



# АРХІВ ПСИХІАТРІЇ

Георгій Леонідович народився 11 травня 1923 р. в Сімферополі в сім'ї інженера лісового господарства. У дитинстві жив у Криму, потім – у Сибірі, на Кавказі, у Москві, а в 1940 р. переїхав до Києва. У червні 1941 р. закінчив середню школу та майже наступного дня після випускного вечора був призваний до Червоної Армії. Бойові дії закінчив у званні гвардії-сержанта артилерії навесні 1945 р. в Берліні, де брав участь у форсуванні ріки Шпре, штурмі Рейхстагу, Рейхканцелярії та будівлі Мофтваффе. Після цього, у складі особливого збірного батальйону всіх фронтів був переведений до Москви для участі в Параді перемоги, на якому виконав почесну місію низверження фашистського прапора дивізії «Мертва голова» до мавзолею на Червоній площі. Нагороджений орденами Вітчизняної війни I та II ступенів, орденом Слави III ступеня, великою кількістю медалей.

Повернувшись після демобілізації до Києва, Г.Л. Воронков у 1947 р. вступає до Київського медичного інституту. З вересня 1953 р. навчається у клінічній ординатурі на кафедрі психіатрії медінституту. В 1957 р. – обирається за конкурсом на посаду асистента кафедри психіатрії, через рік (1958) захищає кандидатську дисертацію з електроенцефалографії при інсулінотерапії шизофренії, а у 1962 р. Г.Л. Воронкову присвоєно звання доцента. В 1972 р. завершує та успішно захищає докторську дисертацію на тему «К проблеме дебютов и ранней диагностики эпилепсии».

«Достоїнством Георгія Леонідовича було те, що він як справжній вчений зумів створити свій напрям у науці, який отримав визнання спеціалістів, а також те, що він продовжував розвивати ідеї свого вчителя Я.П. Фрумкіна» (І.Д. Шевчук).

З 1975 р. Г.Л. Воронков завідував кафедрою психіатрії Київського медичного університету. В 1977 р. йому присвоєно звання професора. 18 років професор Г.Л. Воронков був головним психіатром МОЗ України, з 1978 до 1987 року – головою Республіканської проблемної комісії зі спеціальності «психіатрія».

Перу Г.Л. Воронкова належить понад 90 наукових праць, серед них: «Учебный атлас психиатрии» (1962), учбовий посібник «Психиатрия. Таблицы и схемы» (1977), два видання «Справочник врача-психиатра» (1981, 1990) тощо. Під його науковим керівництвом захищено 2 докторські та низка кандидатських дисертацій. З 1991 до 1992 року Г.Л. Воронков працював на посаді професора кафедри Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. Помер у серпні 1992 року.



З 1975 по 1991 роки кафедрою психіатрії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця завідував доктор медичних наук, професор Г.Л. Воронков.



Професор Г.Л. Воронков

**АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY**

Науково-практичний журнал  
Том 20, № 1 (76) '2014

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

**Головний редактор** І.Я. Пінчук  
Заступник головного редактора О.О. Хаустова  
Випусковий редактор С.В. Сенатос



**Редакційна колегія**

Зінченко О.М., Марценковський І.А., Олійник О.П., Пішель В.Я., Полив'яна М.Ю.,  
Ревенок О.А., Степанова Н.М., Суховій О.О. Табачников С.І., Чабан О.С., Шум С.С., Цюмік О.В.

**Редакційна рада**

В.А. Абрамов (Україна), К.В. Аймедов (Україна), І.О. Бабюк (Україна), Р. Барнасі (Великобританія), В.С. Бітенський (Україна), В.А. Вербенко (Україна), П.В. Волошин (Україна), Г. Герайбейли (Азербайжан), Н.О. Дзеружинська (Україна), С.К. Євтушенко (Україна), Б.Б. Івнєв (Україна), З. Каспер (Австрія),  
З.І. Кекелідзе (Росія), О.Г. Карагодіна (Україна), Г.М. Кожина (Україна), В.М. Краснов (Росія), 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. Напреєнко (Україна), В.А. Піщиков (Україна), А.В. Погосов (Росія), Ю.В. Попов (Росія), М.М. Пустовойт (Україна), Н. Г. Пшук (Україна), П. Ринков (Білорусь), Ю.С. Савенко (Росія), 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. Фільд (Україна), В. В. Чайковська (Україна), Д. Угрін (Великобританія), В. Фрідмонт (США).

**Засновник і видавець**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України  
Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 16431-4903 ПР 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 0 (44) 468-32-15  
e-mail: undisspn@ukr.net  
http: www.undisspn.com.ua

Дизайн обкладинки: *Король О.*  
Редактор-коректор: *Капкаєва Л., Трохимець Л.*  
Перекладач: *Марченко В.*  
Комп'ютерна верстка: *Король О.*

Рекомендовано до друку Вченою радою УНДІССПН (протокол засідання № 2 від 12.02.2014 р.).  
Здано до друку 17.01.2014 р. Підп. до друку 31.01.2014 р. Формат 60x84/8. Друк офс. Папір офс. Гарнітура «Minion Pro».  
Обл.-вид. арк. 24,75. Ум.-друк. арк. 23,79. Наклад 500 прим. Зам. № 147.  
Надруковано ТОВ «Джулія принт», 03057, м. Київ, вул. Довженка, 3

Редакція може публікувати матеріали, не розділяючи точки зору авторів.  
За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших даних відповідають автори. Статті з позначкою \* публікуються на правах реклами. Цілковите або часткове копіювання у будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише за письмового дозволу редакції.  
Рукописи не повертаються і не рецензуються. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець



## ЗМІСТ

### ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

*Роберт Ван Ворен*  
ПСИХІАТРІЯ ЯК ІНСТРУМЕНТ ПРИБОРКАННЯ  
У ПОСТРАДЯНСЬКИХ КРАЇНАХ. .... 6

*Б.В. Михайлов*  
ПРОПОЗИЦІЇ ПО ФУНКЦІОНУВАННЮ  
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ І МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ  
В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. .... 8

*А.О. Камінська*  
РОЛЬ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ У ФОРМУВАННІ ПРОФЕСІЙНОЇ  
ДЕЗАДАПТАЦІЇ ЛІКАРІВ ХІРУРГІЧНОГО ТА ТЕРАПЕВТИЧНОГО  
ПРОФІЛЮ. .... 11

*С.С. Шум, І.Я. Пінчук, О.О. Суховій, І.А. Рассказова*  
ЗАСТОСУВАННЯ СТАЦІОНАРНИХ ВИДІВ ПРИМУСОВИХ  
ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ У 2013 РОЦІ  
(СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ). .... 15

*С.С. Шум, І.Я. Пінчук, О.О. Суховій*  
МОДЕЛЬ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ  
МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ НА ПРИКЛАДІ ФЕДЕРАТИВНОЇ  
РЕСПУБЛІКИ НІМЕЧЧИНА. .... 24

### СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

*О.О. Літвінов*  
ВІКОВИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ПРИ ПЕРВАЗИВНИХ ПОРУШЕННЯХ  
РОЗВИТКУ. .... 28

*О.О. Хаустова, О.В. Прохорова*  
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ  
У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ. .... 35

*Є.Я. Пишук*  
ДОСЛІДЖЕННЯ СТРУКТУРИ ПРОСОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ  
У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ. .... 40

*О.В. Гришина, О.О. Хаустова*  
ОЦІНКА СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ У ЖІНОК, ЯКІ  
ЗАЙМАЮТЬСЯ ПРОСТИТУЦІЄЮ. .... 43

*М.А. Соловьева*  
НЕВРОТИЧЕСКИЕ И СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ  
РАССТРОЙСТВА У СЛУЖАЩИХ БАНКОВ. .... 46

*А.В. Чайка*  
ЛІКУВАННЯ МИСТЕЦТВОМ  
В РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ РОБОТІ З ПАЦІЄНТАМИ,  
ЯКІ МАЮТЬ ВАДИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я. .... 47

*Н.М. Юрьева*  
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНОГО І РОДИННОГО  
ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК І ЧОЛОВІКІВ,  
ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ. .... 52

### КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

*В.Е. Казаков*  
К ВОПРОСУ О НЕКОТОРЫХ РУБРИФИКАЦИЯХ  
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ  
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ. .... 59

*К.І. Клебан*  
СКРИНІНГОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ СНУ У ПАЦІЄНТІВ  
З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ X. .... 62

*О.П. Романів*  
АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ  
СИМПТОМАТИКИ ОСІБ З ПЕРЕНЕСЕНИМ ІНФАРКТОМ  
МІОКАРДА ТА СУЇЦИДАНТІВ. .... 65

## CONTENTS

### ORGANIZATION OF MENTAL HEALTH SERVICES

*Robert Van Voren*  
PSYCHIATRY AS A TOOL FOR COERCION IN POST-SOVIET  
COUNTRIES. .... 6

*B.V. Mikhailov*  
PROPOSITIONS ON THE FUNCTIONING OF  
PSYCHOTHERAPEUTIC AND MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL  
SERVICES IN RESTRUCTURING OF PUBLIC HEALTH FIELD. .... 8

*A. Kaminska*  
ROLE OF COPING STRATEGIES IN FORMING OF PROFESSIONAL  
DISADAPTATION IN SURGERY AND THERAPEUTIC PROFILE  
DOCTORS. .... 11

*S. Shum, I. Pinchuk, O. Sukhovii, I. Rasskazova*  
APPLICATION OF STATIONARY TYPES OF COMPULSORY  
MEDICAL MEASURES IN 2013 (STATISTICAL ANALYSIS). .... 15

*S. Shum, I. Pinchuk, O. Sukhovii*  
MODEL OF REFORMING THE SYSTEM OF COMPULSORY  
MEDICAL MEASURES ON THE EXAMPLE OF THE FEDERAL  
REPUBLIC OF GERMANY. .... 24

### SOCIAL PSYCHIATRY

*A.A. Litvinov*  
AGE'S POLYMORPHISM INPERVASIVE DEVELOPMENT  
DISORDERS. .... 28

*O. Khaustova, O. Prokhorova*  
MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF DEPRESSIVE DISORDERS  
IN ELDERLY. .... 35

*Y. Pshuk*  
INVESTIGATION OF PROSOCIAL NETWORKS  
IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA. .... 40

*O.V. Grishina, E.A. Khaustova*  
ESTIMATION OF SUICIDAL RISK FOR WOMEN THAT  
PROSTITUTE. .... 43

*M.A. Solovyova*  
NEUROTIC AND ASSOCIATED WITH STRESS DISORDERS  
OF BANK EMPLOYEE. .... 46

*A.V. Chaika*  
TREATMENT OF ART THERAPY  
IN REHABILITATION WORK WITH PATIENTS  
WHO SUFFER FROM MENTAL DISORDERS. .... 47

*N.M. Yrieva*  
COMPARATIVE ANALYSIS OF SOCIAL AND FAMILY  
FUNCTIONING AND QUALITY OF LIFE OF WOMEN AND MEN  
WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA. .... 52

### CLINICAL PSYCHIATRY

*V. Kazakov*  
THE NEW DATA ABOUT MENTAL  
DISORDERS CLASSIFICATION  
IN THE LONG TERM OF TBI. .... 59

*K.I. Kleban*  
SCREENING STUDIES SLEEP DISORDERS IN PATIENTS WITH  
METABOLIC SYNDROME. .... 62

*A.P. Romaniv*  
ANALYSIS OF THE STRUCTURE OF PSYCHOPATHOLOGY  
OF PERSONS WITH PRIOR MYOCARDIAL INFARCTION AND  
SUICIDE ATTEMPTS. .... 65

*Е.А. Хаустова, В.А. Вербенко*  
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО  
НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА. .... 68

### ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

*Н.Г. Пишук, Л.В. Стукан, Є.Я. Пишук*  
ПРОБЛЕМА ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМЕЙ,  
У ЯКИХ ВИХОВУЮТЬСЯ ДІТИ З АУТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ. 74

*І.А. Марценковський*  
ДІАГНОСТИКА ТА ТЕРАПІЯ ЕПІЛЕПСІЙ У ДІТЕЙ  
З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРА АУТИЗМУ. .... 77

*К.В. Дубовик*  
РОЗЛАДИ СПЕКТРА АУТИЗМУ ТА ДИСПРАКСИЧНІ  
ПОРУШЕННЯ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ. .... 81

*Е.Н. Харченко, О.В. Чернышев*  
КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КОМОРБИДНОСТЬ  
СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ И ЗАВИСИМОГО  
ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ. .... 83

### СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

*А.М. Кушнір*  
КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА  
ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З ПРОДУКТИВНО-  
ПСИХОТИЧНИМ МЕХАНІЗМОМ РЕАЛІЗАЦІЇ СУСПІЛЬНО  
НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІАНЬ. .... 89

*О.А. Козерацька*  
ПСИХІАТРИЧНІ АСПЕКТИ ОЦІНКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОСІБ, ЯКІ  
ВЧИНИЛИ СЕКСУАЛЬНІ ЗЛОЧИНИ. .... 93

### МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

*Л.Є. Трачук, С.Г. Сахно, Н.В. Береза*  
ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ПІДВИЩЕННЯ  
КОМПЛАЄНСУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ  
ТЕРАПІЇ: РОЗРОБКА ТА ВИЗНАЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ. .... 100

*Ц.Б. Абдрыхімова*  
ТИПОЛОГІЯ СТРАТЕГІЙ ПОДОЛАННЯ В ОСІБ  
З ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ  
В АСПЕКТІ РОЗВИТКУ У НИХ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ  
РОЗЛАДІВ. .... 103

*Н.Г. Пишук, М.В. Коваленко, І.В. Коваленко*  
ЩОДО ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ У  
СТУДЕНТІВ З ПЕРФЕКЦІОНІЗМОМ У МЕДИЧНИХ ВИЩИХ  
НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ. .... 107

*Л.О. Герасименко*  
СУЧАСНИЙ ПІДХІД ТА ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ  
КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ПРИ  
ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ  
У ЖІНОК ІЗ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ. .... 109

### СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

*С.А. Мальяров*  
ПРОБЛЕМА ДВОЙНОГО ДІАГНОЗА ДЕПРЕССИИ И  
АЛКОГОЛИЗМА. .... 113

*Н.Ю. Васильева*  
ВПЛИВ АЛКОГОЛЮ ТА ІНШИХ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН  
НА ФОРМУВАННЯ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ  
У ЖІНОК. .... 120

ТЕЗИ. .... 125

ДАЙДЖЕСТ. .... 142

*О.О. Khaustova, V.A. Verbenko*  
CLINICAL MANIFESTATIONS OF NEUROLEPTIC MALIGNANT  
SYNDROME. .... 68

### CHILD'S PSYCHIATRY

*N. Pshuk, L. Stukan, Y. Pshuk*  
THE PROBLEM OF THE FUNCTIONING OF FAMILIES WHERE  
CHILDREN WITH AUTISM DISORDERS ARE BROUGHT UP. .... 74

*I.A. Martsenkovsky*  
DIAGNOSIS AND TREATMENT OF EPLEPSY IN CHILDREN WITH  
AUTISM SPECTRUM DISORDERS. .... 77

*K.V. Dubovik*  
AUTISM SPECTRUM DISORDERS AND DYSPRAXIA  
IN CHILDREN. .... 81

*E.M. Harchenko, O.V. Chernyshov*  
A CLINIC AND PATHWAY COMORBIDITY AETIOLOGY  
OF THE SOMATOFORM DISORDER, ABUSE SYNDROMES  
AND ADDICTIONS AT ADOLESCENT AGE. .... 83

### FORENSIC PSYCHIATRY

*A.N. Kushmir*  
CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL DESCRIPTION  
OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH  
PRODUCTIVE-PSYCHOTIC MECHANISM OF REALIZATION  
ESPECIALLY DANGEROUS ACTS. .... 89

*E.A. Kozeratskaya*  
PSYCHIATRIC ASPECTS OF THE EVALUATION AND TREATMENT  
OF PERSONS WHO HAVE COMMITTED SEXUAL OFFENSES. .... 93

### MEDICAL PSYCHOLOGY

*L.E. Trachuk, S.G. Sachno, N.V. Bereza*  
PSYCHOCORRECTIVE PROGRAM TO IMPROVE  
THE COMPLIANCE WITH ANTIHYPERTENSIVE THERAPY:  
DEVELOPMENT AND EFFECTIVENESS. .... 100

*Ts. Abdryahimova*  
TYPES OF STRATEGIES FOR COPING WITH TRAUMATIC  
GENESIS BY PATIENTS WITH PARTIAL LOSS OF VISUAL  
PERCEPTION IN THE CONTEXT OF NONPSYCHOTIC MENTAL  
DISORDERS. .... 103

*N.G. Pshuk, M.V. Kovalenko, I.V. Kovalenko*  
CONCERNING THE PROBLEM OF THE FORMATION OF COPING  
STRATEGIES STUDENTS WITH PERFECTIONISM IN MEDICAL  
UNIVERSITY. .... 107

*L. Herasymenko*  
MODERN APPROACH AND FEATURES OF COGNITIVE  
& BEHAVIORAL THERAPY FOR ANXIETY & DEPRESSIVE  
DISORDERS IN WOMEN WITH SOMATIC PATHOLOGY. .... 109

### SOCIAL AND CLINICAL NARCOLOGY

*S.O. Malyarov*  
THE PROBLEM OF DUAL DIAGNOSIS OF DEPRESSION AND  
ALCOHOLISM. .... 113

*N. Y. Vasilyeva*  
THE EFFECTS OF ALCOHOL AND OTHER PSYCHOACTIVE  
SUBSTANCES ON THE FORMATION OF AGGRESSIVE BEHAVIOR  
OF WOMEN. .... 120

THESES. .... 125

DIGEST. .... 142

# Дорогі друзі, колеги, читачі!



Ви тримаєте в руках перший номер оновленого журналу «Архів психіатрії» 2014 року, присвячений найбільш актуальним питанням соціальної, судової психіатрії та наркології, медичної психології та психотерапії, а також роботам з питань організації та управління психіатричною службою. Сьогодні ці питання набули мультидисциплінарного характеру і стали актуальними як для лікарів-психіатрів, так і для психологів, соціальних працівників, лікарів загальної практики та інших спеціалістів суміжних спеціальностей.

