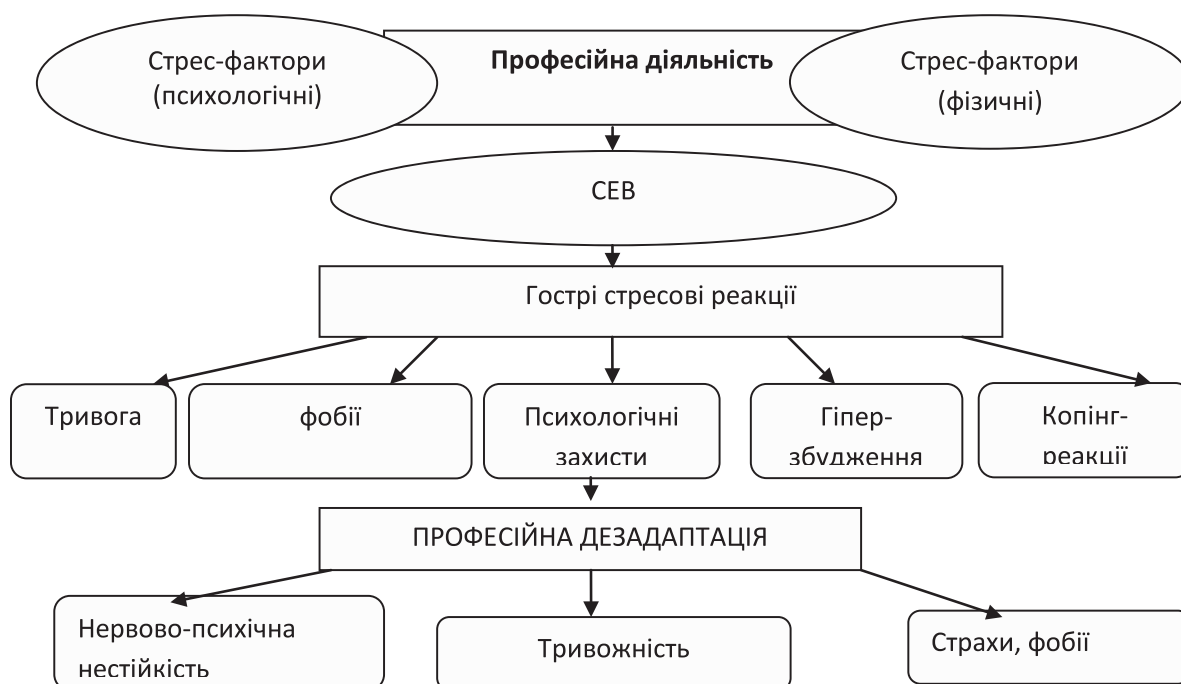


Рис. 1 Специфіка протікання СЕВ у педагогів медичних ВНЗ



Рис. 2. Вплив СЕВ на різні психологічні сфери

- ситуаційні (надмірне професійне навантаження, неадекватна соціальна й психологічна підтримка, міжособистісні конфлікти з колегами, студентами, членами власної родини).

Складовою СЕВ є професійні деструкції – негативні, порушуючі психічне та соматичне здоров'я зміни особистості фахівця, сутність яких полягає в розширенні панування «Я – професійного» у сфері діяльності «Я – особистого» (професіонал у всіх сферах життєдіяльності). Джерелом виникнення професійних деструкцій особистості є особливий шлях вирішення внутрішнього особистісного конфлікту між двома «Я» людини.

Виділяють такі професійні деструкції:

- 1) відставання, уповільнення темпу професійного розвитку;
- 2) несформованість професійної діяльності, пов'язана із загальмуванням професійного та особистісного розвитку;
- 3) дезінтеграція професійного розвитку, розпад професійної свідомості і як результат – нереалістичні цілі, помилковий сенс професійної діяльності і як наслідок – професійні конфлікти;
- 4) низька професійна мобільність, не вміння пристосуватися до нових умов праці;
- 5) неузгодженість окремих ланок професійної діяльності;
- 6) послаблення наявних раніше професійних даних: зменшення якості професійних здібностей, зниження професійного мислення та ін.;
- 7) викривлення професійного розвитку, набуття раніше відсутніх негативних якостей, основними серед яких є: авторитарність, демонстративність, дидактичність, домінантність, індіферентність (байдужість), консерватизм, агресія, егоцентризм;
- 8) припинення професійного розвитку через професійні захворювання;
- 9) поява професійних деформацій особистості – негативних змін у структурі психіки, що виникають у результаті постійної реалізації особистістю професійної діяльності.

Небезпека формування професійних деструкцій у тому, що розвиваються вони повільно, а отже, непомітно. Це не тільки ускладнює їхнє своєчасне розуміння, але й прийняття певних контрзасобів.

Одним із специфічних складових ПД у педагогів ВНЗ, які займаються практичною лікарською діяльністю є професійний егоцентризм.

Ознаками наявності феномену професійного егоцентризму є:

- а) мовні ознаки:** 1) домінування «Я – реплік» у процесі міжособистісного спілкування; 2) часте звернення до власного досвіду в процесі діяльності; 3) домінування монологів у міжособистісному спілкуванні; 4) домінування говоріння над слуханням, часте перебивання партнера зі спілкування, прагнення особисто закінчити його думку; 5) велика кількість зауважень співрозмовнику; 6) давання порад без прохання самого співрозмовника; 7) часте спонтанне включення в розмову інших людей; 8) прагнення до оцінювальних суджень; 9) домінування спонукальних, імперативних речень, застосування слів-пасток за когнітивною консультативною парадигмою на зразок «повинен», «зобов'язаний» та ін.; 10) узагальнення та побудова висновків у кінці дискусії без посилань, а часто і без урахування думок інших учасників обговорення;
- б) когнітивні ознаки:** 1) фіксованість на власній думці – ригідність мислення; 2) невміння чи небажання зрозуміти інший спосіб міркувань та доказів; 3) неврахування наявності декількох значень одних і тих самих слів; 4) повна впевненість у власному ході вирішення завдань; 5) складність знаходження власних помилок; 6) пізнавальна закритість, відсутність прагнення до пізнання нового, отримання нового досвіду; 7) визнання найбільшої значущості власного досвіду над рекомендаціями колег;
- в) емоційні ознаки:** 1) фіксованість на власних емоціях; 2) низький рівень сенситивності до переживань інших; 3) неадекватність емпатичного реагування, яке здійснюється завдяки приписування, а не

реального розуміння справжніх причин, котрі викликали емоційну реакцію співрозмовника; 4) емоційна ригідність; 5) знижений рівень спостережливості; 6) наявність виразних захисних реакцій (агресивних, уникнення, заперечення);

г) поведінкові ознаки: 1) домінування прагнення вирішувати проблеми власноруч; 2) прагнення до авторитаризму, виступати «суддею» у вирішенні конфліктних ситуацій; 3) відсутність «емпатійного слухання»; 4) сприйняття дій оточуючих як таких, що спрямовані проти його авторитету.

Узагальнення результатів дослідження дозволяє зробити наступні висновки:

1. До чинників ризику розвитку СЕВ належать:

- індивідуальні (високий рівень очікування результатів від своєї роботи, яскраво виражена орієнтованість на досягнення мети, високий рівень відданості моральним принципам, схильність до самопожертви);
- ситуаційні (надмірне професійне навантаження, неадекватна соціальна й психологічна підтримка, міжособистісні конфлікти з колегами, студентами, членами власної родини).

2. Складовою СЕВ є професійні деструкції – негативні, порушуючі психічне та соматичне здоров'я зміни особистості фахівця, сутність яких полягає в розширенні панування «Я – професійного» в сфері діяльності «Я – особистого».

Спираючись на результати даного констатуючого експерименту, ми пропонуємо наступні рекомендації щодо превенції професійного «вигорання» педагогів-медичних працівників:

- діагностика професійної дезадаптації у педагогів медичних ВНЗ, повинна складатись з визначення стану особистісної, соціальної, когнітивної, мотиваційної і емоційної її складових;
- необхідним є запровадження моніторингу щодо визначення груп ризику дезадаптації серед педагогів-медиків;
- доцільним є проведення навчального тренінгу з превенції емоційного вигорання, який містив би заходи щодо підвищення професійної компетентності педагогів-медичних працівників.

ЛІТЕРАТУРА:

1. А. с. Опитувальник діагностики показників переживання критичної ситуації / Ю. П. Жогно. – Свідчення про рестрацію

авторського права на твір № 28981 від 29.05.2009 р.

2. Большакова Т. В. Личностные детерминанты и организационные факторы психического выгорания у медицинских работников: автореф. дис. на соиск. уч. степени канд. психол. наук : спец. 19.00.03 «Психология труда инженерная психология, эргономика» / Т. В. Большакова. – Ярославль, 2004. – 27 с.
3. Борисова М. В. Психологические детерминанты психического выгорания у педагогов: автореф. дис. на соиск. уч. степени канд. психол. наук : спец. 19.00.01 «Педагогическая психология» / М. В. Борисова. – Ярославль, 2003. – 28 с.
4. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова. – СПб.: Питер, 2008. – 336 с.
5. Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) / Ф. Е. Василюк. – М.: Изд-во Моск. Унта, 1984. – 200 с.
6. Ганзен В. А. Системные описания в психологии / В. А. Ганзен. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1984. – 176 с.
7. Ильин Е. П. Эмоции и чувства / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2001. – 752 с.
8. Леонова А. Б. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса: от диагностики к профилактике и коррекции / А. Б. Леонова // Психологический журнал, 2004. – № 2. – С. 56-58.
9. Леонтьев Д. А. Тест смысложизненных ориентации (СЖО). 2-е изд. – М.: Смысл, 2006. – 18 с.
10. Мальцева Н. В. Проявления синдрома психического выгорания в процессе профессионализации учителя в зависимости от возраста и стажа работы: дис. канд. психол. наук: 19.00.07 / Мальцева Наталья Владимировна. – Екатеринбург, 2005. – 212 с.
11. Маркова А. К. Психология профессионализма / А. К. Маркова // Изд-во Международный гуманитарный фонд «Знание», 1996. – 237 с.
12. Митина Л. М. Профессиональное развитие и здоровье педагога: проблемы и пути решения / Л. М. Митина // Вестник «Образование России», 2005. – №7. – С. 48-60.
13. Орел В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования / В. Е. Орел // Психол. журн., 2001. – Т.22. – №1. – С. 90-101.
14. Первичная профилактика психических, неврологических и психосоциальных расстройств. – М.: Смысл, 2002. – 127 с.
15. Системный анализ и принятие решений: Словарь-справочник / Под ред. В. Н. Волковой, В. Н. Козлова. – М.: Высш. школа, 2004. – 616 с.
16. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – Рига: Внeda, 1992. – 109 с.
17. Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P. Job burnout // Annu. Rev. Psychol. – 2001, V.52. – p. 397-422.
18. Жогно Ю. П. Психологические особенности эмоционального выгорания педагогов: автореф. дис. на здобут. вч. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.07 «Педагогическая та вікова психологія» / Ю. П. Жогно. – Одеса, 2009. – 22 с.
19. Міжнародна класифікація хвороб (10-й перегляд). Класифікація психічних і поведінкових розладів. Клінічні описи і вказівки по діагностиці. – СПб., 1994. – 300 с.

СИНДРОМ ПРОФЕСИОНАЛЬНОГО «ВИГОРАННЯ» У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОГО УНІВЕРСИТЕТА

К. В. Аймедов, Ю. П. Жогно, О. В. Кривоногова

Синдром профессионального «выгорания» у медицинского работника сегодня актуален и широко изучен, благодаря все возрастающим требованиям со стороны общества к личности, здоровью врача и качеству оказываемой им медицинской помощи. Педагоги также не остались без внимания исследователей проблемы профессиональной деформации, однако сочетанная форма работы, а именно преподавание в медицинском ВУЗе, где чаще педагогами работают практические врачи, особая категория специалистов, изучение которой необходимо, для построения правильного планирования нагрузок на каждого работающего и формирования профилактических мероприятий. На основе проведенного экспериментального исследования выделены специфические для данной категории медиков предикторы эмоционального выгорания и подготовлены соответствующие рекомендации по профилактике синдрома профессионального выгорания.

Ключевые слова: профессиональное выгорание, адаптация, стрессогенный фактор, психопрофилактика

BURN-OUT SYNDROME IN TEACHERS OF MEDICAL UNIVERSITY

K. V. AYMEDOV, Y. P. ZHOGNOUT, O. V. KRYVONOGOVA

The syndrome of the professional «burning» down for a medical worker is today actual and widely studied, due to all to the increasing requirements from the side of society to personality, health of doctor and quality rendered them to medicare. Teachers also did not remain regardless researchers of

problem of professional deformation, however combination form of work, for example teaching in medical high school, where practical doctors, special category of specialists, study of which is needed, for the construction of the correct planning of loadings on every working and formings of prophylactic measures. On the basis of the conducted experimental research the specific for this category of physicians predictors of the emotional burning down are selected and the proper recommendations geared-up on the prophylaxis of syndrome burn-out.

Keywords: burn-out syndrome, adaptation, stress factor, psychological prophylaxis.

УДК: 159.9:616.34-008.14/.15-036.12-053-03

В. В. Болтянський
ДЕТЕРМІНУЮЧІ ПРЕДИКТОРИ ХРОНІЧНИХ ЗАКРЕПІВ У ДІТЕЙ
Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ

Ключові слова: хронічні закрепи, діти, матері, психодіагностика, тривожність, депресія, психокорекція

Актуальність теми. Поширеність психогенних соматичних розладів у дитячому й підлітковому віці не тільки значна, але й постійно збільшується. В Україні серед хворих, що звертаються за допомогою в поліклініку 40–68% дітей страждають саме психосоматичними розладами [5]. Із усіх дітей, що перебувають під наглядом педіатрів, 2/5 дітей мають тільки функціональні розлади без органічних змін, хоча й страждають соматичними розладами [2].

Захворювання органів шлунково-кишкового тракту у дітей є достатньо поширеною патологією та посідають друге місце в структурі загальної захворюваності після органів дихання [1; 3; 4].

Дослідники відмічають вплив на виникнення закрепів та інших соматичних захворювань саме психологічних проблем, таких як, перше відвідування школи, несприятливий нервово-психічний клімат у родині, стреси [6].

Мета дослідження. Розкрити взаємозв'язок виникнення хронічних закрепів у дітей і медико-психологічних факторів оточуючого дітей середовища.

Методи дослідження. Клініко-психологічне діагностичне дослідження було проведено за допомогою напівструктурованого інтерв'ю з матір'ю та дитиною з метою збору анамнестичних даних та виявлення особливостей життя та виникнення захворювання, психотравмуючих обставин та факторів, що могли спричинити виникнення хронічної патології.

Психодіагностичне дослідження складалося з трьох блоків.

Перший блок включав виявлення та дослідження психо-емоційних та поведінкових відхилень пацієнтів на основі визначення рівня самооцінки та рівня домагань.

Другий блок включав у себе визначення рівня тривожності у дітей.

Третім блоком було визначення психологічного впливу батьків на дитину, на прикладі материнського ставлення.

Оцінка ефективного консервативного лікування та психологічної корекції проводилася, базуючись на

позитивній динаміці симптомів хвороби, частоти дефекацій, тривоги, емоційного напруження. Динаміку соматичних симптомів оцінювали лікарі-хірурги до та після лікування.

Клініко-статистичне дослідження включало математичну обробку отриманих результатів з використанням пакету програм STATISTICA 6.1.478, рівень довірчої імовірності $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. Було детально обстежено та продіагностовано 150 дітей, з них основну групу склали 94 дитини з хронічними функціональними закрепами 45(47,87%) – хлопці; 49 (52,13%) – дівчата. Середній вік обстежуваних $8,4 \pm 1,2$ роки. З клінічними проявами функціональних закрепів – 38 дітей (40,42%), з наявністю супутнього енкопрезу-21 (22,34%) дитина, з порушенням органічної складової (доліхоколон, доліхосігма) – 15 (15,96%) дітей та змішаного типу – 20 (21,28%) осіб. Контрольну групу склали 56 дітей з діагностованою хворобою Гіршпрунга (34 (60,71%) – хлопці; 22 (39,29%) – дівчата. Середній вік обстежених контрольної групи склав $7,8 \pm 1,1$ рік.

При обстеженні було виявлено, що у більшості дітей – 52 хворих (55,31%) тривалість захворювання відповідає 4 рокам, а кількість дітей, що хворіють більше 6 років – 31 дитина (32,97%), менше 3 років – 11 пацієнтів (11,7%). Аналізуючи основну характеристику хронічного функціонального закрепу було виявлено, що у 42 (44,68%) дітей частота дефекації склала один раз на 4-5 днів, 30 дітей (31,91%) – раз на 2-3 дні, 22 дитини (23,4%) раз на 7 днів. Середня частота дефекації була визначена як $5 \pm 1,5$ днів. 82 дітям (87,23%) для акту дефекації потрібна була стимуляція у вигляді очисної клізми. Більшість дітей – 55 чоловік (58,5%) відзначали напруження при акті дефекації, 44 хворих (46,8%) вказували на наявність твердого чи грудкоподібного калу та болю при акті спорожнення, 19 дітей (20,2%) відмічали відчуття неповного спорожнення. На імперативні позиви без наявного відчуття спорожнення скаржилися 62 (65,95%) пацієнтів.

При детальному анамнестичному дослідженні було виявлено, як у дітей з хронічними функціональними закретами, так і у хворих на хворобу Гіршпрунга частота загрози переривання вагітності у матерів на ранніх та на пізніх строках істотно не відрізнялася в обох цих групах – 85 (90,43%) та 51 (91,07%) випадків відповідно. Тоді як в основній групі був значний показник частоти пізніх гестозів 87 (92,55%) випадків у матерів під час вагітності, в порівнянні 12 (21,42%) випадків у контрольній групі.

Також під час опитування було виявлено високу частоту наявності в анамнезі стрімких пологів – 68 (72,34%) дітей. Мали місце і пологи із застосуванням медикаментозної – 46 (48,94%), та фізичної стимуляції – 22 (23,4%) випадків, що було майже відсутнім у контрольній групі – 7(12,5%) та 5 (8,92%) випадків відповідно.

Асфіксія плоду в пологах визначалася також з високою частотою-43 (45,74%) випадків, у порівнянні з контрольною групою – 10 (17,85%) дітей. Наявність негативної неврологічної симптоматики протягом першого року життя було виявлено у 38 (40,42%) дітей основної групи, та у 12 (21,42%) дітей контрольної групи в порівнянні.

Під час обстеження психологічного клімату родин, в яких виховувалися діти, було виявлено, що більша частина дітей основної групи пережили розлучення батьків – 70 (74,47%), виховувалися в неповних сім'ях-32 (34,04%) дитини. У дітей, чії матері мусили достроково закінчити декретну відпустку (до 2-х річного віку дитини) закрепи виникали дуже рано – 29 (30,85%) випадків. Поряд з цим було вивчено вплив освітніх закладів на виникнення та прогресування закрепу. Так, частка дітей, що відвідували дитячий садок – 43 (45,74%) осіб, значно перевищувала такий показник контрольної групи – 1 (1,78%) дитина. Під час збору анамнезу було виявлено, що початок навчання в школі негативно відобразився на соматичному стані 31 (32,97%) дитини. Частина з них перенесла зміну навчального закладу – 15 (15,95%). Підвищена тривога щодо успішності виявляли більше половини опитуваних – 53 (56,38%) дитини.

Було виявлено, що, 62 (65,63%) дітей визначили завищений рівень самооцінки, який є нереалістичним, на той час як серед дітей контрольної групи – 17 (30,35%) хворих. Різниця достовірна з імовірністю $p < 0,001$. При вимірюванні та аналізуванні рівня домагань цих пацієнтів було виявлено наступне: рівень домагань у 64 (68,08%) дітей був відзначений на таких самих рівнях чисел, що й рівень самооцінки-високий (нереалістичний), тоді як діти контрольної групи 47 (83,93%), мали середній рівень домагань (адекватний), тобто такий, що відповідає їх вмінням та можливостям.

Було виявлено високі показники особистісної тривожності у дітей основної групи – 82 (87,23%) дитини, серед яких 50 (53,19%) мали високий показник особистісної тривожності, а 32 (34,04%) мали середній рівень. Тоді, як в контрольній групі, дані показники суттєво відрізнялися. Так сумарний показник високої тривожності мали 23(41,08%) дітей, серед яких 5 дітей

(8,92%) мали високий рівень, а 18 (32,14%) – середній рівень особистісної тривожності.

Аналізуючи рівень реактивної тривожності дітей, як показник на гостру стресову ситуацію було виявлено, що показники в основній групі майже не відрізняються від рівнів особистісної тривожності – 84 (89,3%) дітей сумарно мали високі показники, серед яких 53 (56,38%) дитини відзначали високий рівень, а 31 (32,98%) середні показники реактивної тривожності. Тоді, як в контрольній групі рівень пристосування до гострого стресу виявився вищим – 32 (57,14%) дитини сумарно мали високі показники, а серед них лише 7 (12,5%) дітей – високі, а 25 (44,64%) хворих показали середній рівень реактивної тривожності. Тобто діти контрольної групи виявилися більш стійкими до зміни умов навколишнього середовища та мали достатньо ресурсів для «творчого пристосування» в умовах явної деструкції.

Проводячи аналіз стилю виховного процесу в сім'ях, було отримано високі показники в основній групі за шкалою «авторитарної гіперперсоціалізації» у 55 (58,51%) матерів дітей, що хворіють на хронічні функціональні закрепи, тоді, як в контрольній групі, такий показник мали 13 (23,21%) матерів. Було отримано результати за шкалою «прийняття-відторгнення», де 73 (77,66%) матерів відзначили високі бали на користь «відторгнення» та неприйняття своєї дитини. У контрольній групі за цією шкалою показник «прийняття» був високим -48 (85,71%) матерів.

Базуючись на аналізі результатів дослідження, встановлено механізм виникнення хронічного функціонального закрепу та виявлено основні детермінуючі предиктори: пренатально-травматичний; соціально-афективний; сімейно-дисгармонійний; особистісно-поведінковий. **Пренатально-травматичний** детермінуючий предиктор, який являється зовнішнім чинником, що мав місце майже у 80% випадків, та може призводити до можливих порушень нормальної роботи ЦНС, а саме регуляції процесів збудження-гальмування, а отже, і зростання рівня тривожності, що було виявлено у 87,23% дітей. Соціально-афективний предиктор обумовлений неприйняттям дитини навколишнім соціумом як матір'ю у 77,66% випадків, так і відчуттям самотності і страхом контакту з оточуючими однолітками. Також не менш важливу роль у цьому процесі відіграє достатньо часті випадки планової госпіталізації або ж звернень до лікаря. Сімейно-дисгармонійний предиктор напряму залежить від стилю виховання дитини в родині та дисгармонічних ситуацій, що там можуть виникати. Неможливість сприяння налагодженню стосунків у родині, як то розлучення у 74,47% випадків, може призводити до переносу тривожного потенціалу на соматичний рівень. Природно, не відзначалося в них гармонійного, спокійного очікувального ставлення до хвороби і здійснюваної терапії, яке було характерним для пацієнтів контрольної групи. Особистісно-поведінковий детермінуючий предиктор залежить насамперед від конкретної особистості, від рівня її самооцінки, домагань та прагнень, тривожності та рухливості нервових процесів.

Встановлено що соціально-афективні предиктори мають дуже широкий вплив як на саму дитину, так і на інші детермінуючі фактори зокрема, тоді як сімейно-дисгармонійний предиктор є зв'язуючою ланкою між соціально-афективним та особистісно-поведінковим, тоді як пренатально-травмуючий напряму діє на саму дитину та її психосоматичний стан.

Висновки

Визначено, що захворюваність на хронічні закрепи у дітей є високою в Україні (40–68%) та світі (30%). Виявлено відсутність точних статистичних даних щодо частоти хронічного закрепку у дітей. Встановлено відсутність точних діагностичних критеріїв хронічних закреплів.

Встановлено завищені рівні самооцінки та рівень домагань у дітей, що хворіють на хронічні закрепи 62 (65,63%) та 64 (68,08%) відповідно). Доведено високий рівень особистісної та реактивної тривожності у дітей з хронічними закрепами (53 (56,38%) та 84 (89,3%) відповідно).

Продемонстровано вплив на психоемоційний статус дітей стиль батьківської поведінки. Виявлено, що домінантними були такі стилі поведінки, як авторитарний (55 (58,51%) матерів) та відторгнення (73 (77,66%)). Виявлено, що важливим впливом на виникнення хронічних закреплів є наявність травмуючих факторів у житті дітей: патологія в пологах – 43 (45,74%), розлучення батьків – 70 (74,47%), проблеми шкільної адаптації – 53 (56,38%).

Виявлено основні детермінуючі предиктори: пренатально-травматичний; соціально-афективний; сімейно-дисгармонійний; особистісно-поведінковий.

Основними «мішенями» медико-психологічного впливу та корекції є соціально-афективний; сімейно-дисгармонійний; особистісно-поведінковий детермінуючі предиктори.

Література:

1. Антипкін Ю. Г. Функціональний стан органів гастроудоденальної зони у дітей з хронічним панкреатитом в поєднанні з рефлюксною хворобою / Ю. Г. Антипкін, А. Г. Ципкун, І. С. Лембрик // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – К., 2010. т.Т. 72, NN 6. – С. 12-15
2. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. — СПб.: Речь, 2005.—400с
3. Клініко-функціональні особливості гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у дітей і підлітків / Л. М. Боярська, К. О. Іванова, І. Б. Скалозубова // Патологія. — 2012. — № 1. — С. 26-30. — Бібліогр.: 20 назв. — укр.
4. Метод реабилитации детей младшего школьного возраста с функциональной патологией желудочно-кишечного тракта, проживающих в регионе Донбасса: [Респ. науч.-практ. конф. «Актуал. вопр. реабилитации детей из регионов антропоген. загрязнения», 23–24 нояб. 2004 г., г. Евпатория] / Н. В. Нагорная, С. С. Острополец, Е. В. Бордюгова, А. В. Дубовая, О. С. Карташова // Вестн. физиотерапии и курортологии. — 2004. — 10, № 4. — С. 47. — рус.
5. Хавкин А. И. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста / А. И. Хавкин. — М.: Правда, 2000. — 72 с.,
6. Khan S. Functional childhood constipation / S. Khan, C. Lorenzo // Pract Gastroenterol. — 1999. — Vol. 12.

ДЕТЕРМИНИРУЮЩИЕ ПРЕДИКТОРЫ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ

В. В. Болтянский

В статье изложены исследования медико-психологических факторов, влияющих на возникновение хронических запоров у детей. Базируясь на анализе результатов исследования, установлен механизм возникновения хронического функционального запора и выявлено основные детерминирующие предикторы: пренатально-травматический; социально аффективный; семейно-дисгармоничный; личностно-поведенческий, которые возможно использовать как основные мишени психокоррекционной работы с детьми.

Ключевые слова: хронические запоры, дети, матери, психодиагностика, тревожность, депрессия, психокоррекция

THE DETERMINING PREDICTORS OF CHRONIC CONSTIPATION IN CHILDREN

V. V. Boltjansky

The article describes the study of medical and psychological factors influencing the onset of chronic constipation in children. Based on the analysis results of the study to establish the mechanism of chronic functional constipation and identified the main determining predictors: prenatally – traumatic; socio affective; disharmonious family, personal- behavioral, which may be used as the main target of a psychological correction with children.

Keywords: chronic constipation, children, mothers, psychological testing, anxiety, depression, psychological correction

УДК: 616.517:616.89-008

І. В. Онищенко

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

У статті описане дослідження особливостей емоційної сфери хворих на псоріаз. Визначені рівень тривожності і депресії у даній категорії пацієнтів, також вивчений рівень агресивності. Метою даного дослідження стало вивчення особливостей емоційної сфери хворих на псоріаз у порівнянні з групою здорових досліджених. Дослідження було проведене в групі, яку склали 114 осіб, що мали діагноз псоріаз, у віці від 18 до 55 років. Також було сформовано групу порівняння зі здорових досліджених відповідного віку та статі у кількості 62 осіб. Психодіагностичний метод, використаний у дослідженні, був реалізований з метою вивчення дезадаптивних особливостей психоемоційної сфери хворих на псоріаз.

Ключові слова: псоріаз, емоційна сфера, психосоматичні розлади, депресія, тривожність, агресивність.

Постановка проблеми. Системний аналіз дозволяє продуктивно розглядати психологію хворого не тільки виключно як суб'єкта хвороби, але і як суб'єкта лікувального процесу, який бере участь у даному процесі, переживає його і впливає на його ефективність [1; 3; 8]. Основою вивчення внутрішнього світу хворого, психологічної картини захворювання і терапевтичного процесу повинна бути система вивчення індивідуально-психологічних та особистісних характеристик хворого, а саме самооцінки, ставлення до інших, до хвороби, до лікування. Хвороба як стресова ситуація в житті пацієнта активує систему значимих відносин, вищих регуляторних механізмів, що виявляються в умовах хвороби і лікування, з одного боку, у характерних способах сприйняття переживань і оцінок, а з іншого боку – в особливостях пристосувальної поведінки [5].

Захворювання на псоріаз із раннього дитинства або в пубертатному періоді впливає на психічний розвиток. Унаслідок певних обмежень, пов'язаних з лікуванням і впливом на спосіб життя, низької самооцінки, труднощів у спілкуванні, тобто ознак, властивих псоріазу, у деяких осіб формується емоційний захист [2; 4; 6; 7]. Хворі відмовляються виявляти свої почуття й уникають міжособистісних контактів [5]. Попри те, що псоріаз може призводити до тривожних станів і депресії, дерматологи й психіатри не повинні недооцінювати психологічних проблем, що передують власне захворюванню на псоріаз. Часом складно визначити, депресія або тривожність виникла як первинна патологія чи як наслідок псоріазу [4].

В останні роки вивчення псоріазу в основному було направлено на пошуки ефективних методів терапії та корекції. Торпідний перебіг, часті, затяжні рецидиви, соматична обтяженість, труднощі терапії визначають актуальність вивчення особливостей дезадаптації хворих

на псоріаз та особливостей психокорекційної роботи з даною категорією пацієнтів.

Метою даного дослідження стало вивчення особливостей емоційної сфери хворих на псоріаз у порівнянні з групою здорових досліджених.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження було проведене в групі, яку склали 114 осіб, що мали діагноз псоріаз, у віці від 18 до 55 років (Гр. 1). Також було сформовано групу порівняння зі здорових досліджених відповідного віку та статі у кількості 62 осіб (Гр. 2).

Умови проведення роботи відповідали загальноприйнятим нормам моралі, вимогам дотримання прав, та інтересів особистості учасників роботи.

Психодіагностичний метод, використаний у дослідженні, був реалізований з метою вивчення дезадаптивних особливостей психоемоційної сфери хворих на псоріаз. Визначення рівнів особистісної та ситуативної тривожності проводилось за методикою Спілбергера-Ханіна. Методика Опитувальник депресивного стану А.Т. Бека (Beck Depression Inventory - BDI) була призначена для якісної і кількісної оцінки депресії; методика суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела і М. Фергюсона використовувалась для визначення рівня відчуття самотності; для визначення рівнів агресивності та наявності деструктивних тенденцій використовували опитувальник Баса-Дарки. Всі матеріали було оброблено за допомогою методів математичної статистики.

Результати дослідження, їх обговорення. Дослідження дезадаптивних особливостей емоційної сфери пацієнтів, хворих на псоріаз, проводилось у декілька етапів. На першому етапі вивчали наступні емоційні характеристики: рівень тривожності, відчуття самотності, агресивність.

Дані щодо вивчення тривожності досліджених наведено у табл. 1–2.

Таблиця 1

Розподіл досліджених за рівнем особистісної тривожності

Рівень тривожності	Гр. 1, n = 114		Гр. 2, n = 62	
	n	% ± m	n	% ± m
Високий	88	77,19 ± 3,93	3	4,84 ± 2,73*
Середній	22	19,30 ± 3,70	14	22,58 ± 5,31
Низький	4	3,51 ± 1,72	45	72,58 ± 5,67*

Примітки: * – різниця достовірна (p < 0,05)

Таблиця 2

Розподіл досліджених за рівнем ситуативної тривожності

Рівень тривожності	Гр. 1, n=114		Гр. 2, n = 62	
	n	% ± m	n	% ± m
Високий	92	80,70 ± 3,70	5	8,06 ± 3,46*
Середній	19	16,67 ± 3,49	15	24,19 ± 5,44
Низький	3	2,63 ± 1,50	42	67,74 ± 5,94*

Примітки: * – різниця достовірна (p < 0,05)

Дані таблиці 1 свідчать про достовірне переважання у хворих на псоріаз високого рівня тривожності, у порівнянні з групою відносно здорових осіб. Так, у Гр. 1 високий рівень тривожності відмічався в 77,19% випадків, тоді як у Гр. 2 даний показник характеризував 4,84% обстежених ($p < 0,05$). Відомо, що особи, які відносяться до категорії високотривожних, схильні сприймати загрозу своїй самооцінці і життєдіяльності у великому діапазоні ситуацій і реагувати дуже вираженим станом тривожності, що заважає адаптації та соціалізації особистості. Низький рівень особистісної тривожності достовірно частіше виявлявся у здорових досліджених (72,58% досліджених Гр. 2, 3,51% досліджених Гр. 1) ($p < 0,05$).

Дані щодо вивчення рівня ситуативної тривожності досліджених наведено в табл. 2.

Вивчення рівня ситуативної або реактивної тривожності також виявляє достовірну різницю між дослідженими групами. Так, для досліджених Гр.1 найбільш притаманним є високий рівень ситуативної тривожності (80,70% осіб), то для більшості здорових досліджених характерним був низький рівень ситуативної тривожності (67,74%), різниця між групами є достовірною ($p < 0,05$). Слід зазначити, що значні відхилення від рівня помірної тривожності вимагають особливої уваги, висока тривожність передбачає схильність до прояву стану тривоги в ситуаціях оцінки власної компетентності. Низька тривожність, навпаки, вимагає підвищення уваги до мотивів діяльності та підвищення почуття відповідальності.

Наступною психоемоційною характеристикою, яку визначали в пацієнтів, хворих на псоріаз, був рівень виразності депресивних тенденцій за допомогою методики BDI (табл. 3).

Як свідчить таблиця 3, для більшості хворих на псоріаз (Гр. 1) характерним був помірний ступінь депресії.

Такі особи відрізнялись пригніченістю настрою, у них об'єктивно виявлялися загальмованість розумових і рухових процесів, значне зниження активності і працездатності, зниження самооцінки, втрата перспективи майбутнього і песимістична оцінка минулого, майбутнього і сьогодення, втрата критичного ставлення до хворобливого стану. В значній кількості досліджених наявними були суїцидальні думки (77,19%). У хворих на псоріаз, які мали виражений рівень депресії, крім вищезазначених депресивних ознак, спостерігались суїцидальні наміри і спроби (1,75%).

Легкий ступінь депресії, який виявлявся у 42,98% досліджених Гр.1, характеризувався нерізким пригніченням настрою, зниженням активності та інтересів, суб'єктивне відчуття загальмованості розумових процесів, ослаблення інтенсивності позитивних емоцій і занепад життєрадісності і уяви, ослаблення прихильності до життя, але чи не головне - це усвідомлення пацієнтом того факту, що його настрої залишається нижче того, яке відповідає обставинам його життя. Варіантом легкої деякі автори вважають приховану депресію, при якій психологічні симптоми депресії губляться за соматизовані симптомами настільки, що самі пацієнти факту своєї депресії не усвідомлюють або усвідомлюють недостатньо чітко, а виявлення факту депресії стає вельми скрутним.

Рівень суб'єктивного відчуття самотності хворих на псоріаз у порівнянні зі здоровими дослідженими вивчався за допомогою методики Расела- Фергюсона (табл. 4). Феномен самотності полягає в тому, що почуття самотності сприймається як гостро суб'єктивне, суто індивідуальне і часто унікальне переживання. Одна з найбільш характерних рис самотності - це специфічне почуття повної заглибленості в самого себе. Почуття самотності не схоже на інші переживання, воно цілісно, абсолютно

Таблиця 3

Розподіл досліджених за рівнем депресії

	Гр. 1, n = 114		Гр. 2, n = 62	
	n	% ± m	n	% ± m
Відсутність депресивних симптомів	2	1,75 ± 1,23	62	100,00 ± 0,00*
Легка депресія	49	42,98 ± 4,64	-	-
Помірна депресія	61	53,51 ± 4,67	-	-
Виражена депресія середньої тяжкості	2	1,75 ± 1,23	-	-
Тяжка депресія	-	-	-	-

Примітки: * – різниця достовірна ($p < 0,05$)

Таблиця 4

Розподіл досліджених за рівнями відчуття самотності

Рівень самотності	Гр.1, n = 114		Гр.2, n = 62	
	n	% ± m	n	% ± m
Високий	96	84,21 ± 3,42	-	-
Середній	16	14,04 ± 3,25	3	4,84 ± 2,73*
Низький	2	1,75 ± 1,23	59	95,16 ± 2,73*

Примітки: * – різниця достовірна ($p < 0,05$)

Таблиця 5

Розподіл досліджених за рівнями агресивних тенденцій

Агресивні й ворожі реакції	Середні бали за показником	
	Гр. 1, n = 114	Гр. 2, n = 62
Фізична агресія	3,99	3,10
Непряма агресія	6,84	3,65
Вербальна агресія	9,12	7,6
Негативізм	3,25	2,48
Роздратованість	9,69	3,72
Підозра	10,26	4,65
Образа	5,98	3,72
Відчуття провини	7,64	4,14

всеохоплююче. Самотність являє собою комплексне почуття, яке пов'язує щось втрачене внутрішнім світом особистості. Почуття самотності спонукає людину до енергійного пошуку коштів протистояння цій «хворобі», бо самотність діє проти основних очікувань і надій людини і, таким чином, сприймається як край небажана.

Отримані дані свідчать про явне превалювання високого рівня відчуття самотності у хворих на псоріаз, який виявлено в 84,21% випадків у Гр. 1. Середній рівень виразності суб'єктивного відчуття самотності також є достовірно більш притаманним хворим на псоріаз у порівнянні з Гр. 2. Так в Гр. 1 середній рівень відчуття самотності зустрічається в 14,04% пацієнтів, у Гр. 2 – лише в поодиноких випадках (4,84%). Низький рівень відчуття самотності є характерною рисою здорових досліджених; він зустрічається майже в усіх осіб Гр. 2 (95,16%).

Поряд з іншими психоемоційними рисами особистості хворих на псоріаз вивчати також і рівень агресивності та ворожих тенденцій. Під агресивністю розуміють властивість, якість особистості, що характеризується наявністю деструктивних тенденцій, в основному в області суб'єктно-суб'єктних відносин. Дані щодо рівнів агресивності наведено в табл. 5.

Як свідчать дані таблиці, для хворих на псоріаз у значно більшому ступені, ніж для здорових досліджених, характерними є прояви непрямой агресії у вигляді підозри, роздратованості, відчуття провини. Вербальна агресія є майже в однаковій мірі характерною як для пацієнтів Гр. 1, так і для досліджених Гр. 2.

На другому етапі дослідження, завдяки статистичному та факторному аналізу отриманого матеріалу, було визначено психоемоційні типи хворих на псоріаз та описано їх основні риси.

Вивчення особливостей емоційної сфери респондентів, дозволило виокремити 2 психоемоційних типи хворих на псоріаз ($p < 0,05$).

Так, для осіб з першого типу (58 осіб), характерним виявилось сполучення психологічних особливостей, означене нами як тривожно-невротичний тип. Вони характеризувалися високим рівнем тривожності та депресії, у сполученні з схильністю до пригнічення агресивних тенденцій на неможливість прояву агресії на зовнішньому плані. Вони були схильні до нерішучості,

невпевненості у собі; педантизму, нескінченного аналізу своїх дій, сумнівів, зниженої самооцінки й невдоволення собою; зниженої активності; віддавали перевагу передбачуваності й визначеності, слідуванню авторитетам і традиціям. Їм були властиві невротичний тип відношення до хвороби, низьке самовладання у стресових і фруструючих ситуаціях, наявність емоційних «зривів», неадекватність реагування, несамостійність при розв'язанні напружених і конфліктних ситуацій міжособистісної взаємодії, наявність високого внутрішнього напруження й почуття провини.

В осіб другої групи визначена комбінація індивідуально-психологічних властивостей, об'єднаних нами в агресивно-ворожий тип (56 осіб). Дані особи характеризувалися надмірними проявами агресивності (переважно непрямими, у вигляді підозри, роздратованості, відчуття провини), спонтанності та індивідуалізму, особистісною нестійкістю, емоційно-вольовою слабкістю, нездатністю до конструктивної когнітивної обробки життєвого досвіду, адекватної оцінки себе, оточуючих та наявної ситуації. Їм були притаманні дисфоричний тип відношення до хвороби, неадекватність самооцінки. Загальною тенденцією виявились прояви негативізму, прихована жорстокість відносно оточуючих та близьких, а також тенденція перекладати відповідальність на зовнішні обставини, інших людей.

Висновки.

У результаті проведеного дослідження психоемоційної сфери хворих на псоріаз виявлено наступні дезадаптивні характеристики: високий рівень ситуативної та особистісної тривожності, наявність депресивних тенденцій, високий рівень суб'єктивного відчуття самотності, прояви непрямой агресії (підозри, роздратованості, відчуття провини).

Визначено схильність до пригнічення агресивних тенденцій та неможливість прояву агресії на зовнішньому плані в пацієнтів, які страждають на псоріаз.

Вивчення особливостей емоційної сфери респондентів, дозволило виокремити 2 психоемоційних типи хворих на псоріаз: тривожно-невротичний та агресивно-ворожий.

Література:

1. Аковбян В. А. Некоторые индивидуальные особенности организма

- больных псориазом и характера клинического течения заболевания Текст. / В. А. Аковбян, С. С. Арипов // *Вестн. дерматол.* 1992. – №2. – С. 23–25.
2. Белоусова Т. А. Психоземональные факторы в патогенезе упорных дерматозов / Т. А. Белоусова // *МРЖ дерматол. и венерол.* – 1981. – №11.
 3. Гребенников В. А. Психологический статус больных псориазом в условиях хронического стресса [Текст] / В. А. Гребенников, М. Дакиева // *Первый российский конгресс дерматовенерологов: тезисы научных работ.* – СПб, 2003. – Т.1. – С. 33–34.
 4. Довжанский, С. И. Качество жизни показатель состояния больных хроническими дерматозами [Текст] / С. И. Довжанский // *Вестн. дерматол.* — 2001.—№3.—С. 12–13.
 5. Иванова И. Н. Особенности социальной дезадаптации дерматологических больных [Текст] / И. Н. Иванова // *Рос. журн. кож. и вен. бол.* — 2007.
 6. Комарцева В. В. Измерение показателей качества жизни у больных псориазом / В. В. Комарцева // *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2009. – № 5. – С. 20–23.
 7. Скрипкин Ю. К. Кожные и венерические болезни [Текст] / Ю. К. Скрипкин, А. А. Кубанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 544 с.
 8. Ginsburg I. H. Role of emotional factors in adults with atopic dermatitis / Ginsburg I. H., Prystowsky J. H., Kornfeld D. S., Wolland H. // *Int. J. Dermatol* 1993 – Vol. 32, № 9 – P. 656–660.

THE FEATURES OF EMOTIONAL SPHERE IN PSORIASIS PATIENTS

I. V. ONYSCHENKO

Research of emotional sphere features of patients with psoriasis is described in the article. It is investigated the level of anxiety and depression in this category of patients, the level of aggressiveness is also studied. The study of emotional sphere features in patients with psoriasis became the purpose of this research by comparison to the group of healthy inspected. Research took place in a group, which consisted of 114 persons having a diagnosis psoriasis, in the age from 18 to 55 years. The group of comparison was also formed from healthy persons the proper age and gender in an amount of 62 persons. The psychodiagnostic method was used in research was realized with the purpose of study of desadaptive features of emotional sphere in patients with psoriasis.

Keywords: psoriasis, emotional sphere, psychosomatic disorders, depression, anxiety, aggressiveness.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

И. В. ОНИЩЕНКО

В статье описано исследование особенностей эмоциональной сферы больных псориазом. Определены уровень тревожности и депрессии у данной категории пациентов, также изучен уровень агрессивности. Целью данного исследования стало изучение особенностей эмоциональной сферы больных псориазом в сравнении с группой здоровых обследованных. Исследование было проведено в группе, которую составили 114 лиц, имеющих диагноз псориаз, в возрасте от 18 до 55 лет. Также была сформирована группа сравнения из здоровых обследованных соответствующего возраста и пола в количестве 62 лиц. Психодиагностический метод, использованный в исследовании, был реализован с целью изучения дезадаптивных особенностей психоэмоциональной сферы больных псориазом.

Ключевые слова: псориаз, эмоциональная сфера, психосоматические расстройства, депрессия, тревожность, агрессивность

УДК 615.851+616.89+159.9]:616-07.001

Ю. И. ЗАСЕДА

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА В КОНТЕКСТЕ ПЕРСОНОЛОГИИ И
ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ГНОСЕОЛОГИИ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии

Сущностью психотерапевтического процесса в контексте персонологии является коррекционно-адаптационное вмешательство в систему субъективных ценностей и значений, сформированную под влиянием онтогенетически детерминированных представлений индивидуума. Для осуществления такого рода интервенции необходимо иметь представление о законах и принципах, присущих взаимодействиям коммуникативных систем и знаков. Речь идет о методологической основе психотерапии – семиотике, благодаря которой осуществляется толкование индивидуальных образов и понятий. Таким образом, в персонологическом контексте под психотерапией понимается сложный, разносторонне ориентированный процесс, затрагивающий внутри- и межличностные проблемы и конфликты, а значит, воздействующий как в пределах индивидуального пространства, так и в социальной среде. С этой целью важно рассматривать разнонаправленные действия и процессы как единую систему информационных образований – ментальное или семиотическое пространство.

Исследование психической сферы индивида отличается методологическими особенностями по ряду причин, среди которых наиболее значимыми, на наш взгляд, являются дисциплинарная гетерогенность психотерапии и необходимость обращения к сугубо индивидуальному, персональному пространству в ходе психотерапевтического процесса. Эти обстоятельства не позволяют анализировать профессиональную деятельность психотерапевта с точки зрения классического рационального подхода, поскольку он ориентирован на максимальную десубъективацию пережитого опыта. Таким образом, в основе психотерапевтической практики должна лежать такая концепция, методологические аспекты которой опираются на положения объективизма с его безоценочной, созерцательной позицией. Данное утверждение наиболее ярко иллюстрирует цитата последователей феноменологического подхода: «в составе внутреннего опыта именно рационально выделяемые очевидные образования как раз и позволяют усмотреть фундаментальные характеристики мира “как он есть”» [9].

Обращаясь к семиотическому анализу того или иного вида психотерапевтической техники, в первую очередь необходимо рассмотреть понятие «целевой функции». Она иллюстрирует основную цель психотерапевтической методики, которая посредством своих технических особенностей и реализацией в структуре психотерапевтического процесса определяет ее содержание. Это значит, что семиотическая аранжировка каждого отдельно рассматриваемого психотерапевтического метода конгруэнтна представляемому направлению или школе. Однако наряду с высоко специфическими семиотическими знаками, существует ряд понятий, применимых вне того или иного методологического контекста, благодаря чему язык психотерапии является относительно универсальным в применении к любой форме терапевтического процесса.

Синтаксический анализ психотерапевтических знаков подразумевает интерпретацию в процессе и на момент взаимодействия врача и пациента, с учетом дискурсивной специфичности беседы и основ логических связей.

Семиотические различия, присущие различным психотерапевтическим концепциям и психологическим школам, как правило, обнаруживаются на прагматическом уровне, когда речь идет о взаимоотношениях семиотических знаков применимо к пациентам и интерпретаторам, в качестве которых выступают психотерапевты. И именно в рамках психотерапевтического контакта мы наблюдаем наиболее существенные расхождения в трактовке вопроса.

Данные отличия психотерапевтического дискурса обусловлены специфическими особенностями протоколов и реализующих механизмов, которые присущи разным школам психотерапии. Последователи психоаналитического подхода обращаются к реконструкции прошлых, подсознательно значимых событий с воссозданием последовательной цепи эпизодов жизненного пути и осознанием их результатов. Юнгианцы интерпретируют субъективные коннотативные значения семиотических знаков с учетом культуральных, религиозно-мифологических и исторических особенностей социальной среды индивидуума. Гештальт-концепция предусматривает доминирование семиотики слияния и отношения; приверженцы когнитивного направления основываются преимущественно на аспектах логических операций; моделирование коммуникативных и языковых явлений в рамках заданного стиля отличает школу нейролингвистического программирования. Важно понимать, что имеется в виду, главным образом, латентный дискурс, реализуемый психотерапевтом по отношению к пациенту.

Будучи компонентами индивидуального семиотического пространства, данный – ларвированный – уровень дискурса образует аддитивные, коннотативные значения, воспринимаемые и употребляемые впоследствии пациентом. Такие дополнительные значения приобретаются вследствие приоритетной субъективной эмоциональной или аксиологической важности и делятся на

индивидуальные и групповые. Коннотативное содержание этих знаков зачастую апеллирует к другим страдам психоического дискурса. В данных обстоятельствах роль психотерапевта заключается в фиксации и адекватной интерпретации свойственных пациенту семиотических знаков в контексте применяемого психотерапевтического подхода.

Для грамотного чтения знаков в пределах субъективного семиотического пространства необходимо помнить о культуральной, идеологической аранжировке индивидуального дискурса, его средовых, профессиональных и социолексических детерминантах [1].