Ми відновлюємо практику публікації перекладів найбільш важливих та актуальних питань закордонних спеціалістів у даній області. Прагнемо інтегрувати науку та практику і друкуємо статті як науковців, так і психіатрів-практиків.

Редакційна колегія сподівається, що докладні та фахові статті в журналі «Архів психіатрії» сприятимуть кращій обізнаності фахівців щодо актуальних проблем психіатрії, шляхів їх вирішення, що призведе до підвищення їх кваліфікації.

Редакція журналу запрошує колег до активної участі в науковому процесі шляхом дискусії на сторінках нашого журналу. Саме в дискусіях ми маємо можливість отримати нові, обґрунтовані знання. Наукова спільнота знає немало прикладів, коли вчені зі світовим ім'ям доводили свою точку зору в дискусіях на сторінках наукових журналів. Сподіваємось, що відродження такої практики буде сприяти інтеграції науки, у тому числі її практичної частини.

## Інформація про організацію української філії Всесоюзного науково-дослідного інституту загальної та судової психіатрії імені В.П. Сербського

Ідейним натхненником та ініціатором відкриття Українського філіалу Всесоюзного науково-дослідного інституту загальної та судової психіатрії імені В.П. Сербського є академік Георгій Васильович Морозов, який доклав багато сил та енергії для втілення в життя цієї актуальної та дуже важливої ідеї.

В ЦК КПУ і Раді Міністрів УРСР за безпосередньої участі заступника завідувача відділу науки і культури академіка А.М. Сердюка, заступника голови Ради Міністрів республіки М.А. Орлика, Міністра охорони здоров'я УРСР А.Є. Романенко та заступника Міністра охорони здоров'я УРСР П.Г. Отрощенко була проведена велика, дуже складна і відповідальна підготовча робота зі створення філії.

Активно підтримали ідею створення філії в Київському міському Комітеті Компартії України і у Виконкомі міської Ради народних депутатів, в Управлінні охорони здоров'я (Г.Г. Бородай).

Колегія Державного Комітету СРСР з науки та техніки на засіданні від 16 квітня 1984 р. №15 під головуванням Г. Марчука підтримала пропозиції Міністерства охорони здоров'я СРСР і Ради Міністрів Української РСР про організацію в установленому порядку в м. Києві філії Всесоюзного науково-дослідного інституту загальної та судової психіатрії імені В.П. Сербського.

20 квітня 1984 року Рада Міністрів СРСР винесла розпорядження №750-р, підписане М.О. Тихоновим. У розпорядженні було зазначено: прийняти пропозицію Державного Комітету з науки і техніки, що узгоджене з Радою Міністрів Української РСР, про дозвіл Міністерства охорони здоров'я СРСР створити в місті Києві філію Всесоюзного науково-дослідного інституту загальної та судової психіатрії імені В.П. Сербського. Створення зазначеної філії здійснити в межах фінансових і матеріальних ресурсів, планів з праці та інших лімітів і нормативів, передбачених Міністерством охорони здоров'я СРСР на науково-дослідних робіт.

Надалі на виконання розпорядження Ради Міністрів СРСР Міністр охорони здоров'я СРСР С.П. Буренков видав наказ від 16.05.1984 р. №548. Цим наказом визначалися терміни розробки статуту, структури та кошторису витрат філії на 1984 рік із зазначенням підрозділів, що підлягають відкриттю в 1984 році та наступні роки, з урахуванням можливості забезпечення їх штатними посадами, заробітною платою і кадрами. На четвертий квартал 1984 року філії було виділено шість адміністративних одиниць, відповідний фонд заробітної плати, автотранспорт.

У подальшому було видано наказ Міністра охорони здоров'я УРСР А.Є. Романенко від 04.06.1984 р. №333, в якому конкретизувалися основні організаційні заходи, спрямовані на виконання урядового розпорядження про відкриття філії, визначалися відповідальні виконавці.

Як клінічну базу філії визначено Київську міську клінічну психоневрологічну лікарню №21 імені академіка І.П. Павлова, яка в науково-практичному та матеріально-технічному відношеннях виявилася найбільш придатною для цієї мети.

Клінічні відділення філії було розгорнуто на базі трьох відділень лікарні: судово-психіатричної експертизи – на 90 ліжок, загальнопсихіатричне – на 110 ліжок, спеціалізоване відділення для лікування алкогольних психозів – також на 110 ліжок. Відділ організації психіатричної допомоги та адміністративне управління розміщено також у відповідних приміщеннях.

У грудні 1984 року було підготовлено відповідні розрахунки обґрунтування та інші численні матеріали до Виконкому Київської міської Ради народних депутатів на отримання лімітів з праці, дозвіл на відкриття філії в місті та розрахункового рахунку в банку. В січні 1985 року в Подільському відділенні Держбанку було відкрито рахунок, затверджено ліміти з праці в межах 41 одиниці, отримано дозвіл Подільського районного відділення міліції, замовлено зразки і виготовлено для філії гербова печатка і штампи (всього 16 штук).



## ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

## ПСИХІАТРІЯ ЯК ІНСТРУМЕНТ ПРИБОРКАННЯ У ПОСТРАДЯНСЬКИХ КРАЇНАХ

Роберт Ван Ворен, виконавчий директор Федерації Глобальної ініціативи з психіатрії (FGIP), професор радянських та пострадянських досліджень при Державному університеті Іллі у Тбілісі (Грузія) та при Університеті Вітаутаса Магнуса в Каунасі (Литва)

## Частина I

З моменту розпаду Радянського Союзу часто зустрічаються доповіді щодо оновленого застосування психіатрії з політичною метою. Більшість з нещодавніх випадків стосуються Російської Федерації та України. І хоча в жодному з випадків не відбулася довгострокова госпіталізація у психіатричній лікарні з обов'язковим лікуванням, основним питанням залишається систематичне зловживання психіатрією і причини, з яких ці зловживання повторюються. Щоб зрозуміти поточну ситуацію в галузі охорони психічного здоров'я в колишньому СРСР, потрібно проаналізувати контекст, в межах якого політичне зловживання психіатрією розроблялося ще в радянський період. На основі наявних на сьогодні даних можна з певною впевненістю зробити висновок, що система політичного зловживання була ретельно розроблена КДБ для позбавлення країни небажаних елементів. Сама психіатрія змогла стати таким прекрасним інструментом репресій, оскільки була повністю відокремлена від світової психіатрії і монополізована однією науковою школою, яка знаходиться в Москві. Через систему тоталітарного контролю радянські психіатри могли легко (і часто неусвідомлено) стати інструментом у цьому репресивному механізмі. Після падіння радянської влади були зроблені спроби відкрити радянську психіатрію усьому світові. Проте в деяких колишніх радянських республіках (особливо в Російській Федерації і більшості республік Центральної Азії) стара

номенклатура зберегла свою політичну підтримку, ефективно залишаючи пострадянську психіатрію під своїм контролем і вільною від західного впливу. Коли після приходу Володимира Путіна до влади в 2000 році політичний клімат в Російській Федерації почав погіршуватися, місцеві чиновники відчули можливість знову повернутися до старих механізмів придушення докучливих громадян, залякуючи їх психіатричною небезпекою. Враховуючи усе вищесказане, немає доказів того, що ми зараз спостерігаємо застосування урядовою політикою психіатрії у немедичних цілях. Натомість, ми дивимося на професійну сферу, яка ще далеко не оговталася від радянської влади, значно відстає у дотриманні міжнародних стандартів у галузі прав людини та професійної етики, корупція процвітає (наприклад, продаж неправильних діагнозів) і перебуває під сильним впливом фармацевтичної промисловості, яка насправді зацікавлена тільки в комерційній вигоді. Щоб змінити ситуацію і розробити заходи протидії зловживанню психіатричною професією у майбутньому, необхідні широкомасштабні інвестиції в забезпечення сучасною літературою щодо психічного здоров'я, освіти і моніторингу прав людини в закритих установах. Новий закон про неурядові організації в Росії (2012 р.) потенційно ускладнює ситуацію, але його можна легко обійти шляхом використання сучасних технологій (інтернет, додатки для смартфонів і планшетів, електронне навчання).

З початку теперішнього століття кількість заяв і доповідей про зловживання психіатрією з політичних причин у колишньому СРСР значно збільшилася. Більшість претензій стосуються осіб, які належать до опозиції нинішніх урядів, чи людей, задіяних до розкриття справ про корупцію, у які часто були втягнуті урядовці. Питання викликає особливе занепокоєння, оскільки з початку 1970 років, коли політичне зловживання психіатрією стало важливим питанням на порядку денному світової психіатричної спільноти, більшу частину уваги було зосереджено на СРСР, проте нинішні звинувачення вказують, що клімат, принаймні в деяких з колишніх радянських республік, не змінився достатньо для того аби сформувати оплот проти повернення подібної практики. Поза всяким сумнівом, Радянський Союз не

єдиний, де мали місце політичні зловживання психіатрією. За останні десятиліття був опублікований досить великий об'єм документації щодо схожих зловживань в інших країнах. Однією з країн, де відбувалися постійні політичні зловживання, була комуністична Румунія<sup>1</sup>. Також існують доповіді про схожі випадки у Чехословаччині, Угорщині і Болгарії, але усі ці випадки були індивідуальними і не було жодного доказу систематичного зловживання. Великі дослідження ситуації у Східній Німеччині призвели до того ж висновку, хоча в цій соціалістичній країні політика і психіатрія, здавалося, були дуже тісно переплетені<sup>2</sup>. Згодом з'явилася інформація про політичні зловживання психіатрією на Кубі, які, однак, були недовготривалими і ніколи не перетворювалися на повномасштабні засоби репресій<sup>3</sup>. У 1990 роки

випадок політичного зловживання психіатрією трапився в Нідерландах, в ході якого Міністерство оборони спробувало змусити замовкнути соціального працівника шляхом фальсифікації кількох психіатричних діагнозів і вдаючи, що його поведінка стала результатом проблем із психічним здоров'ям<sup>4</sup>. З початку цього століття питання політичного зловживання психіатрією в Народній Республіці Китай знову на порядку денному, і це викликало неодноразові дебати в рамках міжнародного психіатричного співтовариства<sup>5</sup>. Протягом останніх десятиліть правозахисні організації регулярно зверталися з проханнями розглянути ситуації зловживання психіатрією у таких країнах, як Південна Африка, Чилі та Аргентина. У Південній Африці серйозні зловживання були результатом політики расової дискримінації апартеїду, що ставило у надзвичайно складні умови психіатричні служби для «білого» правлячого класу і «чорної» більшості. Заяви, що психіатрією зловживали як засобом політичної чи релігійної репресії, не були підтвержені. В Аргентині та Чилі зловживання стосувалися окремих психіатрів, які були завербовані для визначення найефективніших видів тортур, а не психіатричної професії загалом чи психіатричної установи<sup>6</sup>.

Щоб зрозуміти природу поточних зловживань психіатричною професією в пострадянських республіках, потрібно зрозуміти витоки і характер радянської системи зловживання психіатрією. Багато, якщо не більшість з нинішніх лідерів в психіатрії на пострадянському просторі, отримали освіту в радянські часи, а деякі досягли лідерських позицій вже за радянської влади і продовжують працювати на цих посадах і досі. За підрахунками, в російській психіатрії близько 80% нинішніх лідерів досягли керівних посад ще в радянські часи, і з тих пір утримують свої позиції. Можна з певною впевненістю стверджувати, що більша частина порушень, які зараз відбуваються в пострадянській психіатрії, безпосередньо пов'язані із тим зіпсованим минулим. Тому наша доповідь починається з глибокого аналізу зловживання радянською психіатрією, її витоків, сфери застосування і подальшого розвитку, і тоді переходить до ситуації у ранньому пострадянському періоді. Далі описано психіатричні зловживання в XXI столітті і зроблено висновки та рекомендації до Європейського парламенту.

## Що таке політичне зловживання психіатрією?

Політичне зловживання психіатрією полягає у неправильному вживанні психіатричного діагнозу, лікуванні та утриманні з метою придушення основних прав людини чи окремих осіб і груп у певному суспільстві. Практика поширена, але не виняткова для країн з то-

талітарним режимом правління. У цих режимах порушення людських прав тих, хто політично протистоїть владі, часто приховуються під виглядом психіатричного лікування. У демократичних суспільствах «інформатори» про таємні незаконні махінації великих корпорацій піддавалися політичному зловживанню психіатрією. Треба зізнатися, борці проти політичного зловживання психіатрією не досягли повного консенсусу про точну межу між політичним зловживанням психіатрією і більш загальними зловживаннями психіатричної практики. Впродовж останнього часу докладно розглянуто багато окремих випадків з метою визначення, чи варто їх вважати одним із політичних зловживань психіатрією, чи ні. Проблема продовжують обговорювати, зокрема, тому що випадки часто є складними і включають менш видиме залучення уряду. Той факт, що використання психіатрії в політичних цілях, як повідомляється з багатьох різних країн, показує тривалу напруженість між політикою і психіатрією, а також те, що до використання психіатрії для знешкодження опонентів чи вирішення конфліктів вдаються не лише диктаторські режими а й усталені демократичні суспільства. Психіатрія є галуззю медичної професії, яка має дуже багато функцій на основі спроб зрозуміти функціонування людської психіки, а не керуючись науковими доказами<sup>7</sup>.

Політичне застосування психіатрії було найпопулярнішим серед колективістських (соціалістичних чи комуністичних) режимів. Поясненням може бути таким, що ідеології, які передбачають ідеальні суспільства, де всі рівні і щасливі, часто доходять до висновку, що особи, які проти цього – душевнохворі. Як заявив радянський лідер Микита Хрущов в 1959 році: «Злочин є відхиленням від загальноновизнаних норм поведінки, часто викликаним психічним розладом. Чи можуть бути захворювання, нервові розлади серед певних людей в комуністичному суспільстві? Очевидно, так. Якщо це так, то тут також будуть правопорушення, характерні для людей з аномальною свідомістю [...]». Тим, хто може почати закликати протистояти комунізму на цій основі, можна чітко сказати [...], що психічний стан таких людей не є нормальним»<sup>8</sup>. Важливо також відзначити, що політичне зловживання психіатрією відрізняється від загального зловживання чи недобросовісної практики в психіатрії. До останнього належать загальні порушення прав людини в психіатричних установах (наприклад, несприятливі умови життя, зловживання з боку персоналу, незаконне позбавлення волі, нелюдське поводження), а також «економічне зловживання» психіатрією, таке як продаж діагнозів злочинцям для уникнення ними довгих строків позбавлення волі чи підкupu психіатра для визнання родича психічно хво-

<sup>1</sup> У 1997 Міжнародна Асоціація з політичного використання психіатрії (IAPUP) організувала слідчий комітет, щоб дослідити те, що відбулося насправді. Доповідь мала назву «Психіатрія в умовах тиранії: доповідь. Оцінка політичного зловживання румунською психіатрією під час років правління Чаушеску», Амстердам, IAPUP, 1989 р.

<sup>2</sup> Süß, S., *Politisch Missbraucht? Psychiatrie und Staatssicherheit in der DDR*, Berlin, Ch. Links Verlag, 1998.

<sup>3</sup> Ч. А. Браун, А. Лаго. *Політика психіатрії в революційній Кубі*, Нью-Йорк, 1991 р.

<sup>4</sup> Для випадку Фреда Спіджкеса (див. A. Nijeboer Een man tegen de Staat, Papieren Tijger, Breda, 2006). Зайняло багато років, щоб вирішити справу, і хоча жертві було надано компенсацію і навіть Голландською королевою надано особисте дворянське звання лицаря. Справа ще досі не повністю закрита, і Фред Спіджкес все ще намагається скасувати свій помилковий психіатричний діагноз.

<sup>5</sup> Р. Мурно. *Юридична психіатрія в Китаї і її політичне зловживання: ПІП (GIP)*, Амстердам, 2001 р.;

<sup>6</sup> Р. Мурно. *Китайська психіатрична інквізиція: Вілей, Саймондс енд Гілл*, Лондон, 2006 р.

<sup>7</sup> Недавній повідомлення про катування у виправному закладі Грузії також вказують на те, що лікарі були присутні під час тортур, а в деяких випадках навіть брали в них участь.

<sup>8</sup> На сьогодні існує дві великі міжнародні класифікації: ICD-10, розроблена і розповсюджена Всесвітньою організацією охорони здоров'я, IDSM, розроблена Американською асоціацією психіатрів. Обидві класифікації мають прихильників і опонентів. Крім того, існує сильна дискусія відносно класифікації психічних розладів, і значна частина дискусії зосереджує основну увагу на твердженні, що деякі захворювання створюються для того, щоб дати фармацевтичній промисловості шанс виходу на ринок нових ліків. Зовсім нещодавно мали представити нову класифікацію DSM-V, яка знаходиться під сильною критикою, але в травні 2013 року Національний інститут психічного здоров'я (NIMH) в Сполучених Штатах вирішив не використовувати цю класифікацію.

<sup>9</sup> Промова, опублікована виданням «Правда» 24 травня 1959 року.

рим з метою заволодіння його майном або тимчасового чи постійного усунення чийогось чоловіка чи дружини.

Важливо відзначити, що у випадку радянського психіатричного зловживання, а також у таких випадках, як систематичне зловживання психіатрією в Народній Республіці Китай, існує величезна «сіра зона» за участі людей які госпіталізовані або тому, що вони є невідгнаними для влади через постійні скарги (які можуть мати сварливий характер) або людей, які страждають від психічних розладів, але яких ніколи примусово не лікували і не госпіталізовували. Багато жертв зловживання психіатрією в Китаї є так звані «прохачами», які їдуть до Пекіна з провінції, щоб поскаржитися на місцевих чиновників. Замість того, щоб вислухати, їх госпіталізують і залякують психіатричним лікуванням. Цілком можливо, що дехто з них або необгрунтовано висловлює скарги або має проблеми з психічним здоров'ям, але це в жодному разі не повинно бути приводом для госпіталізації та примусового лікування. В Радянському Союзі також існувала ця величезна «сіра зона». З часом постійно зростала частка радянських людей, яким

діагностували психічні захворювання. Особам, які були в такому списку, скасовували деякі з громадянських прав, часто реєстрація в такому психіатричному реєстрі перетворювалася на «чорну пляму» на все життя, їм було важко знайти роботу, житло тощо, вони ставали ізгоями для суспільства. На початку 1988 року радянський головний психіатр Олександр Чурін заявив в інтерв'ю, що 5,5 мільйона радянських громадян були в такому реєстрі, і що 30% будуть видалені з нього за два роки<sup>9</sup>. Проте рік по тому журнал Вогник (Огонек) навів цифру у 10,2 мільйона людей, зареєстровані як психічно хворі, і ця цифра надана Державним комітетом статистики<sup>10</sup>. В 1989 році делегація Держдепартаменту США в СРСР, яка вивчала політичне зловживання психіатрією, дійшла висновку, що серед людей, які були госпіталізовані з політичних причин, були й особи з психічними захворюваннями, але вони ніколи б не отримали такого лікування, яке їм надали<sup>11</sup>.

*Продовження статті – в наступних номерах журналу «Архів психіатрії»*

<sup>9</sup> Corrieredella Sera, 5 квітня 1988 р.

<sup>10</sup> «Вогник», № 16, 15–22 Квітень, 1989 р., С. 24.

<sup>11</sup> Див. доповідь США «Бюлетень по шизофренії», додаток до вип. 15, № 4, 1989 р.

### ПРОПОЗИЦІЇ ПО ФУНКЦІОНУВАННЮ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ І МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Важливість цього питання обумовлена зростанням показників поширеності (з 2449,2 – у 2001 році до 2552,8 – у 2010 році на 100 тис. населення) розладів психіки і поведінки. Особливо це стосується розладів психіки неспсихотичного характеру (з 1227,07 – у 2001 році до 1278,94 – у 2010 році на 100 тис. населення), відносно яких психотерапевтичні та медикопсихологічні заходи є провідними методами лікування. Це також стосується і таких захворювань, які досі в Україні визначаються неіснуючими у світі діагнозами «вегето-судинна дистонія», та «нейроциркуляторна дистонія».

В європейській і вітчизняній практиці провідним методом для лікування цих станів є психотерапія. Крім того, психотерапія та психологічна корекція є найменш витратними лікувальними методами, які не потребують витрат на апаратне і медикаментозне забезпечення. Виходячи з вищезазначеного, вважаємо за доцільне в умовах реформування галузі охорони здоров'я максимально розширити застосування психотерапевтичного і медико-психологічного супроводу хворих на всіх рівнях медичної допомоги.

Європейським планом дій з охорони психічного здоров'я, до якого Україна приєдналася на Конгресі в Гельсінкі (Європейська конференція ВООЗ на рівні міністрів охорони психічного здоров'я «Проблеми і шляхи їх вирішення». Гельсінкі, Фінляндія, 12–15 січня 2005 р.) передбачено:

1. Забезпечення послуг у галузі охорони психічного здоров'я з урахуванням вікових та гендерних особливостей службами первинної медико-санітарної допомоги та спеціалізованими установами, що функціонують у рамках єдиної мережі.

2. Забезпечення доступу до психотропних препаратів і простих психотерапевтичних процедур на рівні первинної медико-санітарної допомоги при найбільш поширених, а також важких психічних розладах, особливо щодо осіб з тривалими і стабільними психічними розладами, які проживають серед інших громадян.

3. Надання за місцем проживання комплексної та ефективної лікувальної допомоги (включаючи психотерапію та медикаментозне лікування) з найменшими побічними ефектами, особливо коли мова йде про молодих людей, у яких вперше виявилась проблема психічного здоров'я.

Нині істотно зростає роль психотерапії і медичної психології як в загальній системі надання медичної допомоги населенню, так і у її спеціалізованій ланці – соціально-орієнтованій психіатричній допомозі. У структурі загальносоматичної мережі психокорекція та психотерапія повинні застосовуватися як основний метод у лікуванні таких поширених патологічних станів, як психосоматичні захворювання, невротичні і депресивні розлади, які перебігають під «маскою» соматичних захворювань.

У спеціалізованій психіатричній мережі психоко-рекція і психотерапія – єдині засоби психосоціальної реабілітації хворих на психічні розлади, спрямовані на відновлення рівня їх соціального функціонування і підвищення якості життя.

Ці функції в лікувально-профілактичних закладах України виконують лікарі-психотерапевти і медичні психологи. Відповідно до Наказу МОЗ України «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 23.02.2000 № 33» від 12.03.2008 р. № 122 посади медичних психологів мають визначатися як лікарі-психологи, або практичні психологи. В узагальненому вигляді діяльність цих спеціалістів регламентується Наказом МОЗ України «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу» від 15.04.2008 р. № 199 (Далі – Наказ № 199), зареєстрованим Міністерством юстиції за № 577/15268 від 03.07.2008, який визначає сферу їх компетенції, а саме:

«6.1. Обсяг застосування методів психологічного впливу як професійної діяльності психолога в лікувально-профілактичних закладах: визначення, корекція, реабілітація, профілактика порушень взаємин з оточуючим соціальним середовищем людини (соціально-психологічна корекція, профілактика, реабілітація); психологічне забезпечення навчально-виховного процесу (визначення психофізичного розвитку дітей, психолого-педагогічна корекція, профілактика, реабілітація).

6.2. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-психолога: діагностика, корекція психічного стану людини, її особистості, реабілітація, профілактика психічних розладів (медико-психологічна діагностика, корекція, профілактика, реабілітація).

6.3. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-психотерапевта: діагностика, лікування, профілактика, реабілітація розладів психіки і поведінки, кризових станів, соматичних розладів, в походженні яких провідним чинником є психологічний.

8.3. Місцями застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу з метою діагностики, лікування, профілактики, реабілітації розладів психіки і поведінки, кризових станів, соматичних розладів, в походженні яких провідним чинником є психологічний, корекції психічного стану людини, її особистості мають бути психотерапевтичні кабінети, відділення, центри у закладах охорони здоров'я за умови дотримання ними ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики».

Згідно з Наказом № 199 «Психологічний вплив є вживання спрямованих дій на психіку людини, усвідомленого або неусвідомленого характеру за допомогою переконання, психологічного преформування або сутестії для формування певної системи уявлень, дій та відношень, які суб'єктивно сприймаються особою як особисто приналежні.

Психотерапевтичний вплив є застосуванням методів, спрямованих на психіку людини, усвідомленого або неусвідомленого характеру за допомогою переконання,

психологічного преформування або сутестії для лікування, реабілітації і профілактики розладів здоров'я особи.

5. Особи, які можуть застосовувати методи психологічного і психотерапевтичного впливу як професійну діяльність:

5.1. Психолог – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Психологія» (магістр, спеціаліст).

5.2. Лікар-психолог – фахівець, який має повну вищу освіту (магістр, спеціаліст) за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «медична психологія».

5.3. Лікар-психотерапевт – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «психотерапія».

5.4. Лікар-психіатр – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «психіатрія».

5.5. Лікар-нарколог – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «наркологія».

5.6. Лікар-сексопатолог – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «сексопатологія».

Для організації діяльності медично-психологічної і психотерапевтичної служб за рівневим принципом відповідно до Закону України «Про порядок реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» № 3612-VI від 7 липня 2011 р. необхідно наступне.

У загальносоматичній мережі на вторинному рівні:

– багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування: має бути створений кабінет лікаря – психолога/практичного психолога. Норматив – 1 лікар-психолог/практичний психолог на 200 ліжок. Контингент – хворі на гострі соматичні стани, у яких сформувалися вторинні психічні розлади – гострі реакції на стрес, депресивні, невротичні стани тощо. Лікування проводиться в умовах стаціонару.

– лікарня планового лікування: має бути створено психосоматичне відділення, психотерапевтичне відділення, кабінет лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного-психолога. Норматив – 1 лікар-психолог/практичний психолог і 1 лікар-психотерапевт на 200 ліжок. Контингент – хворі на соматичні захворювання, у яких сформувалися коморбідні стани у вигляді невротичних, пов'язаних зі стресом, і соматоформних розладів, вегето-судинної дистонії, психосоматичні захворювання тощо. Лікування проводиться в умовах стаціонару і подовжується амбулаторно (outpatient program) – в умовах консультативно-діагностичного підрозділу лікарні.

– лікарня відновного (реабілітаційного) лікування: мають бути створені психотерапевтичні відділення, кабінети лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного психолога. Нор-



матив – 1 лікар-психолог/практичний психолог і 1 лікар-психотерапевт на 200 ліжок. Контингент – хворі на соматичні захворювання, у яких сформувався коморбідні стани у вигляді невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів, вегето-судинної дистонії, психосоматичні захворювання, тощо. Лікування проводиться в умовах стаціонару і подовжується амбулаторно (outpatient program) – в умовах консультативно-діагностичного підрозділу лікарні.

багатопрофільна дитяча лікарня інтенсивного лікування: має бути створений кабінет лікаря-психолога/практичного психолога. Норматив – 1 лікар-психолог/практичний психолог і 1 лікар-психотерапевт на 200 ліжок. Контингент – невротичні розлади дитячого віку. Лікування проводиться в умовах стаціонару і подовжується амбулаторно (outpatient program) – в умовах консультативно-діагностичного підрозділу лікарні.

Методи, які застосовують лікарі-психотерапевти і лікарі-психологи на вторинному рівні:

- раціональної психотерапії;
- сімейної психотерапії;
- сугестивної (ауто- та гетеро-) психотерапії;
- тренінги психосоціальної реабілітації (тренінг позитивного самосприйняття та впевненої поведінки, комунікативний тренінг, рішення проблем міжособистісної взаємодії, когнітивних функцій тощо);
- арт-терапія.

Лікарі-психотерапевти і лікарі-психологи також використовують сполучену фармакотерапію – атипові нейролептики, антидепресанти, транквілізатори.

До реалізації методів раціональної психотерапії, сімейної психокорекції, тренінгів психосоціальної реабілітації та арт-терапії можуть залучатися практичні психологи.

На третинному рівні:

- обласна лікарня (обласна дитяча лікарня): мають бути створені психосоматичне відділення, психотерапевтичне відділення. Норматив – 40 ліжок на 800 ліжок стаціонару; кабінети лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного психолога; норматив – 1 лікар-психотерапевт і 1 лікар-психолог/практичний психолог на 200 ліжок. Контингент – хворі на соматичні захворювання, у яких сформувалися коморбідні стани у вигляді невротичних, пов'язаних зі стресом, і соматоформних розладів, вегето-судинної дистонії, психосоматичні захворювання. Лікування проводиться в умовах стаціонару і подовжується амбулаторно (outpatient program) – в умовах консультативно-діагностичного підрозділу лікарні.
- консультативно-діагностичний медико-психологічний центр: мають бути створені психотерапевтичні відділення (норматив – 40 ліжок денного перебування), кабінети лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного психолога – норматив – 1 кабінет на 30 тис. дорослого населення і 15 тис. дитячого населення. Контингент – хворі на

розлади психіки і поведінки за винятком гострих психотичних станів, хворі на вегето-судинну дистонію, психосоматичні захворювання, хворі на розлади психіки і поведінки дитячого віку. Лікування проводиться в умовах денного стаціонару і подовжується амбулаторно (outpatient program) – в умовах консультативно-діагностичного підрозділу Центру.

клініки науково-дослідних інститутів – мають бути створені психотерапевтичне відділення (норматив – 40 ліжок), кабінети лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного психолога (1 посада на 200 ліжок). Контингент – хворі на соматичні захворювання, у яких сформувалися коморбідні стани у вигляді невротичних, пов'язаних зі стресом, і соматоформних розладів, вегето-судинної дистонії, психосоматичні захворювання. Лікування проводиться в умовах стаціонару і подовжується амбулаторно (outpatient program) – в умовах консультативно-діагностичного підрозділу лікарні.

Методи, які застосовують лікарі-психотерапевти і лікарі-психологи на третинному рівні:

- раціональної психотерапії;
- сімейної психотерапії;
- сугестивної (ауто- та гетеро-) психотерапії;
- тренінги психосоціальної реабілітації (тренінг позитивного самосприйняття та впевненої поведінки, комунікативний тренінг, рішення проблем міжособистісної взаємодії, когнітивних функцій тощо);
- арт-терапія;
- когнітивно-біхевіоральної психотерапії;
- психотерапії психодинамічного напрямку;
- групової психотерапії як засобу комплексного особистісно-орієнтованого впливу.

До реалізації методів раціональної психотерапії, сімейної психотерапії, тренінгів психосоціальної реабілітації, арт-терапії, когнітивно-біхевіоральної психотерапії, групової психотерапії можуть залучатися практичні психологи.

Лікарі-психотерапевти і лікарі-психологи також використовують сполучену фармакотерапію – атипові нейролептики, антидепресанти, транквілізатори.

У спеціалізованій психіатричній мережі:

- обласна психіатрична (психоневрологічна) лікарня: мають бути створені психотерапевтичні відділення (норматив – 60 ліжок на 800 ліжок стаціонару), кабінети лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного психолога (норматив – 1 посада на 200 ліжок). Контингент – хворі на гострі розлади психіки і поведінки. Лікування проводиться в умовах стаціонару і подовжується амбулаторно (outpatient program) – в умовах консультативно-діагностичного підрозділу лікарні.