Обращает на себя внимание тенденция отождествления понятий семиотики и семиологии. В равной степени под ними подразумевают – в дисциплинарно-методологическом смысле – область знаний о свойствах знаков и знаковых систем.

С практической точки зрения важно дифференцировать и конкретизировать данные теоретические понятия. Так, под семиологией понимается абстрактное учение о знаках, обособленное и не связанное с индивидуальным опытом, тогда как семиотика рассматривает знаки в контексте частного клинического случая, с их развитием, взаимным влиянием и объединением в феноменологические и синдромологические единицы.

По этой причине в настоящей статье особое внимание уделяется клинко-психоической феноменологии, – которая *per se* составляет взаимодействующую совокупность независимых, четко отграниченных эстетических и подпадающих непосредственному анализу психических образований/феноменов [10; 13].

Применение феноменологического подхода в сфере описания психопатологических синдромов К. Ясперсом и последователями его учения позволило этому понятию распространиться за пределы философии. В дальнейшем феноменология зарекомендовала себя как метод исследования, позволяющий на основании аутодескрипций больного осуществлять идентификацию, дифференциацию, описание и систематизацию феноменов [25].

Именно наличие феноменологического метода формирует феноменологию как направление и придает ему практическую ценность, позволяя использовать в качестве гносеологического способа или стиля [10; 12; 24]. В связи с данным обстоятельством ряд приверженцев феноменологического течения склонны представлять феноменологию скорее в качестве метода, нежели системы научных взглядов [10]. Теме выделения соответствующей концепции посвящены отдельные работы [14; 15].

В процессе развития психотерапевтической дисциплины неоднократно поднимался вопрос объективизации ее методологической основы. Примером тому является «психорефлексология» («объективная психология») В. М. Бехтерева [2], недостатками которой являлись излишняя схематичность, чрезмерное увлечение экспериментальными исследованиями и недостаток объективности в учёте результатов, выполнявшемся исключительно на основании визуального наблюдения. Сюда также можно отнести разного рода электрофизиологические

исследования нервно-психических процессов, в отличие от которых феноменологический метод *per se* не является исключительно дескриптивным, а призван облегчить и объективизировать понимание свойственных индивидууму психоических процессов и явлений [3].

Школа Гуссерля рассматривает процессы восприятия, усвоения, анализа и отреагирования с точки зрения относительности и континуальности, что позволяет осуществлять не дискретный, а комплексный семиотический анализ [5–8]. Такой подход наиболее адекватен в сфере компетенции всех психоических дисциплин. Он, в частности, реализовался в эмпирическом исследовании сфер мышления, ощущения и восприятия [12].

Таким образом, феноменологический метод приобрел ряд аналитических приёмов, объединённых общей методологической основой, и базовые характеристики, – такие как специфичность, интерпретативность, вариативность, достоверность и дискурсивную гомогенность [26–33].

Феноменология как автономное направление, оформившееся с возникновением феноменологического метода, в проекции на область психодисциплин обретает такие психодиагностические дериваты, как феноменологическая редукция, феноменологическое интуирование, феноменологический анализ, феноменологическое описание [27–29; 32].

В сфере медико-ориентированных дисциплин феноменологический метод как диагностическая стратегия имеет свои особенности. Он складывается из сложно организованной рамками логических действий иерархической системы различных техник и приёмов в сопряжении с кодексом экзегезы в специфической дискурсивной аранжировке.

Не вызывает сомнений наличие тесной взаимосвязи между вышеперечисленными методами и отдельными стратами психической феноменологии, так как метод выступает в качестве вторичного познавательного, преимущественно интерпретирующего надобразования конкретной феноменологии.

Возвращаясь к применению психотерапевтических техник в клинической практике, следует отметить, что оно стало возможным благодаря описанию психотерапевтических феноменов, в основе которых лежат процессы и механизмы клинко-физиологического [от] реагирования. Использование этих явлений делает возможным и эффективным психотерапевтическое вмешательство, позволяя оказывать информационное влияние на субъективное личностное пространство пациента.

Говоря о психоической феноменологии, речь обычно идёт не только и не столько о психопатологическом и патопсихологическом ее классах, но также о клинической психофеноменологии [4; 11; 16–23]. Психопатологическая феноменология ассоциирована с клинической психиатрией, а патопсихологическая – с клинической психологией. Клиническая же психофеноменология имеет синкретическую связь с клинической психотерапией [21; 23]. Можно констатировать также её вполне определенное интегративное взаимодействие с

психопатологической и патопсихологической феноменологиями, поскольку она принадлежит клинической сфере и, в то же время, тяготеет к нормологии.

Вышеупомянутый синкретизм вновь обращает на себя внимание, когда речь заходит об особенностях клинической психотерапевтической феноменологии. Так, её понятия и концепты часто имеют оттенки различных, порой взаимоисключающих дискурсов: психоаналитического, антропо-культурального, этологического, экспериментально-психологического, эколого-экономического и прочих. Это объясняется возникновением и постоянным воспроизведением различных психотерапевтических методов и техник со своими, подчас антагонистическими, стилями.

Такие характеристики, как умозрительность, эпониичность и синонимичность, обусловлены влиянием психиатрии на психотерапевтическую семиотику/феноменологию, а равно – и сами терапевтические техники.

Психотерапевтическую феноменологию отличают также денотационная вариабельность специфических терминов в зависимости от контекста направления, школы или течения, в которых они употребляются, доходящая порой до смысловой омонимичности, а также релятивизм реактивно-персонологических феноменов [21].

Зачастую психотерапевтические феномены являются универсальными, а значит, полифункциональными образованиями, но могут также и существенно отличаться по назначению, подчиняясь методике, профессиональной ориентации психотерапевта и протоколу психотерапевтического процесса. Вместе с тем, правильная идентификация психотерапевтических феноменов имеет важное значение в обеспечении постановки корректного психотерапевтического диагноза.

Современные авторы прибегают к ранжированию психотерапевтических феноменов, условно разделяя их на следующие классы [18; 21; 23]:

I. Феномены [«со стороны»] пациента».

1. Инструментальные.
2. Саногенные.
3. Дефензивные.
4. Смешанные.
5. Интеркуррентные.
6. Вспомогательные (воротные, ориентационные, диагностические).
7. Артефакты.

II. Феномены [«со стороны»] психотерапевта».

III. Трансперсональные феномены.

IV. Групповые феномены.

V. Конформные (индукционные) феномены.

Важно понимать, что психотерапевтический феномен подразумевает объективно идентифицируемые клинко-физиологические явления, тогда как психотерапевтический концепт представляет собой условное, абстрактное понятие, соотносящееся с определённой школой психотерапии. Между этими детерминантами в клинической практике может обнаруживаться ряд переходных форм, таких как феномен-концепт или концепт-феномен.

Феномены первого класса зачастую жёстко ассоциированы с определёнными психотерапевтическими техниками и методиками. Например, феномену гипнабельности соответствует гипноз, внушаемости – внушение, убеждаемости – убеждение etc. Сила выраженности определённого феномена у пациента предопределяет индивидуальную степень подверженности тем или иным инструментальным психотерапевтическим воздействиям. Такие феномены именуется инструментальными. Например, гипнабельность, зависящая от конституционально-персоналогических и внешних, ситуационных факторов, обуславливает показания к различным видам внушения. А подкрепление, повышающее силу реакции либо вероятность её наступления, выступает в качестве феномен-концепта.

К саногенным (или оздоравливающим) психотерапевтическим феноменам можно отнести внушаемость и гипнабельность. Первый подразумевает не критичное, абсолютное принятие определённой информации, а второй представляет собой свойство менять суждения и представления, формируя умозаключения под влиянием опровержения к ранее имеющейся, доступной сознанию информации. Сопутствующими феномен-концептами здесь в зависимости от практикуемого психотерапевтического метода могут являться осознание (глубинное осмысление наличия, причин и следствий внутриличностного конфликта), катарсис (отреагирование психотравмы с последующим облегчением), инсайт (достижение осознания-озарения). Последнему упомянутому феномен-концепту более других свойственны различения. В различных психотерапевтических направлениях (рационально-эмотивной, когнитивной, психодинамической, личностно-ориентированной психотерапии, гештальт-терапии) его понимают по-разному. Чаще всего под инсайтом понимается явление внезапного, спонтанного, целостного осознания и прочувствования актуальной проблемы с появлением альтернативного её решения.

Под дефензивными понимаются такие феномены, которые формируются в качестве защитных механизмов. К ним относят психологические явления подавления, отрицания, проекции, идентификации, регрессии, изоляции, рационализации, конверсии и многие другие.

Когда в психотерапевтическом процессе мы сталкиваемся с качественно новыми, ранее не диагностированными явлениями, часто усложняющимися или модифицируемыми его течением, речь идёт об интеркуррентных феноменах. Яркой иллюстрацией тому может служить перенос, имеющий место в ходе психоаналитической терапии.

Группа суппортивных феноменов, благоприятствующих психотерапевтическому вмешательству, именуется вспомогательными. Для удобства среди них выделяют воротные (позволяющие проникать), ориентационные (позволяющие выстраивать путь психотерапии) и диагностические (дающие возможность построения заключения о состоянии психофизиологического и персоналогического компонентов).

Воротным феноменом, позволяющим входить в субъективное ментальное пространство, часто выступает феномен эмоционального стресса, а также различные трансовые формы.

Погрузившись в личное пространство пациента, эффективно осуществлять навигацию в направлении психотерапевтических мишеней позволяют ориентационно-диагностические феномены, например, такой «классический» аналитический феномен, как сопротивление.

К артефактам вышеприведенная классификация относит превратно расцененные в качестве психотерапевтических феноменов явления и реакции.

Авторы обращают внимание на условность предложенной классификации, подчёркивая смешанный характер большинства психотерапевтических феноменов, которые нередко сочетают в себе свойства различных классов (например, саногенного и инструментального) [23].

Преимущественно эмпирико-психологический характер исследования, позволившего идентифицировать вышеописанные психотерапевтические феномены, предопределяет необходимость их клинической интерпретации с адекватным физиологическим и патогенетическим обоснованием. С этой целью были введены новые понятия – клинических психотерапевтических эффект-синдромов и их коррелят-механизмов, совокупность которых составляет так называемую «эффект-синдрологию». Современные исследования, посвящённые этой теме, позволили установить и описать взаимосвязи между методами (методиками) психотерапии и психотерапевтическими феноменами.

Речь идёт о саногенном классе феноменов, внешние проявления которых являются результатами масштабных внутриличностных процессов. Конгруэнтными парами среди психотерапевтических методик и ассоциированных феноменов являются суггестивная психотерапия и суггестия, рациональная психотерапия и убеждение, психоанализ и катарсис, бихевиоральная терапия и подкрепление, «эриксонский» гипноз и гипнотический транс, нейро-лингвистическое программирование и эйдети́зм, гештальт-терапия и гештальт-инсайт, групповой анализ и групповая динамика, трансактный анализ и скрипт-инсайт, моделирование поведения и научение, экзистенциальная психотерапия и аутентичность, психодинамическая психотерапия и осознание, психометодология и воспоминание-забывание.

Именно эти соотношения техник и феноменов обеспечивают эргономичность, безопасность и, в конечном итоге, эффективность психотерапевтического процесса, потому что в их основе лежат базовые нейропсихологические, нейробиологические, нейрофизиологические и нейрохимические механизмы [4; 18].

Клинический психотерапевтический эффект-синдром является совокупностью клинико-психологических и бихевиоральных проявлений в ответ на применение методики в рамках определенной психотерапевтической концепции.

По аналогии с классификацией клинических психотерапевтических феноменов, эффект-синдромы дифференцируют на типовые (нормальные), атипичные (парадоксальные) и интеркуррентные (патологические) [4; 18].

Справедливым будет акцентировать внимание на том, что вышеописанное клиническое понятие по сути своей является идеализированным, рафинированным, артифициальным образованием, которое лишь умозрительно сопоставимо с соответствующей синдромальной и/или нозологической единицей.

Эмпирика бесспорно свидетельствует о наличии патопластического, реструктурирующего, а порой и деструктивного воздействия на клинический эффект-синдром со стороны наличествующих у пациента психопатологических проявлений. Подобное влияние имеет и обратную связь, и тогда следует говорить о клиническом патоморфозе.

Проведенные ранее исследования показывают, что создание своеобразного феноменологического портрета индивидуума может явиться ценной клинико-диагностической инновацией, позволяющей стандартизировать и унифицировать протокол психотерапевтического процесса вне зависимости от используемой техники. В связи с этим мы вводим понятие «психофеноменологический профиль» – совокупность клинико-психофеноменологических особенностей пациента, определяемых количественно-качественным соотношением нормальных и клинических психотерапевтических феноменов. Построение подобного профиля, в конечном счёте, должно сводиться к исследованию способности пациента воспринимать определённые психотерапевтические воздействия среди широкого разнообразия техник и подходов психотерапии, а значит, призвано сделать диагностический и терапевтический процесс максимально конгруэнтным и эффективным.

Изучение синдромокинеза и синдромотаксиса, неизбежно возникающих в ходе психотерапевтического процесса, позволяет его координировать, корректировать и осуществлять функцию ближайшего и отдалённого прогнозирования. Поэтому психофеноменологический профиль мы делим на нормальный, обусловленный рядом конституциональных, персонологических, патопсихологических и ситуативных детерминант, и клинический, являющийся следствием трансформации нормального под влиянием клинического патоморфоза, обусловленного психотерапевтическим и, отчасти, медикаментозным вмешательством.

Проведение дальнейших исследований в этом направлении с применением клинико-теоретического моделирования позволит эмпирически апробировать состоятельность нововведённых понятий и создать своеобразный паспорт психофеноменологического обследования пациента.

Литература:

1. Барт Р. Избранные работы: Семиотика. Поэтика / Р. Барт. – М.: Прогресс, Универс. – 1994. – 390 с.
2. Бехтерев В. М. Объективная психология / В. М. Бехтерев. – М.: Наука, 1991. – 480 с.

3. Бинсвангер Л. Феноменология и психопатология / Л. Бинсвангер // Логос: Философско-литературный журнал. – 1992 – №3. – С. 125–135.
4. Гринвальд С. Г. Клиническая психотерапевтическая эффект-синдромология: семиотика, систематика, теоретические модели / С. Г. Гринвальд, В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов // Всесвіт соц. психіатрії, мед. психології та психосомат. медицини. – 2009. – Т. 1, № 2 (2). – С. 56–68.
5. Гуссерль Э. Собрание сочинений. Т. 1. Феноменология внутреннего сознания времени / Э. Гуссерль. – М.: Гнозис, 1994. – 177 с.
6. Гуссерль Э. Метод прояснения. Современная философия науки. 2-е изд., перераб. и доп. / Э. Гуссерль. – М.: Логос, 1996. – 375 с.
7. Гуссерль Э. Идеи к чистой феноменологии и феноменологической философии. Т. 1. Общее введение в чистую феноменологию / Э. Гуссерль. – М.: Дом интеллектуальной книги, 1999. – 289 с.
8. Гуссерль Э. Собрание сочинений. Т. 3(1). Логические исследования. Т. 2(1). Исследования по феноменологии и теории познания / Э. Гуссерль М.: Гнозис, Дом интеллектуальной книги, 2001. – 256 с.
9. Калинин В. В. Феноменологическая редукция как путь: куда? (Заметки на темы Эд. Гуссерля и М. К. Мамардашвили) / В. В. Калинин // Сб. науч. ст. – М. – 1991. – С. 53–71.
10. Мерло-Понти М. Феноменология восприятия / М. Мерло-Понти. – СПб.: Ювента, 1999. – 608 с.
11. Михайлов Б. В. Психотерапия: учебник для врачей-интернов высш. мед. учеб. заведений III – IV уровней аккредитации / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов. – Х.: Око, 2002. – 768 с.
12. Райнах А. Собрание сочинений / А. Райнах. – М.: Дом интеллектуальной книги, 2001. – 490 с.
13. Сартр Ж.-П. Воображаемое: феноменологическая психология воображения / Ж.-П. Сартр. – СПб.: Наука, 2001. – 319 с.
14. Улановский А. М. Качественная методология и конструктивистская ориентация в психологии / А. М. Улановский // Вопросы психологии. – 2006. – №3. – С. 27–37.
15. Улановский А. М. Проблема феноменологического описания и описательный поход в психологии / А. М. Улановский // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М. В. Ломоносова. Вып. 2. Под общ. ред. Б. С. Братуся, Е. Е. Соколовой. – М.: Смысл. – 2006. – С. 106–124.
16. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов. – К.: Здоров'я; Х.: Око – Наука. – 2002. – 768 с.
17. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов. – К.: Здоров'я; Х.: Око – Наука. – 2008. – 768 с.
18. Чугунов В. В. Психотерапевтическая феноменология, клинические эффект-синдромы в психотерапии и их коррелят-механизмы / В. В. Чугунов // Арх. психіатр. – 2002. – № 4 (31). – С. 202–206.
19. Чугунов В. В. Клиническая семиотика диагноза в психотерапии / В. В. Чугунов // Журн. психіатр. і мед. психол. – 2004. – № 1 (11). – С. 11–16.
20. Чугунов В. В. Взаимодействие клинической психотерапевтической и психопатологической синдромологий при формировании метасиндромов (медико-психологический аспект) / В. В. Чугунов // Мед. психол. – 2007. – Т. 2, № 1. – С. 3–7.
21. Чугунов В. В. Сравнительная характеристика и взаимодействие клинико-психологических синдромологий в сфере компетенции психотерапии / В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов // Таврич. журн. психіатр. – 2007. – № 1 (38). – С. 49–62.
22. Чугунов В. В. Диспозиционная характеристика патопсихологических регистр-синдромов, психопатологических синдромов и клинических психотерапевтических эффект-синдромов / В. В. Чугунов // Междунар. мед. журн. – 2007. – Т. 13, №2. – С. 14–18.
23. Чугунов В. В. Клинико-психофеноменологический метод в психотерапевтической практике / В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов // Матеріали науково-практичної конференції «Сучасні методи лікування захворювань психогенного походження» (XIII Платонівські читання), (24-25 червня 2010 року, м. Харків, клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води»), Х. – 2010. – С. 255–259.
24. Шпигельберг Г. Феноменологическое движение. Историческое введение / Г. Шпигельберг. – М.: Логос. – 2002. – 678 с.
25. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс. – М.: Практика. – 1997. – 1056 с.

26. Churchill S. *An introduction to phenomenological research in psychology. The handbook of humanistic psychology* / S. Churchill, F. Wertz // – CA: Sage Publication. – 2001. – P. 251–252.
27. Colaizzi P. F. *Psychological research as the phenomenologist views it. Existential-phenomenological alternatives for psychology* / P. F. Colaizzi. – N.Y.: Oxford University Press. – 1978. – P. 48–71.
28. Giorgi A. *An Application of Phenomenological Method in Psychology* / A. Giorgi // *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*. – Pittsburgh: Duquesne University Press. – 1975. – Vol. 2. – P. 82–103.
29. Giorgi A. *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology* / A. Giorgi, R. Knowles, D. Smith. // *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*. – Pittsburgh: Duquesne University Press. – Vol. 3. – 1979. – P. 32–45.
30. Kruger D. *An Introduction to Phenomenological Psychology* / D. Kruger // *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*. – Pittsburgh: Duquesne University Press. – Vol. 4. – 1979. – P. 12–29.
31. Moustakas C. *Phenomenological research methods* / C. Moustakas. – Thousand Oaks, CA: Sage. – 1994. – 178 P.
32. Van Kaam A. *Existential Foundations of Psychology* / A. Van Kaam // *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*. – Pittsburgh: Duquesne University Press. – Vol. 2. – 1966. – P. 56–71.
33. Wertz F. *Method and findings in a phenomenological psychological study of a complex life event: Being criminally victimized* / F. Wertz // *Phenomenology and psychological research*. – Pittsburgh: Duquesne University Press. – Vol. 3. – 1985. – P. 155–216.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА СЕМІОТИКА В КОНТЕКСТІ ПЕРСОНОЛОГІЇ ТА ФЕНОМЕНОЛОГІЧНОЇ ГНОСЕОЛОГІЇ

Ю. І. ЗАСЕДА

Викладено уявлення про клінічну психотерапевтичну семіотику в контексті персонології та феноменологічної гносеології. Систематизовано погляди на психотерапевтичну феноменологію в контексті семіотичного втілення; розглянуто класифікації психотерапевтичних феноменів як універсальних одиниць психотерапевтичної семіотики. Піднята проблема побудови психофеноменологічного профілю як персонального паспорта індивіда, що дозволяє стандартизувати і уніфікувати протокол психотерапевтичного процесу. Показано значення психофеноменологічної профілізації як реалізація вимог ідіографічного підходу сучасної персоналізованої медицини.

Ключові слова: клінічна психофеноменологія, психотерапія, семіотика, психофеноменологічний профіль, клініко-психофеноменологічний метод

PSYCHOTHERAPEUTIC SEMIOTICS IN THE CONTEXT OF PERSONOLOGY AND PHENOMENOLOGICAL GNOSEOLOGY

U. I. ZASEDA

Described the presentation about psychophenomenological semiotics in the context of personology and phenomenological gnoseology. Systematized views of psychotherapy phenomenology in the context of a semiotic embodiment, the classification of psychotherapeutic phenomons as universal units of psychological semiotics. Raised the problem of constructing a psychophenomenological profile as a personal passport of the individual, allowing to standardize and unify the protocol of the psychotherapeutic process. Shown the meaning of the psychophenomenological profiling as the implementation of idiographic approach.

Keywords: clinical psychophenomenologic, psychotherapy, semiotics, psychophenomenological profile, clinical psychophenomenological method

УДК 616.89–008.48:616–057:159.972:613.6.02

О. І. ЧИСТИКОВА

**ПСИХОЛОГІЧНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ У ПРАЦІВНИКІВ ПОЖЕЖНО-РЯТУВАЛЬНОЇ
СЛУЖБИ: АНАЛІЗ СКЛАДОВИХ ТА СТАДІЙ РОЗВИТКУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАЖУ
РОБОТИ В УМОВАХ ПІДВИЩЕНОЇ НЕБЕЗПЕКИ**

Харківська медична академія післядипломної освіти

На основі комплексного клініко-психопатологічного та психодіагностичного дослідження 320 осіб – працівників пожежної служби з психологічною дезадаптацією, проаналізовані складові та виділені стадії психологічної дезадаптації у даного контингенту, що можуть зустрічатися окремо або переходити одна в одну з тривалістю дезадаптації, а саме: 1) тривожної невпевненості, 2) патологічної компенсації ризикованою поведінкою та 3) емоційного відсторонення і аддиктивного заміщення. Отримані результати лягли в основу розробки системи заходів психокорекції і психопрофілактики психологічної дезадаптації у співробітників пожежно-рятувальної служби.

Ключові слова: психологічна дезадаптація, працівники пожежно-рятувальної служби

Розвиток реформи системи цивільного захисту України має на меті гарантувати швидке й ефективне вирішення аварійно-рятувальними підрозділами завдань щодо попередження та ліквідації надзвичайних ситуацій різної природи. Один з напрямів перетворення МНС – якісне підвищення ефективності професійної діяльності кожного працівника системи цивільного захисту: за свідомством фахівців МНС, тільки 26% пожежних-рятувальників експерти оцінюють як високоефективних у службовій діяльності [1].

У науковій літературі існують протилежні точки зору на вплив стажу професійної діяльності в умовах підвищеної небезпеки на психічний, психологічний стан працівників та якість виконання ними професійних обов'язків. Так, Ю. А. Дежкина (2008), В. Д. Тогобицька (2011) вважають, що зі збільшенням терміну служби в небезпечних умовах знижується рівень психологічної підготовки та адаптації пожежних, що провокує погіршення впевненості у своїх силах і готовності ризикувати в будь-який момент, витримки і самовладання, стійкості

і холоднокривності, а також збільшується нервово-психічне напруження, відчуття розгубленості, надмірного хвилювання, пригніченості, що обумовлює погіршення фізичного й емоційного стану та зниження суб'єктивної оцінки якості життя, що фактично є наслідком негативного впливу професійної діяльності [2; 3]. Між тим, результати досліджень А. С. Куфлієвського (2006) і О. І. Скленя (2008), навпаки, свідчать, що зі стажем роботи кількість працівників з адаптивною копінг-поведінкою збільшується, а зануреність у власні негативні емоційні переживання, стресові моделі реагування на дію професійних стрес-факторів, небажання брати на себе відповідальність за результати професійної діяльності, значно більше поширені серед фахівців пожежно-рятувальних підрозділів зі стажем служби менше п'яти років, ніж серед їх більш досвідчених колег [4; 5].

Наслідком такої різнобічності поглядів стає неможливість визначення загальних мішеней психокорекції і психопрофілактики психологічної професійної дезадаптації працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України, що трапляється через відсутність єдиних методологічних підходів та сприяє подальшому поширенню й розвитку дезадаптивних станів серед зазначеного контингенту.

Отже, з метою аналізу феномену психологічної дезадаптації у працівників пожежної охорони для подальшої розробки системи заходів психокорекції і психопрофілактики, нами, на базі науково-дослідного інституту профілактичної медицини (м. Харків) за період 2009 – 2012 рр. під час здійснення профілактичних оглядів, серед загальної кількості обстежених працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України (1380 осіб) було відібрано 320 осіб з окремими проявами психологічної дезадаптації. Середній стаж роботи за їхньою професією склав 7 років.

Всіх досліджених було розділено на три групи, в залежності від тривалості роботи в МНС. Так, до першої групи (Гр 1) увійшли співробітники пожежної безпеки, які працювали за спеціальністю до 5-ти років; особи, що мали строк роботи в лавах підрозділів пожежної безпеки від 5 до 10 років (Гр 2); до третьої групи увійшли пожежники зі стажем роботи більше 10 років (Гр 3). Кількість осіб, що увійшли до визначених груп: Гр 1 – 109 осіб, Гр 2 – 105 осіб, Гр 3 – 106 осіб. Вік досліджуваних коливався від 20 до 42 років.

У дослідженні використовували соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний методи дослідження.

Клініко-психопатологічному обстеженню із застосуванням діагностичних критеріїв МКХ–10 передувало психодіагностичний скрінінг психопатологічної симптоматики, рекомендований для виявлення окремих проявів або сформованих дезадаптивних реакцій у контингенту аварійно-рятувальних служб [6]. Дана методика була розроблена на основі структурованого клінічного діагностичного інтерв'ю СКІД (SCI-structured Clinical Interview for RDSM) [7], апробована та верифікована на випадковій вибірці 5000 мешканців Київської,

Донецької та Львівської областей України за дорученням ВООЗ протягом 2000-2002 рр. [8–12]. Також проводили визначення особистісної і реактивної тривожності за методикою діагностики самооцінки Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, що дало змогу визначити, чи є почуття тривоги конституціональною особливістю респондента, чи воно виникло внаслідок хворобливого стану, або ж є реакцією особистості на стресові події [13].

Визначення ознак професійної дезадаптації та її векторів проводилось з використанням опитувальника «Оцінка професійної дезадаптації», розробленого О. Н. Родіною для оцінки робочого стану складальників мікросхем і адаптований для широкого застосування (оцінки стану робочих різних професій) та адаптованого М. А. Дмитрієвою та визначення окремих ознак професійної дезадаптації [14].

Оцінка індивідуально-психологічних особливостей респондентів з акцентом на вольовий потенціал і поведінкові стратегії в стресових умовах здійснювалась за методиками «Індивідуальний особистісний опитувальник» (ІТО) Л. М. Собчик [15], методики діагностики потреба в пошуках екстремальних відчуттів М. Цукермана [13]; опитувальника для дослідження рівню імпульсивності В. А. Лосенкова [16]; методики діагностики рівня особистісної готовності до ризику М. А. Шуберт [16]; методики визначення вольового потенціалу особистості [16]; методики діагностики стратегій поведінкової активності в стресових умовах Л. І. Вассермана і Н. У. Гуменюка [16].

На основі аналізу і узагальнення отриманих даних, нами визначені особливості психоемоційного стану співробітників пожежної охорони в залежності від стажу їх роботи.

Для осіб з незначним стажем (до 5 років) характерними виявились дезадаптивні реакції у вигляді тривожно-астенічного симптомокомплексу, вираженість окремих симптомів якого не доходила до клінічної окресленості. У структурі даного симптомокомплексу преувальовали підвищена тривога, емоційна лабільність, відчуття страху і знижений настрій, роздратованість, підвищена фізична втома.

Серед осіб зі стажем роботи 10 і більше років, преувальовали донозологічні прояви вегетативного симптомокомплексу, який був представлений головним болем, різноманітними диссомнічними порушеннями та загальносоматичними симптомами тяжкості у кінцівках, м'язового болю, втрати відчуття енергії.

У осіб зі стажем роботи від 5 до 10 років діагностувалося мозаїчне симптоматичне наповнення окремих проявів усього спектра синдромальних проявів в основному середнього ступеня вираженості.

Аналіз клініко-феноменологічних проявів професійної дезадаптації довів наявність їх спільних та диференційованих ознак у осіб різних груп. Загалом для усіх обстежуваних з професійною дезадаптацією різного ступеня вираженості були характерними емоційна спустошеність, виснаженість ($p < 0,05$), втома ($p < 0,05$), неможливість іти на компроміс ($p < 0,05$), надавати

емоційну підтримку ($p < 0,05$), нездатність підтримувати партнерські стосунки ($p < 0,05$).

В обстежуваних з невеликим стажем роботи переважали зміни у відчуттях ($p < 0,05$), а саме: відчутті гумору ($p < 0,05$), виникнення почуттів провини ($p < 0,01$), самозвинувачення ($p < 0,01$), гніву ($p < 0,01$), підвищеної дратівливості ($p < 0,01$), байдужості ($p < 0,01$), безсилля ($p < 0,05$).

У респондентів зі стажем роботи від 5 до 10 років серед специфічних ознак професійної дезадаптації превалювали агресивність ($p < 0,05$), спустошення ($p < 0,05$), зниження соціальної активності ($p < 0,05$).

У обстежених зі стажем роботи більше 10 років виявлено нікчемність ($p < 0,05$), слабкість ($p < 0,05$), виснаження ($p < 0,05$), хронічну втому ($p < 0,05$), головний біль ($p < 0,05$), зміни артеріального тиску ($p < 0,05$), астенію ($p < 0,05$), підвищення або втрату ваги ($p < 0,05$), безсоння ($p < 0,05$), статеві дисфункції ($p < 0,05$), збільшення вживання психоактивних речовин (кава, тютюн, алкоголь) ($p < 0,05$).

Отже, професійна дезадаптація в осіб Гр 1 виражалася в погіршенні емоційного стану, Гр 2 – соціальної взаємодії, Гр 3 – через соматовегетативні та сомнологічні прояви. До того ж встановлено, що у обстежених різних груп мали місце різні фази професійної дезадаптації: у осіб Гр 1 діагностована фаза виснаження, у Гр 2 – фаза зміни рівня власної участі, у Гр 3 – деструктивної поведінки.

Вивчення індивідуально-психологічних особливостей респондентів, дозволило виокремити їх типологію, у залежності від стажу професійної діяльності.

Так, для осіб з психологічною дезадаптацією з досвідом роботи в пожежній охороні до 5 років, характерним виявилось сполучення психологічних особливостей, визначене нами як тривожно-унікаючий тип. Вони характеризувалися високим рівнем тривожності й лабільності, що, у сполученні з високою вимогливістю до себе, провокувало внутрішній особистісний конфлікт за рахунок наявності несумісних тенденцій: високої мотивації до дій та відсутності психологічних якостей і психічних сил до їх здійснення. Більшості з них був притаманний середній або низький рівень потреби в екстремальних відчуттях, середній рівень імпульсивності й низька готовність до ризику. В якості провідної стратегії подолання в стресових умовах вони використовували пасивність, уникнення відповідальності, невпевненість та сумління. Також були схильні до нерішучості, невпевненості у собі, особливо в умовах динамічної обстановки, дефіциту часу й інформації; нескінченного аналізу своїх дій, сумнівів, зниженої самооцінки й невдоволення собою; вимогливості у виконанні формальностей, зниженої активності, труднощів у прийнятті рішень та уникнення відповідальних завдань; віддавали перевагу передбачуваності й визначеності, слідуванню авторитетам і традиціям. Їм були властиві низьке самовладання у стресових і фруструючих ситуаціях, наявність емоційних «зривів», неадекватність реагування, несамостійність при розв'язанні напружених і конфліктних ситуацій

міжособистісної взаємодії, наявність високого внутрішнього напруження й почуття провини.

У осіб з психологічною дезадаптацією з досвідом роботи в пожежній охороні від 5 до 10 років, визначена комбінація індивідуально-психологічних властивостей, об'єднаних нами в патологічно-ризикований тип. Дані особи характеризувалися надмірними проявами агресивності, спонтанності та індивідуалізму, особистісною нестійкістю, емоційно-вольовою слабкістю, нездатністю до конструктивної когнітивної обробки життєвого досвіду, адекватної оцінки себе, оточуючих та наявної ситуації, що ставало підґрунтям для виникнення психологічної проблематики у даної групи обстежуваних. Для них були характерні високий рівень потреби в екстремальних відчуттях, високий рівень імпульсивності та готовності до ризикованих дій, що реалізовувалось на тлі низького рівня вольового потенціалу особистості. Головною копінг-стратегією поведінки в умовах стресу в них була агресивність, прагнення до домінування, постійна напруга душевних і фізичних сил у боротьбі за успіх, нездатність до тривалої і стійкої концентрації, нетерплячість. Їм були притаманні зниження нервово-психічної стійкості й поведінкової регуляції, неадекватність самооцінки і сприйняття дійсності, чітке прагнення перекладати відповідальність на зовнішні обставини (інших людей, випадкові фактори), ніж брати її на себе. Загальною тенденцією виявилась надмірна схильність до ризику в ситуаціях професійних дій та соціальної взаємодії, надмірна впевненість у собі, емоційність при ухваленні рішення, приховувана жорстокість відносно оточуючих, негативізм, схильність незважати на стримуючі фактори, наступальність, мстивість, непоступливість.

Респондентам з психологічною дезадаптацією з досвідом роботи в пожежній охороні більше 10 років, був властивий емоційно-відсторонений тип, для якого виявились характерними наступні індивідуально-психологічні особливості: сполучення тривожності, лабільності та ригідної фіксації на травмуючих спогадах, що, за рахунок сполучення полярних властивостей (ригідності і лабільності) обумовлювало виникнення емоційної напруги та внутрішнього конфлікту, комунікативні проблеми, які поглиблювали психологічну проблематику. Вони відрізнялись середнім рівнем потреби в екстремальних відчуттях, високою та середньою імпульсивністю, низькою готовністю до ризику, а також невисоким вольовим потенціалом. Домінуючою поведінковою стратегією в умовах стресу в них була емоційна «скупість», стриманість у професійних діях, прагнення залишатися «в тіні» та не проявляти ініціативу, зниження рівня поведінкової регуляції, прагматична спрямованість оцінки професійних вимог і оточуючих, орієнтація на власні інтереси, бажання, потреби без врахування соціальних норм і цінностей. Їм були властиві низьке самовладання в емоційно напружених ситуаціях, агресивність, підозрілість, дратівливість, високе внутрішнє напруження при фрустрації, неадекватне реагування на стрес, песимістичність у сприйнятті власної особистості, професійної діяльності та спілкування.

Враховуючи думку В. Д. Тогобицької щодо високого рівню схильності до формування аддиктивної поведінки у працівників МНС [3], нами здійснено двокрокове вивчення аддиктивного статусу респондентів.

Спочатку за однойменною методикою, розробленою А. Н. Орлом [16], вивчали схильність до реалізації окремих форм відхиленої поведінки (СВП). Оцінка здійснювалася за шкалами установки на соціальну бажаність (службова шкала), схильності до подолання норм та правил, схильності до аддитивної поведінки, схильності до саморуйнівної та самопошкоджуючої поведінки, схильності до агресії та насилля, вольового контролю емоційних реакцій, схильності до делінквентної поведінки.

Потім, з використанням методу комплексної оцінки аддиктивного статусу індивіда і популяції за допомогою системи AUDIT-подібних тестів, розроблених колективом вітчизняних науковців [17], діагностували наявність та вираженість проблем, пов'язаних з реалізацією аддиктивної поведінки. При цьому, враховуючи специфічність обстежуваного контингенту й відсутність серед респондентів осіб з клінічно окресленими хворобами залежностей, діагностованими за критеріями МКХ-10 (IV рівень, 20–40 балів), до уваги брали показники, що свідчили про наявність небезпечного вживання (II рівень, 8–15 балів), а також вживання зі шкідливими наслідками (III рівень, 16–19 балів).

Результати вивчення СВП представлені на рис. 1.

Оцінки всіх досліджених за службовою шкалою №1, яка була призначена для вимірювання схильності випробовуваних давати про себе соціально-схвалювану інформацію, а також оцінки достовірності результатів опитувальника в цілому, знаходились в площині достовірних значень.

У більшості досліджених Гр 2 визначалось підвищення результату за шкалою №2 схильності до подолання норм і правил, яка була призначена для вимірювання

схильності випробовуваного до подолання яких-небудь норм і правил, схильності до заперечення загальноприйнятих норм і цінностей, зразків поведінки. Показники 60,00% (63 осіб) досліджених даної групи знаходились у діапазоні 60–70 Т-балів, що свідчило про надзвичайну вираженість нонконформістських тенденцій, прояви негативізму. Середній бал досліджених Гр 1 та Гр 2 знаходились у діапазоні 50–60 Т-балів, що свідчило про вираженість вищезгаданих тенденцій, про нонконформістські установки випробовуваних, про їхню схильність протиставляти власні норми і цінності груповим, про тенденцію «порушувати спокій», шукати труднощі, які можна було б подолати.

За шкалою №3, яка була призначена для вимірювання готовності реалізувати аддиктивну поведінку, середні бали досліджених усіх груп знаходились у межах 50–70 Т-балів, що свідчило про схильність випробовуваних до відходу від реальності за допомогою зміни власного психічного стану, про схильність до ілюзорно-компенсаторного способу рішення особистісних проблем, наявність «сенсорної спраги», гедоністичну спрямованість особистості. При цьому найвищий середній показник відмічався в досліджених Гр 3, що може свідчити про наявність вираженої психологічної потреби в аддиктивних станах.

За шкалою №4 схильності до самоушкоджувальної і саморуйнуючої поведінки, яка була призначена для вимірювання готовності реалізувати різні форми аутоагресивної поведінки, найвищий середній бал відмічався в осіб Гр 2 (у діапазоні 60–70 балів), проте середні показники досліджених Гр 1 та Гр 2 також були дещо підвищеними (50–60 балів). Така тенденція свідчить про низьку цінність власного життя, схильність до ризику, виражену потребу в гострих відчуттях, про наявність садомазохістських тенденцій.

Шкала №5 схильності до агресії і насильства, призначена для вимірювання готовності випробовуваного до

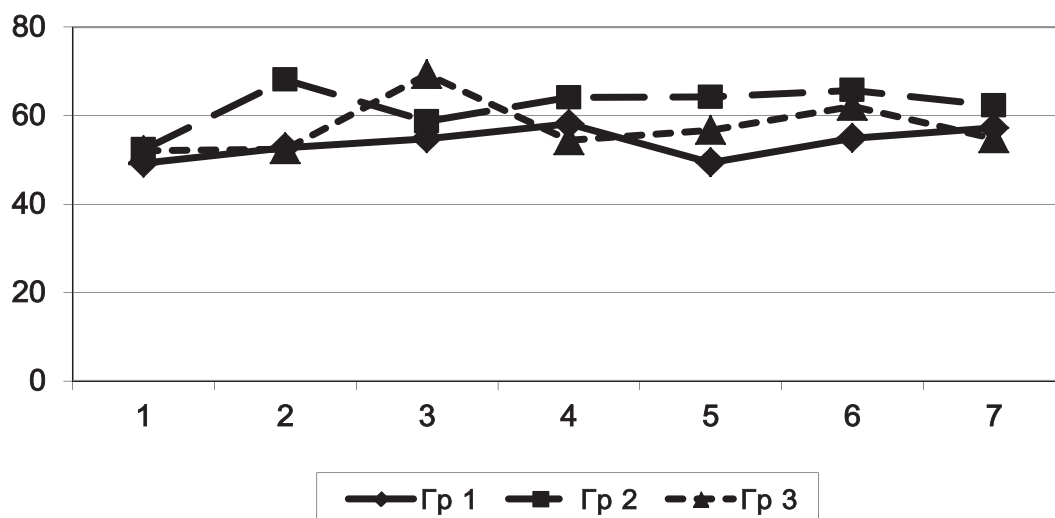


Рис. 1. Усреднені профілі СВП досліджених різних груп:

1. Службова шкала.
2. Шкала схильності до подолання норм і правил.
3. Шкала схильності до аддиктивної поведінки.
4. Шкала схильності до самоушкоджувальної і саморуйнуючої поведінки.
5. Шкала схильності до агресії і насильства.
6. Шкала вольового контролю емоційних реакцій.
7. Шкала схильності до деліквентної поведінки.

реалізації агресивних тенденцій у поведінці, демонструвала найвищі показники в межах Гр 2 (60–70 Т-балів), що свідчило про агресивну спрямованість особистості у взаєминах з іншими людьми, схильність вирішувати проблеми за допомогою насильства, про тенденцію використовувати приниження партнера по спілкуванню як засобу стабілізації самооцінки, а також про наявність садистичних тенденцій. Показники досліджених Гр 3 знаходились у діапазоні 50–60 Т-балів, що свідчило про наявність агресивних тенденцій у випробовуваних, при цьому відсутня була готовність до реалізації агресії на зовнішньому рівні. Середні значення за шкалою №5 в осіб Гр 1 знаходились у межах нормативних значень.

Досліджені Гр 2 демонстрували найвищі (у порівнянні з дослідженими інших груп) середні результати за шкалою №6 вольового контролю емоційних реакцій. Показники представників даної групи знаходились в межах 60-70 Т-балів, що свідчило про слабкість вольового контролю емоційної сфери, про небажання або нездатність контролювати поведінкові прояви емоційних реакцій, схильність реалізовувати негативні емоції безпосередньо в поведінці, без затримки, про несформованість вольового контролю своїх потреб. Середні показники за даною шкалою в інших групах свідчили про середній рівень вольового контролю емоційних реакцій у представників цих груп.

Результати, отримані за наступною шкалою №7 схильності до делінквентної поведінки, свідчили про високу готовність до реалізації делінквентної поведінки в представників Гр 2, середній показник яких за даною шкалою перевищував 60 Т-балів. Середні результати осіб, які увійшли до Гр 1 та Гр 3 говорять про середній ступінь вираженості вказаних тенденцій до делінквентної поведінки.

Таким чином, з рис. 1 видно, що найвищих значень за всіма шкалами опитувальника набували результати досліджуваних Гр 2 (особи зі стажем роботи від 5 до 10

років) – середні шкальні значення осіб даної практично по усіх шкалах групи виходили за рамки нормативних. Найнижчі значення спостерігалися у досліджуваних Гр 1: всі значення усередненого профілю даної групи знаходилися в межах норми. В Гр 3, на тлі менших ніж у осіб Гр 2 значень, спостерігався своєрідний пік по шкалі схильності до аддиктивної поведінки (шкала 3), а також підйом за шкалою 6, що було свідомством недостатності вольового контролю.

Дослідження кількості осіб у кожній групі, чії показники СВП перевищували нормативні (більше 60 балів), дозволило дійти до таких результатів (табл. 1). Встановлено, що найбільша кількість осіб, схильних до реалізації таких форм відхиленої поведінки, як подолання норм і правил, схильність до агресії, самоушкоджувальної поведінки на тлі слабкості вольового контролю, спостерігалась в Гр 2, тобто осіб, які мали стаж роботи в умовах підвищеної небезпеки від 5 до 10 років. Крім того, у 44,76% з них встановлена наявність «делінквентного потенціалу» та низького рівня соціального контролю. Між тим, серед осіб, схильних до аддиктивної поведінки, значно переважали обстежувані Гр 3 з досвідом роботи в пожежній безпеці більше 10 років. Кількість респондентів зі схильністю до СВП серед Гр 1 виявилась незначною, порівняно з Гр 2 і Гр 3.

Вивчення особливостей реалізації аддиктивної поведінки (табл. 2) встановило наявність у більшості обстежених Гр 3 проблем, пов'язаних з небезпечним вживанням або вживанням зі шкідливими наслідками як хімічних (алкоголю, тютюну, кави/чаю, седативно-снودійних засобів), так і нехімічних об'єктів (захопленість комп'ютерними або азартними іграми, інтернетом, сексом). Дані, представлені в табл. 2, свідчать про наявність негативного дрейфу щодо розповсюдженості різних варіантів аддиктивної поведінки серед співробітників пожежно-рятувальних підрозділів МНС зі збільшенням стажу роботи більше 10 років ($p < 0,05$). Так, якщо серед

Таблиця 1

Кількість осіб з тенденцією до СВП за окремими шкалами в різних групах обстежених

Тип поведінкової активності	Гр 1, n = 109		Гр 2, n = 105		Гр 3, n = 106	
	Абс.	% ± m	Абс.	% ± m	Абс.	% ± m
Схильність до подолання норм і правил	9	8,26 ± 2,64	63	60,00 ± 4,78	16	15,09 ± 3,48
Схильність до аддиктивної поведінки	12	11,01 ± 3,00	62	59,05 ± 4,80	87	82,08 ± 3,73
Схильність до самоушкоджувальної і саморуйнуючої поведінки	8	7,34 ± 2,50	57	54,29 ± 4,86	43	40,57 ± 4,77
Схильність до агресії і насильства	21	19,27 ± 3,78	78	74,29 ± 4,27	16	15,09 ± 3,48
Вольовий контроль емоційних реакцій (слабкість вольового контролю)	23	21,10 ± 3,91	64	60,95 ± 4,76	32	30,19 ± 4,46
Схильність до делінквентної поведінки	9	8,26 ± 2,64	47	44,76 ± 4,85	17	16,04 ± 3,56

Розподіл поширеності варіантів адиктивної поведінки проблемного рівню реалізації у обстежених усіх груп

Вид реалізації адикції	Гр1, n = 109		Гр2, n = 105		Гр3, n = 106	
	Абс.	% ± m	Абс.	% ± m	Абс.	% ± m
Вживання тютюну (паління)	21	19,27 ± 3,78	77	73,33 ± 4,60	106	100
Вживання алкоголю	10	9,17 ± 2,76	38	36,19 ± 4,69	83	78,30 ± 4,00
Вживання кави (чаю)	26	23,85 ± 4,08	41	39,05 ± 4,76	76	71,70 ± 4,38
Вживання седативно-снодійних засобів	7	6,42 ± 2,35	11	10,48 ± 2,99	24	22,64 ± 4,06
Надмірна захопленість іграми з телеприставками або комп'ютерними іграми	29	26,61 ± 4,23	17	16,19 ± 3,59	78	73,58 ± 4,28
Надмірна захопленість азартними іграми (на гроші)	7	6,42 ± 2,35	16	15,24 ± 3,51	70	66,04 ± 4,60
Надмірна захопленість Інтернетом (окрім ігор)	29	26,61 ± 4,23	20	19,05 ± 3,83	48	45,28 ± 4,83
Надмірна захопленість читанням (окрім учбової та професійної літератури)	12	11,01 ± 3,00	14	13,33 ± 3,32	10	9,43 ± 2,84
Надмірна захопленість сексом	-		7	6,67 ± 2,43	9	8,49 ± 2,71

осіб з досвідом роботи в умовах підвищеної небезпеки до 5 років надмірна захопленість нехімічними об'єктами вживання встановлена у 26,61% (в яких діагностовано надмірне, не досягаюче клінічно окресленого рівня, захоплення комп'ютерними іграми та інтернетом), а серед хімічних об'єктів тенденція до надмірного вживання кави (чаю) виявлена 23,85% осіб, тютюнопаління – у 19,27%, алкоголю – у 9,17% осіб, то для всіх обстежених Гр 3 виявилось характерним тютюнопаління, у 78,3% виявлені небезпечні рівні вживання алкоголю, 71,7% додатково стимулювали себе кавою (міцним чаєм), вживання яких досягало проблемних рівнів, у 22,64% діагностовано надмірне вживання седативно-снодійних засобів. Також високі цифри спостерігались серед осіб цієї групи щодо нехімічних об'єктів вживання: у 73,58% встановлена надмірна захопленість комп'ютерними, а у 66,05% – азартними іграми, 45,28% мали донозологічні, але проблемні прояви інтернет-залежності, 9,43% відмічали надмірну захопленість художньою літературою стилю «фентезі», у 8,49% виявлені прояви сексуальної адикції. Серед респондентів Гр 2 встановлено збільшення, порівняно з Гр 1, кількості осіб з проблемним рівнем вживання хімічних об'єктів, а саме, тютюнопаління (73,33%), кави (чаю) – 39,05% та алкоголю (36,19%), проте, даний розподіл не можна трактувати як достовірну тенденцію ($p > 0,05$).

Таким чином, аналізуючи й узагальнюючі отримані дані, можна дійти до наступних висновків. Розглядаючи психологічну дезадаптацію працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України як патологічний динамічний процес, який трансформується та прогресує зі збільшенням стажу роботи в умовах підвищеної небезпеки, можна виділити три її стадії, що можуть зустрічатися окремо, або переходити одна в одну в залежності

від тривалості дезадаптації (рис. 2). До того ж, нами виокремлені патологічні складові, взаємовплив яких і формує клінічну специфіку та особливості перебігу даного феномену, а саме, психоемоційна, професійна, особистісна та адиктивна, які і повинні бути головними мішенями заходів психокорекції та психопрофілактики психологічної дезадаптації у даного контингенту.