Методи, які застосовують лікарі-психотерапевти і лікарі-психологи на третинному рівні у структурі спеціалізованої психіатричної допомоги.:

- раціональної психотерапії;
- сімейної психотерапії;

- сугестивної (ауто- та гетеро-) психотерапії;
- тренінги психосоціальної реабілітації (тренінг позитивного самосприйняття та впевненої поведінки, комунікативний тренінг, рішення проблем міжособистісної взаємодії, когнітивних функцій тощо);
- арт-терапія;
- когнітивно-біхевіоральної психотерапії;
- психотерапії психодинамічного напрямку;
- групової психотерапії як засобу комплексного особистісно-орієнтованого впливу.

До реалізації методів раціональної психотерапії, сімейної психотерапії, тренінгів психосоціальної реабілітації, арт-терапії, когнітивно-біхевіоральної психотерапії, групової психотерапії можуть залучатися практичні психологи.

УДК: 614.23:617-089:811.161.2'42

### А.О. Камінська РОЛЬ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ У ФОРМУВАННІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ЛІКАРІВ ХІРУРГІЧНОГО ТА ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

Досліджено структуру копінг-поведінки лікарів хірургічного та терапевтичного профілю з метою визначення ролі копінг-стратегій у формуванні станів професійної дезадаптації (ПД). Як психодіагностичний інструментарій дослідження було використано опитувальник професійної дезадаптації О.Н. Родіної та методика для психологічної діагностики копінг-механізмів (Е. Нейм). На першому етапі обстежено 280 лікарів, на другому етапі респонденти були розподілені по групах таким чином: ОГ1 – лікарі хірургічного профілю з ознаками ПД, ОГ2 – лікарі терапевтичного профілю з ознаками ПД, КГ – лікарі без ознак ПД. Отримані в результаті дослідження дані свідчать про те, що лікарі хірургічного та терапевтичного профілів з ознаками ПД в стресових ситуаціях частіше, порівняно з лікарями без ознак ПД, схильні використовувати копінг-стратегії «дисимуляція», «пригнічення емоцій», «самозвинувачення», «компенсація». Таким чином, в результаті дослідження було виявлено взаємозв'язок деяких варіантів копінг-стратегій і станів професійної дезадаптації.

**Ключові слова:** професійна дезадаптація, лікарі хірургічного та терапевтичного профілю, копінг-стратегії.

Важливим завданням медичної психології є розробка методичних підходів до діагностики, корекції та профілактики станів психічної дезадаптації та професійної деформації особистості лікарів, які працюють в умовах тривалого та інтенсивного професійного стресу. Розгляд цієї проблеми тільки в аспекті дефіциту та шкоди, яку завдає особистості професійний стрес, є очевидно недостатнім [1]. Не менш важливим є вивчення механізмів стрес-долаючої поведінки (копінг), як однієї з усвідомлених і активних форм психологічної адаптації людини до стресогенних умов життя і професійної діяльності [1, 5–6].

Копінг-поведінка розглядається як діяльність особистості, спрямована на підтримання або збереження

Лікарі-психотерапевти і лікарі-психологи також використовують сполучену фармакотерапію – атипові нейролептики, антидепресанти, транквілізатори.

Хворі на невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади, депресію помірного рівня, вегето-судинну дистонію лікуються винятково в амбулаторних умовах як на вторинному, так і на третинному рівнях.

У спеціалізованій психіатричній мережі лікарі-психотерапевти, лікарі-психологи і практичні психологи мають працювати як самостійно, так і у складі поліпрофесійних бригад.

*Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальностей «медична психологія» і «психотерапія», зав. кафедри психотерапії ХМАПО, Заслужений діяч науки і техніки України, д. мед. н., професор  
Б.В. Михайлов*

балансу між вимогами середовища та ресурсами, які відповідають цим вимогам, і виявляється в когнітивній, емоційній та поведінковій сферах. Застосування адаптивних варіантів копінг-поведінки створює сприятливі умови для подолання станів професійної дезадаптації і формування адекватних стратегій подолання професійного стресу [5].

Вивчення структури копінг-стратегій лікарів хірургічного та терапевтичного профілю може сприяти пошуку нових ресурсів для психологічної підтримки фахівців та вказати на нові напрями для дослідницької діяльності.

**Метою** нашого дослідження стало визначення домінуючих копінг-стратегій та їх зв'язку зі станами про-

фесійної дезадаптації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів.

**Матеріали та методи дослідження**

Робота проводилась у два етапи: на першому етапі на основі інформованої згоди було обстежено 280 лікарів хірургічного та терапевтичного профілів (за методикою О.Н. Родіної [3]) з метою виявлення ознак професійної дезадаптації. На другому етапі зі всього загалу обстежених було сформовано три групи респондентів.

43,7±5,5 років), зі стажем роботи за спеціальністю від 3 до 23 років (в середньому 15,6±1,2 року). Респонденти всіх трьох груп не мали хронічної соматичної патології, яка б вимагала госпіталізацій, психічних та поведінкових розладів, ЧМТ в анамнезі, а також не стикалися з психотравмуючими ситуаціями впродовж останніх трьох місяців.

Для визначення варіантів копінг-стратегій у структурі копінг-поведінки був використаний копінг-тест Е. Нейм в адаптації Л.І. Вассермана [2], який дозволяє дослідити 26 ситуаційно-специфічних варіантів копі-

Таблиця 1. Структура копінг-поведінки лікарів хірургічного та терапевтичного профілів

Сфера	Рівень адаптивності	Копінг-стратегія	ОГ1 (n=97)	ОГ2 (n=85)	КГ (n=73)
Когнітивні	Адаптивні	Збереження самооволодіння	30,8	27,3	20,2
		Проблемний аналіз	13,2	13,9	17,3
		Установка власної цінності	11,4	15,9	20,7
		Всього:	55,4	57,1	58,2
	Відносно адаптивні	Відносність	8,5	8,9	9,1
		Релігійність	7,6	8,3	5,4
		Надання змісту	12,1	8,2	13,4
		Всього:	28,2	25,4	27,9
	Неадаптивні	Ігнорування	7,2	7,6	6,9
		Примирення	2,1	1,3	1,5
Дисимуляція		5,7	5,0	4,2	
Розгубленість		1,4	3,6	2,3	
Всього:	16,4	17,5	14,9		
Емоційні	Адаптивні	Протест	19,6	20,2	26,6
		Оптимізм	20,1	22,1	21,3
		Всього:	39,7	42,3	47,9
	Відносно адаптивні	Емоційна розрядка	0,0	1,0	0,0
		Пасивна кооперація	4,2	7,9	4,5
	Всього:	4,2	8,9	4,5	
	Неадаптивні	Пригнічення емоцій	16,9	10,3	15,4
		Покірність	13,1	13,2	10,1
		Самообвинувачення	26,1	25,3	22,1
		Агресивність	0,0	0,0	0,0
Всього:		56,1	48,8	47,6	
Поведінкові	Адаптивні	Альтруїзм	14,5	16,7	14,1
		Співпраця	13,7	13,1	28,3
		Звернення	10,1	12,6	17,4
		Всього:	38,3	42,4	59,8
	Відносно адаптивні	Відволікання	17,3	22,9	15,8
		Компенсація	19,3	18,9	13,1
		Конструктивна активність	3,3	2,4	3,1
		Всього:	39,9	44,2	32,0
	Неадаптивні	Активне уникання	17,4	11,1	5,7
		Відступ	4,4	2,3	2,5
Всього:	21,8	13,4	8,2		

Першу основну групу (ОГ1) склали 97 лікарів хірургічного профілю віком від 27 до 56 років (середній вік становив 43,1±5 років), зі стажем роботи за спеціальністю від 5 до 22 років (в середньому 16,3±1,1 року). Другу основну групу (ОГ2) склали 85 лікарів терапевтичного профілю віком від 25 до 52 років (середній вік становив 42,7±5,1 років), зі стажем роботи за спеціальністю від 3 до 21 року (в середньому 15,9±1,2 року). До контрольної групи (КГ) увійшли 73 лікарі без ознак професійної дезадаптації віком від 25 до 56 років (середній вік

гу, що відображають способи подолання труднощів у трьох основних сферах психічної діяльності – поведінковій, когнітивній та емоційній. Для оцінки наявності ознак професійної дезадаптації використано методику О.Н. Родіної в адаптації М.А. Дмитрієвої [3].

**Результати та їх обговорення**

Результати дослідження показали, що у всіх обстежених групах лікарів переважають конструктивні ва-

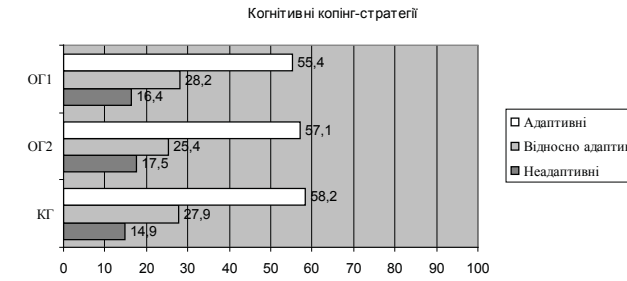


Рис. 1. Рівні адаптивності когнітивних копінг-стратегій у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів

ріанти копінг-стратегій у когнітивній та поведінковій сферах, що вказує на загалом адаптивний характер копінг-поведінки лікарів хірургічного та терапевтичного профілю (табл. 1).

Аналіз окремих форм копінг-поведінки, досліджуваних у когнітивній сфері, виявив часте використання лікарями конструктивної стратегії «проблемний аналіз», яка передбачає пошук необхідної інформації для раціонального пояснення причин виникнення проблемної ситуації та виходу з неї (13,2±0,03 в ОГ1; 13,9±0,04 в ОГ2 та 17,3±0,04 в КГ). Однак, у структурі копінг-поведінки лікарів основних груп, порівняно з контрольною групою, відзначається деяке зниження використання

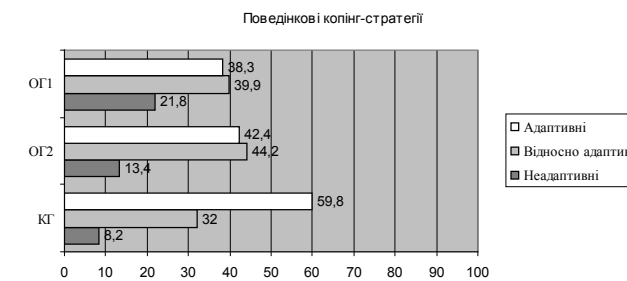


Рис. 2. Рівні адаптивності поведінкових копінг-стратегій у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів

адаптивних і збільшення відносно адаптивних та неадаптивних способів подолання стресу в когнітивній сфері (рис. 1).

Серед неадаптивних когнітивних копінг-стратегій, які часто використовують лікарі з ознаками професійної дезадаптації, найпоширенішими виявились «дисимуляція» (5,7±0,03 в ОГ1; 5,0±0,03 в ОГ2; 4,2±0,03 в КГ) та «ігнорування» (7,2±0,08 в ОГ1; 7,6±0,04 в ОГ2; 6,9±0,03 в КГ), що відображають пасивні форми поведінки, пов'язані з недооцінкою або запереченням наявності труднощів, свідомим униканням вирішення проблем через невпевненість у власних ресурсах. Прагнення лікарів представити психотравмуючу професійну ситуацію як незначну, неважливу на даний момент, дозволяє їм ігнорувати проблему. На думку більшості авторів, ці способи копіngu є найменш ефективними, хоча в такий спосіб дають можливість лікарю тимчасово знизити емоційну напругу в умовах складних професійних ситуацій. Суттєва частина лікарів для подолання складних професійних ситуацій використовують копінг-стратегію «самооволодіння» (30,8±0,07 в ОГ1,

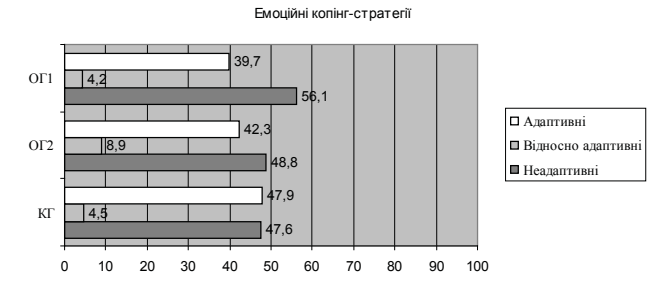


Рис. 3. Рівні адаптивності емоційних копінг-стратегій у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів

27,3±0,05 в ОГ2, 20,2±0,03 в КГ). Їхні зусилля спрямовані на збереження та підвищення самооцінки шляхом посилення самоконтролю та демонстрації соціально-схвалюваної поведінки у проблемних ситуаціях. Відчуваючи емоційну напругу при спілкуванні з пацієнтами, ці лікарі дотримуються соціальних норм, які диктують жорсткі стереотипи емоційного реагування (бути стриманим, терплячим, дбайливим, розуміючим, співчутливим тощо), показуючи приклад глибокої віри у власні ресурси при подоланні складних ситуацій.

У структурі копінг-поведінки лікарів з ознаками професійної дезадаптації, порівняно з контрольною групою, домінуючими виявились відносно неадаптивні копінг-стратегії (рис. 2).

Змістовий аналіз структури поведінкових копінг-стратегій показав, що лікарі хірургічного та терапевтичного профілів з ознаками професійної дезадаптації найчастіше використовують стратегії «компенсація» (19,3±0,13 в ОГ1; 18,9±0,09 в ОГ2; 13,1±0,08 в КГ), «відволікання» (17,3±0,08 в ОГ1; 22,9±0,09 в ОГ2; 15,8±0,07 в КГ), «активне уникання» (17,7±0,06 в ОГ1; 11,1±0,03 в ОГ2; 5,7±0,04 в КГ) та «альтруїзм» (14,5±0,07 в ОГ1; 16,7±0,05 в ОГ2; 14,1±0,03 в КГ). Ці копінг-стратегії відображають різні способи реалізації прагнення відволіктись від труднощів, зокрема, надаючи допомогу іншим, занурюючись в заняття, безпосередньо не пов'язані з

Таблиця 2. Кореляційний аналіз зв'язку деяких копінг-стратегій (за Е. Нейм) з рівнем професійної дезадаптації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів

Види копінг-стратегій	Рівень професійної дезадаптації			
	середній	виражений	високий	
Когнітивні	Збереження самооволодіння	0,165*	0,153*	0,215*
	Проблемний аналіз	-0,215*	-0,375**	-0,365**
	Установка власної цінності	-0,238*	-0,345**	-0,387**
	Дисимуляція	0,234*	0,313**	0,355**
Емоційні	Протест	-0,165*	-0,155*	-0,219*
	Пригнічення емоцій	0,153*	0,185*	0,235**
	Покірність	0,215*	0,394**	0,223*
	Самообвинувачення	0,22*	0,357**	0,375**
Поведінкові	Співпраця	-0,157*	-0,379**	-0,319**
	Звернення	-0,28**	-0,343**	-0,385**
	Компенсація	0,165*	0,364**	0,365**
	Активне уникання	0,198*	0,232*	0,157*
	Відступ	0,215*	0,295**	0,174*

Примітка: \* – p<0,05; \*\* – p<0,01.



професійною діяльністю, або просто уникаючи думок про неприємні ситуації, що дозволяє зменшити емоційну напругу. Стратегії «звернення» та «співпраця», що належать до конструктивних поведінкових копінг-стратегій, виявились поширенішими у групі лікарів без ознак професійної дезадаптації (23,8±0,08 в ОГ1, 25,7±0,09 в ОГ2; 45,7±0,12 в КГ). Прагнення до співпраці, звернення за допомогою та підтримкою до колег пов'язано зі збільшенням частоти вирішення проблемних ситуацій у професійній діяльності.

У сфері емоційних копінг-стратегій (рис. 3) найпоширенішими у групах лікарів з ознаками професійної дезадаптації виявились дезадаптивні – «самозвинувачення» (26,1±0,1 в ОГ1; 25,3±0,09 в ОГ2; 22,1±0,08 в КГ), «пригнічення емоцій» (16,9±0,08 в ОГ1; 10,3±0,06 в ОГ2; 15,4±0,07 в КГ) та «покірність» (13,1±0,06 в ОГ1; 13,2±0,06 в ОГ2; 10,1±0,04 в КГ). В ОГ2 виявлено переважання копінг-стратегій «оптимізм» (20,1±0,08 в ОГ1; 22,1±0,07 в ОГ2; 21,3±0,07 в КГ) – впевненість в наявності виходу зі складної ситуації. Можливо, що зовні оптимістичне ставлення до стресової ситуації тимчасово знижує емоційне напруження, проте не сприяє вирішенню конфліктної ситуації.

Проведений кореляційний аналіз виявив певні взаємозв'язки між схильністю до використання певних варіантів копінг-стратегій та рівнем професійної дезадаптації. Було отримано показники, які вказують на позитивний кореляційний зв'язок між копінг-стратегіями «дисимуляція» ( $r=0,355$ ;  $p<0,05$ ), «пригнічення емоцій» ( $r=0,235$ ;  $p<0,05$ ), «самообвинувачення» ( $r=0,375$ ;  $p<0,05$ ), «компенсація» ( $r=0,365$ ;  $p<0,05$ ) та вираженим рівнем ПД. Також виявлено негативний кореляційний зв'язок між рівнем ПД та копінг-стратегіями «проблемний аналіз», «установка власної цінності», «протест», «співпраця», «звернення» (табл. 2).

**РОЛЬ КОПІНГ-СТРАТЕГИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ВРАЧЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЕЙ**

**Висновок**

При зіткненні з життєвими труднощами, в тому числі складними ситуаціями, пов'язаними з професійною діяльністю, лікарі хірургічного та терапевтичного профілів частіше використовують конструктивні форми копінг-стратегій, проте лікарі з ознаками професійної дезадаптації частіше, порівняно з контрольною групою, вдаються до неадаптивних та відносно неадаптивних копінг-стратегій. Встановлено наявність позитивного кореляційного зв'язку між станами професійної дезадаптації і деякими варіантами копінг-стратегій – «дисимуляція», «пригнічення емоцій», «самообвинувачення», «компенсація». Виявлені особливості у структурі копінг-поведінки лікарів хірургічного профілю створюють підґрунтя для розробки відповідних програм психопрофілактики та психокорекції станів професійної дезадаптації.

**Список використаної літератури**

1. Абабков В. А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии / В. А. Абабков, М. Перре. – СПб.: Речь, 2004. – 165 с.
2. Набиуллина Р. Р. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция): учебное пособие / Р. Р. Набиуллина, И. В. Тухтарова. – Казань, 2003.
3. Практикум по психологии профессиональной деятельности: учебное пособие / под ред. Т. С. Никифорова, А. М. Дмитриевой, В. М. Сметкова. – СПб.: Изд. СПб. ун-та, 2000. – 304 с.
4. Ясько Б. А. Экспертный анализ профессионально важных качества врача / Б. А. Ясько // Психологический журнал. – 2004. – Т. 25, № 3. – С. 71–78.
5. Stress, burnout, and maladaptive coping: Strategies for surgeon well-being/ James G. IV Bittner, Zarrish Khan, Maya Babu [et al.] // Bulletin of the American college of surgeons – August, 2011. – P. 17–22
6. The effects of stress on surgical performance/ Cordula M. Wetzel, Roger L. Kneebone, Maria Woloshynowych [et al.] // The American Journal of Surgery. – 2008. – № 291. – P. 5–10.

**А.А. Каминская**

**Ключевые слова:** профессиональная дезадаптация, врачи хирургического и терапевтического профилей, копинг-стратегии.

Исследована структура копинг-поведения врачей хирургического и терапевтического профилей с целью определения роли копинг-стратегий в формировании состояний профессиональной дезадаптации (ПД). В качестве психодиагностического инструментария исследования были использованы опросник профессиональной дезадаптации О.Н. Родиной и методика для психологической диагностики копинг-механизмов (Е. Heim). На первом этапе обследовано 280 врачей, на втором этапе респонденты были распределены по группам таким образом: ОГ1 – врачи хирургического профиля с признаками ПД, ОГ2 – врачи терапевтического профиля с признаками ПД, КГ – врачи без признаков ПД. Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о том, что врачи хирургического и терапевтического профилей с признаками ПД в стрессовых ситуациях чаще, в сравнении с врачами без признаков ПД, склонны использовать копинг-стратегии «дисимуляция», «подавление эмоций», «самообвинение», «компенсация». Таким образом, в результате исследования была выявлена взаимосвязь некоторых вариантов копинг-стратегий и состояний профессиональной дезадаптации.

**ROLE OF COPING STRATEGIES IN FORMING OF PROFESSIONAL DISADAPTATION IN SURGERY AND THERAPEUTIC PROFILE DOCTORS**

**A. Kaminska**

**Key words:** professional disadaptation, surgery and therapeutic profile doctors, coping strategies.

Structure of coping behavior of surgical and therapeutic profile doctors was investigated to determine the role of coping strategies in the professional disadaptation (PD) forming. Professional disadaptation questionnaire by O.N. Rodina and test for psychological diagnostics of coping mechanisms (E. Heim) were used in the research. At the first stage 280 physicians were surveyed, after that at the second stage, respondents were divided into groups as follows: EG1 – surgical doctors with signs of PD, EG2 – therapeutic profile doctors with signs of PD, CG – doctors without PD signs. The research suggests, that surgical and therapeutic profile doctors with the signs of PD in stressful situations, often compared with physicians without signs of PD, tend to use coping strategies «dissimulation», «emotional suppression», «self-incrimination» and «compensation». Thus, as a result of the study the relationship of certain coping strategies and professional disadaptation states was revealed.

УДК: 616.89

**С.С. Шум<sup>1</sup>, І.Я. Пінчук<sup>1</sup>, О.О. Суховій<sup>1</sup>, І.А. Рассказова<sup>2</sup>  
ЗАСТОСУВАННЯ СТАЦІОНАРНИХ ВИДІВ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО  
ХАРАКТЕРУ У 2013 РОЦІ (СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ)**

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

<sup>2</sup>КЛПУ «Міська психіатрична лікарня № 1, м. Макіївка»

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

У статті відображено застосування в регіонах України примусових заходів медичного характеру (ПЗМХ) у виді госпіталізації до психіатричного закладу з суворим, посиленням або звичайним наглядом – станом на 2013 рік. Відзначено суттєві регіональні відмінності у застосуванні, зміні виду та припиненні застосування ПЗМХ, а також поступове зменшення кількості осіб, до яких застосовуються стаціонарні види ПЗМХ. Звертає увагу збільшення кількості осіб, відносно яких стаціонарний вид ПЗМХ було змінено на ПЗМХ у виді надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку.

Протягом 2013 року Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України провів суцільне дослідження (шляхом щомісячного електронного статистичного спостереження) стану застосування примусових заходів медичного характеру (ПЗМХ) у виді госпіталізації до психіатричних закладів із суворим, посиленням та звичайним наглядом.

За результатами дослідження станом на 01.01.2014 р. в Україні застосовувалися такі стаціонарні види ПЗМХ:

- ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом – в Українській психіатричній лікарні з суворим наглядом, у 12 відділеннях якої наприкінці 2013 року перебувало 1006 осіб (табл. 1, табл. 3);
- ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом – у 14 відділеннях з посиленням наглядом психіатричних закладів (рис. 1; табл. 4), де станом на 01.01.2014 р. перебувало 571 особа;

**Таблиця 1. Розподіл осіб, до яких застосовувалися ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом (в Українській психіатричній лікарні з суворим наглядом), за регіонами надходження**

Регіон України, з якого надійшли особи	Кількість осіб*, до яких застосовувалися ПЗМХ, станом на 01.01.2014 р.	Кількість осіб, до яких застосовувалися ПЗМХ, станом на 01.01.2014 р. (на 100 тисяч населення у регіоні)**
АР Крим	76	3,87
Вінницька обл.	21	1,29
Волинська обл.	9	0,87
Дніпропетровська обл.	75	2,27
Донецька обл.	136	3,11
Житомирська обл.	20	1,58
Закарпатська обл.	15	1,20
Запорізька обл.	47	2,63
Івано-Франківська обл.	23	1,66
Київська обл.	40	2,32
Кіровоградська обл.	39	3,92
Луганська обл.	39	1,73
Львівська обл.	53	2,09
Миколаївська обл.	27	2,30
Одеська обл.	61	2,55
Полтавська обл.	23	1,57
Рівненська обл.	6	0,52
Сумська обл.	27	2,36
Тернопільська обл.	5	0,46
Харківська обл.	49	1,79
Херсонська обл.	34	3,15
Хмельницька обл.	17	1,29
Черкаська обл.	29	2,29
Чернівецька обл.	5	0,55
Чернігівська обл.	24	2,23
м. Київ	50	1,76
м. Севастополь	16	4,17
Всього	966	2,12

Примітки: \* – за винятком громадян України без постійного місця проживання, громадян інших країн та осіб без громадянства (за даними Української психіатричної лікарні з суворим наглядом); \*\* – відносні показники на 100 тисяч населення розраховані, виходячи з відомостей про чисельність населення України, за даними Державної служби статистики України, станом на 01.01.2013 р.



Рис. 1. Територіальний розподіл регіонів обслуговування 14 психіатричних закладів, у яких застосовуються ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом

Таблиця 2. Територіальний розподіл за регіонами України психіатричних закладів, у яких застосовувалися ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом

Регіон України	Кількість відділень, де застосовувалися ПЗМХ, станом на 01.01.2014 р.	Кількість осіб, до яких застосовувалися ПЗМХ, станом на 01.01.2014 р.
АР Крим	Не надали інформацію	79
Вінницька обл.	Не надали інформацію	12
Волинська обл.	1	21
Дніпропетровська обл.	22	52
Донецька обл.	15	96
Житомирська обл.	1	10
Закарпатська обл.	1	18
Запорізька обл.	31	54
Івано-Франківська обл.	3	19
Київська обл.	13	66
Кіровоградська обл.	11	16
Луганська обл.	11	35
Львівська обл.	4	43
Миколаївська обл.	3	7
Одеська обл.	43	23
Полтавська обл.	6	46
Рівненська обл.	1	24
Сумська обл.	10	38
Тернопільська обл.	2	4
Харківська обл.	20	37
Херсонська обл.	9	20
Хмельницька обл.	1	24
Черкаська обл.	17	18
Чернівецька обл.	4	11
Чернігівська обл.	6	11
м. Київ	Не надали інформацію	23
м. Севастополь	4	10
<b>Всього</b>	<b>239</b>	<b>817</b>

• ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом (табл. 2; табл. 5) – даний вид ПЗМХ було застосовано до 817 осіб станом на кінець 2013 року.

Найбільші відносні показники кількості осіб, до яких станом на 01.01.2014 р. застосовувалися ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом, були характерні для осіб, які надійшли до Української психіатричної лікарні з суворим наглядом з м. Севастополь (4,17 на 100 тисяч населення, або 16 осіб), Кіровоградської області (3,92 на 100 тисяч населення, або 39 осіб), АР Крим (3,87 на 100 тисяч населення, або 76 осіб), Херсонської (3,15 на 100 тисяч населення, або 34 особи) та Донецької областей (3,11 на 100 тисяч населення, або 136 осіб). Найменші показники – щодо осіб із Тернопільської (0,46 на 100 тисяч населення, або 5 осіб), Рівненської (0,52 на 100 тисяч населення, або 6 осіб) та Чернівецької областей (0,55 на 100 тисяч населення, або 5 осіб).

Між закладами, в яких застосовуються ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом, досить неоднорідно розподілено регіони обслуговування (як за кількістю регіонів, так і за кількістю населення). Зазначений розподіл затверджено наказом МОЗ України від 31.01.2001 р. № 35 (останні зміни до якого було внесено наказом МОЗ України від

10.12.2009 р. № 935). Так, до Волинської обласної психіатричної лікарні № 2 госпіталізуються для застосування зазначеного виду ПЗМХ особи з 5 областей, сукупне населення яких становить близько 7,2 млн осіб, до Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О.Ф. Мальцева – з 4 областей, де проживає понад 6,35 млн осіб, до КЛПУ «Обласна психіатрична лікарня м. Жданівка» – з Донецької та Луганської обл., населення яких становить більше 6,63 млн. Водночас Житомирська обласна психіатрична лікарня № 1, Закарпатська обласна психіатрична лікарня м. Берегове та Хмельницька обласна психіатрична лікарня № 1 обслуговують по 1 області, населення кожної з яких становить 1,2–1,4 млн жителів. Такий територіальний розподіл зумовлює різне навантаження на психіатричні заклади.

Регіони України зазначили різну кількість відділень психіатричних закладів, де протягом року застосовувалися ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом. В АР Крим, Вінницькій області та м. Київ кількість таких відділень взагалі не була вказана, але ПЗМХ у психіатричних закладах зазначених регіонів застосовувалися (відповідно до 79, 12 та 23 осіб). Волинська, Житомирська, Закарпатська, Рівненська та Хмельницька області зазначили по 1 відділенню, у яких застосовувався даний вид ПЗМХ. Дніпропетровська, Запорізька, Одеська та Харківська області протягом 2013 року зазначили наявність десятків відділень для застосування ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом.

Поквартальні дані про застосування, зміну виду та припинення застосування стаціонарних видів ПЗМХ протягом 2013 року – відображено на рисунку 2.

Детальну інформацію щодо кількості осіб, до яких станом на кінець кварталу застосовувалися стаціонарні види ПЗМХ у психіатричних закладах кожного з регіонів України, наведено у таблицях 3–5.

Поквартальні дані про кількість осіб, яким було змінено вид ПЗМХ, містяться у таблицях 6–8.

У таблицях 9–11 продемонстровано поквартальну статистичну інформацію щодо осіб, яким було припинено застосування кожного зі стаціонарних видів ПЗМХ.

Щодо необхідності подальшого диспансерного нагляду за особами, щодо яких було припинено застосування ПЗМХ, у пп. 29, 30 «Порядку застосування примусових заходів медичного характеру в психіатричних закладах до осіб, які хворі на психічні розлади і вчинили суспільно небезпечні діяння», затвердженого наказом МОЗ України від 08.10.2001 р. № 397, зазначено,

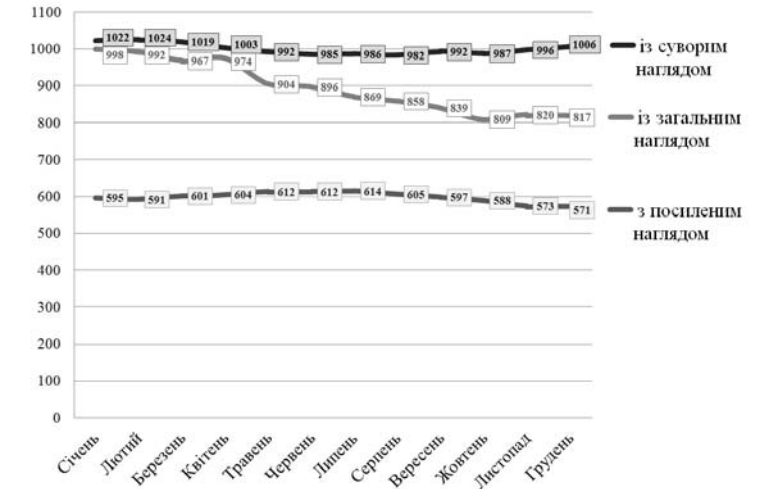


Рис. 2. Кількість осіб, до яких протягом 2013 року застосовувалися ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим, посиленням та звичайним наглядом

що «у разі припинення за рішенням суду застосованих примусових заходів медичного характеру ... особу виписують ... з обов'язковим лікарським наглядом за місцем проживання. До психоневрологічного диспансеру (кабінету) направляються витяг з картки стаціонарного хворого і копія рішення суду»; «особа, у якій відсутній законний представник і яка за психічним станом потребує постійного стороннього догляду, після припинення застосованих примусових заходів медичного характеру може бути переведена до психіатричної лікарні за місцем проживання до вирішення її соціальних питань»).

Середня кількість осіб, до яких протягом 2013 року застосовувалися ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом, становила 1000 осіб, з посиленням наглядом – 597, із звичайним наглядом – 895 осіб. Середня кількість осіб, до яких протягом 2013 року застосовувалися стаціонарні види ПЗМХ, становила 2492 особи.