Перша стадія психологічної дезадаптації – тривожної невпевненості, – характеризується наявністю тривожно-астенічного симптомокомплексу, професійної дезадаптації у фазі виснаження, тривожно-унікаючого типу комбінації особистісних властивостей респондентів та відсутності схильності до відхиленої поведінки, що зумовлює формування відповідного невпевнено-тривожного поведінкового стереотипу.

За умови відсутності належної медико-психологічної допомоги на цьому етапі психологічної дезадаптації, її подальший розвиток здійснюється за рахунок інверсії патологічної тривоги, як провідного клініко-психологічного феномену, до наступної стадії – патологічної компенсації ризикованою поведінкою, для якої властиві мозаїчні психопатологічні невротичні прояви середнього ступеня вираженості, професійна дезадаптація фази зміни рівня власної участі, сполучення індивідуально-психологічних особливостей у вигляді патологічно ризикованого типу особистості на тлі вираженої схильності до відхиленої поведінки, що детермінує поведінкові зміни у напрямі здійснення необґрунтовано ризикованих дій.

За умови відсутності належної медико-психологічної допомоги на цьому етапі психологічної дезадаптації, зазначена стадія перетворюється в наступну – емоційного відсторонення і адиктивного заміщення, яка характеризується не тільки соматизацією психопатологічних проявів, наявністю професійної дезадаптації у фазі

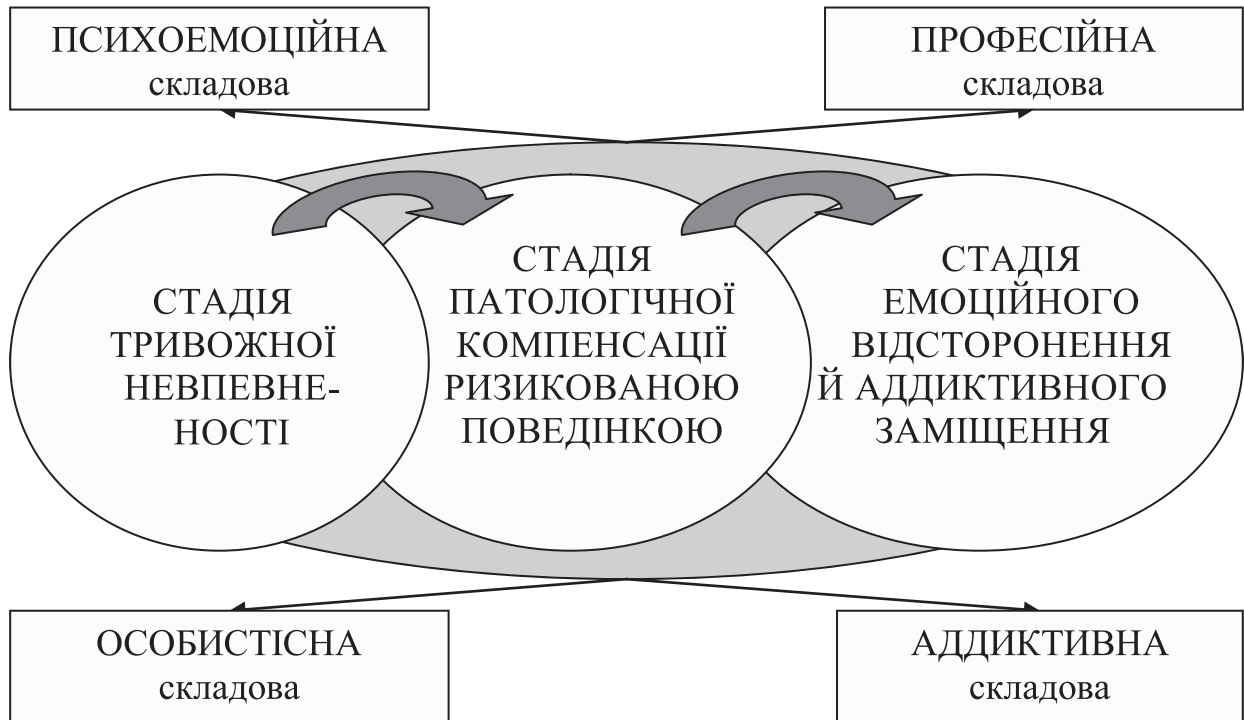


Рис. 2. Стадії розвитку і патологічні складові психологічної дезадаптації у співробітників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України

деструктивної поведінки, патоперсоналогічним емоційно-відстороненим типом, а й вираженою схильністю до аддиктивної поведінки з трансформацією патологічно ризикованого поведінки у різноманітні варіанти її реалізації (які мають проблемний, проте, донозологічний рівень її вираженості).

Отримані дані були покладені нами в основу при розробці системи заходів психокорекції і психопрофілактики психологічної дезадаптації у співробітників пожежно-рятувальної служби.

Література:

1. Тогобицька В. Д. Психологічні засади професійних деструкцій працівників МНС / В. Д. Тогобицька // Проблеми екстремальної та кризової психології: збірник наукових праць. – Х.: НУЦЗУ, 2010. – Вип. 8. – С. 378 – 383.
2. Дежкіна Ю. А. Професійно-психологічний портрет сотрудуника пожеарной охраны / Ю. А. Дежкіна // Психологіческие исследования: Сборник научных трудов. Выпуск 6 (специальный) / Под ред. А. Ю. Агафонова, В. В. Шпунтовой – Самара, Изд-во: Универс-Групп, 2008. – С. 333 – 341.
3. Тогобицька В. Д. Психокорекція професійних деструкцій працівників МНС України: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.09 / Тогобицька Віолета Джемалівна; Національний університет цивільного захисту України. – Х., 2011 – 20 с.
4. Куфлієвський А. С. Соціально-психологічні детермінанти розвитку синдрому «вигорання» серед працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.09 / Куфлієвський Андрій Станіславович; Національний університет цивільного захисту України. – Х., 2006 – 20 с.
5. Склень О. І. Психологічні особливості поведінкових стратегій подолання стресу в професійній діяльності працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.09 / Склень Олександр Іванович; Національний університет цивільного захисту України. – Х., 2008 – 20 с.
6. Гриневич Є. Г. Маркери і діагностика реакцій дезадаптації у рятувальників аварійно-рятувальних служб / Є. Г. Гриневич // Укр. вісн. психоневрології. – 2007. – Т.15, вип. 4 (53). – С.34 – 49.

7. User's guide for SCID-I Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, research version / First M., Gibbon M., Spitzer R., Williams J. – New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 2002. – 147 p.
8. Актуальні проблеми психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф / [С. І. Табачніков [та ін.] // Арх. психіатрії. – 2002. – №1 (28). – С. 5-8.
9. Деякі особливості клінічної структури й динаміки психічних розладів у постраждалих внаслідок аварій та катастроф техногенного характеру / [С. І. Табачніков [та ін.] // Арх. психіатрії. – 2003. – Т.9., № 2 (33). – С. 11 – 13.
10. Сучасні аспекти надання психіатричної, психотерапевтичної допомоги, а також реабілітації постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій, техногенних аварій та катастроф / С. І. Табачніков [та ін.] // Арх. психіатрії. – 2003. – Т.9.- № 4 (35). – С.13 – 16.
11. Основні принципи та досвід роботи щодо організації забезпечення психолого-психіатричною та психотерапевтичною допомогою постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій, аварій та катастроф техногенного характеру / [С. І. Табачніков [та ін.] // Арх. психіатрії. – 2004. – Т.10, № 2 (37). – С.8-14.
12. Значення ризик-факторів в формуванні пограничних психічних розладів у працівників угольної промисловості України / [С. І. Табачніков [та ін.] // Український медичний альманах. – 2004. – Т. 7, № 4 (додаток). – С.146 – 148.
13. Практикум по психології менеджмента и профессиональной деятельности: Учеб. пособие / Под ред. Г. С. Никифорова, М. А. Дмитриевой, В. М. Снеткова. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2003. – С. 147 – 151.
14. Собчик Л. Н. Дифференциальные методы психологической диагностики невротических расстройств. Индивидуально-типологический опросник (ИТО) (Пособие для врачей) / Л. Н. Собчик. – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 1999. – 32 с.
15. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара: «Бахрах-М», 2001. – 672 с.
16. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 490 с.

17. *Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов /*

И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії.— 2009.— № 2 (16).— С. 56 – 70.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ У СОТРУДНИКОВ ПОЖАРНО-СПАСАТЕЛЬНОЙ СЛУЖБЫ:
АНАЛИЗ СОСТАВЛЯЮЩИХ И СТАДИЙ РАЗВИТИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАЖА РАБОТЫ
В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОЙ ОПАСНОСТИ**

Е. И. Чистикова

На основе комплексного клинико-психопатологического и психодиагностического исследования 320 человек – работников пожарной службы с психологической дезадаптацией, проанализированы составляющие и выделены стадии психологической дезадаптации у данного контингента, которые могут встречаться отдельно или переходить одна в другую: 1) тревожной неуверенности; 2) патологической компенсации рискованным поведением ; 3) эмоциональной отстраненности и аддиктивного замещения. Полученные результаты легли в основу разработки системы мер психокоррекции и психопрофилактики психологической дезадаптации у сотрудников пожарно-спасательной службы.

Ключевые слова: психологическая дезадаптация, работники пожарно-спасательной службы

**PSYCHOLOGICAL MALADJUSTMENT OF FIRE AND RESCUE SERVICE: ANALYSIS AND COMPONENTS STAGES OF
DEVELOPMENT DEPENDING ON EXPERIENCE IN THE HIGH RISK**

О. I. ЧИСТИКОВА

Based on a comprehensive clinical-psychopathological and psychodiagnostic study 320 persons - employees of the fire service with psychological maladjustment, analyzed and components identified under psychological maladjustment in this contingent, which may occur singly or pass each other with a duration of exclusion, namely: 1) Alarm uncertainty, 2) abnormal compensation risk behaviors, and 3) emotional discharge and addictive replacement. These results formed the basis for the development of measures of functioning and psychological maladjustment in psychoprophylaxis staff Fire and Rescue Service.

Keywords: psychological maladjustment, employees Fire and Rescue Service

УДК 616.89-008.48:159.923:615.851-055

О. В. Пюнтковська

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ДІТЕЙ З ОНКОЛОГІЧНИМ
ЗАХВОРЮВАННЯМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ ТА СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ**

КЗОЗ Обласна дитяча клінічна лікарня №1, м. Харків

У роботі було проведено інтегральну оцінку психологічного статусу дітей та виявлено, що у кожній віковій групі існували свої провідні психопатогенні чинники та спричинені ними психологічні проблеми. Також встановлено, що діти з сімей, в яких виявлялися порушення сімейного функціонування, переживали більш інтенсивний психологічний дистрес, який виражався у підвищеній тривожності, агресивних тенденціях, зниженні соціальної адаптації.

Ключові слова: онкохворі діти, сімейне функціонування, психологічний стан

Рівень дитячої онкологічної захворюваності в Україні становить 10–11 випадків захворювання на 100 тисяч дитячого населення. На обліку в онкологічних установах перебуває близько 5,5 тисяч дітей. Перше місце у структурі злоякісних новоутворень (ЗН) займають лейкози (29%), друге – ЗН головного мозку (16%), третє – лімфоми (13%), четверте – ЗН нирок (7%), п'яте – ЗН кісток, суглобових хрящів та ЗН сполучної та м'яких тканин – по 4% [1; 2]. Близько 4% усіх хворих на ЗН дітей виявляють на IV стадії захворювання.

Онкологічна патологія є досить рідкісною серед дитячого населення, однак смертність від злоякісних новоутворень у структурі дитячої смертності в Україні посідає 5-е місце, поступаючись нещасним випадкам, перинатальній смертності, вродженим аномаліям, хворобам нервової системи.

Онкологічна хвороба супроводжується особливо інтенсивною психотравматичною складовою, що поєднує наявність високого рівня соматичного дистресу,

складного та важкого лікування та усвідомлення потенційної загрози для здоров'я, соціального функціонування та життя в цілому [3–7]. Несформований дитячий організм та психіка протягом перебігу захворювання та лікування піддаються дії різних стресорів, а саме тривалі, фізично виснажуючі, а іноді і болісні процедури та діагностика, деформуючі та інвалідизуючі операції, когнітивні порушення на фоні хіміотерапії, відрив від соціуму (дитячий садок, школа, друзі), перерви у навчанні, психоемоційна напруженість у родині, споглядання страждань інших пацієнтів у відділеннях та лікарняних закладах [8; 9].

У дітей присутність такого стресору, як хвороба, має більш важливе і визначальне значення, ніж у дорослих [8]. Захворювання змінює психосоціальну ситуацію розвитку дитини, тоді, коли дитячий організм та психіка перебувають у стані формування. Відповідно, патогенні чинники саме у дитячому віці можуть різко порушити, сповільнити або навіть викривити особистісний

розвиток, спричинити появу патохарактерологічних змін, особистісних девіацій, психічних розладів [9].

Проінформованість та аналіз у кожній конкретній ситуації сутнісних аспектів впливу онкологічного захворювання та дитину та її значуще оточення, в особливості родину, необхідне для розуміння механізмів психологічної адаптації чи дезадаптації до захворювання і, відповідно, створення ефективних програм психологічної допомоги та психореабілітації.

Метою роботи було оцінити психологічний стан дітей з онкологічним захворюванням під час госпіталізації у стаціонар задля протипухлинного лікування.

З метою вирішення поставленого завдання протягом 2011–2012 років на базі дитячого онкологічного відділення КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня №1» (м. Харків) за інформованої згоди батьків було проведено психологічне обстеження 214 дітей зі злякисними новоутвореннями, які були вперше госпіталізовані у стаціонар задля протипухлинного лікування. Розподіл дітей за віком був наступним: до 1 року – 13 дітей, 1–3 роки – 35 осіб, 4–6 років – 55, 7–17 років – 111 дітей.

Психологічна діагностика дітей проводилася з врахуванням сімейного функціонування. Так опитувані родини було розділено на групи за методикою PARI [10] у залежності від стану подружніх взаємовідносин та функціональності сімейної системи у ситуації наявності онкологічного захворювання у дитини. Група 1 – 80,8% сімей (173) відзначали наявність напруженості в сімейних відносинах, сімейних конфліктів як пов'язаних з лікуванням дитини, так і ескалації існуючих раніше міжособистісних та подружніх проблем, що призводило до дистанціювання та зниження внутрішньосімейного ресурсу. У групі 2 – 19,2% (41) родин сімейна система характеризувалася згуртованістю, здатністю до гнучкої адаптації до стресової ситуації та ресурсом вирішувати актуальні проблеми, які виникали під час лікування дитини.

Психологічна діагностика залежала від віку обстежуваних дітей та включала спостереження (за поведінкою, в тому числі ігровою), опитування батьків та збір анамнезу – ретроспективні дані щодо психоемоційного стану дітей та його змін під час діагностики, а також психодіагностику з використанням проективних методик (завдання – «Дерево у негоду» та «Моя сім'я», складання розповіді за малюнком) [10].

Вибір проективних методик для психологічної діагностики дітей був обумовлений:

- віковими особливостями психічного розвитку опитуваних, а саме переважанням чуттєво-образного представлення внутрішньої реальності на відміну від раціонально-вербального;
- ігрова, а отже, і психологічно близька для дитячого віку, необтяжуюча форма взаємодії;
- багаторівневістю оцінки психічного стану дитини (тенденції у розвитку особистості, емоційний фон, система відносин, конфліктні зони особистості та інше);

- зміст та характер досліджуваного об'єкту – травматичні чи мало усвідомлювані елементи реальності;
- можливість поєднання діагностики та проведення психокорекційної роботи.

Варто окремо підкреслити, що проективні можливості методик обмежені віком дітей, а саме їх недоцільно застосовувати як проективні методики у дітей молодше 5 років.

Батьки онкохворих дітей, незалежно від їхнього віку, зазначали зміни у їх психоемоційному стані та поведінці, які виникали ще під час періоду діагностики і посилювалися з накопиченням досвіду перебування у лікувальних установах з метою обстеження та консультування. Діти потрапляли у нову та незвичну для них обстановку з незнайомими людьми, апаратурою і обладнанням невідомого для них призначення. Для дітей були незрозумілими та часто фізично неприємними безліч виконуваних процедур і медичних досліджень. Також психологічно напруженою була атмосфера навколо дітей, внаслідок присутності інших хворих і особливо через прояв негативних емоцій у батьків (тривога, роздратування, втомленість).

Зміни у психоемоційному стані та поведінці дітей корелювали зі складністю і тяжкістю діагностичних процедур, тривалістю обстеження. Встановлення діагнозу і необхідність госпіталізації до стаціонару задля протипухлинної терапії були стресовими подіями для дітей, що об'єктивно супроводжувалася відривом від звичної обстановки, розлукою з батьками, болісними та неприємними діагностичними та лікувальними процедурами, ізоляцією від соціального оточення (школа, друзі). На емоційному і поведінковому рівні перебування у стаціонарі по-різному проявлялося у вікових групах.

У онкохворих дітей до 1 року негативні зміни у психоемоційному стані батьки описували через проблеми зі сном, який був поверхневим і чутливим, відмовами від їжі, зниженням або навпаки посиленням рухової активності, діти часто плакали, менше цікавилися іграшками. Також батьки відмічали, що діти ставали неспокійними при вигляді медичних працівників («білих халатів») у разі частого застосування болісних чи дискомфортних процедур, могли плакати, кричати, штовхатися.

Діти дошкільного та молодшого шкільного віку реагували зростанням тривожності, особливо прив'язаної до медичних процедур, відмовлялися на них йти, скаржилися на обмеження у їжі та активності, проявляли сум за своїми друзями у дитсадочку чи двору. Поведінка та відношення дітей, їх зміна під час лікування, визначалися конкретикою, бажанням уникати негативних стимулів.

Виникнення побічної дії хіміотерапії (загальний дискомфорт, диспепсичні явища, випадіння волосся) викликали у дітей зниження настрою, подальшу тривогу перед наступним введенням хіміопрепаратів, відмову від лікування. Хірургічне втручання у дітей також спричиняло зростання тривожності, особливо при високому її рівні у батьків. Зростання соматичного дистресу у дітей супроводжувалося зниженням активності, настрою,

**Основні психопатогенні чинники та психологічні проблеми у дітей різних вікових груп,
які страждають на онкологічне захворювання**

Вікова група	Психопатогенні чинники	Прояви психологічної дезадаптації	Психологічні проблеми
До 1 року	Нестабільність та агресивність оточуючого світу Болісні і фізично неприємні процедури Негативні наслідки лікування (інвалідизація, когнітивна дисфункція)	Порушення сну Харчові проблеми Сповільнення психомоторного розвитку	Оточуючий світ сприймається як небезпечне місце
Дошкільний вік	Відрив від звичного оточення, у тому числі друзів Болісні і фізично неприємні процедури Негативні наслідки лікування (інвалідизація, когнітивна дисфункція)	Ситуативна тривожність Хвороба як вина Страх медпроцедур Зміна ігрової поведінки Неслухняність Афективні та невротичні реакції та стани Сповільнення психічного розвитку Страх смерті	Порушення соціалізації Невротизація Пато-характерологічні зміни
Молодший шкільний вік			
Підлітковий вік	Відрив від референтної групи Майбутнє, поставлене під загрозу Болісні і фізично неприємні процедури Негативні наслідки лікування (інвалідизація, когнітивна дисфункція)	Афективні та невротичні реакції та стани Протестні реакції Аутоагресивна поведінка Гострі конфлікти з батьками Специфічні страхи Страх смерті	Порушення соціалізації Невротизація Пато-характерологічні та особистісні зміни

обмеженням ігрової діяльності, рідше дратівливою слабкістю, вербальною агресією.

У підлітків психоемоційний стан характеризувався більш різноманітним та диференційованим спектром переживань. Психологічно виникав конфлікт у сфері залежності/самостійності, що проявлявся бажанням бути повно обізнаним щодо хвороби, приймати рішення і одночасно необхідність мати емоційну підтримку близьких, їх розуміння. У частини дітей навпаки спостерігався психологічний регрес з перекладанням відповідальності на інших.

Інтегральна оцінка психологічного статусу дітей, здійснена на основі бесіди з батьками і дітьми, спостереженням за поведінкою дітей, результатів психологічної діагностики, виявила, що у кожній віковій групі існували свої провідні психопатогенні чинники та спричинені ними психологічні проблеми, які потребували вирішення (табл. 1) [11].

Перед початком психологічної діагностики за допомогою проєктивних методик з кожною дитиною (за попередньою згодою батьків) були проведені індивідуальні бесіди, спрямовані на формування достатнього контакту дитини та діагноста, мотивування на участь у дослідженні. Під час первинного контакту окреслювалися і основні психологічні проблеми дитини, особливості її взаємодії з близьким оточенням, що у подальшому передбачало і більш точну інтерпретацію результатів дослідження.

Дітей просили намалювати «Дерево у непогоду» та малюнок «Моя сім'я». Після того, як малюнки були готові, дітей просили їх описати та скласти розповідь.

У малюнках дітей з онкологічною патологією були виокремлені спільні риси, які були наступними:

- у 2/3 малюнків діти чітко вимальовували та підкреслювали лінію основи, як символічне вираження необхідності опори та потреби у стабільності;
- більш акцентованими та промальованими були деталі на лівій частині малюнка (минуле) у порівнянні з правою стороною, де лінії були більш переривчастими. Подібне вказувало на відчуття невизначеності і невідомості щодо майбутнього;
- на малюнках було багато об'єктів, намальованих контурними і нечіткими лініями або з численними штрихами, що свідчило про високу тривожність, невизначеність ситуації;
- непогода найчастіше зображувалася у вигляді дощу, хмар, використовували темні кольори (чорний, коричневий, фіолетовий), гілки дерев були зігнутими;
- на противагу негоді, у 40% малюнків, окрім деталей непогоди, були присутніми позитивні або захисні об'єкти – сонце, огорожа та ін.

Важливою була і сама розповідь дітей про те, як виникла непогода, що сталося, як було дереву під час лиха, що станеться потім. У розповідях звучали мотиви раптовості негоди, незахищеності, однак, негода сприймалася тимчасовою. Аналіз та інтерпретація малюнка

були цінним діагностичним матеріалом для оцінки психоемоційної відповіді дитини на стрес, способу її відреагування на актуальну стресову ситуацію та способу з нею справлятися.

Виявлено відмінності у малюнках дітей з групи 1 та 2. Рисунок дітей з групи 1 характеризувався:

- чітко підкресленою та акцентованою лінією основи як символічним відображенням потреби у рівновазі та стабільності;
- великою кількістю дрібних деталей, штрихів, рисок, що свідчили про прояви психічної напруги та високу тривожність;
- присутністю об'єктів, які несуть захисний чи відмежовуючий характер;
- схематичність зображення.

Інтерпретація малюнків дітей з групи 1 свідчила про переживання вираженого психологічного дистресу: стану тривожності, напруженість, відчуття небезпеки і загрози з актуалізацією психологічних механізмів захисту.

Малюнок «Моя сім'я» дозволив проаналізувати та виявити основні інтеракційні патерни у родині з онкохворою дитиною у групах 1 та 2. Так у малюнках дітей з групи 1 на відміну від дітей з групи 2 були наявними наступні риси:

- аналіз малювання рук (зображували руки в останню чергу, руки були широко розставленими, редуковані кисті, кулаки, штрихування на руках та ін.) вказував на труднощі у встановленні соціальних контактів і комунікативній сфері;
- у 18% дітей у малюнку були декорованими, з великими фігурами, що вказувало на риси демонстративності;
- 34% дітей у процесі малювання часто зверталися до особи, яка проводила дослідження, за порадою і схваленням, було наявне штрихування, деталізація, як ознаки підвищеної тривожності;
- у зображенні членів сім'ї між дітьми та батьками відзначалася дуже близька відстань, що свідчило про тісний емоційний зв'язок і залежність, або навпаки значна дистанція – ознака відстороненості, відчуття самотності, проблеми у дитячо-батьківських відносинах;
- діти витрачали багато часу на промальовування батьківських фігур, поверталися та коректували їх зображення, що вказувало на високу значимість для дітей зображення батьків та внутрішню напруженість і опір при їх відображенні;
- фігури батьків містили багато штрихованих ліній, що свідчили про психічний дискомфорт, тривогу, негативні емоції, пов'язані з батьками;
- між дітьми та батьками на малюнках були наявні різні предмети як бар'єри, що вказували на емоційну розрізненість та конфліктність сімейних відносин;
- присутні зображення членів розширеної сім'ї, які проживають окремо, що вказувало на дефіцит уваги, підтримки у родині від батьків;
- у 7% дітей за наявності у сім'ї братів чи сестер, вони були відсутніми на малюнках;

- присутні зображення м'яких іграшок, домашніх тварин – потреба у емоційній близькості, брак уваги і підтримки.

Вищезазначені ознаки свідчили про різноманітні проблеми у взаємовідносинах між батьками та дітьми з групи 1. Важливими були спостереження щодо того, кого першим з родини малювала дитина, в якому порядку зображувала членів сім'ї, на якій відстані один від одного, наскільки промальовувала фігури.

У дітей з групи 2 у малюнках також були присутні прояви, що свідчили про підвищену тривожність, дискомфорт у дитячо-батьківських стосунках, однак їх інтенсивність мала менш виражений характер. Фігури, які символічно зображували членів сім'ї, на малюнку знаходилися близько одна від одної. Були присутні всі проживаючі разом члени родини. Ознак, які свідчать про стан тривожності, демонстративні і агресивні тенденції реєструвалося значно менше, у порівнянні з дітьми у групі 1.

З вищесказаного можна зробити наступні висновки:

1. госпіталізація та лікування спричиняли зміни у психоемоційному стані та поведінці дітей, що відмічалось батьками та реєструвалося під час проведення психологічної діагностики;
2. у кожній віковій групі існували свої провідні психопатогенні чинники та спричинені ними психологічні проблеми;
3. діти з сімей, в яких виявлялися порушення сімейного функціонування, переживали більш інтенсивний психологічний дистрес, що виражалось у підвищеній тривожності, агресивних тенденціях, зниженні соціальної адаптації;
4. проєктивні методики – зручний і універсальний психодіагностичний інструментарій для вивчення психологічного стану дітей різного віку;
5. вивчення психологічного стану дітей з позиції провідного психопатогенного чинника розкрило можливість прогнозування очікуваних проявів психічної дезадаптації, а отже, їх попередження та прицільну психокорекцію.

Література:

1. Рак в Україні, 2010 – 2011 / 3. П. Федоренко, А. В. Гайсенко, О. Л. Гулак [та ін.] // Бюлетень Національного онкологічного центру України. – 2012. – № 13. – 118 с.
2. Піонтовська О. В. Дитяча психоонкологія: проблеми та шляхи їх вирішення / О. В. Піонтовська // Архів психіатрії. – 2012. – Т. 19, №4 (71). – С. 76 – 84.
3. Psycho-Oncology / Holland J.C., Breitbart W.S., Jacobsen P.B. [et al.]. – Oxford University press, 2010. – 745 p.
4. Досимов А. Ж. Психологический статус детей с острым лимфобластным лейкозом в ремиссии / А. Ж. Досимов, И. Г. Киян // Детская онкология. – 2008. - № 1. – С. 54 – 58.
5. Кенжегулова Р. Б. Нервно-психические расстройства у детей с острым лейкозом на этапах программной химиотерапии / Р. Б. Кенжегулова, К. О. Омарова, С. В. Скляр // Психическое здоровье детей и подростков (клинико-эпидемиологические и биологические аспекты). Тезисы докладов. – Томск, 2010. – С. 91 – 93.
6. Кравченко Н. Е. Психические расстройства у детей и подростков с гемобластомами во время первичной госпитализации

- в онкологический стационар / Н. Е. Кравченко, О. А. Суетина, Ю. А. Ходакова // Психические расстройства в общей медицине. – 2012. - №2. – С. 23 – 27.
7. Алгоритм повідомлення діагнозу та «несприятливих» новин у клініці дитячої онкології. Методичні рекомендації / М. В. Маркова, О. В. Пionтковська, І. Р. Мухаровська. – Харків, 2013. – 26 с.
8. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д. Н. Исаев. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.
9. Основные направления психологической помощи семьям с детьми, страдающими онкологическими заболеваниями, в условиях стационара / С. В. Климова, Л. Л. Микаэлян, Е. Н. Фарих [и др.] // Журнал практического психолога. - 2009. - N 2. - С. 87-102.
10. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара: «Бахрах-М», 2001. – 672 с.
11. Пionтковська О. В. Особливості внутрішньої картини хвороби у дітей різного віку, які страждають на онкологічну патологію / О. В. Пionтковська // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, вип. 2 (75). – С. 88–91

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

А. В. Пionтковская

В работе была проведена интегральная оценка психологического статуса онкобольных детей и обнаружено, что в каждой возрастной группе существовали свои ведущие психопатогенные факторы и вызванные ими психологические проблемы. Также установлено, что онкобольные дети из семей с нарушениями семейного функционирования, переживали более интенсивный психологический дистресс, который выражался в повышенной тревожности, агрессивных тенденциях, снижении социальной адаптации.

Ключевые слова: онкобольные дети, семейное функционирование, психологическое состояние

PSYCHOLOGICAL STATE FEATURES OF CHILDREN WITH CANCER ACCORDING TO AGE AND FAMILY FUNCTIONING

O. V. Piontkovska

In paper, we conduct integrated assessment of psychological status of children with cancer and found that in each age group has its own leading psychopathogenic factors and psychological problems caused by them. Also, found that children with cancer from families with problems in family functioning experienced more intense psychological distress, which is express at elevated anxiety, aggressive tendencies, reducing social adaptation.

Keywords: children with cancer, family functioning, psychological condition.

УДК 159.09:616.12-008.331.1

Л. Є. ТРАЧУК

**КОРЕКЦІЯ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ
ЯК ГОЛОВНА ЗАПОРУКА ФОРМУВАННЯ ОПТИМАЛЬНОЇ ПРИХИЛЬНОСТІ
ДО АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ**

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Проблема хронічної неінфекційної патології, у тому числі серцево-судинної системи на сьогодні набуває особливої актуальності, оскільки у світі існує негативна тенденція до її збільшення у зв'язку із значним поширенням чинників ризику [4]. Одним з найбільш поширених захворювань серцево-судинної системи є артеріальна гіпертензія – кожна третя доросла людина у світі має підвищений артеріальний тиск [17], а в Україні – 32,2% дорослого населення [5].

За даними численних досліджень артеріальна гіпертензія є одним з основних чинником розвитку всіх форм ішемічної хвороби серця, порушень мозкового кровообігу, хронічної серцевої недостатності, хронічної ниркової недостатності, сприяє інвалідазації населення та призводить до зниження тривалості життя і збільшення серцево-судинної смертності [1].

Про проведенні антигіпертензивної терапії надзвичайно важливою є проблема комплаєнсу, тобто прихильності пацієнтів до лікування, оскільки, незважаючи на можливості сучасної та ефективної медикаментозної терапії, більше половини осіб, які лікуються, мають артеріальний тиск понад 140/90 мм рт. ст., приблизно третина пацієнтів припиняють лікування, особливо

протягом перших декількох місяців після його початку та переважна більшість приймає лише 50% призначених препаратів [6; 12; 13].

Дослідження психологічних детермінантів комплаєнсу набуває все більшої актуальності [9; 16]. У формуванні установки хворого на початок та продовження терапії головну роль відіграє внутрішня картина хвороби. Сутність суб'єктивного ставлення до хвороби полягає в інтелектуальній інтерпретації діагнозу хвороби, когнітивній оцінці її важкості та прогнозу, що в результаті призводить до формування емоційного та поведінкового патерну, що залежить від особистісних особливостей хворого [3].

Вивчення психологічних особливостей хворих на артеріальну гіпертензію показало негативний вплив медико-психологічних чинників, а саме психоемоційних, індивідуально-психологічних та психосоціальних параметрів пацієнтів на розвиток та перебіг даного захворювання [7].

Аналіз даних літератури показує, що на фоні різкої зміни звичного способу життя, відсутності достовірно-повної інформації про хворобу існує висока вірогідність створення неадекватної внутрішньої картини

хвороби, а страх перед захворюванням, за своє майбутнє трансформується в захисні психологічні реакції, які не сприяють одужанню і знижують рівень якості життя, що обумовлює необхідність впровадження заходів психокорекції для пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями [8].

Відомі методи підвищення комплаєнсу засновані на навчанні пацієнтів, покращенні схеми дозування медикаментів, а також на організаційних заходах [10, 14, 15]. Розроблені системи психологічної допомоги орієнтовані на корекцію несприятливих типів комплаєнсу, дезадаптивних психологічних реакцій на своє захворювання та формування терапевтичного альянсу [2].

Таким чином, комплексний підхід до вирішення проблеми артеріальної гіпертензії, дослідження комплаєнсу, пошук чинників, які його визначають, розробка та впровадження психокорекційних програм для пацієнтів, оснований на трансформації способу життя та зміні ставлення до здоров'я є одним із суттєвих резервів для покращення прихильності до терапії, і в кінцевому підсумку для підвищення ефективності лікування артеріальної гіпертензії і покращення прогнозу даного захворювання.

Мета дослідження – корекція ставлення до здоров'я та оптимізація прихильності пацієнтів до антигіпертензивної терапії за допомогою психокорекційних заходів особистісної спрямованості.

Матеріали і методи

Дослідження, яке включало визначення індивідуально-психологічних чинників формування комплаєнсу, розробку, впровадження та вивчення ефективності психокорекційної програми особистісної спрямованості на комплаєнс при терапії артеріальної гіпертензії, проводилося на базі Олександрівської клінічної лікарні м. Києва, поліклініки №2 Шевченківського району м. Києва, поліклініки №3 Деснянського району м. Києва, Державного закладу «Дорожня клінічна лікарня №2 ст. Київ» ДТГО «Південно-Західна залізниця», Медичного центру «Адоніс плюс» у м. Києві з 2011 до 2013 рр.

Всього обстежено 203 пацієнти з артеріальною гіпертензією (середній вік $49,5 \pm 19,5$ років). З них для участі в подальшому дослідженні відібрано 150 пацієнтів з низьким та середнім комплаєнсом, 77 з них – для основної групи та 73 – для групи порівняння (рис. 1).

Основну групу склали пацієнти з артеріальною гіпертензією, які отримували гіпотензивну терапію (2–4 антигіпертензивних препарати) і брали участь у розробленій психокорекційній програмі особистісної спрямованості для підвищення комплаєнсу. Групу порівняння склали пацієнти з артеріальною гіпертензією, які отримували лише гіпотензивну терапію (2–4 антигіпертензивних препарати).

Методи дослідження: клініко-діагностична бесіда із заповненням карти клінічного та психодіагностичного обстеження пацієнта з артеріальною гіпертензією; методика «Індекс ставлення до здоров'я» (Дерябо С. Д., Ясин В. О.); шкала прихильності до лікування Morisky (MMAS); методика визначення тривожності

Спілбергера-Ханіна; Мінесотський багатоаспектний особистісний опитувальник (MMPI); методика «Рівень суб'єктивного контролю». Статистична обробка результатів дослідження проводилася з використанням пакету прикладних програм Statistica-6.0, критерію Пірсона та критерію Стьюдента.

Результати та обговорення

За результатами проведеного дослідження встановлено, що для хворих з артеріальною гіпертензією характерним є переважання низького та середнього рівня прихильності до антигіпертензивної терапії, що асоціюється з підвищеним розвитком ускладнень, збільшеною частотою гіпертензивних кризів та погіршенням прогнозу даних пацієнтів.

Було описано предикативні фактори розвитку низького комплаєнсу у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, що включають інтернальний тип суб'єктивного контролю (за даними опитувальника «Рівень суб'єктивного контролю»), низький рівень інтенсивності ставлення до здоров'я (методика «Індекс ставлення до здоров'я» С. Д. Дерябо, В. О. Ясина), низький рівень особистісної тривожності (методика визначення тривожності Спілбергера-Ханіна), такі особистісні особливості за даними Мінесотського багатоаспектного особистісного опитувальника (MMPI), як неконформність, поспішне прийняття рішень, нетерплячість, схильність до ризику, прагнення до незалежності (ведучий пік по 4-й шкалі), підкреслена незалежність, конфліктність, можливі агресивні реакції (ведучі піки по 4-й, 6-й та 4-й, 8-й шкалам), підкреслений неконформізм, протипоставлення своїх суб'єктивних поглядів і суджень оточенню, жорсткість, егоцентризм установок (ведучі піки по 4-й, 8-й, 9-й шкалам), стійкість та стеничність установок, активність позиції, що посилюється при протидії зовнішнім силам, прагнення до опори лише на власний досвід (ведучий пік по 6-й шкалі), відокремлено-споглядальна особистісна позиція, незалежність поглядів, потреба в актуалізації власної індивідуальності (ведучий пік по 8-й шкалі), пасивність, інтровертованість, некомунікабельність (ведучі піки по 8-й, 7-й, 2-й шкалам), внутрішня напруженість, нервозність, схильність до безкінечного обдумування особистих проблем (ведучі піки по 8-й, 7-й шкалам), відсутність заглиблення у серйозні проблеми (ведучий пік по 9-й шкалі), анозогнозія, захисний механізм по типу заперечення проблем (ведучі піки по 9-й, 4-й шкалам), високий рівень упевненості в собі, схильність спиратися на власну думку (додаткова шкала відношення до себе), прагнення до конкуруючих відносин з оточуючими, першості (шкала суперництва), прагнення до переваги над іншими, небажання підкорюватися (шкала домінування), схильність до агресивних вчинків і висловлювань (шкала ворожості), довготривале емоційне напруження, психологічний дискомфорт, низький поріг витривалості до стресу, перенапруження захисних механізмів (шкала невротизму).

Усе це негативно впливає на дотримання пацієнтами антигіпертензивної терапії і, відповідно, на їх загальний стан і перебіг терапії та супроводжується більшою

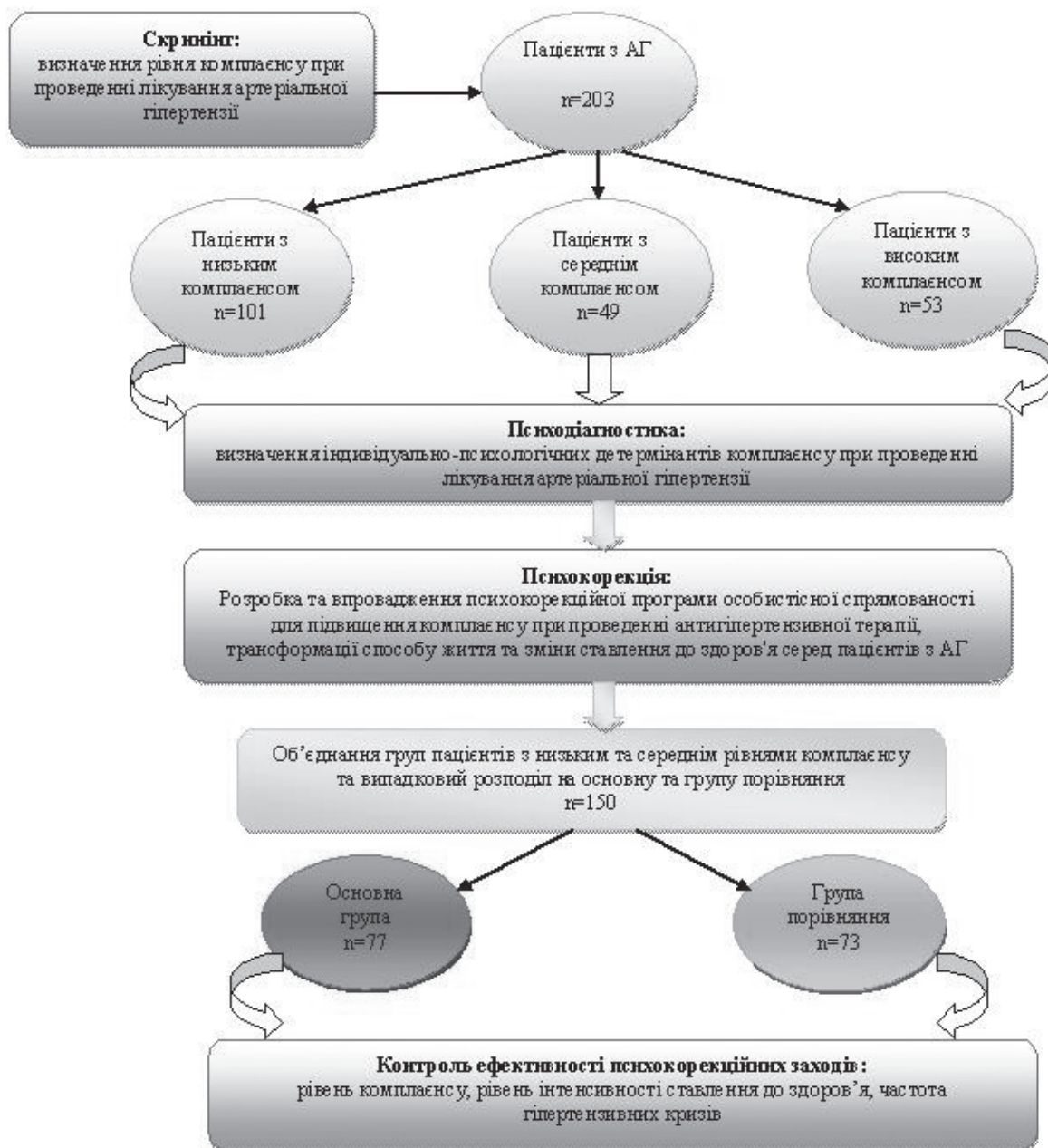


Рис. 1. Структура дослідження та розподіл обстежених на групи.
Примітка: n – кількість пацієнтів

кількістю ускладнень артеріальної гіпертензії у порівнянні з особами, які мають високий комплаєнс.

У ході нашого дослідження з хворими з артеріальною гіпертензією проводили психокорекційну роботу з частотою зустрічей на стаціонарному етапі 3–4 рази на тиждень, тривалістю сесії 30–45 хвилин протягом всього періоду перебування пацієнтів у стаціонарі; на амбулаторному етапі – з частотою 2 рази на тиждень, тривалістю сесії 1–1,5 години. Загальна тривалість психокорекційної програми склала 1,5 роки.

Система медико-психологічної допомоги пацієнтам з артеріальною гіпертензією включала наступні складові: психодіагностику з визначенням рівня комплаєнсу при проведенні антигіпертензивної терапії та індивідуально-психологічних детермінантів прихильності до лікування, визначення мішеней психокорекційного впливу

та психокорекцію за допомогою психокорекційної програми особистісної спрямованості.

Розроблена нами психокорекційна програма для підвищення комплаєнсу та зміни ставлення до лікування серед пацієнтів з артеріальною гіпертензією складалася з наступних етапів.

I. Стаціонарний етап психокорекції.

1. Клініко-інформаційний етап із психоосвітою пацієнтів.

На даному етапі відбувалося ознайомлення пацієнтів з поняттям артеріального тиску; основами етіопатогенезу артеріальної гіпертензії; психосоматичними основами гіпертонічної хвороби; впливом стресу на підвищення артеріального тиску, поняттям гормонів стресу; особливостями перебігу артеріальної гіпертензії та ураження органів-мішеней, можливими

ускладненнями захворювання; аспектами медикаментозної терапії.

2. Мотиваційне інтерв'ю та розробка плану по трансформації способу життя після завершення стаціонарного лікування.

Трансформація способу життя враховувала такі компоненти, як дотримання регулярного прийому призначених препаратів, дієта, фізична активність, відмова від шкідливих звичок, припинення паління, регулярний самоконтроль артеріального тиску.

3. Визначення особистих труднощів, які заважають дотриманню терапії та іншим компонентам трансформації способу життя, розробка заходів їх подолання.
4. Видача розробленого буклету з основною наданою інформацією та рекомендаціями для пацієнтів з артеріальною гіпертензією.

II. Амбулаторний етап.

1. Клініко-інформаційний етап із поглибленням знань пацієнтів щодо особливостей перебігу артеріальної гіпертензії та аспектів медикаментозної терапії.
2. Мотиваційне інтерв'ю, дослідження та психокорекція основних мотивів пацієнта для слідування терапії та одужання.
3. Оволодіння пацієнтами навичками дихальної та нервово-м'язової релаксації.

Відповідно до даних психодіагностичного дослідження, у пацієнтів з середнім та низьким рівнями комплаєнсу виявлена значна питома вага хворих з підвищеною школою невротизму (дані опитувальника ММРІ), яка виявляє наявність емоційної напруги та низький поріг витривалості при стресі. Це обумовлює необхідність навчання пацієнтів навичкам боротьби зі стресом, зокрема для запобігання підвищенню артеріального тиску.

4. Корекція ставлення до здоров'я.
В основі даного етапу психокорекційної програми лежить формування свідомого розуміння необхідності лікування, бажання і спроможності виконувати медичні рекомендації та прагнення до здоров'я.

5. Формування самопідтримки пацієнтів з артеріальною гіпертензією.

Самопідтримка пацієнта – це здатність людини управляти симптомами, лікуванням, фізичними і соціальними наслідками та змінами способу життя при наявності захворювання [11].

6. Підтримка самоврядування пацієнтів з артеріальною гіпертензією.

- Підкреслення центральної ролі пацієнта в управлінні своєю хворобою
- Використання ефективної підтримки стратегій самоврядування, які включають оцінку, цілепокладання, планування дій, вирішення проблем і ухвалення подальших заходів щодо процесу терапії артеріальної гіпертензії.
- Організація внутрішнього і суспільних ресурсів для забезпечення безперервної підтримки самоврядування для пацієнтів. Пошук власного ресурсу для реалізації мети і трансформації способу життя, залучення

членів сім'ї чи близьких друзів для допомоги у подоланні труднощів.

- Ведення пацієнтами щоденника самостережень за динамікою самопочуття та рівнем артеріального тиску.
7. Трансформація способу життя, корекція терапевтичної поведінки (підтримуючий етап).

- На основі попередніх етапів, за допомогою розробленого плану необхідних терапевтичних заходів по зміні способу життя та визнанні хворими необхідності регулярного слідування медикаментозного лікування підтримка пацієнтів по практичному впровадженню даного плану у повсякденне життя із корекцією виникаючих труднощів.

- Налагодження комунікації лікар-пацієнт, досягнення терапевтичного співробітництва на основі усвідомлення пацієнтом своєї відповідальності та основної ролі у процесі терапії артеріальної гіпертензії.
- Формування цілей на найближче майбутнє (підтримка установки на свідоме ставлення до здоров'я).

Оцінка ефективності психокорекційної програми особистісної спрямованості проводилась відразу після її завершення та через півроку за наступними критеріями: оцінка вихідного рівня комплаєнсу, рівня інтенсивності ставлення до здоров'я (загальна шкала тестової методики «Індекс ставлення до здоров'я» Дерябо С. Д., Ясин В. О.) та частоти гіпертензивних кризів середнього ступеню важкості та важких.

Встановлено ефективність програми щодо досягнення оптимального комплаєнсу при лікуванні артеріальної гіпертензії, підвищення рівня інтенсивності ставлення до здоров'я та зменшення частоти гіпертензивних кризів серед пацієнтів з основної групи дослідження ($p < 0,05$). Зокрема, у 71,4% пацієнтів основної групи після участі в психокорекційній тренінговій програмі було виявлено високий рівень комплаєнсу, а також встановлено значне зменшення питомої ваги пацієнтів з низьким рівнем комплаєнсу (7,8% порівняно з 62,3%) – $p < 0,05$. Розподіл пацієнтів за рівнями комплаєнсу у групі порівняння залишився майже без змін (високий рівень комплаєнсу в кінці дослідження – у 6,8%, середній – у 38,4%, низький – у 54,8%). Дані графічно представлені на рис. 2.

Наведені дані свідчать про значну результативність розробленої психокорекційної програми для підвищення комплаєнсу при проведенні антигіпертензивного лікування. Трансформація способу життя із зміною ставлення до здоров'я є суттєвим резервом для оптимізації контролю артеріального тиску та покращення прогнозу артеріальної гіпертензії.

Висновки

Артеріальна гіпертензія на сьогодні є одним з найбільш поширених захворювань серце-судинної системи. Висока частота ускладнень та значна смертність, обумовлена підвищеним артеріальним тиском вимагає пошуку нових дієвих заходів оптимізації лікування даної патології. Перспективним напрямом є розробка методів покращення комплаєнсу при проведенні антигіпертензивної терапії.



Рис. 2. Рівень комплаєнсу в учасників основної групи та групи порівняння на першому, другому та третьому тестуванні (до, після та через півроку по завершенню участі основної групи в тренінговій програмі)

Нами було проаналізовано різницю в індивідуально-психологічних характеристиках пацієнтів з високим, середнім і низьким рівнями комплаєнсу, а також особистісні особливості, які визначають нонкомплаєнс та розроблено психокорекційну програму особистісної спрямованості для підвищення комплаєнсу серед хворих з артеріальною гіпертензією. В основу даної програми було покладено формування свідомого ставлення до здоров'я та трансформація способу життя пацієнтів.

Психокорекційна програма охоплювала стаціонарний та амбулаторний етапи лікування хворих з артеріальною гіпертензією та продемонструвала свою значну ефективність для досягнення оптимальної прихильності до антигіпертензивної терапії, підвищення рівня інтенсивності ставлення до здоров'я та достовірного зменшення частоти гіпертензивних кризів середнього ступеня важкості і важких, що обумовлює можливість її застосування в клінічній практиці з метою покращення контролю артеріальної гіпертензії та запобігання розвитку ускладнень даного захворювання.

Література:

1. Амосова Е. Н. Новые возможности снижения кардиоваскулярного риска у больных артериальной гипертензией / Е. Н. Амосова // *Здоров'я України*. — 2005. — № 22(131). — С. 17.
2. Горещька А. М. Психологічні фактори формування комплаєнсу у хворих на гіпертонічну хворобу: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.04. — Харків, 2013.
3. Максименко С. Д. *Медицина психологія* / За редакцією академіка С. Д. Максименка. Підручник. / С. Д. Максименко, І. А. Коваль, К. С. Максименко, М. В. Пануча — Вінниця: Нова Книга, 2008. — 520 с.
4. Москаленко В. Ф. Гіпертонія як медико-соціальна проблема: масштаби і тенденції поширення, наслідки, стратегії боротьби / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузєва // *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. — 2013. — №1 (21). — Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Всесвітньому дню здоров'я 2013 р. — с. 28-39

5. Наказ МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії» від 24.05.2012 р. № 384
6. Сіренко Ю. М. Прихильність до лікування як наріжний камінь сучасної терапії артеріальної гіпертензії / Ю. М. Сіренко, К. В. Міхеєва // «Артеріальна гіпертензія». — 2010. — №3 (11).
7. Степанова Н. М. Психологічні особливості хворих на артеріальну гіпертензію й ішемічну хворобу серця та їх психокорекція: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.04. — Харків, 2011.
8. Федак М. Б. Порушення емоційної сфери у хворих на ішемічну хворобу серця та їх медико-психологічна реабілітація: автореф. дис. канд. мед. наук: 19.00.04. — Харків, 2012.
9. Шестопалова Л. Ф. Психологічні фактори формування комплаєнсу осіб з алкогольною залежністю / Л. Ф. Шестопалова, Н. М. Лісна // *Журнал психіатрії та медичної психології*. — 2008. — №3 (20).
10. Bangalore S. Fixed-dose combinations improve medication compliance: A meta-analysis / S. Bangalore, G. Kamalakkannan, S. Parkar, F. H. Messerli // *Am. J. Med.*, 2007. — V. 120(8). — P. 713-719.
11. Barlow J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review / J. Barlow, C. Wright, J. Sheasby et al. // *Patient Education and Counseling*, 2002. — V.48. — P.177-187.
12. Feldman R. Adherence to pharmacologic management of hypertension / R. Feldman, M. Bacher, N. Campbell, A. Drover, A. Chockalingam // *Can. J. Public Health.*, 1998. — V. 89. — 116-118.
13. Haynes R. B. Helping patients follow prescribed treatment / R. B. Haynes, H. P. McDonald, A. X. Garg // *JAMA*, 2002. — V. 288(22). — P. 2880-2883.
14. Hill M. N. Adherence and Persistence With Taking Medication to Control High Blood Pressure / M.N. Hill, N.H. Miller, S. DeGeest. // *The Journal of Clinical Hypertension*, 2010. — V. 12 (1.10) — P. 757-764
15. Leiva A. Efficacy of a brief multifactorial adherence-based intervention on reducing the blood pressure of patients with poor adherence: protocol for a randomized clinical trial / A. Leiva, M. Fajó, L. Escriche et al. // *BMC Cardiovascular Disorders*, 2010. — V.10. — P.44
16. Parati G. Blood pressure control and treatment adherence in hypertensive patients with metabolic syndrome: protocol of a randomized controlled study based on home blood pressure telemonitoring vs. conventional management and assessment of psychological determinants of adherence (TELEBPMET Study) / G. Parati, S. Omboni, A. Compare et al. // *Trials*, 2013. — V.14. — P.22
17. *World Health Statistics 2012*. — WHO, 2012. — 176p.

**КОРРЕКЦИЯ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ КАК ОСНОВНОЙ ЗАЛОГ
ФОРМИРОВАНИЯ ОПТИМАЛЬНОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ**

Л. Е. ТРАЧУК

В статье представлены результаты исследования разницы индивидуально-психологических характеристик пациентов с высоким, средним и низким уровнями комплаенса при проведении антигипертензивной терапии. Нами была разработана психокоррекционная программа личностной направленности, основанная на коррекции отношения к здоровью и трансформации образа жизни пациентов с артериальной гипертензией. Данная программа показала свою высокую эффективность по уменьшению частоты гипертензивных кризов, повышению уровня интенсивности отношения к здоровью, а также способствовала достижению оптимального комплаенса.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, отношение к здоровью, трансформация образа жизни, психокоррекционная программа, комплаенс

**ATTITUDE TO HEALTH CORRECTION AMONG PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AS THE MAIN GUARANTEE
OF THE OPTIMAL ADHERENCE TO ANTIHYPERTENSIVE THERAPY**

L. E. TRACHUK

The article presents the results of a study differences individually-psychological characteristics of patients with high, medium and low levels of compliance with antihypertensive therapy. We developed psychocorrective program of personal direction, based on the attitude to health correction and lifestyle transformation among patients with hypertension. This program has shown to be highly effective at reducing the frequency of hypertensive crises, increasing the level of attitude to health intensity, as well as contributed to the achievement of optimal compliance.

Keywords: arterial hypertension, attitude to health, lifestyle transformation, psychocorrective program, compliance

УДК 616.89:612.014

І. О. Франкова

ДЕЯКІ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРОЮ СОЦІАЛЬНОЮ САМОІЗОЛЯЦІЄЮ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ
Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: соціальна ізоляція, гостра соціальна самоізоляція, саморуйнівна поведінка, віктимність

Залежність від технологій, та як наслідок, формування численних нехімічних аддикцій є значною проблемою в сучасному суспільстві [3]. Інтернет, телефон, відеоігри і т. д. створюють проблеми специфічної взаємодії між людьми. Поява нових технологій, таких як Інтернет і мобільні телефони з мультифункціями призводять до загострення соціальної ізоляції (будь-якого походження). Соціальна ізоляція – це «відчуття відокремлення від своєї громади» у результаті припинення або різкого скорочення соціальних контактів і взаємодій [6]. У той час, як соціальна ізоляція, як правило, сприймається як форма особистого стресу, її джерела глибоко вкорінені й в соціальній організації у сучасному світі [10]. Також соціальна ізоляція потенційно є одночасно і причиною і симптомом емоційних або психологічних проблем.

Явище соціальної ізоляції розглядається в міжнародній статистичній класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я у розділі: фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звертання в установи охорони здоров'я (клас 21), а саме в категорії звертання до закладів охорони здоров'я при потенційній небезпеці для здоров'я, пов'язаній з соціально-економічними та психосоціальними обставинами, та шифрується кодом Z60.4 [2].

Подібні до соціальної ізоляції феномени описані й під іншими сучасними термінами, такими як самотність, відчуження.

Самотність – стан і відчуття людини, що знаходиться в умовах реальної чи уявної комунікативної депривації (ізоляції від інших людей, розриву соціальних зв'язків, відсутності значущого для неї спілкування, браку спілкування та ін.) [1].

Відчуження – прояв таких життєвих відносин суб'єкта зі світом, за яких продукти його діяльності, він сам, і так само інші індивіди і соціальні групи, будучи носіями певних норм, установок і цінностей, усвідомлюються як протилежні йому самому – від несхожості до неприйняття і ворожості. Це виражається у відповідних переживаннях суб'єкта: почуттях відособленості, самотності, втрати власного Я. У сучасній соціальній психології поняття відчуження використовується для характеристики міжособистісних відносин, у яких індивід протиставляється іншим індивідам, групі, всьому суспільству, відчуваючи ту чи іншу ступінь своєї ізольованості. Подібна поведінка пов'язана з втратою почуття солідарності, коли індивід у групі сприймає інших як чужих і ворожих, відкидаючи норми і закони встановлені групою [1].

Ми вважаємо за потрібне більш детально висвітлити та дослідити одне із складових феномену соціальної ізоляції – явище гострої соціальної самоізоляції (hikikomori). Феномен гострої соціальної самоізоляції описує психопатологічний і соціологічний феномен, для якого характерно повне усамітнення/відчуження від

суспільства протягом 6 місяців або довше (Saito, 1998; Watts, 2002; Kaneko, 2006, Koyama A., 2010). Це поведінка, що містить як елементи соціального відчуження (без участі в житті суспільства, принаймні шість місяців) так і соціальної ізоляції (припинення відносини поза сім'єю під час ізоляції) [9].

Даний соціальний феномен вперше був описаний у Японії в кінці 1970-х років. Визначення «hikikomori» подане в Оксфордському Словнику англійської мови (Oxford English Dictionary, OED) [12]. У перекладі з японської мови «hikikomori» – це аномальне уникання соціального контакту, як правило, в юнаків. Таким терміном також описують людину, яка уникає соціальних контактів. Дослівний переклад – той, хто не виходить з дому, соціально відчужений. Чати, соціальні мережі, он-лайн дошки оголошень, та інші типи комунікацій в Інтернеті нині компенсують усі потреби тих, хто воліє залишатися у «віртуальних могилах», вдома на самоті. Спроби комунікацій, навіть тих, що були успішними, стають все більш короткотривалими та мають поверхневий характер. Більш значущі, тривалі відносини, а особливо близькі (емоційні та фізичні) в осіб з гострою соціальною самоізоляцією відсутні.

Дана дефініція виникла нещодавно, тому постає закономірне питання: гостра соціальна самоізоляція це соціально-психологічний феномен, або ж нова форма дезадаптації чи психічного розладу? Чи пов'язана вищезгадана патологія з особливостями культури Японії, чи характерний даний феномен тільки для і цієї країни або ж характеризує індустріалізоване суспільство взагалі?

Деякі дослідники стверджують, що гостра соціальна самоізоляція не є частиною психічного розладу, а являє собою соціальний та психологічний феномен, що виникає в результаті складної взаємодії між підлітками та швидким темпом соціальних змін, у сім'ї зокрема, та в суспільстві в цілому [13], та називають такі випадки «первинні хікікомори» [7]. З іншого боку, науковці повідомили, що 12 з 14 випадки гострої соціальної самоізоляції, які консультувалися в державних медичних центрах, мали психічні розлади, такі як: соціальна фобія, обсесивно-компульсивний розлад, маячний розлад, розлад розвитку, соматизований розлад, депресивний розлад, розлад дефіциту уваги/гіперактивності [15].

За даними інших досліджень коморбідність з іншими психічними розладами (афективними розладами, розладами поведінки, зловживанням психоактивними речовинами, тривожно-фобічними розладами, розладами особистості) становить лише 54,5%, а в половині випадків гостра соціальна самоізоляція зустрічається без супутніх психічних розладів [8]. І досі важливим питанням лишається визначення вкладу психічних розладів у розвиток і перебіг гострої соціальної самоізоляції, тому що таке знання дало б ключ до організації медичної допомоги цієї психопатології.

Більшість випадків гострої соціальної самоізоляції класифікується різноманітністю діагнозів існуючих у Керівництві по діагностиці і статистиці психічних

розладів (DSM-V-TR або МКХ-10). Тим не менш, помітна кількість випадків зі значною психопатологією не відповідають критеріям будь-яких існуючих психічних розладів. Поширеність, ступінь порушень соціального функціонування та тривалість симптомів виступають за більш уважний розгляд даного феномену. Цей стан заслуговує подальшого міжнародного дослідження, для встановлення чи відповідає він критеріям нового психічного розладу [16].

Феномен гострої соціальної самоізоляції можна також вважати синдромом, специфічним для окремих культур.

Розлади, специфічні для окремих культур, різноманітні за своїми проявами, але мають дві спільні риси:

- вони насилу вписуються у вже сформовані синдроми і ті, що застосовуються у міжнародній практиці, психіатричній класифікації, так що підібрати для кожного з них відповідну категорію в системі, як правило, тяжко.
- вони були вперше описані серед представників певної групи чи культурної області і надалі так само зустрічалися переважно або виключно в межах відповідної популяції або територіально обмеженого регіону.

Транскультуральні дослідження підтверджують наявність гострої соціальної самоізоляції в інших країнах світу [14]. Клінічні випадки даного синдрому вже були описані психіатрами Австралії, Бангладеш, Індії, Іспанії, Ірану, Кореї, Тайваню, Таїланду, Франції, Японії та США. Проведені дослідження підтверджують актуальність проблеми незалежно від культурного середовища. Піддається сумніву положення про винятковість приналежності цих розладів до певної етнічної групи або культурної області. На думку сучасних науковців, гостра соціальна самоізоляція є індикатором пандемії психологічних проблем, пов'язаних з глобальним користуванням Інтернетом [14].

Гостра соціальна самоізоляція розглядається нами як прояв синдромів нової епохи, зокрема синдрому покоління «Ні», синдрому Йозефа К. [4]. Синдром Йозефа К. – прихований масовий нігілізм. Проявляється в кризових суспільствах у вигляді непрямих нігілістичних дій (тотальної недовіри, критиканства, песимізму та деяких проявах «синдрому Холлідея»). Цей синдром часто асоціюється з поняттям «соціальна депресія», але на відміну від останнього, носить прихований характер і не характеризується адинамічними проявами. Синдром покоління «Ні» – варіант масового нігілізму («синдром Йозефа К.») – поведінка підлітків та юнаків у вигляді неприйняття загальноприйнятих цінностей суспільства. Безпеліційне та немотивоване заперечення та відкидання любих пропозицій старшого покоління.

Якщо звернутися до історії, то спочатку деякі стани і розлади, які були представлені як синдроми, специфічні для окремих культур, а надалі віднесені до синдромів, характерних для індустріалізованого суспільства (наприклад, нервова анорексія, дисоціативні розлади). Тож враховуючи все вищезгадане, ми вважаємо, що феномен

гострої соціальної самоізоляції можна віднести до синдромів характерних для індустріалізованого суспільства. Цілком очевидно, що назріла потреба серйозно зайнятися вивченням подібних синдромів, що дозволило б отримати достовірні клінічні описи, а так само прояснити рівень поширеності і характер перебігу даних розладів.

Зазвичай явище гострої соціальної самоізоляції частіше зустрічається серед молоді, переважно серед чоловіків, а не жінок, та серед нащадків відносно багатих сімей середнього класу, а не тих, що мають низький соціально-економічний рівень.

Зростаюча кількість статей, що включають термін «hikikomori» чи то в їх заголовках, чи то в основному тексті протягом 1999-2009 років, підтверджують актуальність даної проблеми серед суспільства, а наведені дані свідчать про значну поширеність явища гострої соціальної самоізоляції [17]. Вона складає серед дорослого населення Японії більше 1%.

Гостра соціальна самоізоляція являє собою складне явище, яке має як соціально-психологічні, так і медико-біологічні коріння. Було встановлено що здоров'я, життя і генетична спадщина членів соціальних видів знаходяться під загрозою, коли вони опиняються в соціальній ізоляції [5]. Наприклад, соціальна ізоляція сприяє ожирінню та діабету 2 типу у мишей [11]; корелюється з глибиною та поширеністю інфаркту та набряком і зменшує рівень виживання після інсульту.

За експериментальними даними соціальна ізоляція сприяє активації симпато-адреналової системи у відповідь на гостру іммобілізацію або холодний стрес у щурів; затримує ефект фізичних вправ на нейрогенез у дорослих щурів; підвищує базальну концентрацію кортизолу та знижує проліферацію лімфоцитів на мітогени у свиней; збільшується рівень добових сечових катехоламінів та свідчення окисного стресу в дузі аорти кролів, а також знижує експресію генів, що регулюють глюкокортикоїдну відповідь у лобовій корі поросят.

Предикторами гострої соціальної самоізоляції вважаються: модернізація суспільства, швидка та масова урбанізація, завищені вимоги від соціуму, хронічний дефіцит часу, що призводить до патологічної гіперкомпенсації у вигляді надлишку часу без його раціонального використання та потужний ріст алекситимії як соціального запиту [4]. Гостра соціальна самоізоляція є індикатором пандемії психологічних проблем, пов'язаних з глобальним використанням Інтернету [14]. Ми вважаємо, що гостра соціальна самоізоляція може бути наслідком віктимізації через досвід психологічного чи фізичного насилля з боку однолітків. Проте питання про визначення клінічних факторів передиспозиції гострої соціальної самоізоляції залишається відкритим досі.

Нині в якості критеріїв гострої соціальної самоізоляції розглядають:

- більшу частину доби і майже кожен день людина проводить вдома, в окремій кімнаті;
- виявляється явне і стійке уникання ситуацій соціальних контактів (відвідування школи чи роботи) і

соціальних стосунків (дружба, контакти з членами родини);

- соціальна ізоляція служить сильною перешкодою для особистісного і соціального функціонування в професійній, академічній, громадській діяльності або міжособистісних стосунках;
- людина сприймає відчуження від соціуму его-синтонним, дана поведінка може бути неприємна іншим, але задовольняє саму людину;
- характерно для осіб у віці менше 18 років, тривалість ізоляції не менше 6 місяців;
- диференціальна діагностика виключає виникнення соціального відчуження з причин інших психічних розладів, таких як: соціальна фобія (ухилення від соціальної комунікації через страх бути збентеженим), депресивний розлад (соціальна ізоляція як наслідок нейротрансмітерних порушень), шизофренія (відчуження через негативні/позитивні симптоми психозу), тривожний розлад особистості (ухилення від соціальної комунікації внаслідок страху бути розкритикованим або знехтуваним [16].

Клінічний випадок.

Андрій О., 20-річний юнак, проживає з батьками в міській квартирі. За останній рік він майже не виходив зі своєї кімнати, проводячи більшість часу за зачиненими дверима. Переважну частину дня він спить, проводить час в Інтернеті, дивиться телевізор і грає у відеоігри. Його мати займалася приготуванням їжі, залишаючи їжу для сина на кухні.

Ставлення до власної ізоляції у пацієнта амбівалентне, причиною своєї ізоляції пацієнт назвав небажання перебувати серед людей, і одночасно він висловив жаль, що йому не вистачає мотивації для міжособистісних комунікацій.

Його успішність була посередньою, за 2 роки до презентації випадку він кинув технічний інститут на 2 році навчання через відсутність мотивації. Незважаючи на підтримку з боку матері, юнак так і не закінчив ВУЗ і незважаючи на пошуки роботи, на момент звернення, так і не наважився пройти жодну співбесіду. У середній школі, він часто прогулював школу, через знування у класі, які тривали з 6 по 10 клас, уникав спілкування з однолітками.

Спадковий анамнез обтяжений, батько страждає алкогольною залежністю, мати пацієнта перебуває в співзалежних відносинах. Пацієнт з дитинства був свідком побутового пияцтва та фізичного насильства в сім'ї.

Звертаючись за психіатричною допомогою виставлялися різні діагнози «ендогенна дистимія», «проста форма шизофренії», «розлад особистості». Пацієнт заперечує, що коли-небудь переживав галюцинаторну чи маячну симптоматику, зі слів близьких, поведінкою не виявляв. Було відзначено, що юнак самостійно стежить за своєю гігієною, завжди охайний. У нього присмний зовнішній вигляд, дане відношення до себе не мінялося протягом усього часу прояву симптомів ізоляції. Ініціативу в спілкуванні з однолітками не проявляє, контактує зі знайомими через Інтернет, обирає проводити час на самоті.

Він завжди ввічливий з лікарем і належним чином відповідає на поставлені питання. Під час медико-психічного обстеження відзначався сплюснений афект, зниження яскравості емоційних реакцій. Нейропсихологічне тестування не виявило когнітивних порушень (розлади мислення, сприйняття, уваги). Відзначалися явища астенії. Фон настрою депресивний. Рівень базової тривоги підвищений. На момент інтерв'ю наявні суїцидальні думки, заснути і не прокинутись, через втрату надії побудувати нормальні стосунки з однолітками. Значна терапевтична відповідь на лікування психотропними препаратами, включаючи антидепресанти і нейролептики, не відзначалася.

Дослідження самооцінки за методикою Дембо-Рубінштейн (у модифікації Прихожан А. М.) виявило зниження рівня самооцінки та рівня домагань, внаслідок тривалого впливу фрустрації. За допомогою Теста малюнкової фрустрації С. Розенцвейга (Тарабрина Н. В., 1994) було виявлено зниження фрустраційної толерантності. Дослідження агресивної поведінки за допомогою опитувальника Баса-Даркі (А. Бас, А. Даркі, 1957) виявило підвищенні рівні непрямой агресії, роздратування (запальність, грубість), негативізму, почуття образи, провини та підозрілості по відношенню до людей та переконання в тому, що інші люди планують і приносять шкоду. Методика дослідження схильності до віктимної поведінки (Андронникова О. О., 1984) виявила зниження мотивації на досягнення. Високий рівень образливості.

Виявлено модель ініціативної віктимної поведінки, що характеризується пасивністю, байдужістю з боку досліджуваного до тих явищ, які відбуваються навколо нього. Діє за принципом «моя хата скраю», що може бути наслідком як образи на зовнішній світ, так і формування в результаті відчуття нерозуміння, ізольованості від світу, відсутності почуття соціальної підтримки та включеності в соціум.

Визначилась також схильність до залежної і безпорадної поведінки. Особи, для яких характерна модель пасивної віктимної поведінки, не роблять опору, протидії злочинцю з різних причин: у силу віку, фізичної слабкості, безпорадного стану (стабільного або тимчасово), боягузтва, з побоюванням відповідальності за власні протиправні чи аморальні дії і т. д. Можуть мати установку на безпорадність. Не бажають робити щось самостійно, без допомоги інших. Мають низьку самооцінку. Постійно залучаються в кризові ситуації з метою отримання співчуття і підтримки оточуючих. Мають рольову позицію жертви. Занадто піддаються навіюванню. Можливий також варіант засвоєної безпорадності в результаті неодноразового попадання в ситуації насильства. Виявлена схильність до залежної поведінки, прагнення передбачати можливі наслідки своїх вчинків, які іноді призводять до пасивності, страхам. Самореалізація в цьому випадку значно ускладнена, може з'являтися соціальна пасивність, що призводить до незадоволеності своїми досягненнями, почуттю досади, заздрості.

Опитувальник визначення рівня невротизації і психопатизації (УНП, 1974) виявив високий рівень невротизації. Опитувальник акцентованих рис особистості Леонгарда – Шмішека (Schmieschek, Fragebogen, 1970), виявив конформну акцентуацію особистості.

На основі вищевказаного, психотерапевтична програма для даного пацієнта створювалась з акцентом на ресоціалізацію (групова та арт-терапія).

Таким чином, гостра соціальна самоізоляція є соціальною проблемою, яка впливає як на суспільство, так і на якість життя окремих хворих.

Поширеність, ступінь порушень та тривалість симптомів гострої соціальної самоізоляції виступають за більш детальний та уважний розгляд цього психічного стану.

Гостра соціальна самоізоляція не має достатньо чітких діагностичних меж та недостатньо визначену етіопатогенетичну концептуалізацію, що обумовлює проведення подальшого визначення психопатологічних та соціальних складових даного соціального явища.

Психотерапія повинна враховувати клініко-психологічні особливості психічної сфери та бути спрямована на соціалізацію пацієнтів з гострою соціальною самоізоляцією.

Наведені дані підтверджують необхідність розробки нових та вдосконалення існуючих системи заходів, спрямованих на профілактику, раннє виявлення та ефективну корекцію гострої соціальної самоізоляції.

Література:

1. Головіна С. Ю. *Словарь практического психолога* // Минск: Харвест. – 1998. – С. 97-98.
2. *Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия.*
3. Чабан О. С. *Соціально-психологічні синдроми нової епохи, або чим доповнює час та суспільство психологічний словник* // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2008. – Том 2. №1(2) – С. 60-65.
4. Чабан О. С., Хаустова О. О. *Дезадаптація людини в умовах суспільної кризи: нові синдроми та напрямки їх подолання* // Журн. психіатрії та мед. психології. – 2009. – № 3 (23). – С. 13-22.
5. Cacioppo, J. T. *Handbook of neuroscience for the behavioral sciences*. / Bernston, G. G. // New York: John Wiley & Sons. - 2009.
6. Kalekin-Fishman D. *Tracing the Growth of Alienation: Enculturation, Socialization, and Schooling in a Democracy* // In: F. Geyer (ed.) *Alienation, Ethnicity, and Postmodernity*. Connecticut: Westwood. – 1996. – P. 107-120.
7. Kinugasa, T. *“Social withdrawal” and schizophrenic personality—History of pathological studies of schizophrenia* // *The Journal of the Japan Medical Association* – 1999. – Vol. 43(2). – P. 101-107.
8. Koyama A. *Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of “hikikomori” in a community population in Japan* / Y. Miyake, N. Kawakami, M. Tsuchiya, H. Tachimori, T. Takeshima // *J. Psychiatry Res.* – 2010. – Vol. 176. – P. 69-74.
9. Krieg A. *Attachment and hikikomori: A psychosocial developmental model* / J. Dickie // *Int J Soc Psychiatry.* – 2013. – Vol 59(1) – P. 61-72.
10. Neal A.G. *Intimacy and alienation: forms of estrangement in female/male relationships* / S. Collas // New York: Garland. – 2000.
11. Nonogaki K. *Social isolation affects the development of obesity and type 2 diabetes in mice* / Nozue K., Oka Y. // *Epub* – 2007. – 148(10):4658-66.
12. *Oxford Dictionaries: Oxford dictionary of english. 3rd edition.* Oxford University Press, Oxford; 2010.
13. Saito T. *Hikikomori as a possible clinical term in psychiatry: a questionnaire survey* / M. Tateno, T. W. Park, T. A. Kato, W.

- Umene-Nakano // *BioMed Central Psychiatry*. – 2012. – Vol. 12. – P. 169.
14. Sartorius N. *Are Japan's hikikomori and depression in young people spreading abroad?* / T. A. Kato, N. Shinfuku, S. Kanba // *The Lancet*. – 2011. – Vol. 378. Issue 9796. P. – 1070.
15. Suwa M., *Psychopathological features of «primary social withdrawals»* / Suzuki K. // *Psychiatr. Neurol. Jpn* – 2002. – 104:1228–1241.
16. Teo A. R. *Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal? A proposal for DSM-5* / A. C. Gaw // *J. Nerv Ment Dis.* – 2010. – Vol. 198. – P. 444 -449.
17. <https://www.google.com.ua/search?tbo=p&tbm=bks&q=isbn:1136624279>

**НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ
С ОСТРОЙ СОЦИАЛЬНОЙ САМОИЗОЛЯЦИЕЙ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

И. А. Франкова

Статья посвящена рассмотрению новой дефиниции – острой социальной самоизоляции, проанализировано влияние биопсихосоциальных факторов и других возможных причинах возникновения данного феномена, связь острой социальной самоизоляции с реализацией виктимного поведения. Также в статье обращено внимание на клинико-психологические особенности психической сферы пациентов с острой самоизоляцией на примере клинического случая.

Ключевые слова: социальная изоляция, острая социальная самоизоляция, саморазрушающее поведение, виктимность

**SOME CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS
WITH ACUTE SOCIAL WITHDRAWAL ON THE EXAMPLE OF CLINICAL CASE**

I. FRANKOVA

The article discusses the new definition – acute social withdrawal, the influence of biopsychosocial factors and other possible causes of this phenomenon, connection of acute social withdrawal with the realization of victim behavior. The article also pay attention to the clinical and psychological characteristics of psychiatric patients with acute social withdrawal on the example of the clinical case.

Keywords: social isolation, acute social withdrawal, self-destructive behavior, victimization

УДК 616.891.4+615.851

Л. О. ГЕРАСИМЕНКО
СУЧАСНІ АСПЕКТИ СІМЕЙНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ СЕКСУАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПРИ НЕВРАСТЕНІЇ У ЖІНОК

Вищий державний начальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проведено клініко-психопатологічне, психодіагностичне обстеження подружніх пар, в яких жінки страждали на неврастенію, з поглибленим вивченням спеціального сексологічного анамнезу і призначенням сеансів сімейної психотерапевтичної корекції для членів усієї родини. У процесі психотерапевтичної роботи прояви дезадаптації були нівельовані у 65,2 + 1,7% подружніх пар, 20,2 + 0,8% подружніх пар зберігали прояви сексуальної дезадаптації і 14,6 + 0,5% мали ознаки соціально-психологічної дезадаптації.

Ключові слова: неврастенія, сексуальні розлади, сімейна психотерапія

У сучасних літературних джерелах накопичено значну кількість праць вітчизняних і зарубіжних дослідників, присвячених вивченню питання лікування невротичних розладів за допомогою новітніх технік та методик. На сьогодні однією із найгостріших проблем з точки зору поширеності та необхідності висококваліфікованої психотерапевтичної допомоги, є неврастенія, яка згідно МКХ-10 належить до рубрики F48 (F48.0) «Інші невротичні розлади». Етіопатогенетично неврастенія обумовлюється поєднанням психотравми із надмірним психічним напруженням та фізіологічним виснаженням. Відомо, що неврастенія виникає переважно у осіб з поєднанням психічної травми та напруженої праці, наявністю провокуючих факторів (хронічні інфекції, інтоксикації, незбалансоване та нерегулярне харчування, недостатність відпочинку). Стрімке зростання даної патології в умовах технічного прогресу, значної кількості стресів та психологічного навантаження на сучасну людину легко зрозуміле.

Клінічні прояви «дратівливої слабкості» неодмінно впливають на характер соціальних та міжособистісних взаємодій. Наслідком цього впливу є порушення соціальної, подружньої та міжособистісної адаптації [1]. Особливу увагу привертають механізми розвитку, прояви і методи корекції сексуальної дезадаптації у парах, де один із членів подружжя хворіє на неврастенію. Сексуальна дезадаптація довгий час недооцінювалась з точки зору вагомості її впливу на основні аспекти гармонійної життєдіяльності.

В. В. Кришталь (1984) [2] виділив наступні різновиди сексуальних дисгармоній:

- 1) соціально-психологічна дезадаптація подружньої пари;
- 2) соціально-поведінкова дезадаптація;
- 3) дезінформаційно-оціночний варіант дезадаптації;
- 4) дисгармонія в результаті розладу чоловічої потенції;
- 5) дисгармонія в результаті фригідності.

Останні медичні, психологічні дослідження та клінічна практика привертають значну увагу до питань механізмів виникнення, особливостей перебігу та лікування неврастенії у жінок за допомогою психотерапевтичних методик.

Метою сімейної психотерапії в таких умовах є покращення міжособистісної комунікації, підвищення автономії, емпатії, оптимізація стилю керівництва в сім'ї, підвищення ефективності рольового виконання сім'ї, конструктивне вирішення конфліктів, ліквідація наявних симптомів невротичного чи емоційно-поведінкового розладів, усунення сексуальної дисгармонії у подружжя, покращення ефективності виконання сімейних функцій [3; 4]. Сімейна психотерапія прагне допомогти всім членам родини розкрити та усвідомити конфлікт, що знаходиться в підґрунті хибних стосунків до одного з членів родини, досягти його мобілізації та особистісної реконструкції [5; 6].

Метою даної роботи була розробка системи, принципів та методів сімейної психотерапії сексуальної дисгармонії при неврастенії у жінок.

У дослідженні брали участь 69 подружніх пар, що звернулись за психотерапевтичною допомогою на кафедру психіатрії, наркології та медичної психології ВД-НЗУ «Українська медична стоматологічна академія» і у яких жінки страждали на неврастенію. Всі пацієнти надали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні. Вік пацієнток складав від 25 до 41 років. За сімейним статусом пацієнтки розподілилися наступним чином: перший шлюб – $72,5 \pm 0,41\%$, повторний шлюб – $14,5 \pm 0,36\%$, громадський шлюб – $13,0 \pm 1,1\%$. За рівнем освіти переважна більшість жінок мали середню $65,2\%$ та середню спеціальну освіту $23,2 \pm 0,72\%$, вищу та неповну вищу освіту $7,3\% \pm 0,24$ та $4,3 \pm 0,34\%$ відповідно. Працювали – $79,8 \pm 1,6\%$, безробітні – $20,2 \pm 0,87\%$.

Проведене клініко-психопатологічне, психодіагностичне та сексологічне обстеження подружніх пар, у яких жінки страждали на неврастенію, з поглибленим вивченням спеціального сексологічного анамнезу та статистичною обробкою отриманих даних. З метою визначення причин порушення сексуальної гармонії обстежених подружніх пар використовували системно-структурний аналіз стану сексуального здоров'я, розроблений В. В. Кришталем. Психодіагностичне обстеження включало використання методики вивчення параметрів згуртованості сім'ї та сімейної адаптації D. H. Sprenkle, B. L. Fisher, а також методики діагностики рівня невротизації Л. І. Вассермана.

За результатами сексологічного обстеження сексуальна дезадаптація подружжя була діагностовано у $46,4 \pm 1,4\%$ пар, а подружжя із соціально-психологічною дезадаптацією склали $53,6 \pm 1,5\%$ від загальної кількості обстежених подружніх пар.

Системно-структурний аналіз стану сексуального здоров'я засвідчив, що основною причиною розвитку цих видів сімейної дезадаптації була патологія базових елементів психічної складової біологічного компоненту сексуального здоров'я у жінок. Порушення інших

компонентів і складових сексуального здоров'я виступало у вигляді обтяжуючого фактору або ж виконувало патопластичну роль.

Високий рівень за шкалою невротизації Л. І. Вассермана виявлено не тільки у всіх обстежених жінок, що очікувано з огляду на стан їх психічного здоров'я, але і у $79,8\%$ обстежених чоловіків. За даними авторів методики, високий рівень невротизації свідчить про емоційну збудливість, внаслідок чого виникають чисельні емоційно негативні забарвлені переживання (тривожність, напруженість, хвилювання, розгубленість, дратівливість); про безініціативність, що формує фрустраційні переживання, обумовлені незадоволеністю потреб та бажань; про егоцентричність особистісної направленості, що призводить до іпохондричної фіксації на соматичних відчуттях та особистісних недоліках; про комунікативні труднощі; соціальну відчуженість та залежність.

Подібні порушення безумовно потребують професійної психотерапевтичної допомоги. Низький рівень невротизації, навпаки, свідчить про емоційну стійкість, позитивний фон переживань (оптимізм, врівноваженість), про ініціативність, відчуття гідності, незалежності, соціальної та комунікативної активності.

Дисгармонійна особистість не має навичок адекватного спілкування, її висловлювання мають протиріччя, а поведінка часто не відповідає словам. Дисгармонійна сім'я є замкнутою системою, що обмежує відверте відтворення почуттів та прагнень, ускладнює особистісне зростання внаслідок чого основною метою сімейного психотерапевта під час проведення психотерапевтичних сеансів є надання можливості членам сім'ї висловитись про свої стосунки та переживання, створити атмосферу, де всі члени родини матимуть змогу по-новому почути один одного, усвідомити, як на їх поведінку впливали деякі вчинки.

За таких умов, основою системної сімейної психотерапії стало лікування не лише пацієнток, які страждали на неврастенію, а і використання лікувального впливу на всіх членів родини. Лікування включало в себе з одного боку вплив родини (сімейний вплив на пацієнта), а з іншого психотерапію безпосередньо самої родини (сім'ї).

Завдання сімейної психотерапії реалізовувались наступним чином: формування здатності до взаєморозуміння, емпатії; здатність сприймати наявні розбіжності в поглядах та оцінках; досягнення у кожного із членів родини відчуття, що його коло інтересів, потреби розуміють та поважають; вироблення більш гнучкого ставлення до лідерства у тій чи іншій ситуації; вдосконалення навичок індивідуального та спільного вирішення проблем; відмова від перекидання всіх негараздів на одного з членів родини; розвиток прагнення до аналізу своїх потреб та переживань, формування незалежності особистості; досягнення рівноваги серед прагненням членів родини до незалежності.

Терапевтичний процес загалом складався із п'яти послідовних, але взаємопов'язаних етапів, на кожному

із яких досягалась певна локальна мета і відбувалось просування до кінцевої мети:

1. Комунікативна діагностика сімейної проблеми;
2. Включення психотерапевта до сімейної комунікації;
3. Хаотична реакція, що мотивує необхідність в особистісному зростанні;
4. Тренінг навичок спілкування;
5. Нова сімейна ситуація.

Останній етап зовні може бути схожим з початковим етапом, внаслідок чого терапевтичний цикл повторюється декілька разів. Під час основного етапу (тренінг навичок спілкування), використовувались уточнюючі питання, коригуючі зауваження, навчальні техніки, невербальні прийоми та велике значення надається головному засобу комунікативної психотерапії – емпатії. Заключна робота складається із закріплення досягнутих змін, особливо важливим є те, щоб усі члени родини ідентифікували дані зміни, оцінили свої можливості та чітко уявляли те, як вони можуть бути використані у майбутньому.

Реалізація даного завдання потребувала значної тривалості лікування базової психічної патології за допомогою фармакологічного та психотерапевтичного впливу із обов'язковим урахуванням стану не лише пацієнта, а й психологічного клімату родини, що його оточує.

Протягом психотерапевтичного процесу подружжя заохочувались до зміни моделі поведінки та за допомогою психотерапевта визначали основні конфліктні ситуації та неадаптивні способи реагування, що викликають ланцюгову реакцію у міжособистісних стосунках. Базовими принципами комунікації виступали наступні правила:

- подружні пари повинні відверто висловлювати свої думки та почуття від першої особи;
- пацієнти повинні чітко висловлювати свої почуття;
- вербальні та невербальні прояви почуттів мають співпадати;

- необхідно враховувати рівень розуміння партнера.

У процесі занять відбувалось заохочення пацієнтів щодо створення щирих відносин із кожним з членів родини, сприяння пацієнтам у дослідженні динаміки сімейних стосунків із використанням результатів спостережень для контролю над своїми емоційними реакціями. Важливо було навчити пацієнтів уникати триангуляції під час сімейних конфліктів, не переходити упереджено на будь-який бік та не використовувати невротичний захист.

Заплановані психотерапевтичні заходи вдалось виконати у повному обсязі щодо всіх подружніх пар, які брали участь у дослідженні. Критеріями ефективності були зменшення рівня невротизації та сексуальної дезадаптації у подружніх парах, де жінки страждали на неврастенію. Оцінювались також нормалізація психічного стану, самопочуття пацієнтів, підвищення їх якості життя та задоволення станом сексуальних стосунків у рамках подружжя.

У процесі терапії прояви дезадаптації були нівельовані у 65,2±1,7% подружніх пар, 20,2±0,8% подружніх пар зберігали прояви сексуальної дезадаптації і 14,6±0,5% мали ознаки соціально-психологічної дезадаптації.

Література:

1. Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах / Н. А. Марута. – Харьков: РИФ «Арсис ЛТД», 2000. – 159 с.
2. Кришталь В. В. Сексология / В. В. Кришталь, С. Р. Григорян. – Харьков: Акад. сексол. исследований, 1999. – 1152 с.
3. Михайлов Б. В. Психотерапия / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов. – Харьков: ОКО, 2002. – 768 с.
4. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев. – Харьков: „Прапор”, 2002. – 108 с.
5. Сексуальна дисгармонія подружньої пари, в якій чоловік хворіє епілепсією, та вплив біологічних ритмів на її перебіг / А. М. Скрипніков [та ін.] // Психічне здоров'я. – 2013. – № 1-2. – С. 22-25.
6. Ісаков Р. І. Состояние семейной адаптации при неврастении у женщин / Р. И. Исаков, Л. О. Герасименко // Медицинская психология. – 2011. – №1 – С. 12-15.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ НЕВРАСТЕНИИ У ЖЕНЩИН

Л. А. ГЕРАСИМЕНКО

Проведено клініко-психопатологічне, психодіагностичне обстеження подружніх пар, в яких жінки страждали неврастенією, з углибованим вивченням спеціального сексологічного анамнезу та призначенням сеансів сімейної психотерапевтичної корекції для членів всієї сім'ї. В процесі психотерапевтичної роботи проявлення дезадаптації були нівельовані в 65,2 ± 1,7% подружніх пар, 20,2 ± 0,8% подружніх пар зберігали проявлення сексуальної дезадаптації і 14,6 ± 0,5% мали ознаки соціально-психологічної дезадаптації.

Ключевые слова: неврастения, сексуальные расстройства, семейная психотерапия

MODERN ASPECTS OF FAMILY PSYCHOTHERAPY OF SEXUAL DISADAPTATION IN NEURASTHENIA IN WOMEN

L. O. HERASYMENKO

Clinical & psychopathological, psychodiagnostic examination of couples in which women suffered from neurasthenia, with the profound study of specific sexological history and purpose of family psychological adjustment sessions for members of the family, are performed. In the course of therapeutic work signs of disadaptation were offset in 65,2 ± 1,7% of married couples, 20,2 ± 0,8% of couples kept manifestations of sexual disadaptation and 14,6 ± 0,5% had signs of social and psychological disadaptation.

Keywords: neurasthenia, sexual disorders, family psychotherapy

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.89-008.441.33-0.85:616.822.1

С. И. ТАБАЧНИКОВ, Е. Н. ХАРЧЕНКО, Т. В. СИНЦКАЯ, Ю. А. ВОЙТЕНКО, А. Н. ЧЕПУРНАЯ
АДДИКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ И ХАРАКТЕРИСТИКА
ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМЫХ СОСТОЯНИЙ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В
ПОДРОСТКОВО-МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев,
Украинский мониторинговый центр наркологической помощи МЗ Украины, г. Киев,
Николаевская областная психиатрическая больница №1, г. Николаев

Ключевые слова: аддиктивное поведение, психоактивные вещества, подростки, формирование зависимых состояний

Среди различных актуальных медико-социальных проблем современности, вопрос аддиктивного поведения (или аддиктивных расстройств) имеет особую значимость [1; 2]. Активные социально-экономические процессы, наблюдаемые в современном обществе характеризуются различными кризисными явлениями во многих сферах общественной жизни. В сознании людей происходит резкая смена привычных стереотипов, дестабилизация социальных норм: финансового положения, ситуации на рынке труда, изменения моральных критериев и др. Эти и многие иные факторы способствуют формированию у значительной части населения реальной проблемы страха перед действительностью, состояний психологического напряжения, желая ухода от реальности. В большей степени ему подвержены лица с низкой переносимостью трудностей, и, соответственно, недостаточными адаптационными возможностями. В поисках средств защиты от напряжения, дискомфорта, стресса они часто прибегают к альтернативным стратегиям аддиктивного поведения [3; 4]. Безусловно, подобные формы дезадаптивного поведения свойственны чаще подростково-молодому возрасту, периоду несформировавшихся у них личностных и социальных норм.

Рассматривая проблему аддиктивных расстройств в широком медико-социальном плане, нельзя не отметить ее серьезное, угрожающее воздействие на здоровье, как физическое, так и психическое, не только самих аддиктов, но и среду их окружения. Среди разных социальных проблем современности, в числе первых находится многочисленная категория зависимых расстройств. В целом она достаточно вариативна. К основным формам зависимого поведения, в первую

очередь, относится химическая, или зависимость от психоактивных веществ (ПАВ): алкоголя, наркотиков, табака и др., зависимость от приема пищи: анорексия и булимия; сексуальные девиации и перверзии (парафилии); психостимулирующие нехимические зависимости: экстремальные виды деятельности, гемблинг, клептомания, серийные насильственные действия; викарные зависимости, заполняющие психологическую пустоту: накопительство, трудоголизм, фанатизм и др.; электронные формы зависимости: компьютерные игры, интернет-зависимость и др. В этом плане вопрос зависимости от ПАВ является одним из наиболее актуальных среди ведущих медико-социальных проблем современности в целом и зависимых состояний, в частности [5; 6]. Как свидетельствуют данные эпидемиологических исследований, как отечественных, так и зарубежных [7; 8], уровень распространенности алкогольной, табачной и других видов наркотической зависимости неуклонно увеличивается (как по масштабу, так и по вариативности видов) в большинстве стран мира, в том числе и в Украине. Особенно опасным является соответственно катастрофический рост употребления ПАВ среди детей и молодежи, что ведет к ранней психофизической декомпенсации и десоциализации подрастающего поколения. За последние годы психические и поведенческие расстройства (ППР) в данной возрастной категории, в результате употребления ПАВ стали превышать ППР другого происхождения. По данным ВООЗ, Украина занимает первое место по масштабам подросткового алкоголизма. Соответственно результатам отечественных и зарубежных исследователей [7; 8] среди украинских подростков 13–15 лет употребляют алкоголь около 90%; курят 63%; принимают наркотические вещества более

25,4% (33,6% юношей и 18,8% – девушек) [9–10]. При этом следует учитывать, что объективные данные значительно превышают официальные. Среди ПАВ, наиболее употребляемыми среди подростков являются алкоголь, каннабиноиды, психостимуляторы, опиаты, опиоиды и др. По данным социологического исследования в Украине 36% детей в возрасте 10 лет уже употребляли алкоголь ранее, соответственно, 78% – 14-летних и 85% 15-летних. Начало периода курения, чаще в 12–15 лет. При этом $\frac{1}{4}$ курящих начинают курить с 10-11 лет. Первичное употребление наркотиков приходится обычно на 12–16 лет (32%); 17–18 лет – 35%; 19–28 лет – 33% [11–12]. Очень часто наблюдается коморбидность в употреблении различных ПАВ, что ещё более отягощает их состояние. Естественно, употребление ПАВ, особенно в юном возрасте, приводит к ухудшению здоровья, а также к девиантному поведению, аутоагрессивным и гетероагрессивным действиям, криминогенности и травматизму. Причинами смерти $\frac{2}{3}$ молодежи от 15–20 лет является отравление или несчастные случаи в результате опьянения алкоголем или употребления иных ПАВ [10–11]. Большую роль в приобщении подростков к приему ПАВ имеют особенности их поведения в этом возрастном периоде, в частности, реакции эмансипации, группирования со сверстниками и др. Еще до начала наркотизации подростки часто объединяются в уличные компании и социальные группы, в которых обычно, под руководством старших по возрасту, приобщаются к употреблению алкоголя, табака или других ПАВ. Чаще это каннабиноиды или иные психостимуляторы (среднего звена), с постепенным переходом к более тяжелым – опиоидам и др. Критерии группы риска большинством авторов рассматриваются с точки зрения аддиктивного поведения (без системного употребления ПАВ) в зависимое состояние (болезнь). При этом у разных авторов они достаточно вариабельны. Некоторые снижают порог частоты употребления алкоголя до нескольких раз в месяц, другие считают злоупотреблением регулярное употребление алкоголя до опьяняющих доз, а «выпивки» – 2–3 раза в месяц рассматриваются как эпизодические. Согласно мнению А. Е. Личко [13] злоупотреблением у подростков алкоголем считается состояние эпизодического опьянения до 16 лет или менее регулярное употребление спиртных напитков без признаков зависимости в более старшем возрасте. Безусловно, периодичность употребления алкоголя или другого ПАВ не является единственным критерием формирования зависимых состояний. Многие исследования, как отечественных, так и зарубежных специалистов, характеризуют переход аддиктивного поведения в болезнь, считают значимым взаимосвязь социальных, психологических и биологических факторов [13–14]. Изучая проблему наркоманий детско-подросткового и молодого возраста в Украине, и, в частности, вопрос аддиктивного поведения подростков, принимающих различные ПАВ, нельзя не остановиться на современном понимании аддиктивных расстройств, как таковых. На протяжении длительного периода, до последнего времени, определения понятия

аддиктивного поведения (или аддиктивного расстройства) в представлениях разных авторов, трактуются разнопланово. Возможно, этой неопределенности суждений способствует постоянное увеличение и трансформация категории разновидности современных аддиктивных аномалий (компьютерная, интернет-зависимость и др.) Наиболее обобщенным теоретическим суждением, на наш взгляд является классификация аддиктивных расстройств, предложенная П. Н. Сидоровым [15]. Как считает автор, основные характеристики зависимого поведения заключаются в непреодолимой подчиненности чужим интересам, чрезмерной фиксации внимания на определенной деятельности, снижения способности контролировать свое поведение, прогрессирующей утрате альтернативных интересов, повышении толерантности, пренебрежения осложнениями и вредными последствиями, а также абстинентные проявления. В настоящее время на механизмы этиопатогенеза имеются различные точки зрения. Выделяются следующие концепции зависимого поведения [15]:

- социально-гигиеническая (объясняет природу зависимостей условиями жизни и взаимоотношениями людей, характером обычаев социальной микросферы, производственных и экономических отношений);
- социально-психологическая (социально-психологическая несостоятельность личности);
- генетическая (наследственная предрасположенность);
- генетотрофическая (наследственно обусловленное нарушение обмена веществ);
- наркоманическая (специфическое действие на организм самого ПАВ);
- адренохромная (нарушение катехоламинового обмена);
- эндокринопатическая (первичная слабость эндокринной системы);
- психопатологическая (роль характерологических особенностей личности в этиологии зависимости);
- биоэнергетическая (нарушение водноионной структуры организма);
- системная (специфическое нарушение функции дофаминовой нейромедиаторной системы);
- синергетическая (нарушения социогенеза, психогенеза и биогенеза).

Таким образом, существуют достаточно разнообразные взгляды на природу возникновения зависимого поведения. Так, например, различают шесть видов потребностей:

1. по сенсорной стимуляции;
2. за признанием;
3. по контакту и физическому общению;
4. сексуального порядка;
5. структурный или по структурированию времени;
6. в проявлении инициативы.

Сообразно данному положению у аддиктивной личности каждый вид потребности заостряется, при этом человек, не находя чувства их удовлетворения в реальной жизни, стремится к снятию состояний дискомфорта и неудовлетворения реальностью – стимуляцией иных

видов деятельности или поведения. В частности, достижения повышенного уровня сенсорной стимуляции, структурных потребностей, то есть желание заполнить время действиями.