Кількість осіб, до яких застосовувалися ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом, поступово зменшувалася – з 1022 осіб у січні до 982 у серпні, а потім почала поступово зростати та досягла 1006 осіб у грудні 2013 року. Стосовно осіб, до яких застосовувалися ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом, відзначалося деяке зростання – з 595 у січні до 614 у липні, в подальшому кількість таких осіб зменшувалася та досягла 571 особи – річного мінімуму – у грудні 2013 року. Коливання показника кількості осіб, до яких застосовувалися ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом, – зменшилася з 998 у січні до 809 у жовтні 2013 року, а потім дещо зросла до 817 осіб

Таблиця 3. Кількість осіб, до яких застосовувалися ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом

Психіатричний заклад із суворим наглядом	Станом на кінець I кварталу 2013 р.	Станом на кінець II кварталу 2013 р.	Станом на кінець III кварталу 2013 р.	Станом на кінець IV кварталу 2013 р.	Станом на кінець 2013 року (на 100 тисяч населення України)*
УПЛСН, м. Дніпропетровськ	1019	985	992	1006	2,21

Примітка (табл. 3–14): \* – відносні показники на 100 тисяч населення розраховані, виходячи з відомостей про чисельність населення України, за даними Державної служби статистики України, станом на 01.01.2013 р.



Таблиця 4. Кількість осіб, до яких застосовувалися ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом

Психіатричний заклад з посиленням наглядом (регіони обслуговування)	Станом на кінець I кварталу 2013 р.	Станом на кінець II кварталу 2013 р.	Станом на кінець III кварталу 2013 р.	Станом на кінець IV кварталу 2013 р.	Станом на кінець 2013 року (на 100 тисяч населення у регіонах обслуговування)*
Кримська РУ «КПЛ № 1», м. Сімферополь (АР Крим, м. Севастополь)	58	55	59	55	2,34
Вінницька ОПЛ № 2, с. Березина (Вінницька, Чернівецька обл.)	42	45	46	42	1,66
Волинська ОПЛ № 2, смт. Олика (Волинська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська обл.)	48	54	50	46	0,64
КЗ «Дніпропетровська ОКПЛ», м. Дніпропетровськ (Дніпропетровська обл.)	48	48	44	40	1,21
КЛПУ «ОПЛ м. Жданівка», м. Жданівка (Донецька, Луганська обл.)	129	134	119	121	1,82
Житомирська ОПЛ №1, м. Житомир (Житомирська обл.)	19	19	23	20	1,58
Закарпатська ОПЛ м. Берегово, м. Берегово (Закарпатська обл.)	4	6	4	4	0,32
КЗ Київської ОР «ОПНМО», смт. Глеваха (Київська обл.)	41	41	40	40	2,32
Миколаївська ОПЛ № 2, с. Сапентня (Миколаївська, Одеська обл.)	23	11	14	17	0,48
Полтавська ОКПЛ ім. О.Ф. Мальцева, м. Полтава (Полтавська, Кіровоградська, Сумська, Харківська обл.)	61	65	62	61	0,96
Херсонська ОПЛ, м. Херсон (Херсонська, Запорізька обл.)	29	31	36	31	1,08
Хмельницька ОПЛ № 1, с. Скаржинці (Хмельницька обл.)	22	23	22	25	1,90
КЛПЗ «Чернігівська ОПЛ», м. Чернігів (Чернігівська, Черкаська обл.)	35	37	35	31	1,32
Київська міська ПНЛ №3, смт. Глеваха (м. Київ)	42	43	43	38	1,34
<b>Всього</b>	<b>601</b>	<b>612</b>	<b>597</b>	<b>571</b>	<b>1,25</b>

Таблиця 5. Кількість осіб, до яких застосовувалися ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом

Регіон України	Станом на кінець I кварталу 2013 р.	Станом на кінець II кварталу 2013 р.	Станом на кінець III кварталу 2013 р.	Станом на кінець IV кварталу 2013 р.	Станом на кінець 2013 року (на 100 тисяч населення у регіоні)*
АР Крим	87	92	81	79	4,02
Вінницька обл.	23	14	13	12	0,74
Волинська обл.	17	14	17	21	2,02
Дніпропетровська обл.	62	60	46	52	1,57
Донецька обл.	106	95	97	96	2,19
Житомирська обл.	11	10	6	10	0,79
Закарпатська обл.	27	21	20	18	1,43
Запорізька обл.	74	65	57	54	3,02
Івано-Франківська обл.	25	22	22	19	1,38
Київська обл.	65	62	63	66	3,83
Кіровоградська обл.	7	6	13	16	1,61
Луганська обл.	31	29	31	35	1,55
Львівська обл.	46	38	38	43	1,69
Миколаївська обл.	15	28	12	7	0,60
Одеська обл.	22	26	24	23	0,96
Полтавська обл.	45	47	43	46	3,13
Рівненська обл.	31	28	26	24	2,07
Сумська обл.	46	40	32	38	3,32
Тернопільська обл.	7	9	3	4	0,37
Харківська обл.	65	56	44	37	1,35
Херсонська обл.	34	41	46	20	1,85
Хмельницька обл.	26	22	22	24	1,83
Черкаська обл.	38	16	25	18	1,42
Чернівецька обл.	16	18	14	11	1,21
Чернігівська обл.	12	7	11	11	1,02
м. Київ	17	21	24	23	0,81
м. Севастополь	12	9	9	10	2,61
<b>Всього</b>	<b>967</b>	<b>896</b>	<b>839</b>	<b>817</b>	<b>1,79</b>

у грудні. Переважно за рахунок останньої групи загальної кількості осіб, до яких застосовувалися стаціонарні види ПЗМХ, зменшилася з 2615 осіб у січні 2013 року до 2394 осіб станом на 01.01.2014 р.

Аналіз регіональних даних застосування ПЗМХ у вигляді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом свідчать про коливання даних. Станом на 01.01.2014 р. відносні показники (на 100 тисяч населення регіонів обслуговування) свідчать про

Таблиця 6. Кількість осіб, до яких застосовувалися ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом і щодо яких було змінено вид ПЗМХ

Психіатричний заклад із суворим наглядом	Протягом I кварталу 2013 р.	Протягом II кварталу 2013 р.	Протягом III кварталу 2013 р.	Протягом IV кварталу 2013 р.	Всього за 2013 рік	Всього за 2013 рік (на 100 тисяч населення України)*
УПЛСН, м. Дніпропетровськ	37	53	14	21	125	0,27

Таблиця 7. Кількість осіб, до яких застосовувалися ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом і щодо яких було змінено вид ПЗМХ

Психіатричний заклад з посиленням наглядом (регіони обслуговування)	Протягом I кварталу 2013 р.	Протягом II кварталу 2013 р.	Протягом III кварталу 2013 р.	Протягом IV кварталу 2013 р.	Всього за 2013 рік	Всього за 2013 рік (на 100 тисяч населення у регіонах обслуговування)*
Кримська РУ «КПЛ № 1», м. Сімферополь (АР Крим, м. Севастополь)	11	6	8	3	28	1,19
Вінницька ОПЛ № 2, с. Березина (Вінницька, Чернівецька обл.)	5	0	1	4	10	0,39
Волинська ОПЛ № 2, смт. Олика (Волинська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська обл.)	11	5	6	2	24	0,33
КЗ «Дніпропетровська ОКПЛ», м. Дніпропетровськ (Дніпропетровська обл.)	11	7	3	9	30	0,91
КЛПУ «ОПЛ м. Жданівка», м. Жданівка (Донецька, Луганська обл.)	1	12	14	9	36	0,54
Житомирська ОПЛ № 1, м. Житомир (Житомирська обл.)	3	0	0	3	6	0,47
Закарпатська ОПЛ м. Берегово, м. Берегово (Закарпатська обл.)	2	5	15	15	37	2,95
КЗ Київської ОР «ОПНМО», смт. Глеваха (Київська обл.)	8	23	38	46	115	6,68
Миколаївська ОПЛ № 2, с. Сапентня (Миколаївська, Одеська обл.)	9	15	3	2	29	0,81
Полтавська ОКПЛ ім. О.Ф. Мальцева, м. Полтава (Полтавська, Кіровоградська, Сумська, Харківська обл.)	0	10	12	9	31	0,49
Херсонська ОПЛ, м. Херсон (Херсонська, Запорізька обл.)	0	9	12	14	35	1,22
Хмельницька ОПЛ № 1, с. Скаржинці (Хмельницька обл.)	1	2	3	2	8	0,61
КЛПЗ «Чернігівська ОПЛ», м. Чернігів (Чернігівська, Черкаська обл.)	3	3	1	3	10	0,43
Київська міська ПНЛ №3, смт. Глеваха (м. Київ)	0	0	2	6	8	0,28
<b>Всього</b>	<b>65</b>	<b>97</b>	<b>118</b>	<b>127</b>	<b>407</b>	<b>0,89</b>

найбільші показники у Кримській республіканській установі «Клінічна психіатрична лікарня № 1» (2,34 на 100 тисяч населення, або 55 осіб) та Комунальному закладі Київської обласної ради «Обласне психіатрично-наркологічне медичне об'єднання» (2,32 на 100 тисяч населення, або 40 осіб). Найменші показники – у Закарпатській обласній психіатричній лікарні м. Берегово (0,32 на 100 тисяч населення, або 4 особи) та Миколаївській обласній психіатричній лікарні № 2 (0,48 на 100 тисяч населення, або 17 осіб).

Регіональні дані застосування ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом свідчать про ще більше коливання показників. Станом на 01.01.2014 р. найбільші відносні показники (на 100 тисяч населення регіонів) зафіксовано у АР Крим (4,02 на 100 тисяч населення, або 79 осіб), Київській (3,83 на 100 тисяч населення, або 66 осіб), Сумській (3,32 на 100 тисяч населення, або 38 осіб), Полтавській (3,13 на 100 тисяч населення, або 46 осіб) та Запорізькій областях (3,02 на 100 тисяч населення, або 54 особи). Найменші показники – у Тернопільській (0,37 на 100 тисяч населення, або 4 особи) та Миколаївській областях (0,60 на 100 тисяч населення, або 7 осіб).

Статистичні дані щодо зміни виду стаціонарних ПЗМХ протягом 2013 року були такими. Серед осіб, до яких було застосовано ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом, 125 особам було змінено вид ПЗМХ (в середньому від 10 до 11 осіб щомісяця). Також було змінено вид ПЗМХ 407 особам, які перебували у психіатричних закладах з посиленням наглядом (в середньому 34 особам щомісяця) та 709 особам, які перебували у психіатричних закладах із звичайним наглядом (в середньому по 59 осіб щомісяця).

Відповідно до існуючої практики переважна більшість випадків зміни виду ПЗМХ відбувається: з суворого нагляду – на посилений; з посиленого – на звичайний; зі звичайного нагляду – на ПЗМХ у виді надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку (АПДПП).

Для різних регіонів України щодо кількості осіб, яким змінювався вид ПЗМХ – з госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом – на інший вид, характерні суттєві відмінності показників. Найбільша кількість – у Комунальному закладі Київської обласної ради «Обласне психіатрично-наркологічне ме-

Таблиця 8. Кількість осіб, до яких застосовувалися ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом і щодо яких було змінено вид ПЗМХ

Регіон України	Протягом I кварталу 2013 р.	Протягом II кварталу 2013 р.	Протягом III кварталу 2013 р.	Протягом IV кварталу 2013 р.	Всього за 2013 рік	Всього за 2013 рік (на 100 тисяч населення у регіоні)*
АР Крим	7	8	5	14	34	1,73
Вінницька обл.	4	4	0	4	12	0,74
Волинська обл.	26	0	26	6	58	5,58
Дніпропетровська обл.	13	10	8	9	40	1,21
Донецька обл.	12	16	15	14	57	1,30
Житомирська обл.	5	0	0	0	5	0,39
Закарпатська обл.	4	9	9	9	31	2,47
Запорізька обл.	13	33	63	98	207	11,60
Івано-Франківська обл.	0	2	0	0	2	0,14
Київська обл.	2	3	3	3	11	0,64
Кіровоградська обл.	2	0	0	0	2	0,20
Луганська обл.	19	10	5	6	40	1,77
Львівська обл.	15	9	6	6	36	1,42
Миколаївська обл.	6	3	15	6	30	2,56
Одеська обл.	0	0	0	0	0	0
Полтавська обл.	3	10	4	2	19	1,29
Рівненська обл.	0	1	0	1	2	0,17
Сумська обл.	6	8	6	4	24	2,10
Тернопільська обл.	3	0	3	6	12	1,11
Харківська обл.	0	0	0	0	0	0
Херсонська обл.	0	2	0	0	2	0,19
Хмельницька обл.	2	3	4	1	10	0,76
Черкаська обл.	0	0	0	0	0	0
Чернівецька обл.	4	4	10	0	18	1,98
Чернігівська обл.	5	9	4	9	27	2,51
м. Київ	0	10	13	7	30	1,05
м. Севастополь	0	0	0	0	0	0
<b>Всього</b>	<b>151</b>	<b>154</b>	<b>199</b>	<b>205</b>	<b>709</b>	<b>1,56</b>

Таблиця 9. Кількість осіб, щодо яких було припинено застосування ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом

Психіатричний заклад із суворим наглядом	Протягом I кварталу 2013 р.	Протягом II кварталу 2013 р.	Протягом III кварталу 2013 р.	Протягом IV кварталу 2013 р.	Всього за 2013 рік	Всього за 2013 рік (на 100 тисяч населення України)*
УПЛСН, м. Дніпропетровськ	3	4	3	10	20	0,04

дичне об'єднання» (6,68 на 100 тисяч населення регіону обслуговування, або 115 осіб, що становить 28,3% від загального річного показника по Україні) та Закарпатський обласний психіатричний лікарні м. Берегово (2,95 на 100 тисяч населення регіону обслуговування, або 37 осіб).

Зміна ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом найчастіше відбувалася в Запорізькій (11,60 на 100 тисяч населення регіону обслуговування, або 207 осіб, що становить 29,2% від загальної кількості за рік) та Волинській областях (5,58 на 100 тисяч населення регіону обслуговування, або 58 осіб). В 4 регіонах – Одеській, Харківській, Черкаській областях та м. Севастополь – протягом 2013 року жодній особі не було змінено ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом. Враховуючи той факт, що практично завжди під зміною даного виду ПЗМХ мається на увазі подальше застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП, у регіонах, де найчастіше відбувається зміна ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом, можна констатувати наявність поширеної практики застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП, а в регіонах з низькою чисельністю зміни цього виду ПЗМХ – вкрай недостатню практику застосування амбулаторного виду ПЗМХ.

Дані щодо припинення застосування стаціонарних видів ПЗМХ свідчать про таке. Щодо госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом, 20 особам протягом 2013 року було припинено застосування даного виду ПЗМХ (в середньому по 2 особи щомісяця); щодо госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом, кількість осіб, яким було припинено застосування даного виду ПЗМХ, становила протягом року 83 (в середньому по 7 осіб щомісяця). Щодо ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом – протягом 2013 року застосування даного виду ПЗМХ було припинено 904 особам (в середньому по 75 осіб щомісяця).

Аналіз регіональних показників припинення застосування ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом свідчить, що найбільша частота припинення застосування даного виду ПЗМХ спостерігалась у Херсонській обласній психіатричній лікарні (1,29 на 100 тисяч населення регіону обслуговування, або 37 осіб), Київській міській психоневрологічній лікарні № 3 (0,58 на 100 тисяч населення регіону обслуговування, або 10 осіб) та Комунальному закладі Київської обласної ради «Обласне психіатрично-наркологічне медичне об'єднання» (0,56 на 100 тисяч населення регіону обслуговування, або 16 осіб). В 4 закладах протягом року не було відзначено жодного випадку відміни даного виду ПЗМХ.