Объективно и субъективно плохая переносимость трудностей повседневной жизни, постоянные упреки и нарекания со стороны близких и окружающих, отсутствие должного жизнелюбия и удовлетворенности социальными стандартами, – формирует у аддиктивных личностей скрытый комплекс неполноценности. В последующем он перерастает в гиперкомпенсаторную реакцию. Появление чувства «собственной значимости», субъективного «перевеса над окружающими» – выполняет в целом защитную психологическую функцию, содействуя поддержке самооценки в неблагоприятных микросоциальных реалиях, то есть, в условиях конфронтации личности с семьей или коллективом. При этом внешняя социабельность, легкость налаживания контактов с окружающими, сопровождается манипулятивным поведением и поверхностностью эмоциональных связей [13]. Другой исследователь В. Д. Менделевич [14], характеризуя аддиктивных лиц, обращает внимание на несоответствие психологической устойчивости в случаях повседневных отношений и кризисных ситуаций. В норме, как правило, психически здоровые лица легко («автоматически») приспосабливаются к условиям повседневной жизни. При этом они, естественно, стараются избегать различных сложных «кризисных» ситуаций и нетрадиционных действий. Аддиктивные же личности, наоборот, не приемлют традиционный уклад жизни с его социальными стандартами, размеренностью и прогнозированием. Кризисные ситуации, с их непредсказуемостью, риском и выраженными аффектами являются для них той основой, при которой они ощущают должную уверенность над другими. С. А. Кулаков [16] выделяет ряд паттернов поведения, позволяющих определить отклонения и своеобразия личности у детей и подростков с аддиктивным поведением в разных сферах. В сфере поведения: избегание решения насущных проблем, нестабильность отношений с окружающими, преобладания однотипного способа реагирования на фрустрацию и трудности, высокий уровень претензий, при отсутствии критической оценки собственных возможностей, склонность к обвинениям окружающих, эгоцентризм, агрессивность или неуверенность в поведении, наличие социофобий, преимущественная ориентация на жесткие формы и нормы поведения, перфекционизм, нетерпимость в суждениях и действиях. В аффективной сфере: эмоциональная лабильность, низкая фрустрационная толерантность и быстрое возникновение тревоги и депрессии, снижение или нестабильность самооценки, неприятие «обратных связей», закрытость личности. В мотивационно – потребительской сфере: блокирование желаний в защите, самоутверждении, свободе действий, принадлежности к референтной группе. В сфере когнитивных соотношений: черты усиливающие дисгармонию личности – «аффективность логики»; «эмоциональные блоки»;

эскапизм; «селективность выборки» – построение выводов, основанных на деталях вырванных из контекста; обобщенность – построения глобального вывода, основанного на изолированном факте; «абсолютное мышление» – проживание «действия – поведения» в 2-х противоположных категориях – «все или ничего»; «произвольное отображение» – формирование выводов, при отсутствии аргументов в его поддержку; перфекционизм, гиперболизация негативных действий и минимизация позитивных. По мнению В. Segal [17], в характеристике лиц с аддиктивными расстройствами существуют следующие формы поведения:

1. снижение переносимости трудностей в повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций;
2. скрытый комплекс неполноценности, объединяющийся с внешним демонстративным преобладанием;
3. внешняя социабельность, взаимосвязанная со страхом перед стойкими эмоциональными попытками;
4. лживость суждений;
5. стремление к обвинению окружающих;
6. желание уйти от ответственности в принятии решений;
7. зависимость;
8. тревожность.

Интересным в понимании аддиктивного поведения, представляется теория О. Б. Смулевича (2012), предложившим клиническую классификацию маскированных депрессий, разделенных на 12 разных подвидов («масок»). По мнению автора, в первооснове многих заболеваний и аддиктивных расстройств в том числе, могут скрываться маскированные депрессии. Так, например, «маски» в форме патохарактерологических расстройств, обуславливающих разные виды аддиктивного поведения, и, в частности, употребление психоактивных веществ алкоголя, табака, наркотиков). Согласно данной теории, человек начинающий прием ПАВ, направляет свое подсознание к снятию (устранению) депрессивного состояния, по крайней мере на какое-то время. Постепенно у человека возникает зависимое состояние от того или иного наркотического вещества. При этом основа заболевания – первичная депрессия, так и остается нераспознанной. Проэцируя некоторые позиции на аддиктивное поведение лиц, принимающих ПАВ (в том числе и подростков), можно согласиться, в определенной степени, с данной теорией. Таким образом, несмотря на многочисленные исследования, посвященные данной проблеме, до последнего периода остается разноплановым понимание формирования аддиктивных расстройств (как химических так и нехимических). В частности, остаются недостаточно выясненными вопросы этиопатогенеза, патопсихологических и психопатологических особенностей, а также критериев ранней диагностики аддиктивных расстройств у подростков или молодежи, употребляющих ПАВ, что, в свою очередь, не дает возможности своевременного выявления их, оказание квалифицированной

медико-соціальної допомоги і рішення питань профілактики підліткової наркоманії.

Целью нашей работы стало визначення структури формування залежних станів у осіб підлітково-молодого віку з адиктивним поведінням, приймаючих психоактивні речовини.

Задачи исследования:

Визначення соціально-демографічних, патопсихологічних і клініко-психопатологічних особливостей формування адиктивного поведіння при вживанні психоактивних речовин в підлітково-молодому віку.

Виявлення особливостей психічного здоров'я, наявності психічних і поведінчих розладів при вживанні ПАВ особами даного віку.

Визначення ідентифікації біологічних, психологічних і психосоціальних причин, сприяючих виникненню адиктивних розладів в підлітково-молодому віку при прийомі ПАВ.

Визначення характеру медичної допомоги при даній патології.

Материал и методы исследования.

Дослідження проводилося серед контингенту школярів старших класів, учасників коледжів і студентів ВУЗів молодших курсів. Загальне число обстежених становило 1400 осіб. З них була обрана група осіб, що вживають ПАВ – (170 осіб), взята для дослідження. Для вивчення соціально-демографічних, клініко-анамнестических, патохарактерологічних і психопатологічних особливостей досліджуваних осіб – використовувалася «Уніфіцирована карта обстеження», що складається структурно: інформаційне згодування особи на обстеження, соціально-демографічну анкету, методики визначення особливостей характерологічних акцентуацій, методика Басса-Дарки – для діагностики агресивних реакцій; визначення особливостей і ситуаційної тривоги – Ч. Д. Спілбергера – Л. Ю. Ханіна; виявлення коппінг-стратегій Е. Хейма; комплексні оцінки адиктивного статусу особи, з допомогою системи AUDIT тестів (методика І. В. Лінського і А. І. Мінко). Дослідження проводилося нами анонімно (при умові згодування досліджуваних).

Результаты работы. Серед головних факторів мотивації патологічного втягнення в вживання ПАВ серед осіб підлітково-молодого віку можна виділити наступні: ухилення від психологічно несприятливих ситуацій, пов'язаних з оточенням і взаємовідносинами в мікро і макросоціумі. Це конфлікти в родині (частіше з батьками), з педагогами (в місцях навчання), ровесниками (або середовищем спілкування з старшими), сексуальна дисгармонія, почуття самотності, непорозуміння (або втрата) сенсу життя, безперспективність майбутнього. Виникаюча при цьому психологічна дезадаптація, призводила у адиктивних осіб до бажання «уходити» від реальності, почуття страху перед повсякденністю, наповненою стандартними обов'язками і регламентаціями. В відповідь на це у них з'явилось бажання до яскравої, наповненої незвичайними

(суб'єктивно-позитивними) емоціями життя, відповідальної реалізації свого поведіння. Характерологічно, такі особи з дитинства частіше відрізнялися нервно-психічною нестійкістю, гіперактивністю, схильністю до фантазування, підвищенню (іноді до зниження) самооцінки, «ранимістю» до критики, прагненню до пошуку нових відчуттів і переживань, які виражалися в тенденціях до фізичного і соціального ризику, низької фрустраційної толерантності, неможливості нести відповідальність за свої дії. Середовими факторами, що формують патологічне поведіння, частіше була адиктивна родина (в якій виростає особа), середовище навчання (роботи): друзі (часто з вадами виховання); конфлікти інтра- і трансперсонального характеру, – які виступають психологічними предикторами, що сприяють формуванню високої фрустраційної готовності і саморуйнуючому адиктивному поведінню. У досліджуваних осіб частіше виявляється загострене почуття провинності і болезненних фантазій осоруженого самолюб'я, необґрунтованих обид, що в результаті призводило до відчуження від реальних життєвих проблем. З дитинства у досліджуваних осіб даної категорії нерідко проявлялися пристрасті до участі в різних нестандартних, психологічно-стимулюючих заняттях або діях, пов'язаних з особливим «інтересом». Внаслідок цього достатньо часто у таких підлітків здійснювалось неосвідомлене позитивне потенціювання адиктивного поведіння до вживання ПАВ. В подальшому у них формується патологічний стереотип залежного поведіння, що відповідає змінам шкали ціннісної орієнтації, етичних норм і моральних критеріїв. В свою чергу, така деформована особистісна мотивація фіксувалась в свідомості, посилюючись з часом, в процесі формування залежного поведіння, за рахунок систематичного вживання ПАВ. Таким чином, вплив соціального середовища на специфічну особистість підлітка являлось одним з головних причин розвитку залежного поведіння від ПАВ. До інших макросоціальних причин ризику залежних розладів, слід віднести соціальну дезінтеграцію і нестабільність становища особистості в молодому віку. Більшість досліджуваних, причинами вживання і залежності від ПАВ вважають соціальну незадоволеність, постійну «соціальну тривогу», тобто, вживання ПАВ і адиктивне поведіння розглядалися ними як спосіб «виходу» з несприятливої реальності шляхом зміни психологічного стану. Встановлено, що, як головні причини ризику мікросоціального середовища, так і соціальні причини (макрорівня), потенційно підкріплювали одна одну, формуючи індивідуальні варіанти патологічного поведіння особи. До родинних причин, безпосередньо пов'язаних з процесом виховання, нами віднесені: наявність часто порушуваних дезадаптивних родин у досліджуваних осіб (переважно по лінії батька), глибоким дефектом соціалізації: відсутністю психологічного

блокирования раннего употребления ПАВ подростками, совершением асоциальных действий и правонарушений. К дисфункциональным и неблагополучным семьям относятся также – неполные, аморальные, криминогенные и другие проблемного порядка. Негативными являются неправильные формы воспитания: гипо- или гиперопека, «сверхтребовательность», совместно с жестокостью, установки на престижность, фиксированное благополучие, нарушение приоритетов желаемого и возможного. Таким образом, психологическими условиями возникновения аддиктивного поведения у подростков, употребляющих ПАВ, с последующей зависимостью, в качестве провокационных факторов определялись: нервно-психическая неустойчивость, наличие акцентуации личности (эмотивные, возбудимые, демонстративные, комфортные, циклотимные); своеобразные реакции поведения (эмансипации, группирования, увлечения и др.) Ведущие мотивы аддиктивного поведения характеризовались, соответственно, конфликтными ситуациями в микро- и макросоциуме. В случаях установления зависимых состояний достаточно сложным является определение начала аддиктивного поведения, в связи с его постепенным характером и отсутствием критической оценки самого индивида. Специфическими факторами риска возникновения патологической склонности к употреблению ПАВ можно считать следующие: подростково-молодой возраст, часто отягощенная наследственность, психофизиологическое неблагополучие; психологические: экзистенциальный вакуум, склонность к аддиктивному поведению, высокий деликвентный потенциал, выраженная компроментация коммуникативной сферы личности, по сравнению с эмоционально – волевой и интеллектуальной. Характерными чертами данных лиц являются: беззаботность, импульсивность, спонтанность в поведении, неуверенность в себе, сочетающиеся с отсутствием самоанализа, чертами акцентуации (чаще эмотивного, демонстративного, возбудимого, циклотимного типов и др.); неадекватность самооценки (преимущественно снижение), с возможностью ее «компенсации» в процессе приема ПАВ, психосоциальные переживания, несоответствие социального и желаемого. Указанные черты приводят к психологическому дисбалансу, дезадаптации в поведении и, непосредственно, частому приему ПАВ. К факторам, способствующим аддиктивному поведению, с употреблением ПАВ, на фоне нервно-психической неустойчивости, и акцентуации личности, можно отнести и наличие форм стереотипного поведения, свойственных молодому возрасту. При этом выделялись следующие типы реакций: оппозиции, имитации, негативной имитации, компенсации, гиперкомпенсации, эмансипации, группирования, увлечения. Реакция оппозиции – вызывается сверхвысокими претензиями к поведению и действиям подростков, излишними ограничениями, невниманием к его интересам и пр. Реакция может быть вызвана чрезвычайными обстоятельствами: непосильной нагрузкой в учебе, неуспеваемостью, конфликтами в семье, «несправедливостью» в восприятии

индивида и др. В зависимости от характерологических и эмоциональных особенностей личности реакции протеста проявляются разными формами аддиктивного поведения: брутальностью, экспрессивностью, демонстративностью, аномалиями поведения и действий. В этом плане – аддикции, с приемом ПАВ, являлись разновидностью протеста. Реакция имитации – проявляется в подражательном поведении другого, как правило, более значимой личности. Это и родители, и средовое окружение. Сюда же относится и воздействие макросреды: телевидение, печать, реклама и пр. Путем индуцирования формируется в определенной степени личность подростка. При этом объектом для подражания в поведении становятся не положительные, а отрицательные «герои» и их действия. Реакция негативной имитации – поведение нарочито противопоставленное навязываемому людям. Реакция компенсации – заполнение неудач в одной области подчеркнутым успехам в другой. При этом «успех», в подростковом возрасте, может рассматриваться как присоединение к взрослой жизни и ее соответствующим стандартам, которые нередко оказываются асоциальными. Реакция гиперкомпенсации – стремление к успеху в наиболее трудной для себя сфере деятельности. В случае неуспеха – закономерно аддиктивное поведение, в частности, прием ПАВ. Реакция эмансипации – стремление избавиться от навязываемой опеки старших, самоутвердиться. Крайнее проявление – отрицание стандартов общепринятых ценностей, социальных норм. При этом, аддиктивное поведение, с употреблением ПАВ, представляется как «альтернативная норма» подросткового поведения. Реакция группирования – объединение в группы подростков. Поведение их и действия характеризуются однородной направленностью, территориальностью, часто единой символикой, принципами. В этой среде подросток, не имеющий успеха в официальном социуме, находит свое «место и преимущество». При этом, аддикции данной среды становятся естественной формой поведения индивида. Реакция «позитива» – выявляется в различных подростковых увлечениях: тип музыки, стиль одежды, поведения, выбор современного «героя» для подражания, тенденции к физическому и психологическому преобладанию над более слабыми, сексуальные приоритеты и др. Прием ПАВ способствует субъективной психологической компенсации, иллюзорному удовлетворению желаний и стремлений подростка. С учетом преобладания в группе исследования значительной части подростков с акцентуацией личности, приводим основные наиболее характерные особенности разных вариантов. Лица гипертимного типа: с детских лет отличаются повышенной активностью, недопониманием чувства дистанции с более старшими и взрослыми. Чаще им присущи реакции эмансипации, в связи с чем закономерны конфликты с родителями, педагогами, средой окружения. Стандарты морали вызывают, как правило, противодействие, «борьбу за самостоятельность», умышленное нарушение правил поведения, социальных нормативов. В группировках подростков (чаще не

формальних) эти лица стремятся к лидерству, тяготеют к риску в поведении. Они склонны к раннему употреблению алкоголя, пьют преимущественно в компаниях, что еще более потенцирует активность аномального поведения. Наряду с алкоголем, курением, часто употребляют иные ПАВ, преимущественно каннабиноиды (марихуана, анаша, гашиш), находя в этом еще большее стимулирующее действие своей активности. Протективные черты: жизнелюбие, оптимизм, активность, энергичность, повышенный фон настроения. Деадаптивные черты: поверхностность суждений, легкомыслие, тенденция к риску, ранним сексуальным связям, аморальному поведению, нарушению социальных норм. Конфликтные ситуации: вынужденное одиночество, отсутствие разнообразия в общении, поведении, действиях, социальные стандарты, ограничивающие свободу действий. Для истероидного типа – характерными чертами были: выраженный эгоцентризм, лживость, повышенная самооценка, избирательность общения, склонность к фантазиям колебаниям настроения, демонстративному поведению, конфликтам с окружающими, неадекватным действиям. В употреблении алкоголя, наркотиков – характерно позерство, гипербализация ощущений («кайфа»). Из ПАВ они предпочитают более модные или экстравагантные (каннабиноиды, галлюциногены и др.) Протективные черты: коммуникабельность (избирательного типа), активность действий, обусловленная, как правило, «эмоциональным» видением цели. Деадаптивные черты: склонность к интригам, лживость, эгоцентризм, безответственность, лицемерие, повышенная самооценка, склонность к аффективным реакциям, демонстративному поведению. Конфликтные ситуации: безразличие со стороны окружающих, ущемление самолюбия, игнорирование или непризнание окружающими собственных «талантов», «уникальности» личности, внешних данных, имеющего эгоцентризма и др. Эпилептоидный тип. Большинство особенностей характера являются компенсаторными при каких-либо органических аномалиях. У подростков этого типа наблюдались склонность к дисфориям, аффективным проявлениям, эмоциональная напряженность, инертность мышления, действий. В поведении нередко проявлялась выраженная гневливость, неадекватная жестокость (преимущественно к более слабым сверстникам, младшим по возрасту или беззащитным животным), что наблюдалось с детских лет. С окружающими они чаще малообщительны, скрытны, эгоистичны, в конфликтных ситуациях склонны к физическому насилию. В употреблении ПАВ предпочитают алкоголь, чаще доводят себя до состояния сильного опьянения, что провоцирует конфликтные ситуации, нередко правонарушения. У данных лиц нередко отмечаются амнестические формы опьянения. Курить начинают чаще с ранних лет. В последующем дозы быстро возрастают, что приводит к табачной зависимости уже в юном возрасте. Систематическое употребление алкоголя (реже других ПАВ) значительно усугубляют психическое состояние. Протективные черты:

бережливость, аккуратность, педантизм, скрупулезность, старательность. Деадаптивные черты: эгоцентризм, жестокость, нетерпимость к инакомыслию; бездушность к чужим переживаниям, повышенная требовательность к другим, ревнивость, злопамятность. Конфликтные ситуации: изменение устоявшихся порядков и установление новых правил, ограничение собственных прав, действий, в подчинении близких и окружающих, непереносимость повышенных психических и физических нагрузок, сложность взаимоотношений с близкими, окружающими. Эмотивный тип (нестойкий) – лица данной категории с детства отличались непослушанием, непоседливостью. При этом были боязливыми, остерегались наказания, легко подчинялись сверстникам. У некоторых из них с ранних лет отмечались симптомы невропатии (заикание, энурез). Отношение к учебе часто было негативным. Вместе с тем, рано появлялось желание к развлечениям, пустому времяпрепровождению. Подросткам этого типа свойственно раннее начало курения, употребление алкоголя, наркотиков. Деликвентность данных лиц – это, в первую очередь, жажда развлечений. Поиск необычных ощущений легко толкало их к употреблению различных ПАВ, принимаемых в соответствующих компаниях, чаще с более старшими сверстниками или даже взрослыми. Параллельно, рано начинают сексуальное общение (как юноши, так и девушки), что нередко приводит к разным конфликтным ситуациям. Реакция эмансипации свойственна подросткам данного типа. Стремясь к широкому общению, они, однако не в состоянии занимать центральное положение в среде сверстников в силу присущей им боязливости и нерешительности. Среди ПАВ отдают предпочтение алкоголю, психостимуляторам, опиоидам, каннабиноидам, действие которых делает их поведение более свободным и уверенным. Протективные черты: открытость, доброжелательность, быстрота переключения в действиях и общении, искренняя готовность к выполнению просьбы. Деадаптивные черты: безвольность, тяготение к пустому проведению времени, развлечениям, хвастливости, многоречивости, угодничеству, лицемерии, боязливости, безответственности, склонность к аффективным вспышкам и расторможенности при невозможности удовлетворения своих потребностей. Конфликтные ситуации: твердое подчинение дисциплинарным требованиям, особенно при длительном периоде, ограничение в общении с людьми, негативизм в восприятии ситуаций способствующий нарушению праздного, (развлекательного) времяпрепровождения, необходимость длительных усилий и концентрации на работе, принятия решений и непосредственной ответственности за них, гиперопека, жесткий контроль. Конформный тип: постоянная готовность подчиняться голосу большинства, банальность суждений, склонность к благонаравью, консерватизму. Главная черта этого типа – постоянная и чрезмерная адаптация к своему непосредственному положению, окружению. Этим лицам присуще недоверие и настороженность к незнакомым, новому. В позитивной среде – у них положительное поведение. В

отрицательной, – соответственно негативное (с усвоением и принятием окружающего). Конформные подростки лишены собственной критической оценки ситуации и инициативы, в связи с чем легко подвержены постороннему влиянию. По этой причине, попадая в соответствующую среду, «за компанию», употребляя алкоголь, наркотики и другие ПАВ, неуклонно и достаточно быстро приходят к зависимым состояниям. Аналогично, эти лица легко приемлют разные групповые правонарушения, криминальную среду. В плане приема ПАВ – следуют, как правило, действиям окружающих. В результате чаще употребляют алкоголь, каннабиноиды, опиоиды, при соответствующем окружении – тяжелые ПАВ.

По типам акцентуации исследуемые распределялись следующим образом: гипертимный тип составил 11,2%; истероидный (демонстративный) 21,5%; эмотивный (нестойкий) – 32,3%; эпилептоидный – 3,5%; конформный – 13%; возбудимый – 16,4%; другие – 2,2%. Таким образом, наибольшую категорию по типам акцентуации составили лица с «нестойким» типом – 32,3%; значительную часть – истероидные лица – 21,5%; существенную – возбудимый тип – 16,4%; конформный – 13%; меньше гипертимный – 11,2% и другие. Среди всех исследуемых было выявлено 17,4% лиц со скрытыми (маскированными) депрессиями (непсихотического уровня), в основном, – в рамках патохарактерологических особенностей, которые чаще относились к нестойкому типу акцентуаций. В плане степени употребления ПАВ большинство исследуемых находилось на субклиническом уровне – 82,4%; а 17,6% – на клиническом. Субклинические дезадаптивные проявления классифицировались нами в пяти вариантах: астенические – 11,77%; астено-вегетативные – 36,16%; обсессивно-фобические – 15,45%; тревожные – 26,15% и смешанные – 8,16%. В свою очередь, исследуемые находящиеся в степени зависимости подразделялись на 2 подгруппы: субкомпенсированная – значительно большая по объему – 84,4% и некомпенсированные – 15,6%, – требующие лечения. Рассматривая процесс перехода аддиктивного поведения в зависимое расстройство необходимо остановиться на следующем. В свое время В. С. Битенским и др. (1989) были выделены два варианта развития аддиктивного поведения. 1-й вариант, так называемый «поисковый наркотизм». Для него характерны единичные случаи употребления различных ПАВ, при отсутствии какой либо четкой мотивации, ритма приема, избирательности; 2-й, соответственно, является переходным к формированию зависимого состояния. Он, в свою очередь, характеризуется уже мотивацией, избирательностью наркотического вещества, повышением толерантности и др. В своем исследовании мы наблюдали в общем похожие вещи. Начало аддиктивного поведения – это этап первых проб употребления ПАВ. После них, порой наблюдался отказ от последующего приема соответствующих веществ в связи с вызванной интоксикацией, страхом перед родителями, администрацией места обучения,

угрозой наказания и др. Однако, чаще, за первыми пробами следовали повторные, с переменным использованием различных доступных ПАВ. Подростки, стремясь испытать необычные ощущения, активно ищут новые наркотические средства. Но до определенного времени какой либо закономерности в приеме наркотиков нет и ПАВ употребляются в компаниях «для веселья», обострения восприятия модной музыки, сексуальной расторможенности, свободы общения и поведения. В последующем, постепенно, подросток начинает оказывать предпочтение ПАВ, дающему ему наиболее интенсивные положительные ощущения. Этот этап является уже переходным к формированию зависимого состояния. Характерной чертой употребления ПАВ подростками является его групповой характер. Он настолько выражен, что некоторые авторы, в частности А. Е. Личко и В. С. Битенский (1991), характеризовали его как феномен «групповой психической зависимости». Реакция группирования со сверстниками является ведущим социопсихологическим фактором, способствующим наркотизации. Группа сверстников (среда) служит важным началом информации, которую он не может получить от взрослых, новой формой межличностных отношений, где подросток познает окружающих и самого себя; к тому же группа предоставляет новый вид эмоциональных контактов, невозможных в семье. Безусловно, в формировании наркоманий значимыми являются психофизиологические особенности подростков, вид ПАВ, частота и способ употребления. Таким образом, переход аддиктивного поведения в болезнь зависит от множества социальных, биологических и психологических факторов. Существенным является возраст начала употребления ПАВ. В этом плане следует отметить следующие особенности:

1. у лиц с более ранним возрастом начала наркотизации чаще отмечается наследственная отягощенность алкоголизмом и психическими заболеваниями;
2. лица с ранней наркоманией воспитываются преимущественно в неблагополучных семейных условиях;
3. раннее начало наркотизации неблагополучно отражается на последующем образовании подростков: негативное отношение к учебе, ограниченность интересов, примитивность увлечений, потребительская ориентация в выборе нравственных ценностей, низкий интеллектуальный уровень;
4. среди данного контингента достоверно большее число лиц с девиантной предрасположенностью в преморбиде, в частности, чертами неустойчивости, патологической конформности, слабости эмоционально-волевых установок, признаками психологического инфантилизма (повышенной внушаемости, подражанием и подчиняемостью лицам более старшего возраста, социальной незрелостью и др.);
5. при раннем употреблении ПАВ – течение зависимых состояний наиболее прогрессивно;
6. сроки формирования абстинентного синдрома у лиц молодого возраста могут быть более вариабельны, чаще короче, при этом в его картине более

преобладают психопатологические проявления, что свидетельствует о большей тяжести процесса;

- у лиц с ранней наркотизацией значительно раньше и в большей степени возникает изменение личности, в том числе психопатоподобное нарушение с признаками морально-этического снижения и асоциальным поведением, а также интеллектуально-мнестические расстройства (особенно у лиц, злоупотребляющими седативными препаратами, ингалянтами, тяжелыми ПАВ) и иные медико-социальные последствия.

В процессе зависимого состояния обычно выделяется три стадии: начальная (первые признаки), средняя «сформировавшаяся болезнь»; дефектное состояние. Среди исследуемого контингента лиц большинство, как указывалось выше, находилось на субклиническом уровне – 82,4% и только – 17,6% – на клиническом (субкомпенсированные – 84,4%; некомпенсированные – 15,6%). Соответственно этому, у наших испытуемых мы наблюдали преимущественно первую стадию зависимого состояния. Как правило, оно характеризовалось формированием и углублением психической зависимости, при которой перерыв в принятии ПАВ приводил к психическому дискомфорту, подавленному настроению, тревоге, дисфории с резким обострением влечения к употребляемому веществу. В этот период наблюдалось ослабление и угасание защитных рефлексов на действие ПАВ, повышение толерантности, социальная дезадаптация. Соответственно, вторая стадия зависимого состояния у исследуемого контингента наблюдалась реже. Полученные результаты работы характеризовали следующие положения:

- Большинство подростков с аддиктивным поведением, употребляющих ПАВ имеют специфические черты личности: акцентуацию характера разного типа (чаще неустойчивую, истероидную, возбудимую, конформную и др.);
- Особенности типа акцентуации у данных лиц соотносятся с характером проективных и дезадаптивных черт, а так же конфликтогенных ситуаций.
- Значительное место в формировании аддиктивного поведения с употреблением ПАВ составляют причины микро – и макросреды, в частности, дефекты воспитания в семье, аспекты социально – экономической нестабильности общества, доступность ПАВ в быту, низкая информативность подростков относительно состояния зависимости и др.
- Психопатологические особенности клинической картины при употреблении ПАВ на ранних этапах имеют незначительную выраженность, что значительно усложняет выявление соответствующей (скрытой) категории подростков с аддиктивным поведением употребляющих ПАВ.

Выводы:

Употребление ПАВ тесно связано с понятиями деликвентного и аддиктивного поведения. Основным мотивом поведения таких подростков является стремление ухода от субъективно воспринимаемой «невыносимой

реальности». При этом, как правило, встречаются внутренние причины: переживание стойких неудач в учебных заведениях, конфликты в семье, среде сверстников, чувство одиночества, утрата смысла жизни, ощущение не востребованности в будущем, беспомощность в разных видах деятельности, социальная дезадаптация. Предрасполагающими факторами употребления ПАВ является нервно-психическая неустойчивость, акцентуация характера (эмотивный, истероидный, конформный, возбудимый и др. типы), своеобразие поведенческих реакций в подростковом возрасте, протеста, группирования, эмансипации, имитации и др) и иные особенности подросткового периода.

Выявлено, что характерными признаками аддиктивных расстройств при употреблении ПАВ является доминирование дистимично–дисфорической симптоматики, со сверхценной идеей – нахождения в «особом состоянии», желанием общения с лицами соответствующей среды. Клинико–динамическими особенностями можно считать преобладание высокого уровня личностной и ситуационной тревожности со сверхценной идеей употребления ПАВ, с нарушением возможности контроля дозы наркотического вещества и своего поведения в целом. Характерными есть явления тревожно-депрессивного спектра, черты эмоциональной неустойчивости (в виде повышенной раздражительности), формальность суждений, нередко декларативное признание своей вины и показное раскаяние. В клинической динамике данных расстройств выделяются две стадии: субкомпенсированная и некомпенсированная:

1 – «условно контролируемая», характеризующаяся формальной упорядоченностью поведения, (критической оценкой) с прогностически возможным отказом от приема ПАВ;

2 – неконтролируемая, при которой у индивида отсутствует сознание болезненного расстройства. Установлено, что в клиническом плане динамика симптомов аддиктивного поведения имеет высокую корреляцию со специфическими мотивами употребления ПАВ (коммуникативные, гедонистические, компульсивные).

Идентифицированы биологические, психологические и психосоциальные причины возникновения аддиктивных расстройств при употреблении ПАВ, которые ранжированы по интенсивности воздействия на предрасполагающие, способствующие и поддерживающие, а так же на общие и специфические. Предрасполагающими факторами являются подростково-молодой возраст, неблагополучная наследственность, экзистенциальный вакуум, отсутствие цели и смысла в жизни, высокая склонность к аддиктивному поведению и наличие деликвентного потенциала. Способствующие факторы: синдром дефицита внимания, гиперактивность в анамнезе, слабость фрустрационной переносимости, более выраженная компроментация коммуникативной сферы по сравнению с эмоционально – волевой и интеллектуальной; доминирование среди личностных особенностей черт беззаботности, импульсивности, спонтанности в поведении, неуверенности в себе, в соединении

с отсутствием самоанализа, конфликтные ситуации с родными или близкими. Поддерживающими факторами являются наличие черт акцентуации: неустойчивого, истероидного, конформного, возбудимого и других типов; невозможность достижения желаемого положения в обществе, нарушение социальных связей, снижение самооценки и субъективное стремление повышения путем принятия ПАВ; примитивность жизненных целей и запросов, низкий уровень моральных критериев.

Решение вопросов помощи при аддиктивных расстройствах у подростков и молодежи, принимающих ПАВ, характеризуются следующим. Психологические и психопрофилактические мероприятия должны быть направлены на биосоциальные, личностные и поведенческие факторы риска и патогенетические механизмы реализации аддикции, соответственно, необходимость осуществления возможного контроля за поведением данных лиц в группах риска: импульсивностью поведения, неадекватностью самооценки, плохой переносимостью фрустрации, нарушением адаптации и др. Психотерапевтическими мишенями должны стать аффективные, когнитивные, волевые и поведенческие функции аддикта. Выявленные особенности этиопатогенетических, патофизиологических и психопатологических характеристик аддиктивного поведения подростков, принимающих ПАВ, дают возможность более профессионально подходить к раннему субклиническому периоду выявления данной категории лиц и оказания им своевременной квалифицированной медико-социальной помощи.

Литература:

1. Бірюк, О. О. Профілактика і корекція девіантної поведінки / О. О. Бірюк // Зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПНУ. – 2011. – Т. XIII; Ч.5. – С. 23-33.
2. *Руководство по аддиктологии / Под ред. В. Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.*
3. Менделевич В. Д. *Аддиктивное влечение:*

теоретико-феноменологическая оценка / В. Д. Менделевич // Наркология. – 2010. – №5. – С. 94-100.

4. Менделевич В. Д. *Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии / В. Д. Менделевич // Независимый психиатрический журнал. – 2010. – № 3. – С. 21-27.*
5. *Руководство по аддиктологии / под ред. В. Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 786 с.*
6. Kumpfer, L. *Drug Abuse Prevention : tools and Programs / Karol L. Kumpfer, Rose Aivarado, Paula Smith // Addiction Counseling Review. Preparing for comprehensive, certification and Licensing Examinations / P. H. Coombs. – London, 2005. – PP. 467-486.*
7. Исаев, Д. Н. *Психопатология детского возраста : Учебн. для вузов / Д. Н. Исаев. – 3-е изд. – СПб.: СпецЛит, 2007. – 463 с.; С. 384, 390.*
8. Пшук, Є. Я. *Особливості комунікативних копінг-ресурсів хворих на алкогольну залежність / Є. Я. Пшук, М. В. Маркова // Мед. психологія. – 2009. – Т.4; №2-3. – С. 205-208.*
9. Александровский Ю. А. *Пограничные психические расстройства: учеб. Пособие / Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.*
10. Вієвський А. М. *Дослідження уявлень дітей та підлітків щодо вживання психоактивних речовин як основа заходів таргетної психопрофілактики/Архів психіатрії. -2012- Т. 18 №1. С. 81 – 86.*
11. С. І. Табачников, А. М. Вієвський *Аналіз причин та мотивів вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків в світлі розробки комплексної багаторівневої системи його медико – соціальної корекції та профілактики/Архів психіатрії. -2012- Т. 18 №1. С. 93 – 99.*
12. Карвасарский Б. Д. *Медицинская психология / Б. Д. Карвасарский. – Л.: «Медицина», 1982. – 458 с.*
13. А.Е. Личко. *Подростковая психиатрия. М. 1988.*
14. Менделевич В. Д. *Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / В. Д. Менделевич. – М.: «МЕДпресс», 2005. – 432 с.*
15. Сидоров П. Н. *Синергетическая концепция зависимого поведения. Теоретические и концептуальные аспекты наркологии. – М. Наркология №10.2006 – С.30-35.*
16. Кулаков С. А. *Основы психосоматики / С. А. Кулаков // С-Пб.: Речь, 2003. – 288 с. С. 68*
17. Segal, B., Korolenko L. *The study of addictive behavior in Alaska and Siberia. A review of a cooperative relationship and implications for research in circumpolar nation.-8 th International Congress on Circumpolar health. Yukon. Whitehorse, 1999.*

АДДИКТИВНІ РОЗЛАДИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ ТАХАРАКТЕРИСТИКА ФОРМУВАННЯ ЗАЛЕЖНИХ СТАНІВ ПРИ ПРИЙОМІ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

С. І. ТАБАЧНИКОВ, Є. М. ХАРЧЕНКО, І. С. РУТКІС, Т. В. СИНЬСЬКА, Ю. А. ВОЙТЕНКО, А. Н. ЧЕПУРНАЯ, О. В. ЧЕРНИШОВ

Проведено дослідження аддиктивної поведінки 100 підлітків, які приймали психоактивні речовини (на ранніх етапах). Виявлено патохарактерологічні та психопатологічні особливості аддиктивної поведінки, а також принципи формування залежного стану.

Ключові слова: аддиктивна поведінка підлітків, вживання психоактивних речовин, формування залежних станів

ADDICTIVE DISORDERS AT THE PRESENT STAGE. CHARACTERIZATION OF FORMATION DEPENDENT CONDITIONS WHEN TAKEN PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN ADOLESCENCE

S. I. TABACHNIKOV, E. N. KHARCHENKO, I. S. RUTKIS, T. V. SYNYTSKA, I. A. VOITENKO, A. N. CHEPURNAYA, O. V. CHERNUSHOV

A study was conducted Addictive Behaviors 100 adolescents who use psychoactive substances (in the earlier period). Revealed patocharacterological and psychopathological characteristics of addictive behavior and principles of formation dependent conditions.

Keywords: addictive behavior of adolescents, psychoactive substances use, formation dependent conditions

УДК: 616.89.

И. С. Рыткис

МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ СТУДЕНТОВ С ТАБАКОКУРЕНИЕМ И ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

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

Ключевые слова: студенты, табакокурение, табачная зависимость, психодиагностика, стрессоустойчивость

По данным ВОЗ в мире курят почти 1 миллиард мужчин и 250 миллионов женщин. Ежедневно начинают курить от 82 до 99 тысяч молодых людей. Ежегодно от обусловленных табаком болезней умирает около 5 миллионов человек. К 2030 году общее число курящих возрастет до 1,6 млрд. человек, а количество смертей достигнет 10 млн.

Вот почему на сегодняшний день проблема табакокурения и табачной зависимости является крайне актуальной.

Цель и задачи диссертационной работы обусловили необходимость разработки методического обеспечения для организации выборки исследуемых лиц, а так же определение процедуры исследования.

Материалы, методы и результаты исследования

В исследование включены 1500 студентов 1–6 курсов медицинского факультета №1 и медицинского факультета №3 (педиатрия) Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького МЗ Украины (ДонНМУ) и 1000 студентов 1–5 курсов институтов: информатики, украинской филологии, исторического образования, психологии и управления социологии Национального педагогического университета им. М. П. Драгоманова МОН Украины (НПУ) г. Киева (табл. 1). Статистически значимых различий в структуре обследованных студентов как медицинских, так и педагогических специальностей в зависимости от курса обучения не выявлено ($p=0,32$ и $p=0,44$ по критерию χ^2 , соответственно).

Тип выборочной совокупности был многоступенчатый, квотный (пол, курс, специальность,

территориальная локализация), случайный на этапе отбора респондентов. Их состав, позволил изучить поведение курильщиков и эмоциональное состояние у них, а результаты исследования считать репрезентативно отображающими генеральную совокупность. Критерием включения в исследование являлось активное курение у респондентов.

В результате проведенного исследования установлено, что 889 студентов ДонНМУ ($59,3 \pm 1,2\%$) и 560 студентов НПУ ($56,0 \pm 1,6\%$) положительно ответили на вопросы о курении: 639 студентов медицинских специальностей ($42,6 \pm 1,3\%$) и 413 студентов педагогических специальностей ($41,3 \pm 1,6\%$) курили ежедневно; 197 будущих врачей ($13,1 \pm 0,9\%$) и 138 будущих педагогов ($13,8 \pm 1,1\%$) курили от случая к случаю; бросили курить самостоятельно 53 студента-медика ($3,5 \pm 0,5\%$) и 9 студентов-педагогов ($0,9 \pm 0,3\%$).

Распределение статуса студентов-курильщиков медицинских и педагогических специальностей в зависимости от факультета и института представлено в табл. 2.

Так, среди студентов медицинского факультета №1 ДонНМУ достоверно больше лиц, которые курят как регулярно ($49,5 \pm 1,6\%$), так и периодически ($15,9 \pm 1,1\%$), в то время как большинство студентов педиатрического факультета никогда не курили ($59,6 \pm 2,2\%$). Анализируя статус курения будущих педагогов, выявлено, что среди студентов институтов информатики и украинской филологии достоверно больше лиц, регулярно употребляющих табачные изделия, и меньше отказавшихся от этой привычки ($p < 0,05$). В то время как среди студентов институтов исторического образования и социологии,

Таблица 1

Общая характеристика обследованных студентов

Курс	Студенты ДонНМУ им. М. Горького				Студенты НПУ им. М. П. Драгоманова			
	Медицинский факультет №1 (n=1000)		Медицинский факультет №3 (n=500)		Институты информатики и украинской филологии (n=500)		Институты исторического образования и социологии (n=500)	
	Абс.	%±m%	Абс.	%±m%	Абс.	%±m%	Абс.	%±m%
1	183	18,3±1,2	80	16,0±1,6	105	21,0±1,8	100	20,0±1,8
2	152	15,2±1,1	84	16,8±1,7	94	18,8±1,8	104	20,8±1,8
3	160	16,0±1,2	82	16,4±1,6	101	20,2±1,8	103	20,6±1,8
4	178	17,8±1,2	90	18,0±1,7	92	18,4±1,7	96	19,2±1,7
5	172	17,2±1,2	86	17,2±1,7	108	21,6±1,8	97	19,4±1,8
6	155	15,5±1,1	78	15,6±1,6	-	-	-	-

Таблица 2

Статус студентов-курильщиков медицинских и педагогических специальностей

	Студенты ДонНМУ им. М. Горького				Студенты НПУ им. М. П. Драгоманова			
	Медицинский факультет №1 (n=1000)		Медицинский факультет №3 (педиатрия) (n=500)		Институт информатики и украинской филологии (n=500)		Институты исторического образования; социологии, психологии и управления (n=500)	
	Абс.	% ± m%	Абс.	% ± m%	Абс.	% ± m%	Абс.	% ± m%
Студенты курящие регулярно	495	49,5 ± 1,6*	144	28,8 ± 2,0	236	47,2 ± 2,3*	177	35,4 ± 2,1
Студенты курящие от случая к случаю	159	15,9 ± 1,1*	38	7,6 ± 1,2	47	9,4 ± 1,3	91	18,2 ± 1,7*
Студенты бросившие курить	33	3,3 ± 0,6	20	4,0 ± 0,9	3	0,6 ± 0,3*	6	1,2 ± 0,5
Никогда не курившие студенты	313	31,3 ± 1,5	298	59,6 ± 2,2*	214	42,8 ± 2,2	226	45,2 ± 2,2

Примечание. * – различия статистически значимы, p < 0,05

доля лиц, курящих от случая к случаю, статистически значимо выше, чем среди студентов институтов исторического образования и украинской филологии.

При исследовании стажа курения студентов медицинских и педагогических специальностей выявлено, что у 19,5 ± 1,0% студентов длительность курения оказалась менее года, 35,8 ± 1,3% студенческой молодежи имеют 3-х летний опыт табакокурения, 37,4 ± 1,3% – курят на протяжении 5 лет и 7,3 ± 0,7% молодых людей более 5 лет. Распределение длительности курения студентов в зависимости от профиля ВУЗа, факультетов и институтов представлено в табл. 3.

Установлено, что среди будущих врачей стаж курения менее года достоверно чаще (p < 0,05) встречался у студентов педиатрического факультета, а у студентов медицинского №1 – от 3-х до 5-ти лет, в то время как у большинства студентов педагогического профиля длительность курения не превышала 3-х лет.

При анализе возраста начала курения нами получены следующие результаты: 51,5 ± 1,3% студентов ответили, что стали курить до учёбы в университете (в том числе 7,1 ± 0,7% студентов начинали курить с 11–12 лет), а 28,9 ± 1,2% – в возрасте 17–20 лет и 19,5 ± 1,0% – после 21 года. Анализируя возраст начала курения студентов-медиков, выявлено, что большинство из них (57,0 ± 1,3%) приобщились к этой пагубной привычке в 15–17-летнем возрасте, в отличие от будущих педагогов (рис. 1).

Из полученных выше результатов следует, что подавляющая часть студенческой молодежи пристрастилась к курению в старшем подростковом возрасте, для которого характерны неустойчивая система ценностей, подверженность внешним воздействиям (особенно негативным), расширение сферы общения и деятельности, приоритет авторитета сверстников над родителями и взрослыми людьми, проблемы «отцов и детей», жажда

Таблица 3

Длительность курения студентов медицинских и педагогических специальностей

Длительность курения	Студенты ДонНМУ им. М. Горького				Студенты НПУ им. М. П. Драгоманова			
	Медицинский факультет №1 (n=687)		Медицинский факультет №3 (педиатрия) (n=202)		Институты информатики и украинской филологии (n=286)		Институты исторического образования и социологии (n=274)	
	Абс.	% ± m%	Абс.	% ± m%	Абс.	% ± m%	Абс.	% ± m%
До 1 года	32	4,7 ± 0,8	104	51,5 ± 3,5*	36	12,6 ± 1,9	111	40,5 ± 2,9
1-3 года	202	29,4 ± 1,7	78	38,6 ± 3,4	147	51,4 ± 2,9*	91	33,2 ± 2,8
3-5 лет	395	57,5 ± 1,8*	12	5,9 ± 1,7	79	27,6 ± 2,7	56	20,4 ± 2,4
Более 5-ти лет	58	8,4 ± 1,1	8	3,9 ± 1,4	24	8,3 ± 1,7	16	5,8 ± 1,4

Примечание. * – Различия статистически значимы, p < 0,05

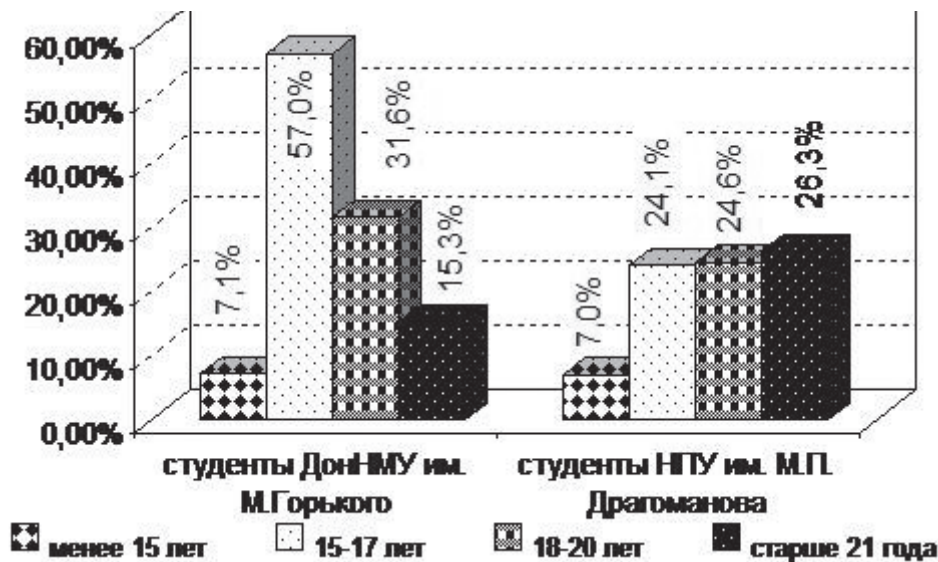


Рис. 1. Возраст начала курения у студентов медицинских и педагогических специальностей (% от числа пробовавших)

свободы и желание «все попробовать». Обращает на себя внимание тот факт, что многие студенты начинали курить в тот момент жизни, когда они не могут оценить риск, связанный с курением, и так называемое случайное курение закономерно переходит в систематическое, а в последующем и к зависимости.

Выбор методов исследования обусловлен целью и задачами диссертационного исследования. В работе использованы методы: социально-демографический, клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический, психодиагностический и математико-статистический.

На всех включенных в исследование студентов заполнялась разработанная нами «Унифицированная карта обследования», в которую были отобраны наиболее существенные и значимые факторы, влияющие на формирование у изучаемого контингента никотиновой зависимости. В ней нашли отражение такие социально-демографические признаки, как пол, возраст, образование, стаж работы, производственные вредности, материально-бытовые условия, семейное положение, взаимоотношения в семье.

С целью выявления наличия и степени выраженности табачной зависимости у курящих молодых людей использован тест Фагерстрема [1; 2], в соответствии с которым степень никотиновой зависимости определялась нами по сумме баллов: от 0–2 (очень слабая зависимость); 3–4 (слабая зависимость); 5 (средняя зависимость); 6–7 (высокая зависимость) и 8–10 (очень высокая зависимость). Для уточнения мотивации курения применяли методику исследования типа курительного поведения Д. Хорна [3; 4].

В качестве инструмента для выявления тревожной и депрессивной симптоматики применяли Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) (Zigmond A. S., Snaithe R. P.) [5]. Для более детальной квалификации состояния и оценки степени выраженности тревожной и депрессивной симптоматики, а также оценки эмоциональных нарушений в динамике (путем повторного

исследования) использовали шкалы Гамильтона для оценки тревоги (HARS) (Hamilton M.) [6] и депрессии (HDRS) (Hamilton M.) [7], которые являются стандартизированными объективными клиническими инструментами.

Включение курящих студентов с эмоциональными нарушениями в нозологические группы осуществляли в процессе клинической беседы, которая представляла собой объективное клиничко-психиатрическое обследование с использованием диагностических критериев Международной классификации болезней 10-го пересмотра (Глава V «Психические и поведенческие расстройства») F17; F17.1.020; F17.1.200; F17.201; F17.1.202) [8; 9], которая имела единую структуру, нашедшую своё отражение в стандартных протоколах, а также соответствовала общепринятым в психиатрии и наркологии деонтологическим нормам.

Комплексное психологическое исследование, направленное на изучение особенностей личностно-динамического паттерна дезадаптации в структуре привычного курения и на инициальном этапе формирования табачной зависимости проводилось с использованием клиничко-ориентированного многофакторного опросника Мини-Мульт [10], методики диагностики самооценки Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина [11], методики личностной шкалы проявлений тревоги Дж. Тейлора [12], методики самооценки психических состояний по Г. Айзенку [13], диагностики уровня невротизации по Л. И. Вассерману [13], методики определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Page [13], опросника Р. Лазуруса «Копинг-стратегии» [14] и оценки качества жизни «Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey» (SF-36) [15].

Для изучения качества жизни применяли русскую версию общего опросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey–36).

Анализ проводили в пакетах статистического анализа MedStat (Ю. Е. Лях, В. Г. Гурьянов) [16], Statistica Neural

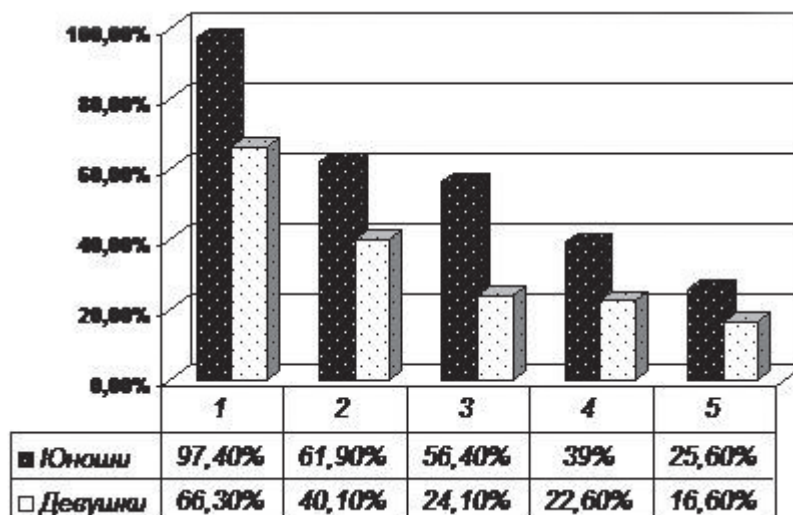


Рис. 2. Структура (%) мотивов первой пробы курения студентами медицинских и педагогических специальностей в зависимости от пола (% от числа пробовавших): 1 – любопытство, 2 – влияние компании, 3 – нежелание отстать от друзей, 4 – чтобы чувствовать себя взрослым, 5 – желание выделиться

Networks 4.0 (StatSoft Inc.). Разработанная для прогнозирования модель была реализована в среде табличного процессора Microsoft Office Excel.

Фактор табакокурения в семье, как один из определяющих начала курения в подростковом возрасте, общеизвестен, поскольку исходным и основополагающим мотивом его начала является подражание взрослым или сверстникам. Анализируя этот аспект проблемы среди студенческой молодежи, выявлено, что у 80,8±1,7% курящих студентов курили отцы и у 30,5±1,9% – матери, тогда как у некурящих студентов отцы курили только в 35,9±2,0% случаев, а матери – в 8,8±1,2%. Кроме того, по нашим данным, только 26,9±1,8% родителей не знали, что их дети курят. Таким образом, наличие курильщиков в ближайшем окружении является значимым фактором риска развития у них этой привычки. Полученные данные свидетельствуют, что распространение курения среди родственников и их близких значимо выше, чем среди родственников и близких некурящих студентов.

Ведущим мотивом первой пробы у большинства студентов как медицинских, так и педагогических специальностей (89,9±1,0%, в т. ч. 97,4±0,9% юношей и 66,3±1,9% девушек) является любопытство, что свидетельствует, на наш взгляд, о существенном влиянии скрытой и косвенной рекламы курения, которая представлена в средствах массовой информации, в особенности на телевидении и в кино.

«Влияние компании» отметили 35,5±1,0% студентов (61,9±2,7% юношей и 40,1±2,0% девушек), «нежелание отстать от друзей» – 22,2±1,0% (56,4±2,8% юношей и 24,1±1,7% девушек), «чтобы чувствовать себя взрослым» – 13,0±1,1% (39,0±2,7% юношей и 22,6±1,7% девушек) и «желание выделиться» – 11,0±1,0% (25,6±2,5% юношей и 16,6±1,5% девушек). Выявленные нами гендерные различия в мотивации первой пробы курения приведены на рис. 2.

В табл. 4 представлены гендерные особенности распространенности курения среди студентов медицинских и педагогических специальностей. Так, на

Таблица 4

Гендерные особенности распространенности курения среди будущих врачей и педагогов

	Студенты ДонНМУ им. М. Горького				Студенты НПУ им. М. П. Драгоманова			
	Юноши (n=487)		Девушки (n=1013)		Юноши (n=429)		Девушки (n=571)	
	Абс.	%±m%	Абс.	%±m%	Абс.	%±m%	Абс.	%±m%
Курящие регулярно	264	46,4±2,3*	375	37,0±1,5	206	48,0±2,4*	207	36,3±2,0
Курящие от случая к случаю	28	5,7±1,1	169	16,7±1,2	30	6,9±1,2	108	18,9±1,6
Бросившие курить	13	2,7±0,7	40	3,9±0,6	1	0,2±0,2*	8	1,4±0,5
Никогда не курившие	182	37,4±2,2	429	42,3±1,6	192	44,8±2,4	248	43,4±2,1

Примечание: * – Различия статистически значимы, p<0,05

Таблиця 5

Соціально-демографічна характеристика курящих студентів медичинських і педагогічних спеціальностей

Соціально-демографічні показателі	Студенти ДонНМУ ім. М. Горького (n=889)		Студенти НПУ ім. М. П. Драгоманова (n=560)		Уровень значимости различия, p
	Абс.	%±m%	Абс.	%±m%	
Пол: мужской женский	305 584	34,3±1,6 65,7±1,6	323 237	57,7±2,1 42,6±2,1	<0,001*
Возраст: 17-20 лет 21-25 лет 26-30 лет	298 403 188	33,5±1,6 45,3±1,7 21,1±1,4	181 202 177	32,3±1,9 36,1±2,0 31,6±1,9	<0,001*
Курс: 1-й 2-й 3-й 4-й 5-й 6-й	91 111 151 167 181 188	10,2±1,0 12,9±1,3 16,9±1,3 18,7±1,3 20,4±1,4 21,1±1,4	99 107 118 117 119 -	17,7±1,6 19,1±1,7 21,1±1,7 20,9±1,7 21,3±1,7 -	0,28
Семейное положение: Одинок/одинок Нахожусь в отношениях Гражданский брак Женат/замужем Разведен/разведена	378 246 163 85 17	42,5±1,7 27,7±1,5 18,3±1,3 9,6±0,9 1,9±0,5	224 155 119 53 9	40,0±2,1 27,7±1,9 21,3±1,7 9,5±1,2 1,6±0,5	0,15
Взаимоотношения в паре/семье: доброжелательные конфликтные формализованные	332 413 144	37,3±1,6 46,5±1,7 16,2±1,2	265 261 34	47,3±2,1 46,6±2,1 6,1±1,0	0,03*
Материально-бытовые условия: Значительно ниже средних Немного ниже средних Средние Немного выше средних	127 426 240 106	14,2±1,2 47,9±1,7 26,9±1,5 11,9±1,1	65 236 230 29	11,6±2,3 42,1±2,1 41,1±2,1 5,2±0,9	0,02*

Примечание: * – Различия статистически значимы, $p < 0,05$.

вопрос о курении положительно ответили 528 юношей (57,6±2,1%) и 859 девушек (54,2±1,3%). Курили в прошлом и бросили курить 14 (1,5±0,4%) юношей и 48 (3,0±0,4%) девушек. Не курят лишь 374 (40,8±1,6%) юношей и 677 (42,7±1,2%) девушек.

Причем из числа тех, кто дал отрицательный ответ в отношении курения в настоящее время 36,9±1,7% студенток и 45,2±1,8% студентов имели определенный опыт или пробы курения. В силу обстоятельств являлись пассивными курильщиками 26,1±1,9% юношей и 24,4±1,3% девушек.

Социально-демографическая характеристика курящих студентов представлена в табл. 5.

При анализе социально-демографических показателей у курящих студентов, обнаружено, что привычка курения достоверно чаще встречалась у девушек, в возрастной группе 21–25 лет, у лиц, состоящих в отношениях и/или находящихся в браке (официальном или

гражданском) с конфликтными взаимоотношениями в паре, а также у лиц с уровнем достатка ниже среднего ($p < 0,005$) или похудеть.

Следует отметить, что с курсом обучения растет и количество курящих студентов ($\chi^2 = 11,130$, $p < 0,01$).

Выбор табачной продукции у большинства студентов-курильщиков оказался традиционным: 94,5±0,7% употребляли обычные сигареты и 5,5±0,7% кальян. Эпизодически курили кальян соответственно 26,4±1,6% молодых людей. Кроме того, выяснилось, что 40,9±1,9% некурящих будущих врачей хотя бы раз в своей жизни пробовали курить кальян.

Основными причинами формирования пагубной привычки к табакокурению в молодежной среде являются желание выглядеть взрослее в глазах окружающих и сильное влияние референтной группы, чтобы не быть «белой вороной», «не отстать от компании». В результате начала курения в юношеском возрасте очень быстро

возникает стойкая привычка к табакокурению, с которой молодые люди не хотят, а часто, не могут справиться самостоятельно, без квалифицированного вмешательства специалистов.

Среди основных причин возникновения привычки и продолжения курения студенты называли: психоэмоциональные перегрузки, связанные с проблемами в учебной деятельности ($95,5 \pm 0,7\%$); привычку ($82,7 \pm 1,2\%$); изменение режима жизни и для стимуляции работоспособности ($76,4 \pm 1,4\%$); желание повзрослеть ($48,4 \pm 1,7\%$); влияние друзей, знакомых, своего ближайшего окружения ($34,3 \pm 1,6\%$); снижение родительской опеки ($28,9 \pm 1,5\%$). Однако среди юношей основной причиной является «привычка» ($98,6 \pm 4,6\%$; $p < 0,01$), в то время как среди девушек – «снятие стрессового напряжения» ($77,9 \pm 4,3\%$; $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, доминирование среди причин продолжения курения свидетельствует о том, что студенты совершенно не умеют бороться со стрессами, и идут по пути наименьшего сопротивления. Это подтверждается данными о психотропном эффекте никотина, главного ингредиента табачного дыма, который неоднозначен и может быть кардинально противоположен. Поэтому более правильно говорить о «модулирующих воздействиях никотина», то есть это не «чистый стимулятор» («интеллектуальное просветление», «интеллектуальный подъем»), и не «чистый седатик», «релаксант». Клинические эффекты никотина разнообразны в каждом конкретном случае и зависят от множества факторов и условий, и отличаются не только у различных людей, но и у одного и того же человека. Так, табакокурение в период волнения успокаивает, а в период сонливости, вызывает возбуждающий, бодрящий, стимулирующий эффект. При этом, ведущее значение играет так называемый «ожидаемый эффект», то есть установка курильщика достичь в данный момент желаемого (прогнозируемого) психофизиологического состояния: снять стресс, утомление, напряжение, взбодриться («разогнать сон в перерыве между занятиями»), покурить в состоянии голода или сытости, облегчить общение в пределах микросоциального окружения, улучшить умственную работоспособность, закурить от волнения, безделья и перегруженности работой, от радости и счастья, горя, успеха или неудачи, закурить «перед стартом» и на «финише», покурить за рюмкой водки или чашкой кофе, в компании и наедине и др. Иначе говоря, сигарета, как атрибут зависимости, выступает в качестве «скорой

помощи» («палочки-выручалочки») во всех случаях жизни; и как демонстрация силы, мужества, и как проявление слабости.

Литература:

1. Fagerström K. *Measuring the degree of physical dependence to tobacco*
2. *smoking with reference to individualization of treatment / K. Fagerström // Addict Behav. – 1978. – P. 235-241.*
3. Heatherton T. F., Kozlowski L. T., Frecker R. C., & Fagerstrom K. O. (1991). *The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. British Journal of Addiction, 86, 1119–1127.*
4. Horn, D., & Waingrow, S. (1966). *Some dimensions of a model for smoking behavior change. American Journal of Public Health, 56, 21–26.*
5. Ikard, F. *A scale to differentiate between types of smoking as related to the management of affect / F. Ikard, D. Green, D. Horn // Int. J. Addict. – 1969. – N. 4. – P. 649-659.*
6. Zigmond A. S. *The Hospital Anxiety and Depression Scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith // Acta Psychiatr Scand. – 1983. – Vol. 67. – P. 361–370.*
7. Hamilton M. *The assessment of anxiety states by rating / M. Hamilton // Br. J. Med. Psychol. – 1959. – Vol. 32. – P. 50-55.*
8. Hamilton, M. *Development of a Rating Scale for Primary Depressive Illness / M. Hamilton // Brit. J. Soc. Clin. Psychol. – 1967. – Vol. 6. – P. 278-296.*
9. *Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб.: «АДИС» – 1994. – 300 с.*
10. *Классификация психических и поведенческих расстройств с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями (ИДК) // Составитель и редактор Дж. Э. Купер. – Издательство «Сфера», Киев, 2000. – 441 с.*
11. Березин Ф. Б. *Методика многостороннего исследования личности / Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Р. В. Рожанец. – М.: Медицина, 1976. – 173 с.*
12. Ханин Ю. Л. *Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера / Ю. Л. Ханин. – Л., 1976.*
13. *Личностная шкала проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т. А. Немчина) / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. И. Б. Дерманова. – СПб., 2002. С.126-128.*
14. Райгородский Д. Я. *Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Д. Я. Райгородский. – Самара: «Бахрах-М», 2004. – 672 с.*
15. Демина Л. Д., Ральникова И. А. *Психическое здоровье и защитные механизмы личности – Изд-во Алтайского государственного университета, 2000 г. – 123 стр. – Режим доступа: <http://psydiagnoz.com/coping/76-koping-test-lazarusa.html>*
16. Ware J. E. *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual / J. E. Ware, K. K. Snow, M. Kosinski, S. D. Keller // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. – 2001.*
17. Лях Ю. Е., Гурьянов В. Г., Хоменко В. Н., Панченко О. А. *Основы компьютерной биостатистики. Анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat. – Д.: Папакица Е.К., 2006. – 214 с.*

МЕТОДИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ І ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ СТУДЕНТІВ З ТЮТЮНОПАЛІННЯ ТА ТЮТЮНОВОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

I. С. РИТКІС

В статті описується методичне обґрунтування дослідження, а також докладно вказується загальна характеристика досліджених студентів з тютюнопалінням та тютюновою залежністю.

Ключові слова: студенти, тютюнопаління, тютюнова залежність, психодіагностика, стресостійкість

METHODOLOGICAL JUSTIFICATION AND GENERAL CHARACTERISTICS OF THE SURVEYED STUDENTS WITH SMOKING AND TOBACCO ADDICTION

I. RITKIS

The article describes the methodological justification research and details indicated general characteristics of investigated students with smoking and tobacco addiction.

Keywords: students, tobacco, tobacco addiction, psychodiagnostic, stressresistance

УДК 616.89-008.441.13-036.66:616.1

И. М. Сквиря

РЕЦИДИВООПАСНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ

Гомельский государственный медицинский университет

Представлены данные о проявлении рецидивоопасных клинических ситуаций (тревога и другие) у лиц с алкогольной зависимостью первые 6 месяцев формирования терапевтической ремиссии (шифр по МКБ-10 F10.200–202). На основе полученных данных сформулированы рекомендации, направленные на раннюю диагностику и адресную противорецидивную терапию пациентов с алкогольной зависимостью в процессе лечения и реабилитации.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ремиссия, рецидивоопасные клинические ситуации, лечение

Введение. Проблема лечения алкоголизма остается чрезвычайно актуальной, прежде всего из-за неудовлетворительной ее эффективности вследствие ранних срывов и рецидивов зависимости, происходящих, по данным большинства авторов, в самом начале формирования ремиссии — на этапе ее становления, определяемом в 4–6 месяцев от начала воздержания от употребления алкоголя [1; 8; 10].

В это время у пациентов с алкогольной зависимостью (ПАЗ) наблюдаются аффективные, диссомнические и другие психические и поведенческие расстройства, сопряженные с патологическим влечением к алкоголю (ПАВ) и срывом алкогольной зависимости (АЗ) [1; 8; 9; 11; 12]. Ранее эти состояния нами были рубрифицированы и определены как рецидивоопасные клинические ситуации (РОКС) [7; 9]. Остаются неизученными частота встречаемости, степень выраженности РОКС ПАЗ при различных типах ремиссии, недостаточно разработаны способы их диагностики и терапии.

Целью нашего исследования была разработка методов профилактики, ранней диагностики и лечения рецидивоопасных клинических ситуаций у пациентов с алкогольной зависимостью.

Материал и методы

В исследование, проведенное на базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница», после прохождения, согласно принятых в наркологии стандартов [3; 5], трехэтапного лечения были включены 275 ПАЗ (шифр F 10.200-202 по критериям МКБ-10 [2; 5]).

Общие критерии включения пациентов в исследование:

- наличие алкогольной зависимости, согласно критериям МКБ-10;
- обращение пациентов за помощью в лечении алкогольной зависимости;
- возраст от 20 до 65 лет включительно;
- информированное согласие пациентов на участие в исследовании.

Дополнительные критерии для формирования трех основных клинических групп сравнения (были определены априорно, на основе реального разделения лиц

с алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии, в 1–6 месяцев включительно воздержание от употребления алкоголя):

- **I группа** (n=79) с качественной ремиссией (пациенты, у которых клинические признаки РОКС на момент данного исследования отсутствовали), при дальнейшем наблюдении достигшие полной, ремиссии (шифр F 10.202);
- **II группа** (n=40) — пациенты, у которых на момент данного исследования был констатирован факт обращения к наркологу для противорецидивного лечения в связи с жалобами на тягу к алкоголю и другие РОКС, угрожаемые срывом ремиссии и рецидивом алкоголизации;
- **III группа** (n=156) с декомпенсированной ремиссией (пациенты, у которых клинические признаки РОКС на момент исследования отсутствовали, жалоб не было, а затем, неожиданно для родственников и врачей, у них произошел срыв ремиссии и рецидив алкоголизации), пациенты, обратившиеся к наркологу после рецидива алкоголизма, когда и были исследованы.

Критериями исключения были: пациенты, злоупотребляющие алкоголем без признаков зависимости (F 10.1), с другими психическими и поведенческими расстройствами неалкогольного генеза.

В ходе выполнения работы применены клинико-психопатологический, клинико-динамический и экспериментально-психологический методы. С целью объективизации и возможности сравнения клинического состояния ПАЗ применили разработанный нами опросник, позволяющий сканировать и квантифицировать даже слабо выраженные жалобы ПАЗ. Он включал 15 вопросов о специфических клинических состояниях пациентов с алкогольной зависимостью в период воздержания от употребления алкоголя, частоту встречаемости которых пациенты отмечали («всегда», «часто», «иногда» и «никогда») в специальных графах, что оценивалось соответственно как 3, 2, 1 и 0 баллов [7].

Статистическая обработка данных (в частности, дисперсионный анализ, вычисление средних значений M , стандартного отклонения σ , достоверности отличия по

Таблиця 1

Общая характеристика пациентов в I, II и III подгруппах

Показатели		Вся группа, n=275	Подгруппы сравнения		
			I, n=79	II, n=40	III, n=156
Пол	Муж.	230 (83,64%)	63 (79,75%)	34 (85,00%)	133 (85,26%)
	Жен.	45 (16,36%)	16 (20,25%)	6 (15,00%)	23 (14,74%)
Возраст, лет		38,26 ± 11,47	40,34 ± 11,8	39,64±10,43**	36,86±9,21***
Длительность АЗ, лет		7,93 ± 4,21	8,13 ± 3,84	9,12 ± 4,34**	7,52 ± 3,39
Кратность лечения	1-кратное	146 (53,09%)	45 (56,96%)	18 (45,00%)	83 (53,21%)
	2-3-кратное	99 (36,00%)	22 (27,85%)	12 (30,00%)	65(41,66%)
	Более 3 раз	30 (10,91%)	12 (15,19%)	10 (25,00%)	8 (5,13%)

Примечания: Различия статистически значимы ($p < 0,05$): * — между I и II группами; ** — между II и III группами; *** — между III и I группами.

критерию Стьюдента и критерию согласия χ^2) проводилась с помощью компьютерной программ Microsoft Excel 2010 и STATISTICA v.6.0. Сравнение данных в трех подгруппах проводилось с помощью непараметрического критерия Крускала-Уоллиса [4; 6]. Статистически значимой считалась 95% вероятность различий ($\alpha=0,05$).

Результаты и обсуждения

Вначале было проведено сравнение I, II и III подгрупп по основным демографическим и клиническим параметрам (пол, возраст, длительность АЗ, кратность лечения) (табл. 1).

Далее была установлена частота встречаемости РОКС в подгруппах сравнения, представлена в порядке убывания частоты в I подгруппе табл. 2.

Как следует табл. 1, на этапе становления ремиссии у пациентов всех трех подгрупп имелись РОКС. Примерно с одинаковой частотой ($p > 0,05$) во всех трех подгруппах наблюдались: «алгии», «раздражительность», «плохое настроение», «гипоманиакальное состояние», «алкогольные сновидения» и «учащение курения». В сравнении с I и III подгруппами во II чаще ($p < 0,05$) встречались: «плохое самочувствие», «астения», «индуцированное опьянение», «алкогольные навязчивости», «псевдоабстинентный синдром», «увеличение потребления кофе (чая)», «тревога» и «тяга к алкоголю». В I и III подгруппах все 15 клинических РОКС встречались примерно с одинаковой частотой, а около четверти пациентов этих подгрупп отрицали наличие у них клинических РОКС ($p > 0,05$).

Таблиця 2

Частота рецидивоопасных клинических состояний у пациентов трех подгрупп

Показатели	I, n=79		II, n=40		III, n=156	
	n	%	n	%	n	%
1. Раздражительность	38	48,10	19	47,50	88	56,41
2. Плохое настроение	36	45,57	24	60,00	83	53,21
3. Алгии	34	43,04	17	42,50	50	32,05
4. Алкогольные сновидения	31	39,24	16	40,00	47	30,13
5. Увеличение потребления кофе (чая)	26	32,91*	21	52,50**	47	30,13
6. Тяга к алкоголю	24	30,38*	22	55,00**	37	23,72
7. Бессонница	24	30,38	18	45,00**	32	20,51
8. Астения	20	25,32*	21	52,50	66	42,31
9. Плохое самочувствие	18	22,78*	23	57,50**	18	11,54
10. Учащение курения	16	20,25	11	27,50	32	20,51
11. Алкогольные навязчивости	12	15,19*	18	45,00**	20	12,82
12. Тревога	10	12,66*	13	32,50**	24	15,38
13. Псевдоабстинентный синдром	7	8,86*	7	17,50**	16	10,26
14. Индуцированное опьянение	4	5,06*	6	15,00**	4	2,56
15. Гипоманиакальное состояние	2	2,53	2	5,00	8	5,13
Нет жалоб	18	22,78*	0	0,00**	43	27,56

Примечания: Различия статистически значимы ($p < 0,05$): * — между I и II группами; ** — между II и III группами; *** — между III и I группами.

Таблиця 3

Сравнительная характеристика средней выраженности (в баллах) рецидивоопасных клинических ситуаций у пациентов трех подгрупп

Рецидивоопасные клинические состояния	I, n=39	II, n=40	III, n=80
	M ± σ	M ± σ	M ± σ
1. Раздражительность	0,74 ± 0,81	1,21 ± 1,06	0,93 ± 1,0
2. Плохое настроение	0,52 ± 0,67	0,95 ± 1,03	0,84 ± 1,0
3. Алгии	0,39 ± 0,58*	1,05 ± 1,03**	0,41 ± 0,69
4. Алкогольные сновидения	0,39 ± 0,66*	0,82 ± 0,73**	0,3 ± 0,54
5. Увеличение потребления кофе (чая)	0,56 ± 0,9	0,84 ± 1,16	0,43 ± 0,81
6. Тяга к алкоголю	0,3 ± 0,63*	0,63 ± 0,60**	0,31 ± 0,63
7. Бессонница	0,17 ± 0,49*	1,11 ± 1,1**	0,2 ± 0,51
8. Астения	0,3 ± 0,56*	0,89 ± 0,99	0,59 ± 0,8
9. Плохое самочувствие	0,22 ± 0,58*	0,89 ± 0,99**	0,38 ± 0,79
10. Учащение курения	0,78 ± 1,16	0,37 ± 0,68	0,3 ± 0,7
11. Алкогольные навязчивости	0,17 ± 0,38*	0,79 ± 0,71**	0,36 ± 0,7
12. Тревога	0,09 ± 0,29*	0,53 ± 0,61	0,3 ± 0,6
13. Псевдоабстинентный синдром	0,04 ± 0,21*	0,53 ± 0,77**	0,08 ± 0,27
14. Индуцированное опьянение	0,04 ± 0,21*	0,47 ± 0,84**	0,06 ± 0,3
15. Гипоманиакальное состояние	0,13 ± 0,34	0,21 ± 0,42	0,1 ± 0,41
Сумма баллов	4,84 ± 3,79*	11,29 ± 8,31**	5,59 ± 4,45

Примечания: Различия статистически значимы ($p < 0,05$): * — между I и II группами; ** — между II и III группами; *** — между III и I группами.

Степень выраженности (в баллах) РОКС в подгруппах сравнения была исследована (выборочно) с помощью специального опросника [7] (табл. 3).

Как следует табл. 3, суммарная выраженность РОКС у пациентов II подгруппы в среднем составила 11,29 ± 8,31 баллов, что превышает суммарную выраженность РОКС пациентов I (4,84 ± 3,79 баллов) и III (5,59 ± 4,45 баллов) подгрупп ($p < 0,01$). Из отдельных признаков во II подгруппе, в сравнении с пациентами I и III подгрупп наиболее выраженными оказались такие РОКС как «бессонница» ($p = 0,002$) и «тяга к алкоголю» ($p = 0,005$). Еще 5 признаков также были сильнее выражены у пациентов II подгруппы, в сравнении с

пациентами I и III подгрупп ($p < 0,05$): «алгии», «плохое самочувствие», «индуцированное опьянение», «алкогольные навязчивости» и «псевдоабстинентный синдром». По степени выраженности РОКС статистически значимых отличий между I и III подгруппами не было выявлено ($p > 0,05$).

При дифференцированном анализе было установлено, что процент пациентов III подгруппы с высокой градацией выраженности (2 или 3 балла) хотя бы одного из неспецифических РОКС («плохое самочувствие», «раздражительность», «астения», «плохое настроение» и «тревога») оказался идентичным II подгруппе ($p > 0,05$)

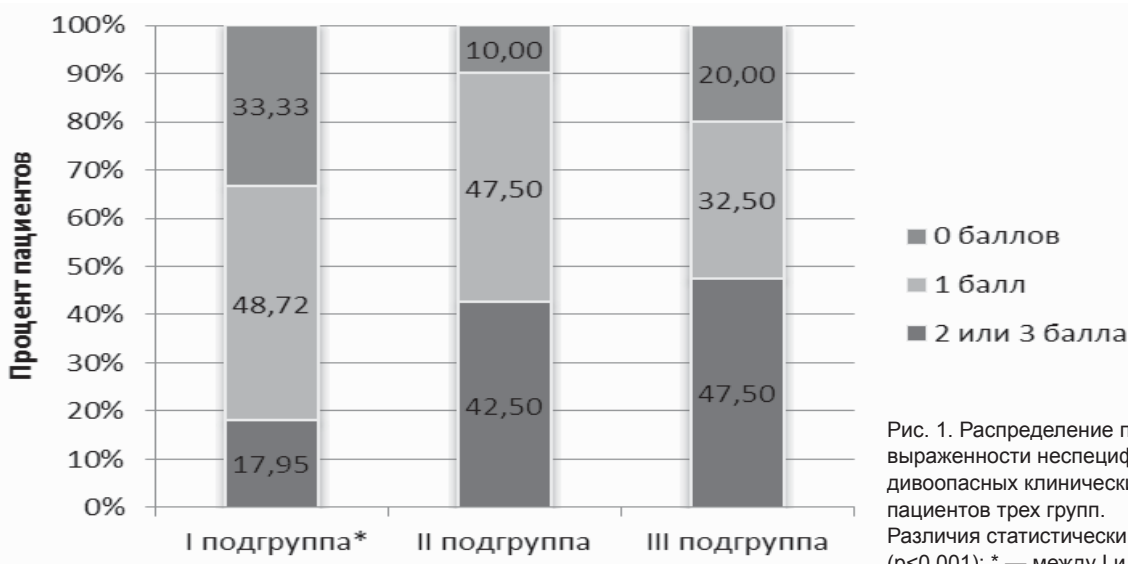


Рис. 1. Распределение по градации выраженности неспецифических рецидивоопасных клинических состояний у пациентов трех групп. Различия статистически значимы ($p < 0,001$): * — между I и II, III группами.

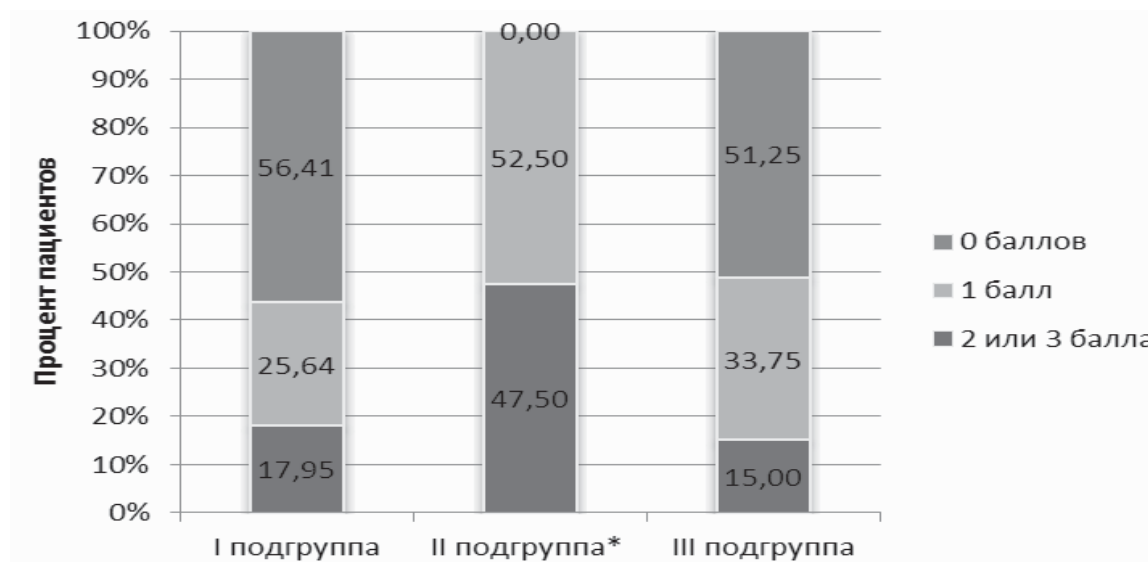


Рис. 2. Распределение по градации выраженности специфических рецидивоопасных клинических состояний у пациентов трех групп. * – Различия статистически значимы ($p < 0,001$): * — между II и I, III группами.

и большим ($p < 0,001$), чем у пациентов I подгруппы (рис. 1).

Количество пациентов с высокой градацией выраженности хотя бы одного из специфических РОКС, напрямую ассоциированных с ПВА («индуцированное опьянение», «алкогольные навязчивости», «алкогольные сновидения», «псевдоабстинентный синдром» и «тяга к алкоголю») (рис. 2), оказалось сопоставимым ($p > 0,05$) среди пациентов I и III и значительно меньшим, в сравнении с пациентами II подгруппы ($p = 0,0002$).

Как следует рис. 2 все 40 (100%) пациентов II подгруппы жаловались на разной степени выраженности влечение к алкоголю, в то время как 22 (56,41%) из 39 пациентов I подгруппы и 41 (51,25%) из 80 III подгруппы отрицали наличие у себя тяги к алкоголю. По показателю наличия влечения к алкоголю с высокой степенью статистической значимости II подгруппа пациентов отличалась от двух других подгрупп ($p = 0,00003$), между которыми отличий по выраженности признаков ПВА не выявлено ($p > 0,05$).

Далее был вычислен ранговый коэффициент корреляции Спирмена [6]. По корреляции РОКС между собой и с интегральной выраженностью I и III подгруппы не имели существенных отличий ($p > 0,05$). Корреляция (значимая) РОКС с интегральной их выраженностью в I подгруппе пациентов была следующей (в порядке убывания): «плохое настроение» ($r_s = 0,72$; $p < 0,001$), «учащение курения» ($r_s = 0,64$; $p < 0,001$), «тяга к алкоголю» ($r_s = 0,56$; $p < 0,001$) «астения» ($r_s = 0,55$; $p < 0,001$) и «раздражительность» ($r_s = 0,53$; $p < 0,001$). В III подгруппе пациентов с интегральной выраженностью РОКС коррелировали (в порядке убывания степени корреляции): «раздражительность» ($r_s = 0,72$; $p < 0,001$), «индуцированное опьянение» ($r_s = 0,62$; $p < 0,001$), «учащение курения» ($r_s = 0,54$; $p < 0,001$), «тревога» ($r_s = 0,53$; $p < 0,001$), «плохое настроение» ($r_s = 0,52$; $p < 0,001$) и «тяга к алкоголю» ($r_s = 0,47$; $p < 0,001$). Во II подгруппе пациентов корреляционная взаимосвязь изучаемых

признаков между собой была более выражена, чем в I и III подгруппах ($p < 0,05$). С интегральной выраженностью РОКС имели положительную корреляцию все 15 признаков, наибольшая корреляция была выявлена у таких признаков как «астения» ($r_s = 0,84$; $p < 0,001$), «плохое настроение» ($r_s = 0,82$; $p < 0,001$), «плохое самочувствие» ($r_s = 0,79$; $p < 0,001$) и «псевдоабстинентный синдром» ($r_s = 0,79$; $p < 0,001$).

Во II подгруппе пациентов большинство симптомов опросника (табл. 2) по выраженности оказались значимо больше, чем в двух других подгруппах сравнения, что подтверждает возможность использования опросника для диагностики рецидивоопасных клинических ситуаций у лиц с алкогольной зависимостью.

Анализ прогностической значимости показателей, для которых были получены наибольшие различия в I и II подгруппах (подгрупп с качественной и субкомпенсированной ремиссиями), оценивали с помощью ROC анализа (MedCalc-v.9.6) на основе сравнения площадей под характеристической кривой (ППК) [11]. Оценивались ППК, 95% доверительный интервал (ДИ) оценки площади, находилась точка разделения, оценивалась чувствительность (Чв) и специфичность (Сп) данного параметра при использовании найденной точки разделения. Показатели расположены в порядке убывания ППК (табл. 4).

Как следует табл. 4, выявление в период воздержания от употребления алкоголя на этапе становления ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью большинства клинических РОКС сигнализирует об угрозе рецидива алкогольной зависимости. При этом выявление специфических признаков, ассоциированных с влечением к алкоголю (алкогольные навязчивости, псевдоабстинентный синдром и другие) высоко специфически значимо и всегда требует пристального внимания нарколога. Из клинических РОКС наибольшую прогностическую значимость возможности рецидива алкоголизации

Таблиця 4

**Прогностическое значение основных показателей для определения РОКС
у пациентов с алкогольной зависимостью**

Показатель	ППК	95% ДИ	Точка разделения	Чв, %	Сп, %
Сумма всех 15-и РОКС	0,782	0,703–0,848	> 5 баллов	84,4	62,0
Раздражительность	0,739	0,657–0,810	> 0 баллов	82,2	57,6
Тревога	0,714	0,630–0,787	> 0 баллов	57,8	82,6
Астения	0,681	0,596–0,758	> 0 баллов	66,7	65,2
Алкогольные навязчивости	0,672	0,587–0,750	> 0 баллов	48,9	83,7
Тяга к алкоголю	0,655	0,580–0,744	> 0 баллов	46,7	85,9
Псевдоабстинентный синдром	0,624	0,538–0,706	> 0 баллов	31,1	93,5

имела сумма всех 15-и признаков при 6 и более баллах (чувствительность 84,44% и специфичность 61,96%).

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что по частоте встречаемости, степени выраженности, корреляции клинических РОКС II подгруппа пациентов (субкомпенсированная ремиссия) статистически и клинически значимо отличались от пациентов двух других подгрупп, между которыми статистически значимых отличий по вышеотмеченным параметрам не было выявлено ($p > 0,05$). Но, несмотря на схожесть показателей клинических РОКС ПАЗ I (достигших полной ремиссии) и III (с рецидивом алкогольной зависимости на этапе становления ремиссии) подгрупп, между ними были выявлены некоторые отличия. Первое отличие было в том, что средний возраст пациентов III подгруппы был статистически значимо меньше среднего возраста всех пациентов ($p < 0,01$), прежде всего, за счет большего количества пациентов в возрасте до 26 лет ($p < 0,001$). Соответственно, у них и длительность алкогольной зависимости была меньше, чем у пациентов двух других подгрупп ($p < 0,05$). Второе отличие было выявлено при градуированном анализе, показавшем, что у пациентов III подгруппы задолго до срыва признаки, косвенно связанные с влечением к алкоголю (раздражительность, астения, тревога, алгии и другие) встречались чаще, чем в I подгруппе ($p < 0,001$).

На наш взгляд, ответ на вопрос о причине такого явления и, соответственно, причине наступившего у них рецидива алкоголизма, следует искать в системном (биопсихосоциальном) подходе к болезни «алкогольная зависимость». Клинические РОКС, исследованные в данной работе отражают преимущественно биологический уровень болезни, на котором признаки алкогольной зависимости после проведенного трехэтапного комплексного лечения ослабевают. Но, возможно, они (признаки алкогольной зависимости) остаются на двух других уровнях функционирования пациентов, что и стало предметом наших дальнейших исследований.

В результате исследования установлены частота встречаемости и степень выраженности рецидивоопасных клинических состояний у лиц с алкогольной зависимостью при различных типах становления терапевтической ремиссии, что позволило разработать принципы терапии пациентов с алкогольной зависимостью

при рецидивоопасных клинических состояниях и сформулировать следующие выводы и рекомендации.

Выводы

Для пациентов с алкогольной зависимостью на этапе становления терапевтической ремиссии характерны рецидивоопасные клинические состояния, которые, при включенности пациентов в терапевтическую программу не приводят пациентов к неизбежному срыву, так как или регрессируют (при качественной ремиссии), или, осознаваясь больными, мотивируют их на противорецидивное лечение (при субкомпенсированной ремиссии).

Рецидив алкоголизации на этапе становления терапевтической ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью объясняется системным взаимодействием биологического, психологического и социального уровня функционирования пациентов и не всегда может быть объясним только клиническими проявлениями болезни, что требует исследования механизмов течения зависимости на психосоциальном уровне.

Поддерживающую и противорецидивную терапию у пациентов с алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии следует проводить с учетом структуры, выраженности и динамики рецидивоопасных клинических состояний, а психотерапию необходимо направлять на осознание и словесное выражение чувств, дифференциацию эмоций, развитие способности к управлению эмоциональным состоянием и формирование мотивации к трезвой жизни.

Литература:

1. Ерышев О. Ф. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова, П. Д. Шабанов. — СПб.: "ЭЛБИ-СПб", 2002. — 192 с.
2. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и диагностическими критериями) / Ред. Дж. Э. Купер / Пер. с англ. Д. Полтавца. — К.: «Сфера», 2000. — 464 с.
3. Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами / Приказ МЗ РБ 31 декабря 2010 № 1387: Учреждение-разработчик: ГУ «РНПЦ психического здоровья». — Минск: ИЧУП «Профессиональные издания», 2011. — 374 с.
4. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — Киев: МОРИОН, 2001. — 408 с.
5. Мінко О. І. Діагностика і терапія психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин: Посібник для лікарів / О. І. Мінко, І. В. Лінський, О. С. Самойлова, О. О. Мінко,

- І. О. Шараневич // Харків: Плеяда, 2009. — 108 с.
6. Петри А. Наглядная медицинская статистика / А. Петри, К. Сэбин; пер. с англ. под ред. В. П. Леонова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 168 с.
 7. Сквиря И. М. Количественная оценка структуры рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода при алкоголизме / И. М. Сквиря // Сб. науч. статей респ. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы медицины» и 17-й итоговой сессии Гомельского ГМУ: в 4 т. / ред. колл. А. Н. Лызинов [и др.]. — Гомель: УО «Гомельский ГМУ», 2008. — Т. 3. — С. 190–193.
 8. Сосин И. К. Наркология / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев. — Харьков: Коллегиум, 2005. — 800 с.
 9. Сосин И. К. Рецидивоопасные клинические ситуации ремиссионного периода в наркологии / И. К. Сосин, Л. В. Лазирская, В. Л. Давыдов, Н. П. Бурмака, А. Н. Иванилова, И. М. Сквиря, А. И. Балого, А. С. Комарницкий // Довженківські читання: Матер. 5-й наук.-практ. конф. с міжн. участ. «Нові підходи до психотерапії та фармакотерапії станів залежності від психоактивних речовин», 6-7 квітня 2004 г.
 10. Aguiar P. Prognostic Factors During Outpatient Treatment for Alcohol Dependence: Cohort Study with 6 months of Treatment Follow-up / P. Aguiar, D. Neto, R. Lambaz, J. Chick, P. Ferrinho // Alcohol and Alcoholism. — 2012. — Vol. 17. — P. 1–9.
 11. Geoffrey M. Depression after alcohol treatment as a risk factor for relapse among male veterans / M. Geoffrey [et al.] // Journal of Substance Abuse Treatment, 2000. — Vol. 19. — P. 259–269.
 12. Willinger U. Anxiety as a predictor of relapse in detoxified alcohol-dependence patients / U. Willinger, E. Lenzinger, K. Hornik [et al.] // Alcohol and Alcoholism. — 2002. — Vol. 37. — P. 609–612.

РЕЦИДИВОНЕБЕЗПЕЧНІ КЛІНІЧНІ СИТУАЦІЇ У ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ НА ЕТАПІ СТАНОВЛЕННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ РЕМИСІЇ

І. М. СКВИРА

Представлені дані щодо прояву рецидивонебезпечних клінічних ситуацій (тривога тощо) у осіб з алкогольною залежністю перші 6 місяців формування терапевтичної ремісії (F 10.200–202). На основі отриманих даних сформульовані рекомендації, спрямовані на ранню діагностику та адресну протирецидивну терапію пацієнтів з алкогольною залежністю в процесі лікування та реабілітації.

Ключові слова: алкогольна залежність, ремісія, рецидивонебезпечні клінічні ситуації, лікування

THE RELESE-DANGEROUS CLINICAL CONDITION AE EPY PERSONS WITH ALCOHOLIC DEPENDENCE IN EARLY TERAPEVTICUS REMISSION

I. M. SKVIRA

The data about on display relapse-dangerous clinical situations (The Anxiety and others) of the alcohol depended patients in the first 6 months remission time (F10.200–202) are presented in this articles. The recommendations are formulated on early diagnostics and address therapy of the patients with alcoholic dependence during treatment and rehabilitation.

Keywords: alcohol addiction, remission, relapse-dangerous clinical situations, treatment

УДК:613.81:616.89 – 008.441.13:663.4] – 07 -084 - 085

Н. В. ПОБЕРЕЖНА

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ І ПОВЕДІНКОВИХ
РОЗЛАДІВ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ ПИВА У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ**

Український НДІ соціальної, судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
Донецький Національний медичний Університет ім. М. Горького, м. Донецьк

Ключові слова: особи молодого віку, пивна залежність, поширеність, психодіагностика, психопатологія

Соціально-економічні та соціально-психологічні зміни, що відбувалися в Україні протягом останніх десятиріч спричинили низку негативних тенденцій, серед яких не останнє місце займає зростання зловживання молоді алкоголем, зокрема пивом та слабоалкогольними напоями [1–3].

На сьогодні показники споживання алкогольних напоїв населенням країни зросли до 12–15 л на особу на рік [4], середній вік першого прийому алкоголю знизився, за даними різних авторів, до 10–14 років [5; 6]. 30% 12-річних дітей вже пробували або регулярно п'ють пиво, а в 13-річному віці питома вага таких дітей збільшується удвічі, причому кожен третій хлопець і кожна п'ята дівчина п'ють кожну добу [7]. 40% підлітків вживають алкогольні напої принаймні раз на місяць [8; 9]. За даними В. Е. Пелипаса, 16% школярів, 25% вихованців училищ і середніх спеціальних навчальних закладів, 33% студентів вузів зловживають слабоалкогольними і міцними алкогольними напоями [10]. За результатами

соціологічного дослідження «Стан та причина здоров'я українських підлітків», проведеного дитячим фондом ООН, ЮНІСЕФ, відзначається зростання тих підлітків, хто вживає пиво з 37% у 5 класі – до 82% у 11 класі [11]. Таким чином, вживання алкоголю стає частиною способу життя сучасної молоді, стереотипів її поведінки.

Аналізуючи основні чинники зростання споживання пива підлітками, учені, окрім вже згаданого погіршення соціально-економічної ситуації, відзначають доступність пива та вплив масованої реклами, відсутність після його вживання, на відміну від вина та міцних алкогольних напоїв, значних порушень поведінки, впевненість значної частини населення у нешкідливості цього напою, що призводить до негативного впливу сімейного та соціального оточення на підлітків [12]. Важливий вплив на початок зловживання пивом особами молодого віку надають і його своєрідні приємні смакові якості, можливість легко вгамовувати спрагу, а також ряд його позитивних фармакологічних ефектів.

Однак, незважаючи на безсумнівну актуальність проблеми, що обговорюється, наявні дослідження з даної проблеми є розрізненими і суперечливими. Досить часто лікарі різних спеціальностей через боязнь постановки осіб молодого віку на облік в наркологічні диспансери, виписують їх зі стаціонарів з «щадними» діагнозами, в яких знаходиться відображення лише соматична патологія, а маючий місце пивний алкоголізм опускається.

Таким чином, питання справжньої поширеності, чинників ризику, вікової динаміки, діагностики та клінічної структури пивного алкоголізму, а також виникаючих внаслідок нього психічних та поведінкових розладів у осіб молодого віку залишаються недостатньо вивченими.

Метою дослідження було вивчення з позицій системного підходу поширеності, клінічної структури, феноменології та чинників ризику розвитку пивного алкоголізму та психічних розладів, пов'язаних зі вживанням пива в осіб молодого віку.

Матеріал і методи дослідження

Обстеження 392 осіб, учнів технікуму, ліцею та училищ м. Донецька та Донецької області проводилось за домовленістю з керівництвом навчальних закладів, безпосередньо в учбових корпусах після занять, з дотриманням всіх деонтологічних вимог: отримання інформованої згоди, конфіденційності, можливості для обстеженого ознайомитися з результатами дослідження. Клініко-психопатологічне дослідження базувалося на загальноприйнятих підходах до наркологічного обстеження шляхом інтерв'ювання та спостереження. Опитування здійснювалось із застосуванням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-10. Окрім того, використовували розроблену нами «Карту дослідження учнів технікуму, ліцею та училищ», що включала, адаптований до нашого дослідження тест AUDIT на виявлення пивної алкогольної залежності та порушень, пов'язаних з цим.

Психічний стан осіб молодого віку виявлявся за допомогою клінічного інтерв'ю – структурованого обстеження на підставі стандартних протоколів з дотриманням загальноприйнятих у наркології деонтологічних норм та з заповненням учнями клінічного опитувальника для виявлення та оцінки невротичних станів К. К. Яхіна, Д. М. Менделевича.

Отримані під час обстеження за допомогою зазначених методів дані заносились у спеціально розроблену «Карту обстеження учнів технікумів, ліцеїв та училищ» (Додаток А), яка включала наступні розділи:

- 1) соціально-демографічний;
- 2) клініко-анамнестичний;
- 3) клініко-психопатологічний;
- 4) психологічний;
- 5) психокорекційний.

Для дослідження індивідуально-психологічних відмінностей особистості підлітків, які могли бути пов'язані з зловживанням пивом, для уточнення особливостей та ступеню виразності порушень психічного здоров'я використовувалися наступні методики: шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна, шкала Зунга для самооцінки депресії, тест диференціальної самооцінки функціонального стану (САН), модифікований патохарактерологічний діагностичний опитувальник (МПДО).

Отримані дані піддавались обробці статистичними методами з використанням непараметричних статистичних критеріїв, як U Манна-Уїтні та ϕ^* Фішера. Критичне значіння рівня статистичної значущості розходжень («р») приймалось рівним 0,05). Обробка отриманих даних проводилася в електронних таблицях Microsoft Excel 2000.

Результати досліджень та їх обговорення

Серед обстежених учнів (392 ос.) переважали юнаки (292 ос., що складало 75% від загального числа учнів), тоді як дівчат було 100 (25%).

Обстежувані згідно результатам психодіагностичного тестування та клінічного інтерв'ювання на виявлення пивної алкогольної залежності були поділені на три групи спостереження:

1 – група, особи без наявності алкогольної пивної залежності 183 (46,7%), 2 – група, особи, що надмірно вживають алкоголь (пиво) – 128(32,6%) та 3 – група, особи що вживають пиво з шкідливими наслідками або мають залежність від пива 81(20,6%). Діагнози пивної залежності формувались на нозологічному рівні у відповідності до МКХ-10.

Серед молодих осіб у віці 15–22 роки надмірне вживання пива спостерігалось у 36,3% випадків, зростаючи

Таблиця 1

Розподіл обстежених на групи спостереження з різним рівнем вживання пива, в залежності від статі

Групи спостереження	Стать				Разом	
	чоловіча		жіноча			
	абс.	у %	абс.	у %	абс.	у %
Особі без наявності алкогольної пивної залежності (n=183 особи)	131	44,9	52	52,0	183	46,7
Особі, що надмірно вживають алкоголь (пиво) (n=128 осіб)	99	33,9	29	29,0	128	32,6
Особі, які мають залежність від пива (n=81 особа)	62	21,2	19	19,0	81	20,7
Разом	292	100	100	100	392	100

в мірі дорослішання (в тому числі, у віці 15–16 років – 24,4%, 17–18 років – 31,3%, 19–22 роки – 53,1%), а залежність від пива діагностувались у 18,3% молодих осіб з піком у віці 17–18 років (31,3%).

Чинниками, що пов'язані з підвищеним ризиком формування залежності від вживання пива є чоловіча стать, вік 19–22 роки, а для клінічно-окреслених форм пивної залежності – 17–18 років), проживання в невеликих населених пунктах, незадовільні соціально-побутові умови, виховання сторонніми особами або далекими родичами, високий рівень особистої тривожності, наявність, гіпертимної, тривожно-педантичної, астено-невротичної збудливої, нестійкої, демонстративної та сенситивної акцентуації характеру. Встановлено також статистичний зв'язок між місцем проживання учнів та їх розподілом на групи спостереження: чим менше населений пункт, тим більше частка осіб, що вживають пиво з залежністю від нього. Таким чином, учнів, які проживають у селі або селищі можна розглядати як групу ризику стосовно розвитку зловживання пивом.