Таблиця 10. Кількість осіб, щодо яких було припинено застосування ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом

Психіатричний заклад з посиленням наглядом (регіони обслуговування)	Протягом I кварталу 2013 р.	Протягом II кварталу 2013 р.	Протягом III кварталу 2013 р.	Протягом IV кварталу 2013 р.	Всього за 2013 рік	Всього за 2013 рік (на 100 тисяч населення у регіонах обслуговування)*
Кримська РУ «КПЛ № 1», м. Сімферополь (АР Крим, м. Севастополь)	6	3	0	0	9	0,38
Вінницька ОПЛ № 2, с. Березина (Вінницька, Чернівецька обл.)	0	0	0	1	1	0,04
Волинська ОПЛ № 2, смт. Олика (Волинська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська обл.)	2	0	0	0	2	0,03
КЗ «Дніпропетровська ОКПЛ», м. Дніпропетровськ (Дніпропетровська обл.)	0	0	0	0	0	0
КЛПУ «ОПЛ м. Жданівка», м. Жданівка (Донецька, Луганська обл.)	0	0	0	0	0	0
Житомирська ОПЛ № 1, м. Житомир (Житомирська обл.)	0	0	1	2	3	0,24
Закарпатська ОПЛ м. Берегово, м. Берегово (Закарпатська обл.)	0	0	0	0	0	0
КЗ Київської ОР «ОПНМО», смт. Глеваха (Київська обл.)	1	3	3	3	10	0,58
Миколаївська ОПЛ № 2, с. Сапегія (Миколаївська, Одеська обл.)	0	0	0	0	0	0
Полтавська ОКПЛ ім. О.Ф. Мальцева, м. Полтава (Полтавська, Кіровоградська, Сумська, Харківська обл.)	0	2	0	1	3	0,05
Херсонська ОПЛ, м. Херсон (Херсонська, Запорізька обл.)	2	5	10	20	37	1,29
Хмельницька ОПЛ № 1, с. Скаржинці (Хмельницька обл.)	0	1	0	0	1	0,08
КЛПЗ «Чернігівська ОПЛ», м. Чернігів (Чернігівська, Черкаська обл.)	0	0	1	0	1	0,04
Київська міська ПНЛ №3, смт. Глеваха (м. Київ)	0	4	7	5	16	0,56
<b>Всього</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>22</b>	<b>32</b>	<b>83</b>	<b>0,18</b>

Таблиця 11. Кількість осіб, щодо яких було припинено застосування ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом

Регіон України	Протягом I кварталу 2013 р.	Протягом II кварталу 2013 р.	Протягом III кварталу 2013 р.	Протягом IV кварталу 2013 р.	Всього за 2013 рік	Всього за 2013 рік (на 100 тисяч населення у регіоні)*
АР Крим	12	11	3	9	35	1,78
Вінницька обл.	0	2	3	2	7	0,43
Волинська обл.	3	0	0	0	3	0,29
Дніпропетровська обл.	8	5	3	1	17	0,51
Донецька обл.	8	16	14	13	51	1,17
Житомирська обл.	2	3	1	0	6	0,47
Закарпатська обл.	2	16	26	40	84	6,70
Запорізька обл.	0	5	14	18	37	2,07
Івано-Франківська обл.	4	8	5	1	18	1,30
Київська обл.	11	37	65	91	204	11,85
Кіровоградська обл.	24	5	1	5	35	3,52
Луганська обл.	0	0	0	0	0	0
Львівська обл.	2	0	0	0	2	0,08
Миколаївська обл.	0	0	2	2	4	0,34
Одеська обл.	5	3	2	1	11	0,46
Полтавська обл.	0	4	0	3	7	0,48
Рівненська обл.	3	3	2	1	9	0,78
Сумська обл.	8	13	11	7	39	3,41
Тернопільська обл.	1	3	0	1	5	0,46
Харківська обл.	7	19	6	8	40	1,46
Херсонська обл.	9	35	71	81	196	18,18
Хмельницька обл.	0	1	0	0	1	0,08
Черкаська обл.	32	24	1	11	68	5,36
Чернівецька обл.	0	0	0	0	0	0
Чернігівська обл.	5	3	2	1	11	1,02
м. Київ	2	1	1	3	7	0,25
м. Севастополь	2	3	1	1	7	1,83
<b>Всього</b>	<b>150</b>	<b>220</b>	<b>234</b>	<b>300</b>	<b>904</b>	<b>1,98</b>



Таблиця 12. Застосування ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом

Психіатричний заклад із суворим наглядом	Припинено застосування ПЗМХ протягом 2013 р.	Змінено вид ПЗМХ протягом 2013 р.	Кількість осіб, до яких застосовувалися ПЗМХ, станом на 01.01.2014 р.	Всього за 2013 рік	Всього за 2013 рік (на 100 тисяч населення України)*
УПЛСН, м. Дніпропетровськ	20	125	1006	1151	2,53

Таблиця 13. Застосування ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом

Психіатричний заклад з посиленням наглядом (регіони обслуговування)	Припинено застосування ПЗМХ протягом 2013 р.	Змінено вид ПЗМХ протягом 2013 р.	Кількість осіб, до яких застосовувалися ПЗМХ, станом на 01.01.2014 р.	Всього за 2013 рік	Всього за 2013 рік (на 100 тисяч населення регіонів обслуговування)*
Кримська РУ «КПЛ № 1», м. Сімферополь (АР Крим, м. Севастополь)	9	28	55	92	3,92
Вінницька ОПЛ №2, с. Березина (Вінницька, Чернівецька обл.)	1	10	42	53	2,09
Волинська ОПЛ № 2, смт. Олика (Волинська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська обл.)	2	24	46	72	1,00
КЗ «Дніпропетровська ОКПЛ», м. Дніпропетровськ (Дніпропетровська обл.)	0	30	40	70	2,12
КЛПУ «ОПЛ м. Жданівка», м. Жданівка (Донецька, Луганська обл.)	0	36	121	157	2,37
Житомирська ОПЛ № 1, м. Житомир (Житомирська обл.)	3	6	20	29	2,29
Закарпатська ОПЛ м. Берегово, м. Берегово (Закарпатська обл.)	0	37	4	41	3,27
КЗ Київської ОР «ОПНМО», смт. Глеваха (Київська обл.)	10	115	40	165	9,58
Миколаївська ОПЛ № 2, с. Сапетня (Миколаївська, Одеська обл.)	0	29	17	45	1,26
Полтавська ОКПЛ ім. О.Ф. Мальцева, м. Полтава (Полтавська, Кіровоградська, Сумська, Харківська обл.)	3	31	61	95	1,50
Херсонська ОПЛ, м. Херсон (Херсонська, Запорізька обл.)	37	35	31	103	3,60
Хмельницька ОПЛ № 1, с. Скаржинці (Хмельницька обл.)	1	8	25	34	2,59
КЛПЗ «Чернігівська ОПЛ», м. Чернігів (Чернігівська, Черкаська обл.)	1	10	31	42	1,79
Київська міська ПНЛ №3, смт. Глеваха (м. Київ)	16	8	38	62	2,18
<b>Всього</b>	<b>83</b>	<b>407</b>	<b>571</b>	<b>1061</b>	<b>2,33</b>

Кількість осіб, щодо яких було припинено застосування ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом протягом 2013 року, значно перевищувала аналогічні показники інших стаціонарних видів ПЗМХ, але також неоднорідно розподілялася за регіонами. Найбільші показники відзначались у Херсонській (18,2 на 100 тисяч населення регіону, або 196 осіб) та Київській областях (11,85 на 100 тисяч населення регіону, або 204 особи). Регіонами, у яких жодній особі протягом 2013 року не було припинено застосування ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом, – виявилися Луганська та Чернівецька області.

Підсумкові річні дані щодо застосування, зміни виду та припинення застосування стаціонарних видів ПЗМХ у 2013 році зведено у таблицях 12–14. Сума зазначених кількісних показників дозволяє отримати приблизне уявлення щодо кількості осіб, до яких у 2013 році протягом того чи іншого періоду часу застосовувалися ПЗМХ (сумарні дані є неточними, адже не враховують осіб, які надходили повторно, а також осіб, які померли

під час застосування ПЗМХ). Також розраховано відносні показники на 100 тисяч населення.

Сумарні показники демонструють, що ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом протягом 2013 року застосовувалися загалом до 1151 особи (1006 осіб, які перебували в Українській психіатричній лікарні з суворим наглядом, станом на 01.01.2014 р. + 125 осіб, яким було змінено даний вид ПЗМХ протягом 2013 року + 20 осіб, щодо яких було припинено застосування даного виду ПЗМХ протягом 2013 року). Кількість осіб, яким було змінено даний вид ПЗМХ, значно переважає кількість осіб, яким ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом було припинено, що свідчить про поступовий перехід більшості таких осіб, відповідно до ухвал суду, з Української психіатричної лікарні з суворим наглядом – до психіатричних закладів з посиленням або звичайним наглядом. Припинення застосування стаціонарних видів ПЗМХ відбувається переважно на етапі застосування до особи ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом.

Таблиця 14. Застосування ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом

Регіон України	Припинено застосування ПЗМХ протягом 2013 р.	Змінено вид ПЗМХ протягом 2013 р.	Кількість осіб, до яких застосовувалися ПЗМХ, станом на 01.01.2014 р.	Всього за 2013 рік	Всього за 2013 рік (на 100 тисяч населення регіону)*
АР Крим	35	34	79	148	7,53
Вінницька обл.	7	12	12	31	1,91
Волинська обл.	3	58	21	82	7,88
Дніпропетровська обл.	17	40	52	109	3,30
Донецька обл.	51	57	96	204	4,66
Житомирська обл.	6	5	10	21	1,65
Закарпатська обл.	84	31	18	133	10,60
Запорізька обл.	37	207	54	298	16,69
Івано-Франківська обл.	18	2	19	39	2,82
Київська обл.	204	11	66	281	16,32
Кіровоградська обл.	35	2	16	53	5,33
Луганська обл.	0	40	35	75	3,32
Львівська обл.	2	36	43	81	3,19
Миколаївська обл.	4	30	7	41	3,49
Одеська обл.	11	0	23	34	1,42
Полтавська обл.	7	19	46	72	4,91
Рівненська обл.	9	2	24	35	3,03
Сумська обл.	39	24	38	101	8,83
Тернопільська обл.	5	12	4	21	1,95
Харківська обл.	40	0	37	77	2,81
Херсонська обл.	196	2	20	218	20,22
Хмельницька обл.	1	10	24	35	2,66
Черкаська обл.	68	0	18	86	6,78
Чернівецька обл.	0	18	11	29	3,20
Чернігівська обл.	11	27	11	49	4,55
м. Київ	7	30	23	60	2,11
м. Севастополь	7	0	10	17	4,43
<b>Всього</b>	<b>904</b>	<b>709</b>	<b>817</b>	<b>2430</b>	<b>5,33</b>

ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом застосовувалися протягом 2013 року до 1061 особи (571 особа, що перебували в 14 психіатричних закладах з посиленням наглядом, станом на 01.01.2014 р. + 407 осіб, яким було змінено даний вид ПЗМХ протягом 2013 року + 83 особи, щодо яких було припинено застосування даного виду ПЗМХ протягом 2013 року). Найбільшу кількість осіб відзначено у Комунальному закладі Київської обласної ради «Обласне психіатрично-наркологічне медичне об'єднання» (9,58 на 100 тисяч населення, або 165 осіб), Кримській республіканській установі «Клінічна психіатрична лікарня № 1» (3,92 на 100 тисяч населення, або 92 особи), Херсонській обласній психіатричній лікарні (3,60 на 100 тисяч населення, або 103 особи) та Закарпатській обласній психіатричній лікарні м. Берегово (3,27 на 100 тисяч населення, або 41 особа).

У більшості психіатричних закладів з посиленням наглядом кількість осіб, яким було змінено вид ПЗМХ, значно переважала над кількістю осіб, яким ПЗМХ було припинено (винятки – лише Херсонська обласна психіатрична лікарня та Київська міська психоневрологічна лікарня №3).

ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом застосовувалися протягом 2013 року до 2430 осіб. У різних регіонах застосування даного виду ПЗМХ також суттєво відрізнялося.

Найбільша кількість осіб, які перебували у психіатричних закладах із звичайним наглядом, була зафіксована у Херсонській (20,22 на 100 тисяч населення, або 218 осіб), Запорізькій (16,69 на 100 тисяч населення, або 298 осіб), Київській (16,32 на 100 тисяч населення, або 281 особа) та Закарпатській областях (10,60 на 100 тисяч населення, або 133 особи); найменші – в Одеській області (1,42 на 100 тисяч населення, або 34 особи).

Вищенаведене регіональне різноманіття практичного застосування ПЗМХ демонструє відсутність в Україні єдиного підходу до виконання цього виду державного примусу. Удосконалення системи застосування стаціонарних видів ПЗМХ потребує всебічної уваги профільних спеціалістів, організації комплексної міжвідомчої взаємодії, з обов'язковим урахуванням досягнень світової практики та сучасних наукових розробок. Враховуючи, що відповідно до пункту 36 Порядку застосування примусових заходів медичного характеру в психіатричних закладах до осіб, які хворіють на психічні розлади і вчинили суспільно небезпечні діяння, науково-методичне забезпечення щодо застосування примусових заходів медичного характеру здійснюється Міністерством охорони здоров'я через Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, вважаємо, що розробка єдиних підходів до надання психіатричної допомоги цій категорії хворих, є одним із пріоритетних напрямів досліджень.

ПРИМЕНЕНИЕ СТАЦИОНАРНЫХ ВИДОВ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА В 2013 ГОДУ (СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)  
С.С. Шум, И.Я. Пинчук, А.А. Суховой, И.А. Рассказова

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

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

APPLICATION OF STATIONARY TYPES OF COMPULSORY MEDICAL MEASURES IN 2013 (STATISTICAL ANALYSIS)  
S. Shum, I. Pinchuk, O. Sukhovi, I. Rasskazova

The article presents the application in the regions of Ukraine of compulsory medical measures (CMM) in the kind of hospitalization to psychiatric institution with a strict, increased and usual supervision – during 2013. Were noted significant regional differences in the application, changing of kind and terminating the application of CMM and the gradual decrease in the number of persons to which were used the stationary kinds of CMM. Emphasizing was increasing the number of persons for which the stationary kind of CMM was changed to CMM in the form of outpatient mental health care.

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

УДК: 616.89

С.С. Шум, І.Я. Пінчук, О.О. Суховій  
МОДЕЛЬ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ НА ПРИКЛАДІ ФЕДЕРАТИВНОЇ РЕСПУБЛІКИ НІМЕЧЧИНА  
Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

**Ключові слова:** примусові заходи медичного характеру, психіатричний заклад із суворим наглядом, психіатричні заклади з посиленням наглядом, психіатричні заклади із звичайним наглядом, Кримінальний кодекс України

У статті відображено застосування в регіонах України примусових заходів медичного характеру (ПЗМХ) у виді госпіталізації в психіатричний заклад з суворим, посиленням та звичайним наглядом станом на 01.01.2014 р. Відмічено суттєві регіональні відмінності у застосуванні ПЗМХ. Запропоновано зміни до Кримінального кодексу України, що дозволять оптимізувати застосування даного виду державного примусу.

Аналіз правової системи України та Федеративної Республіки Німеччина (ФРН) свідчить, що кримінально-правова система країн має суттєві схожості. Подібність у регулюванні суспільних відносинах у розв'язанні схожих правових проблем пов'язана з тим, що правова система України відноситься до групи германського права. Така схожість у структурі та джерелах права дозволяє оцінювати багаторічний досвід ФРН при застосуванні деяких норм кримінального права з метою можливого удосконалення вітчизняної нормативно-правової бази з питань державного реагування на суспільно небезпечні діяння, скоєні особами з психічними розладами, за німецьким принципом. У попередніх публікаціях авторами було проаналізовано особливості державного реагування на скоєні суспільно-небезпечні дії осіб, що мають розлади психічного здоров'я, у ФРН та в Україні [1].

Метою статті є дослідження правового регулювання та організаційної складової застосування примусових заходів медичного характеру (ПЗМХ), враховуючи досвід застосування відповідних аналогів даного державного примусу у ФРН.