У групі осіб з як з повною, так і неповною середньою освітою близько 45% не має алкогольної пивної залежності, а близько 20% – її мають. Це відповідає загальним показникам розподілу на групи спостереження у всій вибірці.

При вивченні матеріально-побутових умов життя обстежених встановлено їх статистично значущий зв'язок з наявністю алкогольної пивної залежності при проживанні в незадовільних умовах вона діагностувалася значно частіше, ніж у задовільних ($p < 0,001$). Аналіз досліджених нами даних показав, що більшість підлітків в усіх трьох групах спостереження виховувалась батьками, однак близько третини опитаних назвали в якості основних вихователів братів чи сестер та інших членів родини і навіть чужих людей (вихователів шкіл-інтернатів). Саме в двох останніх підгрупах обстежених спостерігався найвищий рівень поширеності надмірного вживання пива (відповідно 37,9% та 44,0%) та вживання пива зі шкідливими наслідками або залежності від пива (відповідно 44,8% та 52,0%). Це значуще вище ніж у групі обстежених, яких виховували батьки ($p < 0,05$). Отримані дані свідчать, що пиво вживає більше половини учнів, в тому числі 30,6% – щодня та частіше. Це підтверджує, що пиво є досить популярним напоєм серед обстеженого контингенту, а для майже третини учнів – частиною їх способу життя.

Аналіз досліджених даних о вживанні пива надмірними дозами показав, що серед тих, хто вживає пиво, звичайна його доза становить не більше 1 пляшки (0,5 л) у 90 осіб (43,1%), від однієї до двох пляшок – у 64 осіб (30,6%), від 2 до 3 пляшок – у 28 осіб (13,4), 3,5–4 – у 15 осіб (7,2%), 5 та більше – у 12 осіб (5,7%). Лише 10,2% респондентів (40 осіб) звертали увагу на те, що через випивку пива вони не виконували якісь важливі справи. Зізнавалися, що хоча б раз за останній рік після вживання пива попереднього дня вони були змушені вранці знов випити пиво, лише 12,5% (49 осіб).

Разом з тим, почуття каяття чи вини після вживання пива часто виникало лише у 30 опитаних (7,7%), тоді як 87,5% не відчували їх ніколи. Досліджені всіх трьох груп найчастіше віддавали перевагу пиву, по відношенню до інших алкогольних напоїв. Однак серед учнів, віднесених до другої групи (з надмірним вживанням пива), значуще більша частка, ніж у першій групі назвала улюбленим спиртним напоєм вино ($p < 0,05$), а декілька учнів – горілку. У групі з клінічно окресленими формами алкогольної залежності частка тих, хто обрав вино знов значуще зменшується ($p < 0,05$), однак, водночас, значуще збільшується питома вага тих, хто віддає перевагу горілці та іншим міцним спиртним напоєм. Нами проаналізований взаємозв'язок виникнення психічних розладів у обстежених та наявності в них пивної залежності різного ступеня виразності. Згідно з отриманими нами даними, найбільша поширеність психічних розладів була представлена невротичними розладами, які спостерігались найбільш у учнів з залежністю від пива (3 група спостереження) – 43,2% (35 осіб). У групі учнів з надмірним або ризикованим вживанням пива невротичні розлади було діагностовано у 24 осіб (18,6%). Найменша питома вага осіб з невротичними розладами виявлена у першій групі спостереження, тобто серед учнів без ознак алкогольної залежності – 10,4%. Клінічна структура невротичних розладів, що була діагностована у обстежених другої та третьої групи спостереження, представлена у таблиці 2 (у розрізі окремих нозологій).

На підставі наведених даних можна дійти висновку, що формування синдрому залежності від пива у осіб молодого віку або вживання ними пива з шкідливими наслідками майже в половині випадків (43,2%) супроводжується розвитком в них невротичних розладів, серед яких провідне місце посідають неврастенія та розлади адаптації. Це може ускладнювати пристосування учнів

Таблиця 2

Нозологічна структура невротичних розладів, що було діагностовано у обстежених другої та третьої групи спостереження

Шифр за МКХ-10	Друга група спостереження		Третя група спостереження		Усього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
F40.1	1	4,8	3	7,9	4	6,8
F40.2	1	4,8	1	2,6	2	3,4
F41.2	3	14,3	6	15,8	9	15,3
F42.0	1	4,8	1	2,6	2	3,4
F42.1	1	4,8	0	0,0	1	1,7

до вимог навчально-виховного процесу у їх учбових закладах.

Наведені у таблиці дані свідчать, що у всіх хворих на неврастенію в обох групах у клінічній картині виявлялася підвищена психічна та фізична стомлюваність, а також дратливість. Емоційна лабільність виявлялася в першу чергу нестійкістю настрою, дратливістю (80,0% і 93,3% у другій групі та 70,0% і 86,7% – у третій, відповідно).

Вивчення показників симптоматики при змішаних тривожних і депресивних реакцій при розладах адаптації (шифр за МКХ-10 – F43.22) у учнів технікуму, училищ та ліцею дозволив виявити, що в обох групах у клінічній картині виявлялася підвищена психічна та фізична стомлюваність, нестійкість настрою, зниження рухової активності, а також дратливість. Найбільш виразними симптомами були порушення сну, зниження апетиту, невпевненості в собі, зниженою самооцінкою, почуття провини.

Аналіз показників при змішаних тривожно-депресивних розладах (шифр за МКХ-10 – F41.2) в обох групах показав, що у клінічній картині виявлялись такі провідні симптомами як: знижений настрій і зниження концентрації уваги з нездатністю зосередитися на чомусь, зниження інтересу до повсякденного життя, порушення сну, тривога і похмуре песимістичне бачення майбутнього, а також підвищена фізична і психічна стомлюваність з погіршенням уваги. Для аналізу результатів, отриманих за допомогою методики САН, нами було проведено зіставлення частоти реєстрації низьких (нижче 3,5 бала, що відбиває незадовільний стан) та високих (5 балів і вище) показників шкал „самопочуття”, „активність” і „настрій” в трьох групах спостереження. У всіх трьох групах низькі показники найчастіше виявлялися за шкалами самопочуття і активності, причому їх частка значуще ($p < 0,01$) зростала від першої групи до третьої (учні, що вживають пиво з шкідливими наслідками або мають залежність від нього). Аналіз середніх балів у тесті Спілбергера-Ханіна в трьох групах спостереження виявив, що показники шкали реактивної тривожності (РТ) дещо зростають від першої до третьої групи, однак ці розбіжності не є статистично значущими ($p > 0,05$). Це свідчить, що за актуальним рівнем тривоги на момент обстеження досліджувані з пивною залежністю суттєво не відрізняються від тих, хто не має такої залежності.

Аналіз даних, що показують виникнення депресії ситуаційного генезу у трьох групах має свої відмінності.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПИВА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Н. В. ПОБЕРЕЖНАЯ

В статье представлены данные комплексного обследования 392 лиц молодого возраста, учащихся техникума, лицея и училищ г. Донецка и Донецкой области. Всем проведено клинико-психопатологическое и психодиагностическое исследование, что позволило выявить три группы наблюдения, в том числе группу, со сформированной пивной зависимостью у лиц молодого возраста.

Ключевые слова: лица молодого возраста, пивная зависимость, распространенность, психодиагностика, психопатология

CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS DUE TO USE OF BEER IN YOUNG PEOPLE

N. V. POBEREZHNAJA

The paper presents a comprehensive survey data 392 young people, college students, colleges and lyceums Donetsk and Donetsk region. All held clinical-psycho-pathological and psychodiagnostic study that revealed three groups of observations, including the group formed with beer addiction in young people.

Keywords: young people, beer addiction, prevalence, psychodiagnostics, psycho pathology

Найбільш виражені ці показники в першій і третій групі (35% і 40,8%) проти другої (25%).

Отримані дані осіб без акцентуації значно зменшуються від першої (58,5%) до третьої (7,4%) групи ($p < 0,01$), що вказує на значну роль такого чинника, як преморбідні особливості особистості підлітка, у формуванні алкогольної залежності.

Більш докладний аналіз показує, що значуще частіше серед учнів, що вживають пиво з шкідливими наслідками або мають залежність від пива, зустрічаються наступні акцентуації характеру: астено-невротична, збудлива та тривожно-педантична (по 16,1%), нестійка (11,1%), демонстративна та циклоїдна (по 9,9%).

Таким чином наведені нами дані розкривають клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні та психологічні механізми в формуванні пивною алкогольної залежності та психічних розладів, пов'язаних з цим в учнів технікуму, ліцею та училищ.

Література:

1. Табачников, С. І. Психосоціальні, клінічні та терапевтичні аспекти сучасного патоморфозу алкогольної залежності / С. І. Табачников, К. Д. Гапонов // *Арх. психіатрії*. – 2012. - Т. 18, № 1. - С. 53-60.
2. Сосин И. К., Чуев Ю. Ф. О наркологической ситуации в Украине. *Український вісник психоневрології. Том 18, вип. 3 (64), 2010.* – С. 174.
3. Аналітично-статистичний довідник 1990–2008 рр. Епідемія алкоголізму та наркоманії в дзеркалі медичної статистики МОЗ України. – Х.: 2009. – 168 с.
4. *Зріз наркотичної ситуації в Україні (дані 2010 року)* / А. М. Вісвський, М. П. Жданова, С. В. Сидяк та ін. // – Київ, 2011 – 22 с.
5. Clark D. B. Kirisci L. Posttraumatic stress disorder, depression, alcohol use disorders and quality of life in adolescents // *Anxiety*. – 2005. – Vol.2 (5). –P.226–233.
6. Иванец Н. Н. Актуальные проблемы алкоголизма / Н. Н. Иванец, И. П. Анохина // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2010. – № 3. – С. 99-105.
7. Кошкина Е. А. Распространенность наркотических расстройств среди детей и подростков в 2007-2009 гг. / Е. А. Кошкина, В. В. Киржанова // *Вопросы наркологии*. – 2009, №4-5. – С. 5-12
8. Онищенко Г. Г. Алкогольная ситуация в России. О концепции государственной алкогольной политики в Российской Федерации / Г. Г. Онищенко, В. Ф. Егоров // *Наркология*. – 2002. - №1. – С. 4-8.
9. Михайловичина Т. П., Маркеева М. В. Проблема употребления подростками алкоголя в современном мире / *Материалы Всероссийской научно-практической конференции, Арзамас*. – 2006. – С. 294 – 297
10. Дубин Б. Вверх по лестнице, не ведущей никуда: жизненные ориентиры современной российской молодежи // *Социально-гуманитарные знания*. – 2003. – №1. – С. 16-21.
11. Закревский А. П. Дорога над пропастью / Закревский А. П., Цыба И. В. – Донецк, 2009. – 175 с
12. Ойхер Д. Я., Машикова Е. Ю. Поколение Next выбирает... пиво?, *Известия Уральского государственного университета*, 2005, № 34, С. 156–161.

UDC 616.89 - 008.48 - 053.2:16

A. CHERNYSHEV

SOMATOFORM PAIN IN ADOLESCENCE – AS A FACTOR OF ADDICTIVE BEHAVIOR WITH THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCESUkrainian Scientific Research Institute of Social and Forensic Psychiatry
and Narcology of the Ministry of Ukraine
Mykolayiv Regional Psychiatric Hospital № 1**Keywords:** somatoform pain, adolescents, addictive disorders, psychoactive substances

The development of modern medicine assigns an increasingly important role to psychosomatic pathology in overall prevalence of various diseases and, in particular, to somatoform disorders. In turn, somatoform disorders account for a significant part of psychosomatic disorders in adolescence. By analyzing data from different sources, one may see a wide variation in the category of patients with psychosomatic disorders, from 16 to 68%. In considerable number of these individuals somatoform disorders became chronic in adolescence. According to data of several authors [1–3] in about one-third of adolescents with somatic illnesses with an uncertain diagnosis or those who often fall ill, somatoform disorders are eventually diagnosed. It is noted in considerable number of modern researches [3–5] that presence of repeated long and extraordinary traumatic effects reflects the primary role in pathogenesis of somatoform disorders. Psycho-traumatic experiences in patients with somatoform disorders differ in specific configuration, reflecting the predominance of one of the types of individual emotional states: anxiety-phobic, depressive, hypochondriac, asthenic, dissociative or autoaggressive. In adolescence psycho-traumatic impacts on development of somatoform disorders often have deviant forms of relations in microenvironment: family, peers, environment [6–8]. Depending on the type of psycho-traumatic factors, occurring physical feelings or organ dysfunction, somatoform disorders differ in the degree of polymorphism, severity of algias and vegetative symptoms. Presence of depressive symptoms has a significant impact on prevalence of pain symptoms, whereas anxiety potentiates prevalence of vegetative dysfunctions [7–9]. Signs of unfavorable prognosis with respect to chronicity of somatoform disorders are agoraphobia, dysthymic disorder, pain syndrome, hypochondriac symptoms, loneliness and acute social conflicts, iatrogenic factors, disharmony of personality traits. The phenomenon of pain can be in most cases the dominant manifestation in the structure of somatoform disorders - as its psychotic component that determines the overall clinical diversity of this condition [9; 10]. Neurotic presentations of depression and anxiety determine the nature of pain within somatoform disorders and their specificity as psychopathological complex of symptoms. This qualitatively distinguishes them from complaining about pain observed at somatic diseases. Typological picture of somatoform algias is psychopathologically heterogeneous and differs both in terms of quality of experience of pain, and its localization. Somatoform algias reveal specific intrasyndrome relations among somatic manifestations and, accordingly, the symptoms of anxiety and depression; polymorphic compensatory

variants are the presentation of anxiety-phobic complex of symptoms, and monomorphic and monosystemic options of depressive syndrome [10; 11]. However, for the present there are no methodological approaches not enough aimed at the implementation into clinical practice, to early diagnosis and complex treatment of pain syndrome at somatoform disorders. In Ukrainian psychiatry there are no studies on formation characteristics of complex of pain symptoms as basic syndrome of somatoform pathology in adolescence and researches of clinical features of somatoform algias depending on location, in particular, abdominal and cephalgia syndromes.

Taking into account the mentioned topic, hypothesis of ethiopathogenetic and clinical interrelation of these somatoform disorders (with algia component arising on a background of anxiety, depressive and dysphoric presentations) with addictive behavior of adolescents, who use psychoactive substances and, accordingly, with subsequent transition to state of chemical addiction – is of scientific and practical interest. In its turn, the problem of drug addiction in Ukraine, especially among adolescents, is extremely acute, and accounting its scope and continuous growth, is one of the most pressing health and social problems. According to data of the WHO, Ukraine takes the first place on the scale of teenage alcohol abuse in Europe. According to the results of domestic and foreign experts [10–12], among Ukrainian teenagers of 13–15 years about 90% consume alcohol, 63% smoke, about 14% take drugs (33,6% of boys and 18,8% of girls). It should be borne in mind that the objective data considerably exceed the official ones. Among the most commonly used by teenagers psychogenic substances are alcohol, cannabinoids, psycho stimulants, rarely - opioids. The primary use of drugs is also more likely at the age of 12–16 years (32%), 17–18 years – 35% [13–15]. Very often comorbidity in receiving psychogenic substances is observed, the fact of which further aggravates the disease state. As a result, systematic use of psychogenic substances leads to earlier psychophysical decompensation and de-socialization of the younger generation.

Thus, the combination of somatoform pain syndrome with parallel use of psychogenic substances, in order to compensate algia, anxious and depressive and dysphoric symptoms, that is, to achieve subjective «state of comfort», is the task of both scientific and practical nature.

The aim of our work has been the development of characteristics of the formation of dependent states at somatoform pain disorder (cephalgias, abdominalalgias) in adolescents with addictive behavior, taking psychoactive substances.

Objectives:

Study of clinical phenomenological and pathopsychological manifestations of cephalgia and abdominalgia syndrome at somatoform disorder (vegeto-vascular nature) in adolescence.

Definition of socio- demographic, pathopsychological and clinical psychopathological features of the formation of addictive behavior with use of psychoactive substances in adolescents.

Identifying the features of mental health, presence of psychic and behavioral disorders at use of psychoactive substances by individuals of this age.

Defining identification of biological, psychological and social causes that contribute to emergence of addictive disorders, with the use of psychoactive substances at formation of addictive states, against the background of presence of a somatoform disorder.

Materials and methods of research

Patients of children's department of Mykolayiv Regional Psychiatric Hospital №1, as well as of children's psycho neurologic dispensary became the category of the research. Age of the examined is 16–18 years; total number – 57 people (51 male and 6 female): with manifestations of cephalgia syndrome – 75 %, abdominalgia – 25%. All patients (anamnestically) had periodically used psychoactive substances (mainly alcohol, cannabinoids, etc.) – in order to relieve pain, improve mood and overall condition. The survey was conducted with the consent of the parents of teenagers.

Research methods

Clinical anamnestic, therapeutic, neurological, pathopsychological, clinical psychopathological, statistical. For the survey a specially developed Unified card of examination, reflecting, except for the above mentioned aspects, characterization of received by patients psychoactive substances (AUDIT test system - the methodology of I.V. Linsky and A. I. Minko) was used.

The results of the research

Describing the addictive tendencies of the individuals examined, we considered this fact as the relation of an individual (of specific kind) with the environment, which in our opinion could provide an understanding of non-standard (addictive) behavior of an adolescent in society. The motivation for use of psychoactive substances among these individuals, according to their definition, firstly was the relief from excruciating painful feelings in body, improving mood and general well-being. This behavior was the determinative, they were getting «better» and awareness of the disease temporarily went away. Moreover, there came a state of euphoria (as defined by teenagers - «high»). At the same time, we know that only a definite number of people with symptoms of pain comes to such behavior. The study revealed that a considerable number of the examined individuals since their childhood was characterized by neuro-psychological instability, increased suspiciousness, a tendency to fantasize, lower self-esteem, increased vulnerability and suggestibility from the side, the desire to explore new sensations and experiences, low frustration tolerance, inability to be responsible for their actions. It

seems to be a very important aspect, that these individuals frequently have addictive families (in which the individuals grew up), the learning environment, friends (with defects of education) ; conflicts of intra-and transpersonal nature, being psychological predictors that contribute to the formation of high frustration readiness to addictive behavior. Since childhood in this category of individuals a tendency to participate in any non-standard activities or actions associated with a particular interest has often been observed. As a result, in these adolescents unconscious positive potentiating of addictive behavior with the use of psychoactive substances was carried in a «provocative», «life difficult» psycho -physiologically negative situations, particularly at algia manifestations of somatoform disorders, which became chronic. In future, formation of pathological stereotype of dependent behavior, corresponding change in the scale of value orientation, ethical and moral criteria is natural. In turn, this deformed personal motivation was fixed in the mind of a teenager, growing stronger with time during the systematic use of psychoactive substances and the formation of addictive behavior. Of course, “the personal” at the same time is closely connected with “the social”. First of all, the social environment surrounding a teenager: being in family, place of learning, peers, etc. To family reasons directly related to the process of depraved upbringing we attribute - defective maladjusted family socialization: lack of psychological blocking of use of psychoactive substances, committing antisocial acts, violations of rights, etc. To dysfunctional disadvantaged families we attribute: incomplete, immoral, criminogenic and others (problematic ones). Wrong forms of upbringing are negative: hypo-or overprotective, exaggerated exactness with elements of brutality, aiming at «prestige», «well-being». Similar trends in upbringing of adolescents cause negativity, often anger, impaired priorities of desired and possible, and in the end - neuro- psychiatric disorders and the search for «means» of compensation for their state, the most «radical» methods - taking psychoactive substances. The environment also potentiates the same behavior – peers (and those who are older), «awareness» of relevant information, advertising, TV, etc. Other macro social causes of risk of addiction disorders should include social disintegration and instability of the position of an individual at a young age. It is known that both leading causes of risk of social environment and macro social causes potentially reinforced each other, forming individual variants of pathological behavior. At the same time, one may say that in the category of patients examined (somatoform disorder with leading algia component) above mentioned factors of micro and macro environment – acted as «contributing», creating at times «background», but essential meaning, which, in combination with the personal characteristics and severe pain, contributed to addictive behavior with the use of psychoactive substances. The following factors were identified as provocative ones: neuro-psychological instability, presence of accentuation of personality (emotive, excitable, demonstrative, etc.), special reaction behavior (imitation, emancipation, grouping, culture, etc.)

In case of formation of dependent states it is rather complicated to identify the beginning of addictive behavior due to its progressive nature and lack of critical evaluation by individual himself. Specific risk factors of emergence of pathological predisposition to use of psychoactive substances are the following: teen and young age, often heredity, psycho-physiological troubles; psychological: existential vacuum, predisposition to addictive behavior, high delinquency potential, frank compromatation of communicative sphere of individual as compared to emotional- volitional and intellectual ones. Characteristic personality spheres of these individuals are – impulsiveness, spontaneity in behavior, lack of confidence, combined with lack of self-analysis, features accentuation: inadequate self-esteem (mainly low) with possibility of «compensation» in the process of receiving psychoactive substances, a mismatch of personal (or social) and desired. These characteristics, against the background of flowing somatoform disorder with severe algia manifestations, led to psychological imbalance, maladjustment and direct addictive behavior with use of psychoactive substances. Among the factors contributing to such behavior (in the background of nervous and mental instability and accentuation of personality) one can also attribute availability of forms of stereotypical behaviors of young age. The following types of reactions were identified: opposition, imitation, negative imitation, compensation, overcompensation, emancipation, grouping and hobbies. The most frequent ones are imitation, negative imitation, compensation, emancipation. The reaction of imitation is shown in imitating behavior of others, usually from the surrounding environment, most often of an adult or a more «experienced» individual. This includes the impact of macro environment: television, print, advertising, etc. Applying to the examined group of patients – «learning from experience» of use of psychoactive substances in order to relieve algia symptoms and improve your overall mood. Another reaction may be present – «negative imitation» – behavior that is deliberately contrasted to that imposed by environment. In our patients, the nature of non-standard forms of behavior is formed against the background of somatoform state, which became chronic. The reaction of compensation is filling failures in one area by way of underlining success in another. In this case, «success» in adolescence can be considered as attaching to adulthood and its relevant standards that often prove to be antisocial. Our patients sought to obtain compensation through altered states of consciousness by way of use of psychoactive substances. Reaction of emancipation was characterized by desire to get rid of surveillance and standard forms of behavior (social norms) imposed by others and the desire to assert themselves. At this, addictive behavior with use of psychoactive substances is not only a factor of compensation of algia manifestations, but also «an alternative form» of teenage behavior. Later, in the dynamics of such behavior in these adolescents there appears natural for this age desire to join the like-minded in the environmental aspect – the reaction of grouping according to «interests». Besides, behavior of adolescents is characterized by the same orientation, principles and trends. Addiction of such

environment becomes natural form of individual's behavior. Sometimes there is reaction of «positive», when use of psychoactive substances characterizes the choice of behavior type of a modern «hero» of adolescence according to the type of imitation. At the same time, receiving psychoactive substances promotes not only (and not so much) somatic subjective well-being, but also illusory satisfaction of their age desires and ideas.

During the study of examined group of patients for presence of accentuation, it turned out that such features are inherent in 74 % of the examined individuals. By type of accentuation the individuals were distributed as follows: hypothymic type – 14.2 %; hysteroid (demonstrative) – 23.5%; emotive (unstable) – 30.3 %; conformal – 10.4%; excitable – 19.0%, other – 2.7%. Thus, the largest category of accentuation type are those with unstable type 30.3%, a considerable one – hysteroid – 23.5 %, a substantial one – excitable – 19.0%; hypothymic – 14.2%; conformal – 10.4%; others – 2.7%.

Conclusions

Most of adolescents suffering from somatoform disorders with chronic pain syndrome (cephalgia or abdominalgia), starting in the process of disease to use psychoactive substances (the original purpose of which is to relief from algia), have accentuation characteristics of different types: more often emotive (unstable), hysteroid (demonstrative), excitable, conformal, in some individuals phenomena of masked depression of non-psychotic character are observed as pathocharacterological disorders. Features of correlations of accentuation type of personality correspond in these individuals with the nature of projective, maladaptive traits and conflict situations. Psychoactive substances consumed by those individuals for removal of painful feelings most often are alcohol, as the most affordable option, or opioids (including in the form of a tincture) – mostly at abdominalgias, or alcohol, cannabinoids (marijuana, anasha) – more often at cephalgias.

A considerable place in formation of addictive behavior with use of psychoactive substances is occupied by influence factors of micro and macro environment, in particular, various anomalies and defects of family upbringing, provoking environment (peers, seniors), moral unsoundness of individual, availability of psychoactive substances at home, adolescents' low awareness of emergence of addictive states, etc.

Psychopathological features of clinical presentation at use of psychoactive substances at early stages of somatoform disorders with algia syndrome have a slight degree of manifestation and masked character, which makes it difficult to identify a hidden category of adolescents who use psychoactive substances at psychosomatic diseases. Clinical and dynamic features of addictive behavior from psychoactive substances at somatoform disorders with algia component are dominating disthymic and dysphoric, anxiety and depression symptoms, increased levels of reactive and situational anxiety with overvalued idea of compensation of algia manifestations and corresponding being in «special» favorable psychosomatic condition. Besides, it is possible to diagnose the following stages of addictive behavior

development: 1 – conditionally controlled stage, which is characterized by formally normalized behavior, enough criticism, up to possible dropping psychoactive substances later, that is, subcompensated; 2 – not controlled (uncompensated) when an individual does not consider a disorder from psychoactive substance to be a disease and continues to use them, which forms as a result an addictive state.

Addressing health care in somatoform disorders with chronic pain syndrome and comorbid use of psychoactive substances in adolescence should be considered in complex with existing types of pathology. Psycho hygienic and psycho-preventing measures should be oriented at biosocial, subjective – personal and behavioral risk factors, as well as pathogenetic mechanism for implementation of addiction: monitoring poor tolerance for frustration situations (especially at algia manifestations of somatoform order), adaptation disorders, compulsive behavior, prevalence of emotional logic in adolescence, etc. Psychotherapeutic targets at this should become affective, cognitive, volitional and behavioral functions of an addict.

Литература:

1. Мариничева Л. П., Злокарева М. В., Соловьев А. Г. Социально-психологические и клинические факторы риска формирования соматоформной вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы у подростков // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева.* – 2008. №1. – С. 38-44.
2. Простомолотов В. Ф. Соматоформные вегетативные дисфункции (клиника, патогенез, терапия). // *Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.* – СПб., 2004 – 377 с.
3. Петрунько О. В. Соматоформное расстройство (клинико-психопатологический аспект, коморбидность, факторы риска) // *Автореф. дис. ... канд. мед. наук.* – Томск, 2004. – 21 с.
4. Малкина-Пых И. Г. *Психосоматика: Справочник практического психолога.* – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – С 66-70.
5. Балашова Е. В. *Зависимость психопатологических и патопсихологических проявлений соматоформных расстройств от типа психотравмирующих переживаний личности.* // *Дис. канд. мед. наук.* – Оренбург, 2007. – 185 с.
6. Кожина Г. М., Мишиев В. Д., Коростей В. И. и др. *Детская психиатрия: учебник (под ред. Г. М. Кожинной, В. Д. Мишиева).* – К.: ВСИ «Медицина» 2012 – 416 с.
7. Смулевич А. Б., Ротштейн В. Г. *Психогенные заболевания.* – М. 2001. 362 с.
8. Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. *Неврология и психосоматическая медицина.* – М. Медпресс – информ. 2002. – 608 с.
9. Табачников С. І., Вієвський А. М. Аналіз причин та мотивів вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків в світлі розробки комплексної багаторівневої системи його медико-соціальної корекції та профілактики // *Архів психіатрії Т. 18. 2 (69) 2012 С 93-99.*
10. *Руководство по аддиктологии / под ред. В. Д. Менделевича.* – СПб: Речь, 2007. - 786 с.
11. Менделевич В. Д. *Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии / В.Д. Менделевич // Независимый психиатрический журнал. – 2010. – № 3. – С. 21-27.*
12. Kumpfer, L. *Drug Abuse Prevention : tools and Programs / Karol L. Kumpfer, Rose Aivarado, Paula Smith // Addiction Counseling Review. Preparing for comprehensive, certification and Licensing Examinations / P. H. Coombs. - London, 2005. - PP. 467-486.*
13. Segal, B., Korolenko L. *The study of addictive behavior in Alaska and Siberia. A review of a cooperative relationship and implications for research in circumpolar nation.-8 th International Congress on Circumpolar health. Yukon. Whitehorse, 1999.*
14. Кулаков С. А. *Основы психосоматики / С. А. Кулаков // Санкт-Петербург: Речь, 2003. – 288 с. С. 68*
15. Сидоров П. Н. *Синергетическая концепция зависимого поведения. Теоретические и концептуальные аспекты наркологии.* – М. Наркология №10. 2006 – С. 30-35

СОМАТОФОРМНИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ ЯК ФАКТОР АДДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ІЗ ВЖИВАННЯМ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

О. В. Чернишов

Проведено дослідження 57 підлітків, які страждають соматоформним больовим синдромом з коморбідною патологією – прийомом психоактивних речовин. Виявлені патохарактерологічні та психопатологічні особливості підлітків з аддиктивною поведінкою, а також принципи формування у них залежних станів.

Ключові слова: соматоформний больовий синдром, підлітки, аддиктивний розлад, психоактивні речовини

СОМАТОФОРМНИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ КАК ФАКТОР АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ С УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

А. В. Чернышев

Проведено исследование 57 подростков, страдающих соматоформным болевым синдромом с коморбидной патологией – приемом психоактивных веществ. Выявленные патохарактерологические и психопатологические особенности подростков с аддиктивным поведением, а также принципы формирования у них зависимых состояний.

Ключевые слова: соматоформный болевой синдром, подростки, аддиктивное расстройство, психоактивные вещества

УДК 616.89+616.08

Е. С. Осуховская

**ОСОБЕННОСТИ ДИЗАЙНА ИССЛЕДОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У
УЧАЩИХСЯ ШКОЛ И СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ УКРАИНЫ**

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

Ключевые слова: аддиктивное поведение, химические и нехимические аддикции

На современном этапе значительными темпами возрастает удельный вес поведенческих расстройств психологического и психопатологического генеза,

проблематика которых относится к разделу психиатрии – «аддиктологии», системно изучающему формы, типы, патогенез, терапию и профилактику зависимого

поведения, а также реабилитацию аддиктивных пациентов. Поведенческие зависимые расстройства являются наименее изученной и разработанной нозологией, не выделенной в МКБ–10 в отдельную рубрику. Это связано с тем, что до сих пор не ставился вопрос о сходстве принципов формирования и коморбидности всех форм такого поведения, не проводились системные методические исследования [1]. Между тем, результаты последних научных работ указывают на наличие единых этиопатогенетических механизмов данных нарушений.

В МКБ–10 различают химические и нехимические аддикции. К химическим относят психические и поведенческие расстройства привычек и влечений вследствие употребления психоактивных веществ (F 1.10–1.18): алкоголя, опиоидов, седативных и снотворных веществ, кокаина, стимуляторов, галлюциногенов, табака, летучих растворителей; к нехимическим аддикциям – поведенческие расстройства, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F 50, F 55), зависимое расстройство личности (F 60.7), расстройство привычек и влечений (F 63), расстройство половой идентификации (F 64), расстройство сексуального предпочтения (F 65), социализированное расстройство поведения (F 92.1), тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте (F 93.0), расторможенное расстройство привязанности в детском возрасте (F 94.2), стереотипные двигательные расстройства (F 98.4).

Зависимости могут быть системными, включающими все типы взаимодействия личности с окружающей средой, и элементарными, ограничивающимися детерминированным кругом действий и поведенческих актов.

Предмет нашего исследования - аддиктивное поведение, связанное как с химическими, так и нехимическими аддикциями: симптомы и признаки, связанные с познавательной способностью, восприятием, эмоциональным состоянием и поведением: беспокойство и возбуждение (R 45.1), состояние тревоги в связи с неудачами (R 45.2), деморализация и апатия (R 45.3), раздражительность (R 45.4), враждебность (R 45.5), физическая агрессивность (R 45.6), состояние стресса неуточненное (R 45.7), другие симптомы и признаки, связанные с эмоциональным состоянием (R 45.8), аддиктивное поведение, связанное со склонностью к азартным играм и пари (Z 72.6), употреблением табака (Z 72.0), алкоголя (Z 72.1), проблемами с социальным окружением (Z 60.0), другие проблемы, связанные с образом жизни (Z 72.8), и трудностями поддерживать нормальный способ жизни – стрессовое состояние, не классифицированное в других рубриках (Z 73.3), а также симптомы и признаки, связанные с познавательной способностью, восприятием, эмоциональным состоянием и поведением (R 45.1-8) [2]. Изучаемое нами зависимое поведение формируется по принципу гедонистической мотивации, определяя диагностику данного типа девиации – первичной аддикции. Стержневым фактором в исследовании аддиктивного поведения является отношение к азартным играм, проявляющееся как сформированная аддиктивная патология (F 63.0), так и поведенческая

девиация, ассоциированная со склонностью к азартным играм и пари (Z 72.6). Употребление алкоголя и табака рассматривается как проблема, связанная с образом жизни; аффективные и поведенческие нарушения – как симптомы и признаки, сочетанные с познавательной способностью, восприятием, эмоциональным состоянием и поведением; беспокойство и возбуждение, трудности в поддержании нормального образа жизни – как стрессовое состояние, не классифицированное в других рубриках. Особое внимание уделено проблемам, связанным с адаптацией к изменению образа жизни (Z 60.1, Z 60.8, Z 60.9), в эмоционально-поведенческой сфере личности, участвующей в азартных играх и злоупотребляющей таким участием.

С учетом поставленных цели и задач работы нами был сформирован дизайн исследования, включающий обоснование, принцип построения и проведение четырех этапов (рис. 1) [3; 4].

На первом этапе (2008–2009 гг.) обосновали выбор материала и методы исследования, разработали и апробировали инструментальный метод скрининговой диагностики аддиктивного поведения, связанного с участием в азартных играх, употреблением табака и алкоголя, у учащихся школ (n=450) и студентов ВУЗов (n=2461) (I группа – учащиеся школ, II группа – студенты ВУЗов), представленный унифицированной картой обследования, которая включала социально-демографическое, клиничко-анамнестическое, клиничко-психопатологическое и психодиагностическое интервьюирование, отличалась индивидуальным перечнем вопросов для двух групп респондентов, а также родителей школьников (n=3361), и содержала письменное согласие как обследованных, так и их родителей (для учащихся школ) на участие в исследовании. Данный этап состоял из собственно скрининговой диагностики аддиктивного поведения, связанного с участием в азартных играх, употреблением табака и алкоголя, у выбранного контингента, проведения индивидуальной и групповой психотерапии, а также социально-психологических тренингов среди учеников и их родителей, преподавательского состава, штатных психологов, студентов ВУЗов.

Из дальнейшего исследования выбыли 1124 человека. Статистическая обработка результатов обследования родителей школьников не проводилась.

На первом этапе была разработана рабочая научно-исследовательская гипотеза, отражающая модель патогенеза аддиктивного поведения, ассоциированного с химическими и нехимическими аддикциями.

На втором этапе (2009–2010 гг.) осуществлялась статистическая обработка полученного материала и его аналитическая интерпретация, в ходе которой обследуемые лица были разделены на группу контроля 1 (n=2038) и основную группу 1 (n=199). В группу контроля вошли здоровые респонденты, в основную группу 1 – обследованные с игорным аддиктивным поведением (Z 72.6), связанным с участием в азартных играх.

К двум группам респондентов были отнесены лица, которые имели или не имели определенные

ЭТАПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ



Рис. 1. Дизайн исследования аддиктивного поведения у учащихся школ и студентов ВУЗов

проблемы, ассоциированные со способом жизни: употребление табака (Z 72.0), алкоголя (Z 72.1), стрессовое состояние, не классифицированное в других рубриках МКБ–10 (Z 73.3); симптомы и признаки, связанные с познавательной способностью, восприятием, эмоциональным состоянием и поведением: беспокойство и возбуждение (R 45.1), состояние тревоги в связи с неудачами (R 45.2), деморализация и апатия (R 45.3), раздражительность (R 45.4), враждебность (R 45.5), физическая агрессивность (R 45.6), состояние стресса неуточнённое (R 45.7), другие симптомы и признаки, связанные с эмоциональным состоянием (R 45.8). Вышеуказанные психоэмоциональные и поведенческие нарушения явились предметом изучения, поскольку представляют собой четко выраженные субклинические нозологические формы расстройств, в которые данные нарушения могут трансформироваться при отсутствии психогигиенического, психопрофилактического и психотерапевтического воздействия.

На данном этапе была разработана система психогигиены, психопрофилактики и психотерапии аддиктивного поведения у учащихся школ и студентов ВУЗов.

Третий этап (2010–2011 гг.) включал проведение аккумуляции и формирование групп (контрольной, основной, сравнения) для внедрения системы психогигиены, психопрофилактики и психотерапии.

На четвёртом этапе (2012 г.) осуществлялась оценка эффективности данной системы.

Важным, на наш взгляд, явилось изучение динамической возрастной составляющей распространенности игорного аддиктивного поведения, которое позволило бы сформировать более эффективную систему психогигиены и психопрофилактики игровой аддикции на государственном уровне, учитывающую психоэмоциональные и социальные-демографические особенности формирования данной аддикции у школьников и студентов.

Целесообразно более подробно остановиться на описании первого этапа, на котором для решения поставленных задач определили основные принципы формирования материала исследования. Для изучения возрастной динамической составляющей распространенности аддиктивного поведения был произведен стратометрический отбор с выделением двух возрастных групп, имеющих системные физиологические, эмоционально-психологические и социальные особенности:

I группа – учащиеся 5–11 классов общеобразовательных школ;

II группа – студенты высших учебных заведений гуманитарного и технического профилей.

Процесс набора материала, как составляющую первого этапа проводимого исследования, также отличала определенная последовательность действий (акций):

1 акция – просветительская работа среди представителей выбранного контингента населения, составляющей частью которой явилось проведение индивидуальной и групповой психотерапии, разъяснительных бесед с учениками и их родителями, педагогами в школах, штатными психологами, студентами и преподавательским составом в ВУЗах. Содержательная часть просветительской работы включала освещение таких вопросов, связанных с игорным аддиктивным поведением, употреблением табака, алкоголя, как:

- эпидемиологии, инструментария, коммерческой составляющей распространения различного вида азартных игр;
- объяснения причин формирования, факторов риска, клинической картины, сопутствующей, коморбидной, патологии;
- социальных, психоэмоциональных и финансовых последствий игорного аддиктивного поведения, табакокурения, употребления спиртных напитков;
- необходимости формирования альтернативной мотивационно-поведенческой доминанты у лиц, склонных к игорному аддиктивному поведению;
- особенностей диагностики, коррекции, лечения
- психологической защиты при попытках сторонних лиц вовлечь в азартные игры;
- профилактики игровых срывов;
- объяснение причин, целей и особенностей изучения нами распространенности игорного аддиктивного поведения.

Также мы отвечали на интересующие и уточняющие вопросы аудитории.

2 акция – непосредственно скрининговое тестирование, во время которого также проводилось необходимое разъяснение смысла и вариантов ответов на тестовые вопросы.

В процессе выполнения диссертационной работы были использованы социально-демографический, клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, психодиагностический и статистический методы исследования.

С помощью социально-демографического метода были изучены показатели распределения респондентов по половому, возрастному признакам и т.д.

Исследование гендерных особенностей распространенности и проявлений игорного аддиктивного поведения обусловлено тем, что был обнаружен половой диморфизм симптоматики, характеризующей модифицирующую роль пола в развитии аддикции: для формирования игорного аддиктивного поведения у лиц женского пола необходим более выраженный предрасположенный комплекс, более значимые провоцирующие факторы, чем у мужчин. Кроме того, женская игровая аддикция имеет более высокую прогрессивность и выраженную деструктивную, «разрушающую личность» силу (В. А. Солдаткин, 2009).

Клинико-анамнестический метод состоял в изучении особенностей воспитания, взаимоотношений в семье, отношения респондентов и их родственников к азартным

играм, финансово-экономических вопросов, связанных с азартными играми, а у представителей I возрастной группы 17–25 лет – анамнез употребления алкоголя, табака, ассоциированных с участием в азартных играх.

Клинико-психопатологический метод применялся при проведении и оценке эффективности психогигиенических, психопрофилактических и психотерапевтических программ и включал элементы наблюдения и опроса, который базировался на применении диагностических критериев МКБ–10, а также тестирования с использованием различных методик и разработанной нами унифицированной карты обследования учащихся школ и студентов ВУЗов.

Психодиагностический метод основывался на использовании:

- скрининг-теста для оценки игровой зависимости – South Oaks Gambling Screen (SOGS), применяемого с 1987 года в зарубежных странах, а с 2008 – адаптированного в Российской Федерации (О. Ж. Бузык, 2008), валидность и надежность которого была проверена на различных группах испытуемых. SOGS состоит из вопросов, направленных на оценку поведения, связанного с азартной игрой за последние 12 месяцев и имеет высокую корреляцию с диагностическими критериями DSM–IV и, соответственно, МКБ–10. Респонденты, набравшие более 5 баллов по диагностической шкале SOGS, относились к лицам с игорным аддиктивным поведением;
- теста «Самочувствие. Активность. Настроение» (САН) как инструмента дифференциальной оценки функционального состояния респондентов (Д. Я. Райгородский, 2002);
- методики самооценки реактивной и личностной тревожности Спилберга–Ханина (Д. Я. Райгородский, 2002);
- методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунге в адаптации Т. И. Балашовой (Д. Я. Райгородский, 2002);
- методики определения «типа личности и вероятностных расстройств данного типа» John M. Oldham, Lois B. Morris в адаптации Ю. В. Щербатых (2008);
- «Способа скрининговой диагностики компьютерной зависимости» (Л. Н. Юрьева, Т. Ю. Больбот, 2006) для тестирования учащихся школ;
- показателей, отражающих состояние адаптационных функций организма (Pearlin, 1982; Ф. Б. Березин, 1988; В. С. Табачникова, 2006), эмоциональные переживания, наличие некоторых предрасположенных факторов (К. В. Аймедов, 2011), количественные и качественные особенности отношения к табакокурению и употреблению алкоголя (С. И. Табачников, 2002; А. В. Ченская, 2003; С. И. Табачников, А. Э. Гатицкая, 2010), дифференцированное отношение к азартным играм (введен перечень технических устройств, используемых для реализации игорного поведения в виртуальном пространстве и дискретные временные величины).

Статистический анализ и обработка данных осуществлялась с использованием параметрических и непараметрических методов математической статистики с применением статистической программы SPSS 16.0 for Windows. Рассчитывались: средняя арифметическая (M); среднеквадратическое отклонение (σ); ошибка средней арифметической (m). Достоверность различий анализировалась методом сравнения двух показателей (t -критерий Стьюдента), с помощью которого определялась значимость различий двух групп по среднему значению какого-либо показателя. Для оценки достоверности различий параметров по данным выборочной совокупности в отношении количественных показателей принимались во внимание три уровня значимости: 5% (вероятность ошибочной оценки – $P=0,05$), 1% ($P=0,01$) и 0,1% ($P=0,001$). В статистический метод исследования было включено определение связи, проявляющейся не в каждом конкретном, а в массе случаев в средних величинах в форме тенденции для получения модели зависимости с целью дальнейшего её практического использования.

Решалась данная задача в такой последовательности:

1. логический анализ диагностики аддиктивного поведения, ассоциированного с участием в азартных играх, употреблением табака и алкоголя, и причинно-следственных связей между изучаемыми признаками (устанавливался результативный показатель, факторы его изменения, характеризующиеся иными показателями и определение множественной прямой или обратной корреляции);
2. проверка первичной информации на однородность и нормальность её распределения (выборка считалась однородной, если коэффициент вариации по факторным признакам не превышал 33%);
3. исключение из массива первичной информации всех нетипичных единиц по уровню признаков-факторов и формирования нового массива для дальнейшего анализа;
4. установление факта наличия и направления корреляционной зависимости между результативным и факторным признаками;
5. вычисление коэффициента корреляции Spearman для определения тесноты связи между количественными и качественными признаками, при условии возможности ранжирования этих признаков по степени убывания или возрастания.

На втором этапе нашей работы из 1800 опрошенных студентов ВУЗов у 9,6% было обнаружено аддиктивное поведение, связанное с участием в азартных играх (нехимическая аддикция). У 5,72% респондентов, учащихся

школ, выявили игорное аддиктивное поведение, преимущественно связанное с игрой на компьютере [5–7].

На четвертом этапе исследования оценивали эффективность разработанной и внедренной системы психотерапии с помощью анализа ремиссии, а также результатов интервьюирования, наблюдения, тестирования по методикам SOGS, Спилбергера-Ханина, В. Зунге, определения «типа личности и вероятностных расстройств данного типа» John M. Oldham, Lois B. Morris до и после проведения психотерапевтических мероприятий. В основной группе стойкая ремиссия в течение 6 месяцев наблюдалась у 53,70% лиц, а в группе сравнения – у 27,90% ($p < 0,01$).

Для оценки эффективности психогигиены и психопрофилактики аддиктивного поведения было проведено повторное тестирование (для сравнения с первичным – первый этап исследования, рис. 1) по методике SOGS 400 студентов и 200 школьников, в результате которого данное поведение было обнаружено у 6,25% и 4% респондентов соответственно [8].

Таким образом, представленный дизайн исследования аддиктивного поведения у учащихся школ и студентов ВУЗов Украины позволил сформировать и внедрить в медицинскую практику метод скрининговой диагностики такого поведения, а также разработать оценить эффективность предложенной нами системы психогигиены, психопрофилактики и психотерапии аддиктивного поведения у исследуемого контингента.

Литература:

1. *Руководство по аддиктологии / Под ред. В. Д. Менделевича. Спб.: Речь, 2007. – 768 с.*
2. МКБ-10. *Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб, 1994. – 300 с.*
3. Осуховская Е. С. *Методы исследования патологического влечения к азартным играм / Е. С. Осуховская // Архив психиатрии. – 2010. – № 4 (63). – С. 64–69.*
4. Осуховская Е. С. *Исследование патологической склонности к азартным играм у школьников Украины / Е. С. Осуховская // Таврический журнал психиатрии. – 2012. – № 1. – С. 108–114.*
5. Осуховская Е. С. *Особенности игровой аддикции у школьников Украины / Е. С. Осуховская // Архив психиатрии. – 2012. – № 1. – С. 71–75.*
6. Табачников С. И., Осуховская Е. С. *Особенности распространенности патологической зависимости от азартных игр с коморбидными радикалами у лиц молодого возраста в Украине / С. И. Табачников, Е. С. Осуховская // Международный психиатрический, психотерапевтический та психоаналитический журнал. – 2012. – № 2. – С. 65–73.*
7. Осуховська О. С. *Клінічні особливості формування ігрової залежності та її профілактики / О. С. Осуховська // Архив психиатрии. – 2010. – № 3 (62). – С. 87–90.*
8. Осуховська О. С. *Особливості психогієни, психопрофілактики та корекції патологічної залежності від азартних ігор / О. С. Осуховська // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2011. – № 2 (15). – С. 197–202.*

ОСОБЛИВОСТІ ДИЗАЙНУ ДОСЛІДЖЕННЯ АДДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В УЧНІВ ШКІЛ ТА СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ

Осуховська О. С.

У статті наведені дані щодо особливостей дизайну дослідження аддиктивної поведінки в учнів шкіл та студентів вищих навчальних закладів України, характеристики та змістовного наповнення чотирьох етапів роботи, результатом котрої стало підвищення ефективності діагностики, психопрофілактики та психотерапії такої поведінки.

Ключові слова: аддиктивна поведінка, хімічні та нехімічні аддикції

STUDY DESIGN FEATURES ADDICTIVE BEHAVIOR IN PUPILS AND UNIVERSITY STUDENTS OF UKRAINE

E. S. OSUHOVSKAYA

The article presents data on study design features addictive behavior in pupils and students in higher educational institutions of Ukraine, the characteristics and content of the four stages of work, the result of which was to improve the efficiency of diagnosis, psychological prophylaxis and therapy of such behavior.

Keywords: addictive behavior, chemical and non-chemical addyction

УДК 616.89–008.441.33+618–08:615

Г. А. Приб¹, С. В. Дворяк²

ВІЛ-ІНФІКОВАНІ НАРКОЗАЛЕЖНІ ПАЦІЄНТИ, ЯК ГРУПА З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІД В УКРАЇНІ

¹Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ

²Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я, м. Київ

У статті розглядаються питання надання допомоги ВІЛ-інфікованим наркозалежним пацієнтам, як групі із особливими потребами в умовах епідемії ВІЛ/СНІД в Україні.

Ключові слова: наркозалежність, підтримуюча терапія агоністами опіоїдів (ПТАО), ВІЛ-інфекція, ВІЛ/СНІД

Актуальність. В Україні епідемія ВІЛ-інфекції тісно пов'язана з епідемією наркоспоживання. При аналізі домінуючих шляхів передачі ВІЛ встановлено, що з 1995 по 2007 рік основним шляхом передачі збудника був парентеральний, переважно при введенні наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. У 2008 році відбулася зміна — частка статевого шляху передачі стала більшою за частку парентерального шляху при ін'єкціях наркотиків. У 2010 році частка осіб, які були інфіковані статевим шляхом склала 45%, а інфікування при введенні наркотичних речовин ін'єкційним шляхом — 33,8%. Хоча питома вага гетеросексуального шляху передачі ВІЛ зростає, ін'єкційний шлях і досі залишається найважливішим за своїм впливом на епідемію. Попри застосовані заходи профілактики ще й досі велика кількість СІН (35–60%) практикують спільне користування ін'єкційним обладнанням. Це підтримує розвиток епідемії і не дозволяє взяти її під повний контроль.

Матеріали епідагляду свідчать про те, що нова хвиля інфікування ВІЛ статевим шляхом тісно пов'язана з небезпечною сексуальною поведінкою СІН та їхніх статевих партнерів. Тобто, на сьогодні Україна залишається в категорії країн з концентрованою стадією епідемії ВІЛ-інфекції, що зосереджена серед окремих груп населення високого ризику інфікування ВІЛ, зокрема споживачів ін'єкційних наркотиків. З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції в 1987 році і до 2010 року включно в Україні офіційно зареєстровано майже 182 тис. випадків ВІЛ-інфекції, у тому числі 37 тис. захворювань на СНІД та 21 тис. випадків смерті від нього. Протягом 2010 року в країні зареєстровано 20,5 тис. нових випадків ВІЛ-інфекції (44,7 на 100 тис. населення). Завдяки реалізації комплексу заходів, спрямованих на призупинення епідемії ВІЛ-інфекції, зокрема серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН),

темпи приросту захворюваності на ВІЛ, починаючи з 2006 року, невпинно знижуються. Так, якщо в 2006 році показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію в цілому по країні збільшився на 16,8% порівняно з попереднім 2005 роком, то в 2010 році — лише на 3,3% порівняно з 2009 роком. Підтримуюча терапія агоністами опіоїдів (ПТАО) є одним із найефективніших методів лікування залежності від опіоїдів та профілактики інфікування ВІЛ.

Станом на 01.06.2012 р. ЗПТ в Україні отримує 6901 наркозалежних, з яких 3041 — ВІЛ-інфіковані, 1035 пацієнтів отримують високоактивна антиретровірусна терапія (ВААРТ). Тобто, майже 45 % всіх пацієнтів програм ПТАО перебувають на тій чи іншій стадії ВІЛ-інфекції та потребують систематичного медичного спостереження з метою діагностики, профілактики та лікування патології, викликані безпосередньо ВІЛ та/або ОІ, формування прихильності до ВААРТ та роботи, направленої на зменшення ризикованої поведінки. Знання перебігу ВІЛ-інфекції необхідне для надання адекватної медичної допомоги цій групі пацієнтів.

Результати дослідження. Споживачі ін'єкційних наркотиків належать до групи ризику щодо інфікування ВІЛ, тому усім пацієнтам, які починають лікування потрібно запропонувати консультування та тестування на ВІЛ. Медичні працівники повинні пояснити пацієнтам, що тестування на ВІЛ важливе для визначення подальшої тактики надання допомоги. Пацієнт має право відмовитися від проходження обстеження на ВІЛ. Консультування та тестування на ВІЛ проводиться згідно з національним протоколом підготовленим лікарем, медичною сестрою, соціальним працівником-консультантом або психологом та повинно включати такі етапи:

- дотестове (перед-тестове) консультування, метою якого є інформування з питань ВІЛ та важливості знання ВІЛ-статусу; визначення ризиків, що можуть

привести до інфікування; отримання інформованої згоди пацієнта на проведення тестування на ВІЛ;

- серологічне дослідження крові методом імуноферментного аналізу (ІФА) або швидких тестів (експрес-тест) для виявлення антитіл до ВІЛ з підтвердженням результату, відповідно до чинного законодавства, в спеціалізованих лікувальних закладах;
- післятестове консультування, яке передбачає інформування щодо важливості профілактичних заходів незалежно від результатів тестування та доцільності отримання послуг добровільного консультування та тестування в подальшому (у разі негативного статусу). У разі позитивного результату тесту на ВІЛ необхідно надати пацієнту психологічну підтримку, рекомендувати план подальшого обстеження, інформувати про всі можливі варіанти допомоги та перенаправити пацієнта для підтвердження діагнозу в спеціалізованій заклад. Як правило, підтвердження клінічного діагнозу ВІЛ-інфекції відбувається в регіональних центрах профілактики та боротьби зі СНІД.

ВІЛ-інфекція — тривала інфекційна хвороба, яка розвивається внаслідок інфікування ВІЛ та характеризується ураженням імунної системи, яке прогресує. Виділяють такі шляхи передачі ВІЛ: статевий, через кров та від матері до дитини. Ризик інфікування підвищується, якщо людина перебуває на пізній стадії захворювання (високе вірусне навантаження (ВН) та низький рівень CD4) та в період гострої вірусної інфекції, коли також спостерігається високий вміст вірусу в крові інфікованого. Ризик навпаки зменшується, якщо хворий на ВІЛ-інфекцію отримує ВААРТ.

В період ранньої фази ВІЛ-інфекції, яка настає після появи антитіл та триває в середньому півроку, встановлюється рівновага між ВІЛ та імунітетом, що супроводжується коливаннями ВН та вмісту антитіл. Після цього періоду кількість копій ВІЛ та чисельність CD4-клітин стабілізуються і протягом декількох наступних років за відсутності специфічного лікування їх коливання майже непомітне. В латентній стадії ВІЛ-інфекції пацієнти не мають ніяких скарг, і при їх обстеженні лікарі, як правило, ніяких змін не виявляють, за винятком збільшення лімфовузлів, дослідження яких показало високу концентрацію ВІЛ як в клітинах, так і позаклітинно. Головним резервуаром вірусу на цій стадії виступає саме лімфоїдна тканина. У міру прогресування захворювання клітини лімфовузлів руйнуються, що призводить до звільнення з них вірусу. В цей час швидкість його розмноження дуже висока, що супроводжується щоденним знищенням до 10 млрд. CD4 лімфоцитів. Але всі вони заміщуються новими клітинами. Щодоби оновлюється приблизно третина всієї популяції ВІЛ, який є в організмі людини, і приблизно 6–7% CD4 лімфоцитів (тобто їх повна заміна відбувається кожні півмісяця). Безсимптомне вірусносіяство переходить у фазу персистоючої генералізованої лімфаденопатії поступово. Після цього тривалість інфекційного процесу в середньому складає від 6 місяців до 5 років. Крім генералізованої лімфаденопатії, наприкінці цієї фази можуть спостерігатися

збільшення печінки, селезінки та астеничний синдром. З часом, в результаті прогресування ВІЛ-інфекції, кількість клітин CD4 значно зменшується, що призводить до зниження імунної функції та вразливості організму до інфекцій, а також є причиною виникнення онкологічних захворювань.

Стадія ранніх клінічних проявів ВІЛ-інфекції характеризується появою поверхневих грибкових, вірусних або бактеріальних ушкоджень шкіри та слизових оболонок (кандидозний стоматит, рецидивуюча герпетична інфекція, волосиста лейкоплакія язика, дисплазія шийки матки та інші хвороби), рецидивуючих бактеріальних інфекцій верхніх дихальних шляхів (синусит, середній отит, тонзиліт, фарингіт). Перехід в стадію СНІДу супроводжується немотивованою втратою ваги тіла (понад 10% протягом 6 місяців), немотивованою хронічною діареєю тривалістю понад 1 місяць та лихоманкою.

СНІД характеризується приєднанням захворювань, які розвиваються в результаті імунодефіцитного стану людини, так званих СНІД-індикаторних хвороб. Серед СНІД-індикаторних захворювань найчастіше зустрічаються пневмоцистна пневмонія, цитомегаловірусна інфекція, туберкульоз (легеневий та позалегеневий), саркома Капоші, дисемінована інфекція, хронічна герпетична інфекція, рецидивуючі бактеріальні пневмонії, токсоплазмоз, ВІЛ-асоційована деменція, лімфома головного мозку. Сьогодні цей список включає близько 30 захворювань. У клінічній практиці не рекомендовано використовувати термін СНІД, оскільки це може негативно вплинути на емоційний стан хворого. Замість цього використовують термін ВІЛ-інфекція.

Термінальна стадія ВІЛ-інфекції діагностується у пацієнтів, у яких число CD4+ лімфоцитів знижується до рівня меншого 50 клітин у мм³. Подальше пригнічення імунної системи призводить до генералізованих вірусних, грибкових або бактеріальних інфекцій та злоякісного росту (серед пухлин найбільш типовими, крім саркоми Капоші, вважаються лімфоми), часто мають місце й різноманітні ураження центральної нервової системи. Окрім цього, необхідно пам'ятати, що будь-які патогенні мікроорганізми викликають надзвичайно важкі клінічні стани. Треба зазначити, що нині за міжнародними стандартами, діагноз СНІДу встановлюється усім особам із СНІД-асоційованими захворюваннями (незалежно від вмісту CD4-клітин), а також тим хворим, які мають рівень лімфоцитів CD4 нижче 200/мкл, навіть при відсутності СНІД-індикаторних хвороб. Патологічний процес при ВІЛ-інфекції охоплює практично всі органи і системи людини, але основними вогнищами ураження виступають легені, шлунково-кишковий тракт і нервова система.

Згідно із затвердженим Наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. №551 клінічним протоколом ВААРТ у дорослих та підлітків, обов'язковими компонентами обстеження, які повинен застосовувати лікар при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам, є: – опитування щодо скарг і збір анамнезу; – об'єктивне фізикальне обстеження; – лабораторне обстеження;

– інструментальне обстеження; – консультації вузьких спеціалістів (за показаннями); – оцінка поінформованості та рівня знань щодо ВІЛ-інфекції, з увагою до профілактики ризику передачі ВІЛ.

Проведення первинного об'єктивного фізикального обстеження ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які починають ПТАО, повинно бути ретельним, із застосуванням методів огляду, перкусії та аускультатії для виявлення наявності симптомів та проявів патологічних процесів. Дані, отримані в результаті первинного обстеження, дозволять лікарю сформулювати уявлення про соматичний та психічний стан пацієнта та допоможуть в подальшому своєчасно виявляти будь-які зміни в стані здоров'я пацієнта в ході динамічного спостереження. Важливо також з'ясувати у пацієнтів результати лабораторних та інструментальних обстежень, які проводилися раніше, висновки вузьких спеціалістів; дату початку ВААРТ, якщо така призначалася. Залежно від результатів обстеження подальший медичний супровід може передбачати профілактику, діагностику та лікування ОІ, супутніх захворювань та ускладнень, ВААРТ, періодичні планові медичні огляди та обстеження, або інші заходи — за показаннями. В ході первинного фізикального обстеження та подальшого динамічного спостереження ВІЛ-інфікованих пацієнтів можуть бути виявлені симптоми захворювань, що потребують діагностики та участі спеціалістів: фтизіатра, гінеколога (для жінок), офтальмолога, дерматолога, невропатолога, психіатра. У разі необхідності потрібно залучати також інших спеціалістів (онколога, уролога, хірурга, гістолога та ін.);

Лабораторно-інструментальні обстеження ВІЛ-інфікованих пацієнтів та періодичність їх проведення. Результати, отримані в ході лабораторних та інструментальних методів обстеження ВІЛ-інфікованих пацієнтів, важливі з точки зору своєчасної діагностики прогресування інфекції, приєднання ОІ, прийняття рішення щодо призначення ВААРТ, контролю ефективності лікування та профілактики побічних дій препаратів ВААРТ.

1. Загальні клінічні та біохімічні дослідження (обов'язкові):

- загальні клінічні дослідження крові (з визначенням гемоглобіну, еритроцитів, тромбоцитів, лейкоцитарної формули, абсолютної кількості лейкоцитів) — кожні 3 — 6 місяців (не рідше 1 разу на 6 місяців); після призначення ВААРТ протягом перших 6-ти місяців-щомісячно;
 - біохімічне дослідження крові (білірубін та його фракції, АЛТ, АСТ, сечовина, креатинін) — кожні 3 — 6 місяців (не рідше 1 разу на 6 місяців); після призначення ВААРТ протягом перших 6-ти місяців-щомісячно;
 - рівень глюкози крові — кожні 6 місяців;
 - загальні клінічні дослідження сечі — кожні 6 місяців;
2. Дослідження, пов'язані з ВІЛ-інфекцією:

Визначення абсолютної і відносної кількості CD4-лімфоцитів (абсолютна кількість та відсотковий вміст). Кількість CD4-лімфоцитів є основним клінічним індикатором імунодефіциту в інфікованих ВІЛ і

найважливішим критерієм у прийнятті рішення про початок ВААРТ проведення профілактики ОІ. Визначення абсолютної кількості та відсоткового вмісту CD4-лімфоцитів повинно здійснюватися на початку медичного спостереження пацієнта (після встановлення діагнозу) та з певною регулярністю подальшому:

- пацієнтам, з кількістю CD4-лімфоцитів понад 500 клітин/мкл, безсимптомним перебігом захворювання і невисоким ВН ВІЛ — кожні 6 місяців;
- якщо рівень лімфоцитів CD4 менше 500 клітин/мкл — 1 раз на 3 місяці;
- менше 350 клітин/мкл — один раз на 1–3 місяці.

Відносна кількість CD4-лімфоцитів, виражена у відсотках, відрізняється більшою сталістю, ніж абсолютна. Важливо, щоб і медичний працівник, і пацієнт були обізнані щодо можливості значних коливань кількості CD4-лімфоцитів. На показник кількості CD4-лімфоцитів можуть впливати численні фактори, в тому числі лікарські засоби та інфекційні захворювання. Значною зміною вважають 30% різницю між результатами двох досліджень абсолютної кількості CD4-лімфоцитів або 3% різницю відсоткового вмісту. Абсолютна кількість CD4-лімфоцитів 200 і 500 клітин/мкл зазвичай відповідають відносній кількості 14% і 29%, відповідно.

Після призначення ВААРТ протягом першого року терапії рекомендується проводити визначення рівня CD4-лімфоцитів кожні 3 місяці, а в подальшому при зростанні кількості CD4-лімфоцитів до рівня 500 клітин/мкл і вище, стабільному клінічному статусі протягом 2-3 рр., частоту дослідження кількості CD4-лімфоцитів можна зменшити до 1 разу на 6 міс.

Визначення ВН ВІЛ у плазмі крові. ВН у ВІЛ у плазмі крові необхідно визначати на початку спостереження пацієнта та систематично під час подальшого спостереження, особливо у пацієнтів, які отримують ВААРТ, оскільки ВН є найвагомим показником відповіді на ВААРТ. Основною метою лікування є зниження ВН ВІЛ до рівня, який не визначається за допомогою наявних лабораторних методів дослідження (нижче 40 — 75 копій/мл для більшості діагностичних тест-систем). Визначення ВН ВІЛ до призначення ВААРТ слід проводити 1 раз на 6 місяців, після призначення ВААРТ — кожні 3 місяці протягом першого року лікування, доки його рівень не досягне невизначального, і далі — кожні 6 місяців за умови клінічної стабілізації та невизначального рівня ВН. Визначення рівня CD4-лімфоцитів та ВН проводяться в центрах профілактики та боротьби зі СНІДом.

3. Лабораторні дослідження з метою діагностики ОІ і супутніх захворювань.

Проба Манту. Для ВІЛ-позитивних осіб шкірна реакція після проведення проби Манту більше 5 мм у діаметрі вважається позитивним результатом і вимагає проведення подальшого обстеження для виключення діагнозу туберкульозу. Пацієнтам, з початковим негативним результатом тесту, але які перебувають у контакті з хворими на туберкульоз, пробу Манту слід повторювати щорічно. Також пробу Манту слід проводити в усіх випадках, коли є відомості про нещодавній контакт з

хворим на туберкульоз. Визначення показань та протипоказань, проведення та оцінку результатів проби повинні здійснювати спеціалісти протитуберкульозних закладів.

Дослідження харкотиння (мікроскопія і бактеріологічне дослідження).

Обстеження на сифіліс (RW) та інфекції, які передаються статевим шляхом (гонорея, хламідіоз, трихомоніаз) — не рідше 1 разу на рік.

Серологічні дослідження на маркери вірусних гепатитів В і С.

4. Обов'язкові інструментальні дослідження:

Рентгенографія органів грудної клітини. Проводиться 1 раз на рік, а також за наявності проявів захворювань дихальної системи, у разі нещодавнього контакту з туберкульозом та при виявленні симптомів туберкульозу. Результати рентгенографічного обстеження повинні зберігатися для подальшого порівняння з результатами наступних обстежень.

Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини (для оцінки лімфатичних вузлів, стану печінки, жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, селезінки) і нирок — 1 раз на рік, або залежно від показань. Електрокардіографія (ЕКГ) — не рідше 1 раз на рік.

Після первинного фізикального обстеження та протягом всього періоду лікування в терапевтичній програмі дуже важливо забезпечити систематичний контроль стану здоров'я ВІЛ-інфікованих пацієнтів незалежно від стадії ВІЛ-інфекції для своєчасного виявлення загрози прогресування хвороби.

Обслуговування ВІЛ-позитивних пацієнтів доцільно організувати таким чином, щоб медична допомога надавалась в межах однієї установи (інтеграція послуг). Оптимальне рішення — організація лікування залежності АО на базі центрів профілактики та боротьби зі СНІДом. Однак, наразі програми ПТАО функціонують, здебільшого, на базі наркологічних установ та наркологічних кабінетів районних лікувальних закладів. Необхідно створити ефективний механізм перенаправлення пацієнтів до інших медичних установ (СНІД-центрів, протитуберкульозних закладів, дерматовенерологічних диспансерів, закладів загальносоматичної мережі) та залучати до ведення пацієнтів підготовлених соціальних працівників державних або неурядових організацій, що надають допомогу ВІЛ-інфікованим пацієнтам та ознайомлені з принципами ведення випадку.

Контроль стану пацієнта включає медичні огляди інфекціоніста та інших спеціалістів, проведення обстежень; профілактику, діагностику та лікування опортуністичних інфекцій (ОІ), коінфекцій та супутньої патології; роботу над формуванням прихильності до лікування в подальшому та надання психосоціальної підтримки.

Частота здійснення медичних оглядів, обстежень та консультування пацієнтів залежить як від стадії ВІЛ-інфекції, так і від темпів прогресування захворювання та необхідності моніторингу ефективності ВААРТ в разі її призначення. Планові медичні огляди й обстеження проводяться не рідше одного разу на 6 місяців; у випадках

ознак прогресування ВІЛ-інфекції - не рідше одного разу на 3 місяці та залежно від клінічної ситуації.

Метою ВААРТ є зниження захворюваності та смертності, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, збереження повноцінного і якісного здоров'я та подовження життя ВІЛ-інфікованої людини. Основними завданнями ВААРТ є:

- пригнічення реплікації вірусу до рівня, який не визначається лабораторними методами дослідження ВІЛ на максимально тривалий час;
- підвищення кількості лімфоцитів CD4-лімфоцитів щонайменше на 50 клітин/мкл на рік до рівня, вище 350 клітин/мкл;
- запобігання появі резистентних до ВААРТ штамів ВІЛ або затримання прогресування резистентності ВІЛ.

Окрім того, ВААРТ має профілактичне значення, оскільки у випадку досягнення невизначального рівня кількості ВІЛ у крові пацієнта, суттєво знижується ризик передачі ВІЛ від нього статевим та вертикальним шляхом (від матері до дитини). Рішення про початок ВААРТ приймається індивідуально стосовно кожного пацієнта, залежно від клінічних та лабораторних показань. Основними показаннями до призначення ВААРТ є наявність в анамнезі будь-якого СНІД-індикаторного захворювання та/або зменшення кількості CD4-лімфоцитів менше 350 клітин/мкл. В деяких випадках ВААРТ слід починати незалежно від кількості CD4-лімфоцитів:

- усім ВІЛ-інфікованим вагітним жінкам для лікування ВІЛ-інфекції у жінки та для зниження ризику перинатальної передачі ВІЛ дитині;
- пацієнтам із ВІЛ-асоційованою нефропатією для збереження функції нирок, пошкодження яких безпосередньо пов'язане з прогресуванням ВІЛ;
- пацієнтам з коінфекцією ВГВ/ВІЛ за наявності показань до лікування ВГВ-інфекції (в таких випадках призначається схема ВААРТ, яка одночасно є ефективною проти ВГВ-інфекції);
- усім пацієнтам з активним туберкульозом (відповідно до рекомендацій ВООЗ) після досягнення задовільної переносимості протитуберкульозної терапії;

Групи препаратів, які використовуються для ВААРТ та схеми ВААРТ, рекомендовані в Україні, ґрунтуються на рекомендаціях ВООЗ, та детально викладені в Клінічному протоколі ВААРТ ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженому наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. № 551. Лікарям, які супроводжують ВІЛ-інфікованих пацієнтів в програмах ПТАО, необхідно знати, що деякі антиретровірусні препарати (невірапін, іфавіренс та ритонавір) стимулюють ферменти цитохрому Р450, за допомогою яких відбувається метаболізм метадону в печінці, і таким чином знижують рівень метадону в організмі, що потребує збільшення дози метадону. І навпаки, у випадку використання метадону та препаратів, що пригнічують цитохромні ферменти, його рівень може підвищуватися, що потребуватиме зниження дози. Одночасно з цим, метадон може впливати на метаболізм препаратів ВААРТ. Взаємодія препаратів ВААРТ з бупренорфіном вивчена гірше, ніж

з метадонем. На сьогодні дані про взаємодію бупренорфіна з препаратами ВААРТ обмежені, однак є дані, що у випадку одночасного призначення іфавіренцу та бупренорфіну рівень останнього знижується, проте симптоми

абстиненції не спостерігаються. Перед призначенням терапії та протягом всього періоду лікування обов'язковим є визначення рівня та контроль прихильності пацієнта до лікування.

**ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ НАРКОЗАВИСИМЫЕ ПАЦИЕНТЫ, КАК ГРУППА С ОСОБЕННЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ
В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИД В УКРАИНЕ**

Г. А. Приб, С. В. Дворяк

В статье рассматриваются вопросы оказания помощи ВИЧ-инфицированным наркозависимым пациентам, как группе с особыми потребностями в условиях эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине.

Ключевые слова: наркозависимые, поддерживающая терапия агонистами опиоидов (ПТАО), ВИЧ-инфекция, ВИЧ/СПИД.

**PATIENTS WITH DRUG DEPENDENCE AND HIV-INFECTION AS A GROUP WITH SPECIAL NEEDS
IN THE SITUATION OF HIV/AIDS EPIDEMICS IN UKRAINE**

GLEB PRIB, SERGI DVORIAK

Abstract. The article deals with issues of care provision for patients with drug dependence and HIV-infection as a group with special needs in the situation of HIV/AIDS epidemics in Ukraine.

Key words: drug dependence; opioid substitution treatment (OST), HIV-infection.

Т Е З И

С. М. Мороз, Н. В. Турищева, С. Я. Яновская ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

Обласная клиническая больница им. И. И. Мечникова, г. Днепропетровск

Значительный прогресс в диагностике и в лечении эпилепсии поставил задачу дальнейшего изучения множества возникших неразрешенных вопросов и непонятных или несогласующихся с общей картиной заболевания клинических фактов. Одним из наиболее распространенных клинических фактов остается вопрос о психических пароксизмальных состояниях и их принадлежности к эпилептической болезни. Более детальное изучение данного вопроса позволяет сформулировать целый ряд задач, решение которых во многом облегчит процесс диагностики, лечения и реабилитации пациентов с психическими пароксизмальными состояниями. К ним относятся: определение очага патологической активности, длительность и частота припадков, характер психических нарушений в период пароксизма и межприступный период, принципы успешной терапии имеющихся нарушений, что позволит более точно определить происхождение тех или иных клинических проявлений пароксизмальных состояний.

В настоящее время электроэнцефалография является одним из самых распространенных методов исследования деятельности головного мозга человека, поскольку этот метод полностью безвреден, безболезнен и неинвазивен, а изменения ЭЭГ, отражая состояние головного мозга, позволяют выявить локализацию повреждения, наиболее пострадавшие в результате заболевания структуры, вторично вовлеченные в патологический процесс, а также контролировать динамику заболевания в ходе лечения.

В последнее время получил развитие метод топографического картирования ЭЭГ – представление данных спектрально-когерентного анализа в форме карт распределения его показателей по поверхности головы в условиях одновременной регистрации анализа ЭЭГ от многих точек коры. Такая форма представления анализа ЭЭГ позволяет с определенной условностью в наглядной форме судить об общем характере электрических процессов мозга в целом.

Таким образом, опираясь на современные возможности ЭЭГ, целью нашего исследования стало изучение

психических пароксизмов в структуре эпилепсии, зависимость их проявления от характера и локализации ЭЭГ изменений.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 84 больных с впервые выявленными психическими пароксизмальными состояниями на базе Днепропетровской Областной клинической больницы им. И. И. Мечникова. Среди обследованных было 46 мужчин, 38 женщин в возрасте 19–46 лет. Всем больным было проведено электроэнцефалографическое обследование мозга с топографическим картированием.

Результаты исследования. В результате исследования нами выявлены следующие психические пароксизмальные состояния:

1. Психомоторные – 2%,
2. Психосенсорные – 9%,
3. Сумеречные расстройства сознания – 1%,
4. Аффективные – 8%,
5. Пароксизмальные дисфории – 10%,
6. Фобические – 13%,
7. Сенестопатические – 9%,
8. Висцеральные – 21%,
9. Вегетативные – 26%.

68% больных обнаруживали предприпадочное или постприпадочное состояние в виде различных видов ауры. При анализе результатов ЭЭГ картирования было обнаружено, что в 85% случаев регистрируется повышенная судорожная готовность или субклиническая эпилептиформная активность, локализуемая преимущественно в височных, лобно-височных, корковых и подкорковых отделах головного мозга. В 15% случаев изменения ЭЭГ характеризуются раздражением диэнцефальных или стволовых структур головного мозга, что ставит под сомнение принадлежность данной категории приступов к эпилептической болезни.

Выводы:

При наличии очага эпилептической активности в лобных, теменных и височных отделах головного мозга, наличии предприступной ауры, вторичной генерализации припадков в анамнезе или актуальном состоянии,

принадлежность психических пароксизмов не вызывает сомнения и должна рассматриваться, как кратковременные психические расстройства, заменяющие судорожный припадок.

В случае выявления пароксизмальной активности стволовых или дизэнцефальных структур головного мозга, не носящей характера эпилептиформной,

преобладание в структуре приступа вегетативных, аффективных и фобических расстройств может рассматриваться как психические пароксизмы неэпилептической природы.

Лечение психических пароксизмальных состояний во всех случаях требует назначения противосудорожной терапии.

Дзвенислава Чайківська

**ДОМАШНЯ ОПІКА В УКРАЇНІ. ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ ПЕРСОНАЛУ ПО ДОГЛЯДУ
ЗА ОСОБАМИ ПОХИЛОГО ВІКУ З КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ
МБФ «Карітас України», «Шпиталь імені митрополита Андрея Шептицького»**

Частка літніх людей в загальній чисельності населення Європи є найбільшою в світі. Вісімнадцять з 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 з 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 при 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 вмів 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 одним з 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 психологічні 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, навпаки, ігнорувати ним. Пацієнт може не звертати увагу на серйозні проблеми, оскільки не хоче, щоб його побоювання справилися. Якщо пацієнт серйозно хворий, то під час розпитування про історію хвороби він може здогадатися про важкість свого стану.

Оцінка самостійності пацієнта у повсякденному житті, виконанні ЩВД, 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 ЩВД належить оцінити функціональну самостійність пацієнта під час купання, одягання, відвідування туалету, переміщення та споживання їжі. Для визначення рівня інструментальної ЩВД потрібно оцінити такі функції, як приготування їжі, виконання прання, використання транспорту, вживання медикаментів і здійснення фінансових розрахунків.

До типових психологічних проблем пацієнтів похилого віку належать: деменція, делірій, 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, Кройтцфельда-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, закріп 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 алкоголю, 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 з 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 персоналу 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 з медичною освітою, але і для соціальних працівників і членів родин, які самостійно здійснюють догляд за хворими вдома.

О. О. Суховій¹, І. А. Рассказова²

ЗАСТОСУВАННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ У ВИДІ НАДАННЯ АМБУЛАТОРНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПРИМУСОВОМУ ПОРЯДКУ, СТОСОВНО ОСІБ З ОРГАНІЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ (СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЗА 2010-2012 РР.)

¹Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

²Комунальна лікувально-профілактична установа «Міська психіатрична лікарня № 1 м. Макіївка»

Примусові заходи медичного характеру (ПЗМХ) у виді надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку (АПДПП) є відносно новим видом примусових психіатричних заходів, який застосовується з моменту набуття чинності Кримінальним кодексом України у 2001 році. Згідно з даними, які було отримано від 20 регіонів України (дані не було надано Івано-Франківською, Миколаївською, Одеською, Полтавською, Сумською, Херсонською областями та м. Севастополь), зазначений вид ПЗМХ застосовувався у 2010 р. – до 1197 осіб, у 2011 р. – до 1346 осіб, у 2012 р. – до 1520 осіб, а фактична кількість осіб на кінець року складала: у 2010 р. – 894, у 2011 р. – 1005, у 2012 р. – 1115 осіб.

Абсолютну більшість серед психічних розладів у зазначеного контингенту осіб складали: шизофренія (F20 за МКХ-10) – ~55%, розумова відсталість (F70-F79 за МКХ-10) – ~18%, органічні психічні розлади (F00-F09 за МКХ-10) – ~17% (у середньому, за 2010–2012 рр.). Отримані дані суттєво відрізняються від структурного розподілу психічних розладів у популяції. Відповідно до інформаційно-аналітичного огляду за 2008–2012 рр. «Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні» (Київ, 2013 р.), абсолютні дані щодо поширеності психічних розладів свідчать про наступне: протягом 2010-2012 рр. поміж осіб, які хворіли на психічні розлади, у ~13% було діагностовано шизофренію (F20 за МКХ-10), у ~23% – розумову відсталість

(F70-F79 за МКХ-10), у ~27% осіб – органічні психічні розлади (F00-F09 за МКХ-10).

Вказані відмінності спонукали до проведення більш широкого статистичного порівняння стану застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП до осіб, які хворіють на органічні психічні розлади, з даними щодо рекомендації таким особам ПЗМХ, за результатами проведених амбулаторних та стаціонарних судово-психіатричних експертиз (СПЕ), а також з даними про застосування до осіб АПДПП у порядку цивільного судочинства.

Згідно з даними, які було надано 20 регіонами України, ПЗМХ у виді надання АПДПП застосовувались у 2010 р. до 189 осіб з органічними психічними розладами (F00-F09 за МКХ-10) серед 1102 осіб, до яких протягом 2010 року застосовувався даний вид ПЗМХ (17,2%), у 2011 р. – до 214 осіб серед 1227 (17,4%), у 2012 р. – до 249 осіб серед 1402 (17,8%).

З форми медичної статистичної звітності № 38-здоров «Звіт щодо проведення судово-психіатричних експертиз» за 2010-2012 рр. відомо, що в результаті проведення СПЕ серед всіх осіб, яким експертами було рекомендовано застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП, органічні психічні розлади (F00-F09 за МКХ-10) було діагностовано: станом на 2010 р. – 106 особам серед 408 (26,0%), у 2011 р. – 126 особам серед 464 (27,2%), у 2012 р. – 127 особам серед 482 (26,3%), що становить у сукупності за 2010-2012 рр. – 359 серед 1354 осіб (26,5%). У тому числі, особам, які були визнані обмежено осудними, даний вид ПЗМХ було рекомендовано експертами стосовно осіб з органічними психічними розладами: станом на 2010 р. – 64 серед 221 (29,0%), у 2011 р. – 76 серед 230 (33,0%), у 2012 р. – 74 серед 263 (28,1%), що становить у сукупності за 2010-2012 рр. – 214 серед 714 осіб (30,0%). Зазначені відносні показники наближуються до показників поширеності органічних психічних розладів у популяції.

У той самий час, аналіз рекомендацій експертів щодо застосування стаціонарних видів ПЗМХ до осіб з органічними психічними розладами (згідно з формою № 38-здоров, за 2010-2012 рр.) свідчить про подібність відносних показників цієї групи до даних про фактичне застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП. Так, ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом, станом на 2010 р., було рекомендовано 27 особам з органічними психічними розладами серед 177 (15,3%), у 2011 р. – 27 особам серед 174 (15,5%), у 2012 р. – 43 особам серед 161 (26,7%), що становить у сукупності за 2010-2012 рр. – 97 осіб серед 512 (18,9%). ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом, станом на 2010 р., було рекомендовано 25 особам з органічними психічними розладами серед 198 (12,6%), у 2011 р. – 46 особам серед 250 (18,4%), у 2012 р. – 38 особам серед 208 (18,3%), що становить у сукупності за 2010-2012 рр. – 109 осіб серед 656 (16,6%). ПЗМХ у вигляді госпіталізації до

психіатричного закладу із загальним наглядом, станом на 2010 р., було рекомендовано 133 особам з органічними психічними розладами серед 792 (16,8%), у 2011 р. – 145 особам серед 869 (16,7%), у 2012 р. – 105 особам серед 787 (13,3%), що становить у сукупності за 2010-2012 рр. – 383 особи серед 2448 (15,6%).

На жаль, форма медичної статистичної звітності №10 «Звіт про захворювання осіб з розладами психіки та поведінки» є недосконалою та не передбачає внесення даних щодо нозологічної структури психічних розладів серед осіб, до яких застосовуються амбулаторні та стаціонарні види ПЗМХ, а також серед осіб, яким надається АПДПП у порядку цивільного судочинства. Примусові психіатричні заходи знаходять відображення у формі №10 тільки в таб. 2120 та таб. 2310, які передбачають лише внесення загальних даних; нозологічна структура вказується тільки щодо осіб, які були госпіталізовані до психіатричного закладу в примусовому порядку – у таб. 2300.

Згідно з даними, які було надано 20 регіонами України, АПДПП у порядку цивільного судочинства станом на 2010 р. надавалась 57 особам з органічними психічними розладами серед 504 осіб (11,3%), у 2011 р. – 62 особам серед 532 (11,7%), у 2012 р. – 65 особам серед 562 (11,6%). Необхідно констатувати, що в даній групі відносні показники поширеності органічних психічних розладів є нижчими за будь-які з вищенаведених.

Таким чином, протягом 2010-2012 рр. у 26,5% осіб, яким за результатами СПЕ було рекомендовано застосування ПЗМХ у вигляді надання АПДПП, відзначались органічні психічні розлади. Вказане практично не відрізняється від даних про поширеність таких розладів у популяції – 27,0%. Але лише відносно 17,5% серед фактичної кількості осіб, до яких застосовується цей вид ПЗМХ, встановлено діагноз, що відповідає рубриці F00-F09 за МКХ-10. Дані стосовно рекомендацій СПЕ щодо призначення стаціонарних видів ПЗМХ свідчать про наявність діагнозу з рубрики органічних психічних розладів (F00-F09 за МКХ-10) у 15,6-18,9% осіб, в залежності від виду ПЗМХ. Встановити фактичний відсоток осіб, які хворіють на органічні психічні розлади, серед осіб, до яких застосовуються стаціонарні види ПЗМХ, наразі не виявлялось можливим.

Розбіжності між даними за рекомендаціями СПЕ та фактичним станом застосування ПЗМХ у вигляді надання АПДПП обумовлені значною кількістю факторів, серед яких на перший план виступають особливості судового розгляду таких справ, недостатня інструктивно-методична розробленість застосування даного виду ПЗМХ та недоліки діючих форм медичної статистичної звітності. Все вищезазначене спонукає до подальшого ґрунтовного дослідження стану застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП особам, які хворіють на органічні психічні розлади.

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, хорошою 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, ускладненнями у 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 з 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.

Н. Г. Пшук, Є. Я. Пшук
ОЦІНКА РІВНЯ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМ'Ї,
ДЕ ПРОЖИВАЄ ХВОРИЙ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

У всьому світі цікавість до проблеми якості життя хворого на шизофренію та його сім'ї визначається процесами деінституціоналізації. Наслідком такого явища стала необхідність адаптації в суспільстві значного числа хворих. Однак цей процес є неоднозначним. Скорочення кількості стаціонарів призводить до того, що більшість пацієнтів потрапляють в неблагоприємні умови. Порушуються схеми застосування психофармакотерапії, а сім'я, де проживає хворий, не завжди готова на себе взяти тягар проблем щодо адаптації хворого у середовищі. На сьогодні метою терапії осіб із психічними розладами є не тільки купірування психопатологічної симптоматики, але й покращання якості життя та соціального функціонування пацієнта та його сім'ї в новій реальності.

Метою нашого дослідження було оцінити рівень соціального функціонування дружин та референтних родичів чоловіків, які страждають на параноїдну шизофренію.

Матеріал та методи дослідження. За умови інформованої згоди було обстежено 168 сімей, у яких проживає хворий на шизофренію (всі хворі особи чоловічої статі). Основними критеріями включення в дослідження були: наявність загальних діагностичних критеріїв шизофренії (F20.0); наявність епізодичних проявів психозу з прогресивним розвитком «негативної» симптоматики у проміжках між психотичними епізодами; стан ремісії; наявність сім'ї власної або ж батьківської; згода дружини або ж референтного родича прийняти участь у дослідженні. За діагностичними критеріями МКХ 10 у 77 пацієнтів діагностувався епізодичний тип перебігу з наростаючим дефектом та у 91 – безперервний. Обстежені хворі перебували у віці від 23 до 45 років (у середньому $34,1 \pm 0,8$ років). Тривалість спостереження цих хворих відповідала вимогам МКХ10 та була не менше року, в середньому 2,7 року. Зі всього загалу обстежених тривалість хвороби у 57 пацієнтів була до 4-х років, у 58 – 4–8 років та у 53 хворих більше 8 років. Середній

вік маніфестації захворювання – $25,3 \pm 2,9$ років. 74 пацієнта мали власну сім'ю (обстежені були дружини пацієнтів-Д), 94 хворих – проживали з батьками (референтний родич батько або ж мати – РР). 29,7% сімей охарактеризували власний матеріальний стан як незадовільний. 66,1% сімей констатували порушення міжособистісних стосунків в сім'ї, що виникли внаслідок появи в сім'ї хворого на шизофренію. Контрольну групу (КГ) склали 55 практично здорових осіб (26 жінок та 29 чоловіків). Дослідження соціального функціонування референтних родичів проводили за опитувальником MOS SF – 36.

Результати. Оцінювання дружин та референтних родичів за конструктами соціального функціонування констатує достовірне ($p < 0,05$) зниження практично за всіма показниками у порівнянні з контрольною групою

в динаміці розвитку хвороби. Найбільш значущими конструктами, які впливають на рівень соціального функціонування сім'ї хворого на шизофренію, а відповідно і обумовлюють якість життя сім'ї є емоційне функціонування ($52,4 \pm 0,9$ бали проти $77,3 \pm 0,1$ у КГ), психічне здоров'я ($55,9 \pm 0,7$ балів проти $74,4 \pm 1,5$ у КГ). Фізичний компонент якості життя, який включає показники фізичного та рольового функціонування, що зумовлені фізичним станом здоров'я особи виявив теж суттєве зниження у дружин та референтних родичів, які проживають у одній сім'ї з хворим на параноїдну шизофренію.

Таким чином, визначення якості життя сім'ї хворих на параноїдну шизофренію констатує зниження соціального функціонування всіх суб'єктів у процесі ресоціалізації.

ДАЙДЖЕСТ

КЛИНИЧЕСКИЙ ОТВЕТ НА ЛИТИЙ СВЯЗАН С ГЕНЕТИЧЕСКИМИ ВАРИАЦИЯМИ

Согласно результатам нового исследования, результаты которого опубликовали в январе в «New England Journal of Medicine», генетические вариации гена, кодирующего глутаматный декарбоксилазоподобный протеин 1 (glutamate decarboxylase-like protein 1, GADL1), могут предсказать ответ на поддерживающую терапию литием у пациентов с биполярным аффективным расстройством 1-го типа (БАР 1).

Как известно, терапия литием является терапией первой линии в поддерживающей фазе лечения БАР для предотвращения рецидива мании и депрессии. Клинические наблюдения за пациентами, находящимися на такой терапии, позволяют предположить наличие определенной генетической предрасположенности, обуславливающей ответ на литий. Так, замечено, что более низкие риски рецидива на такой терапии имеют пациенты, родственники которых ранее уже принимали литий со значимым клиническим ответом.

В новой работе исследователи изучали последовательности экзонов, экзон-интронные граничащие участки и часть промотора гена GADL1 у 94 пациентов, ответивших на терапию литием, и у 94 – у которых такого ответа не наблюдалось. Средний возраст участников составил 49 лет и у большинства (60%) наблюдались психотические симптомы. Также у 31% пациентов был

БАР в семейном анамнезе и у 25% – БАР с быстрой сменой фаз.

2 варианта полиморфизма одной пары нуклеотидов (ПОН) и делеция одной нуклеотидной пары были связаны с ответом на литий. Сенсиitivность предикторов ПОН достигала 93%. В последующем периоде наблюдения за 24 пациентами у 16 носителей 2 вариантов ПОН наблюдался клинически значимый ответ на литий, а у 8 пациентов, у которых отсутствовал такой полиморфизм, ответа на литий не отмечали. Что касается делеции, значимым предиктором была делеция интрона 8 гена GADL1. Этот вариант делеции, по мнению ученых, может оказывать влияние на пиридоксальзависимый декарбоксилазный домен в GADL1, изменяя, таким образом, сплайсинг и декарбоксилирующую активность.

Следует отметить, что подобные варианты гена более характерны для азиатской популяции и редко встречаются у европейцев. Для обнаружения подобных аллелей у последних необходимы дополнительные исследования.

Chen C.-H., Lee C.-S., Lee M.-T. M. et al. Variant GADL1 and response to lithium therapy in bipolar 1 disorder // N. Engl. J. Med. – 2014. – V. 370. – P. 119-128.

Lowry F. Lithium response linked to genetic variations // Medscape. – 2014. – epub. (<http://www.medscape.com/viewarticle/818841>).

ДАЙДЖЕСТ

ТРЕВОГА ПОВЫШАЕТ РИСК ИНСУЛЬТА

Как сообщает группа ученых во главе с доктором Маей Ламбиазе (Maya Lambiase) из Питтсбургского университета (University of Pittsburgh) высокий уровень тревоги ассоциирован с повышенным риском для инсульта независимо от других факторов риска, включая депрессию. Такие данные смогли получить после анализа результатов Национального исследования по оценке здоровья и питания (National Health and Nutrition Examination Survey), проведенного в США. Результаты опубликовали в декабре в журнале «Stroke».

Как известно, тревога чрезвычайно распространена среди общей популяции. По мнению ученых, если следовать полученным данным, ее выявление и коррекция в составе других превентивных мероприятий

может значительно улучшить кардиоваскулярное здоровье.

Всего в анализ вошли 6029 индивидов в возрасте 25-74 года. В исходном периоде участники прошли интервью, медицинское обследование, а также заполнили ряд психологических опросников для выявления уровня тревоги и депрессии. Последующий период наблюдения составил в среднем 16 лет, на его протяжении регистрировали все случаи инсультов.

Всего зарегистрировали 419 таких случаев. Согласно результатам исходный уровень тревоги был ассоциирован с инсультом после стандартизации по стандартным биологическим и поведенческим кардиоваскулярным факторам риска. Так, на каждое 1 стандартное

отклонение в уровне тревоги отмечали повышение риска инсульта на 14% (относительные риск 1,14; 95% доверительный интервал 1,03–1,25).

У лиц, находящихся в верхнем тертиле по уровне тревоги, риск инсульта был повышен на 33% в сравнении с теми, кто находился в нижнем тертиле. Это соотношение осталось без изменений после дополнительной стандартизации по уровню депрессии.

Как отмечают исследователи, данная работа является первой, которая обнаружила, что тревога и инсульт взаимосвязаны независимо от других факторов риска. Ранее предполагали, что повышение риска инсульта при высоком уровне тревоги связано с изменением в поведении, в частности, со снижением уровня физической активностью и курением. Однако после стандартизации этим факторам риска в указанной

работе изучаемая взаимосвязь оставалась статистически значимой.

В качестве альтернативного объяснения авторы указывают возможную избыточную активацию гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси и симпатической нервной системы при хронической тревоге. Кроме того, по мнению исследователей, тревога может способствовать возникновению инсульта посредством снижения порога для аритмии или редукции variability сердечного ритма.

Lambiase M. J., Kubzansky L. D., Thurston R. C. Prospective study of anxiety and incident stroke // Stroke. – 2013. – published online before print on 19 December.

Hughes S. Anxiety linked to increased stroke risk // Medscape. – 2013. – epub. (<http://www.medscape.com/viewarticle/818373>).

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ЭФФЕКТИВНОСТИ КБТ ПРИ ДЕПРЕССИИ

Согласно рекомендациям большинства современных руководств когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) является эффективным методом лечения депрессивных расстройств как при монотерапии, так и при сочетанном использовании с фармакотерапией. При равной эффективности с последней КБТ способствует редукции симптомов депрессии и снижения риска рецидива посредством отличных механизмов. На сегодняшний день отмечается постоянное пополнение доказательной базы относительно КБТ. В новых 2-х работах, опубликованных в ноябре, были получены результаты, подтверждающие эффективность этого метода в различных возрастных группах и в предотвращении рецидива.

КБТ в разных возрастных группах

Исследовательская группа во главе с доктором Брэдли Карлин (Bradley Karlin) из университета Джона Хопкинса (Johns Hopkins University), Балтимор, США, сообщает что КБТ одинаково эффективна у лиц с депрессией в возрастной группе 18-64 года и старше 64 лет. Эти результаты смогли получить после проведения исследования с участием более 500 пациентов.

Всего для участия отобрали 764 пациента с депрессией в возрасте 18-64 года и 100 – старше 64 лет. 545 из них полностью прошли 10 или более сессий КБТ и еще 45 закончили терапию досрочно в связи с редукцией симптомов.

В качестве основных конечных точек использовали набранные баллы по шкале депрессии Бека (Beck Depression Inventory-II) и шкале ВОЗ по качеству жизни (World Health Organization Quality of Life-BREF). Терапевтический альянс оценивали при помощи краткого опросника «Working Alliance Inventory-Short Revised».

Согласно результатам у пациентов, прошедших КБТ, отмечалось достоверное снижение количество набранных баллов по шкале Бека, для более молодой возрастной группы с 29,1 до 17,8, для лиц старше 64 лет – с 27,0 до 16,2 баллов. Также отмечали значимое улучшение качества жизни у обеих групп. По мнению исследователей, эти результаты подтверждают эффективность КБТ не только для молодых и лиц среднего возраста, но и для пожилых пациентов.

КБТ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА

В ноябрьском выпуске журнала «JAMA Psychiatry» Робин Джаррет (Robin Jarrett) из Юго-Западного медицинского центра при Техасском университете (The University of Texas Southwestern Medical Center), Даллас, США, и соавторы опубликовали результаты нового исследования по оценке эффективности КБТ в комбинации с флуоксетином в профилактике рецидива депрессии у пациентов высокого риска.

Указанное исследование имело 3-х стадийный дизайн. В острой фазе все участники проходили 12-недельный курс КБТ. Далее в 8-ми месячной экспериментальной фазе пациентов с высоким риском

рецидива разделили на группы с дальнейшим прохождением КБТ, приемом флуоксетина или плацебо. В дальнейшем в течении 24 месяцев проводили наблюдение за состоянием пациентов.

Всего 523 взрослых индивидов прошли 12-недельный курс КБТ. После чего 241 участник с высоким риском рецидива был рандомизирован в экспериментальную фазу, из которых 181 вошел в фазу наблюдения. Повышенный риск рецидива после острой фазы констатировали при отсроченном, нестабильном или частичном клиническом ответе на терапию. Основной

конечной точкой была частота рецидива, определяемого согласно критериям DSM-IV.

Как показали результаты, в группе КБТ и флуоксетина отмечали меньшую частоту рецидива в сравнении с плацебо. Этот показатель между двумя группами с активным лечением находился на одном уровне, причем пациенты из группы КБТ с большей вероятностью проходили рандомизацию и дольше оставались на терапии в сравнении с плацебо и флуоксетином. Частота рецидива в связи с прекращением лечения между КБТ и флуоксетином также достоверно не различалась.

Как отмечает доктор Зиндел Сигал (Zindel Segal) из Торонтского университета, являющийся консультантом в данном исследовании, повышенные интерес ученых в отношении продолжительной фазы терапии при депрессии связаны, прежде всего, с двумя феноменами – высокой частотой прекращения приема препаратов и необходимостью снижения риска рецидива. Разработка 2-х стадийного алгоритма лечения может значительно улучшить оказание помощи пациентам с высоким риском рецидива после острой фазы. В тоже время, на сегодняшний день лишь несколько

из опубликованных научных работ посвящены этой проблеме.

В данной работе авторам удалось продемонстрировать, что при применении КБТ в качестве терапии острой фазы можно с успехом применять как фармакотерапию, так и продолжать лечение при помощи КБТ. Более низкий комплаенс в группе флуоксетина в сравнении с КБТ не повлиял на окончательный анализ.

Karlin B. E., Trockel M., Brown G. K. et al. Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression among older versus younger veterans: results of a National Evaluation // J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci. – 2013. – published ahead of print on 10 November.

Jarrett R. B., Minhajuddin A., Gershenfeld H. et al. Preventing depressive relapse and recurrence in higher-risk cognitive therapy responders: a randomized trial of continuation phase cognitive therapy, fluoxetine, or matched pill placebo // JAMA Psychiatry. – 2013. – V. 70. – P. 1152-1160.

Bender K. Cognitive therapy, meds equal in curbing depression relapse // Medscape. – 2013. – epub. (<http://www.medscape.com/viewarticle/814547>).