Нормативно-правова регуляція застосування ПЗМХ в Україні представлена Кримінальним (КК) та Кримі-

Таблиця 1. Розподіл осіб, до яких застосовуються ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом, за регіонами надходження

Регіон України, з якого надійшли особи	Кількість осіб, до яких застосовувалися ПЗМХ	Показник на 100 тисяч населення у регіоні
АР Крим	76	3,87
Вінницька обл.	21	1,29
Волинська обл.	9	0,87
Дніпропетровська обл.	75	2,27
Донецька обл.	136	3,11
Житомирська обл.	20	1,58
Закарпатська обл.	15	1,20
Запорізька обл.	47	2,63
Івано-Франківська обл.	23	1,66
Київська обл.	40	2,32
Кіровоградська обл.	39	3,92
Луганська обл.	39	1,73
Львівська обл.	53	2,09
Миколаївська обл.	27	2,30
Одеська обл.	61	2,55
Полтавська обл.	23	1,57
Рівненська обл.	6	0,52
Сумська обл.	27	2,36
Тернопільська обл.	5	0,46
Харківська обл.	49	1,79
Херсонська обл.	34	3,15
Хмельницька обл.	17	1,29
Черкаська обл.	29	2,29
Чернівецька обл.	5	0,55
Чернігівська обл.	24	2,23
м. Київ	50	1,76
м. Севастополь	16	4,17
<b>Всього</b>	<b>966</b>	<b>2,12</b>

Таблиця 2. Розподіл осіб, до яких застосовуються ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом, за регіонами надходження

Регіон України, з якого надійшли особи	Кількість осіб, до яких застосовувалися ПЗМХ	Показник на 100 тисяч населення у регіоні
АР Крим	55	2,80
Вінницька обл.	35	2,15
Волинська обл.	15	1,44
Дніпропетровська обл.	40	1,21
Донецька обл.	89	2,03
Житомирська обл.	20	1,58
Закарпатська обл.	4	0,32
Запорізька обл.	4	0,22
Івано-Франківська обл.	11	0,80
Київська обл.	40	2,32
Кіровоградська обл.	15	1,51
Луганська обл.	32	1,42
Львівська обл.	7	0,28
Миколаївська обл.	10	0,85
Одеська обл.	7	0,29
Полтавська обл.	15	1,02
Рівненська обл.	7	0,61
Сумська обл.	13	1,14
Тернопільська обл.	6	0,56
Харківська обл.	18	0,66
Херсонська обл.	27	2,50
Хмельницька обл.	25	1,90
Черкаська обл.	7	0,55
Чернівецька обл.	7	0,77
Чернігівська обл.	24	2,23
м. Київ	38	1,34
м. Севастополь	0	0,00
<b>Всього</b>	<b>571</b>	<b>1,25</b>

Таблиця 3. Кількісний розподіл осіб, до яких застосовуються ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом, за регіонами України

Регіон України	Кількість осіб, до яких застосовувалися ПЗМХ	Показник на 100 тисяч населення у регіоні
АР Крим	79	4,02
Вінницька обл.	12	0,74
Волинська обл.	21	2,02
Дніпропетровська обл.	52	1,57
Донецька обл.	96	2,19
Житомирська обл.	10	0,79
Закарпатська обл.	18	1,43
Запорізька обл.	54	3,02
Івано-Франківська обл.	19	1,38
Київська обл.	66	3,83
Кіровоградська обл.	16	1,61
Луганська обл.	35	1,55
Львівська обл.	43	1,69
Миколаївська обл.	7	0,60
Одеська обл.	23	0,96
Полтавська обл.	46	3,13
Рівненська обл.	24	2,07
Сумська обл.	38	3,32
Тернопільська обл.	4	0,37
Харківська обл.	37	1,35
Херсонська обл.	20	1,85
Хмельницька обл.	24	1,83
Черкаська обл.	18	1,42
Чернівецька обл.	11	1,21
Чернігівська обл.	11	1,02
м. Київ	23	0,81
м. Севастополь	10	2,61
<b>Всього</b>	<b>817</b>	<b>1,79</b>

нальним процесуальним кодексами (КПК) України, Законом України «Про психіатричну допомогу», наказами Міністерства охорони здоров'я України від 08.10.2001 р. №397 «Про затвердження нормативно-правових документів з окремих питань щодо застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які страждають на психічні розлади» та від 31.01.2001 р. №35 «Про

заходи щодо покращення організації психіатричної допомоги особам, яким за рішенням суду застосовано примусові заходи медичного характеру у відділеннях з посиленням наглядом обласних психіатричних лікарень» [2–5].

Оцінюючи особливості практичного застосування законодавства, необхідно зазначити, що в Україні ме-

Таблиця 4. Кількісний розподіл осіб, до яких застосовуються ПЗМХ стаціонарних видів, за регіонами України

Регіон України, з якого надійшли особи	Кількість осіб, до яких застосовувалися ПЗМХ, у психіатричному закладі із звичайним наглядом	Кількість осіб, до яких застосовувалися ПЗМХ, у психіатричному закладі із посиленням наглядом	Кількість осіб, до яких застосовувалися ПЗМХ, у психіатричному закладі із суворим наглядом	Загальна кількість осіб, до яких застосовувалися стаціонарні види ПЗМХ	Показник на 100 тисяч населення у регіоні
АР Крим	79	55	76	210	10,69
Вінницька обл.	12	35	21	68	4,18
Волинська обл.	21	15	9	45	4,33
Дніпропетровська обл.	52	40	75	167	5,05
Донецька обл.	96	89	136	321	7,34
Житомирська обл.	10	20	20	50	3,94
Закарпатська обл.	18	4	15	37	2,95
Запорізька обл.	54	4	47	105	5,88
Івано-Франківська обл.	19	11	23	53	3,84
Київська обл.	66	40	40	146	8,48
Кіровоградська обл.	16	15	39	70	7,03
Луганська обл.	35	32	39	106	4,70
Львівська обл.	43	7	53	103	4,05
Миколаївська обл.	7	10	27	44	3,75
Одеська обл.	23	7	61	91	3,80
Полтавська обл.	46	15	23	84	5,72
Рівненська обл.	24	7	6	37	3,20
Сумська обл.	38	13	27	78	6,82
Тернопільська обл.	4	6	5	15	1,39
Харківська обл.	37	18	49	104	3,79
Херсонська обл.	20	27	34	81	7,51
Хмельницька обл.	24	25	17	66	5,02
Черкаська обл.	18	7	29	54	4,26
Чернівецька обл.	11	7	5	23	2,54
Чернігівська обл.	11	24	24	59	5,47
м. Київ	23	38	50	111	3,90
м. Севастополь	10	0	16	26	6,78
<b>Всього</b>	<b>817</b>	<b>571</b>	<b>966</b>	<b>2354</b>	<b>5,17</b>



Таблиця 5. Запропоновані зміни до Кримінального кодексу України

Чинний КК України	Запропонована редакція КК України
Стаття 94. Види примусових заходів медичного характеру	Стаття 94. Види примусових заходів медичного характеру
1. Залежно від характеру та тяжкості захворювання, тяжкості вчиненого діяння, з урахуванням ступеня небезпечності психічно хворого для себе або інших осіб, суд може застосувати такі примусові заходи медичного характеру: 1) надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку; 2) госпіталізація до психіатричного закладу із звичайним наглядом; 3) госпіталізація до психіатричного закладу з посиленням наглядом; 4) госпіталізація до психіатричного закладу із суворим наглядом.	1. Залежно від характеру та тяжкості захворювання, з урахуванням ступеня небезпечності психічно хворого для себе або інших осіб, суд може застосувати такі примусові заходи медичного характеру: 1) надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку; 2) госпіталізація до спеціального психіатричного закладу.
2. Надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку може бути застосоване судом стосовно особи, яка страждає на психічні розлади і вчинила суспільно небезпечне діяння, якщо особа за станом свого психічного здоров'я не потребує госпіталізації до психіатричного закладу, але є суспільно небезпечною.	2. Надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку може бути застосоване судом стосовно особи, яка страждає на психічні розлади і вчинила суспільно небезпечне діяння, якщо особа за станом свого психічного здоров'я не потребує госпіталізації до психіатричного закладу, але зумовлює суспільну небезпеку.
3. Госпіталізація до спеціального психіатричного закладу може бути застосована судом щодо психічно хворого, який за своїм психічним станом потребує лікування у психіатричному закладі і є суспільно небезпечним.	3. Госпіталізація до спеціального психіатричного закладу може бути застосована судом щодо психічно хворого, який за своїм психічним станом потребує лікування у психіатричному закладі і зумовлює суспільну небезпеку.
4. Госпіталізація до психіатричного закладу з посиленням наглядом може бути застосована судом щодо психічно хворого, який вчинив суспільно небезпечне діяння, не пов'язане з посяганням на життя інших осіб, і за своїм психічним станом не становить загрози для суспільства, але потребує тримання у психіатричному закладі та лікування в умовах посиленого нагляду.	4. Якщо не буде визнано за необхідне застосування до психічно хворого примусових заходів медичного характеру, а також у разі припинення застосування таких заходів, суд може передати його на піклування родичам або опікунам з обов'язковим лікарським наглядом.
5. Госпіталізація до психіатричного закладу із суворим наглядом може бути застосована судом щодо психічно хворого, який вчинив суспільно небезпечне діяння, пов'язане з посяганням на життя інших осіб, а також щодо психічно хворого, який за своїм психічним станом і характером вчиненого суспільно небезпечного діяння становить особливу небезпеку для суспільства і потребує утримання у психіатричному закладі та лікування в умовах суворого нагляду.	
6. Якщо не буде визнано за необхідне застосування до психічно хворого примусових заходів медичного характеру, а також у разі припинення застосування таких заходів, суд може передати його на піклування родичам або опікунам з обов'язковим лікарським наглядом.	

режа закладів, де застосовуються ПЗМХ, є неоднорідною. Відповідно до вимог КК України існує лише один спеціалізований лікувальний заклад – ДЗ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України», де перебувають особи з усіх регіонів України, яким застосовано ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу з суворим наглядом. Розподіл осіб, до яких застосовуються ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із суворим наглядом станом на 01.01.2014 р., за регіонами надходження представлено в таблиці 1. В таблицю не увійшли дані про осіб без громадянства, без постійного місця проживання та громадян інших держав.

ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом відбуваються у затверджених МОЗ України 14 спеціалізованих відділеннях, що діють в структурі звичайних психіатричних лікарень. Розподіл осіб, до яких застосовуються ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленням наглядом, за регіонами надходження станом на 01.01.2014 р. представлено в таблиці 2.

Практичне застосування ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом, через відсутність регуляції зі сторони МОЗ України, є вкрай різноманітним. Вже декілька років дискутується питання про доцільність створення окремих відділень для цих хворих, враховуючи різноманіття точок зору з цього приводу, такі відділення створені в одиничних регіонах. Однак більшість регіонів, з огляду на кількість

хворих до яких застосовано ПЗМХ у виді госпіталізації до психіатричного закладу із звичайним наглядом, мають можливість створювати окремі відділення для цієї категорії хворих. Кількість хворих до яких застосовано даний вид ПЗМХ станом на 01.01.2014 р. представлено в таблиці 3.

Враховуючи можливість проведення в Україні реформування примусових заходів медичного характеру за моделлю ФРН, а саме – створення децентралізованих, спеціальних судово-психіатричних клінік, в яких умови утримання залежать від особливостей психічного стану, авторами було досліджено загальну кількість хворих, до яких було застосовано ПЗМХ стаціонарних видів, за регіоном призначення. Загальну кількість хворих, що перебувають на стаціонарних видах ПЗМХ, залежно від регіону представлено в таблиці 4. Дані, представлені в таблиці, є сумою кількості хворих, що надійшли з регіону до психіатричного закладу з суворим наглядом, психіатричного закладу з посиленням наглядом та хворих, що перебувають у психіатричному закладі з звичайним наглядом станом на 01.01.2014 р. Представлені дані свідчать, що наявність окремих, спеціалізованих судово-психіатричних клінік у кожному регіоні є недоцільним, оскільки, наприклад, в Тернопільській області загальна кількість хворих, що є її мешканцями і до яких застосовують ПЗМХ всіх стаціонарних видів, становить 15 осіб.

При імплементації досвіду ФРН до українських реалій необхідно внести зміни до чинного законодавства.

Так, суттєвих змін може зазнати стаття 94 КК України, де до видів ПЗМХ пропонуємо відносити:

- надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку;
- госпіталізацію до спеціального психіатричного закладу.

Також пропонується змінити підстави застосування ПЗМХ, видаливши тяжкість скоєного з критеріїв призначення даного виду державного примусу. Порівняння чинного КК України та запропонованих змін наведено в таблиці 5. Звісно, що запропоновані зміни повинні знайти своє відображення і в Законі України «Про психіатричну допомогу».

Запропоновані зміни до КК України є одним із варіантів реформування застосування ПЗМХ, де за основу взято досвід держави, яка є близькою з позиції правової системи. Запропоновані зміни дозволять надавати психіатричну допомогу, враховуючи лише особливості психічного стану хворих, безперервну терапію, що не залежить від регіональних особливостей фінансування, та нададуть можливість лікарю-психіатру контролювати лікувальний процес без нелінійного, хаотичного втручання інших органів державної влади. Проведений

аналіз регіональних особливостей організації застосування стаціонарних видів ПЗМХ показав, що система закладів охорони здоров'я, в яких застосовується даний вид державного примусу, потребує суттєвого удосконалення з боку центрального органу виконавчої влади, що формує та забезпечує реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я.

## Список використаної літератури

1. Пінчук І.Я. Примусові заходи медичного характеру: українські реалії крізь призму досвіду Федеративної Республіки Німеччина / І.Я. Пінчук, С.С. Шум // Вестник ассоциации психиатров Украины. – 2013. – № 5. – С. 24–25.
2. Кримінальний кодекс України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>.
3. Закон України «Про психіатричну допомогу». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08.10.2001 р. № 397 «Про затвердження нормативно-правових документів з окремих питань щодо застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які страждають на психічні розлади». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0215-02>.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31.01.2001 р. № 35 «Про заходи щодо покращання організації психіатричної допомоги особам, яким за рішенням суду застосовані примусові заходи медичного характеру у відділеннях з посиленням наглядом обласних психіатричних лікарень». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.nau.ua/doc/?uid=1039.1867.5>.

### МОДЕЛЬ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА НА ПРИМЕРЕ ФЕДЕРАТИВНОЙ РЕСПУБЛИКИ ГЕРМАНИЯ С.С. Шум, И.Я. Пинчук, А.А. Суховой

В статье отражено применение в регионах Украины принудительных мер медицинского характера (ПММХ) в виде госпитализации в психиатрическое учреждение со строгим, усиленным и обычным наблюдением по состоянию на 01.01.2014 г. Отмечены существенные региональные различия в применении ПММХ. Предложены изменения в Уголовный кодекс Украины, которые позволят оптимизировать применение данного вида государственного принуждения.

**Ключевые слова:** принудительные меры медицинского характера, психиатрическое учреждение со строгим наблюдением, психиатрическое учреждение с усиленным наблюдением, психиатрическое учреждение с обычным наблюдением, Уголовный кодекс Украины

### MODEL OF REFORMING THE SYSTEM OF COMPULSORY MEDICAL MEASURES ON THE EXAMPLE OF THE FEDERAL REPUBLIC OF GERMANY S. Shum, I. Pinchuk, O. Sukhovii

The article presents the application in the regions of Ukraine of compulsory medical measures (CMM) in the kind of hospitalization to psychiatric institution with a strict, increased and usual supervision as of 01.01.2014. Were noted significant regional differences in the application of CMM. Proposed changes to the Criminal code of Ukraine, which allow optimizing the use of this type of state coercion.

**Key words:** compulsory medical measures, psychiatric institution with strict supervision, psychiatric institution with increased supervision, psychiatric institution with the usual supervision, the Criminal code of Ukraine

## СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89

О.О. Літвінов

## ВІКОВИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ПРИ ПЕРВАЗИВНИХ ПОРУШЕННЯХ РОЗВИТКУ

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

У статті розглядаються зміни клініки, патоморфології і процесів адаптації в результаті дорослішання і старіння пацієнтів з розладами спектра аутизму (РСА): когнітивне функціонування, пам'ять, мозкові зміни, коморбідна психічна патологія, рівень самостійності і соціальної компетентності. У літературі недостатньо інформації з цього питання.

Психіатри припускають багато помилок при оцінці РСА у дорослих. Ці помилки негативно позначаються на організації допомоги пацієнтам і негативно впливають на їх соціальне функціонування.

З метою поліпшення заходів з підтримки дорослих і старих аутистів, цей напрям повинен стати одним з пріоритетних для досліджень у найближчому майбутньому.

**Ключові слова:** розлади спектра аутизму, дорослі, дорослішання, старіння, нейрокогнітивні порушення, соціальне функціонування, лікування.

Аутизм, виявлений Каннером та Аспергером на початку 40-х років минулого століття, є відносно «сучасним» діагнозом, який повсюдно увійшов у клінічну практику в 1960-х роках, але, без сумніву, не є сучасним феноменом [1, 2]. Перша група ідентифікованих тоді аутистів тільки зараз, у наш час, подорослішали та вступають у період старості [3].

Згідно з сучасними уявленнями, аутизм є частиною спектра споріднених станів, яким притаманні соціальний, комунікативний дефіцити та наявність повторюваної поведінки [4]. В американській DSM-5 класична триада симптомів розладів спектра аутизму (РСА) спрощена до двох дефініцій: соціальні та комунікативні труднощі об'єднані в одну групу, щоб відобразити, наскільки тісно та нерозривно вони сплетені. Повторювана поведінка залишається другим важливим симптомом первазивних порушень розвитку [5, 6].

Останні дослідження повідомляють, що приблизно 1% дитячої популяції страждає на РСА [7]. Поширеність цієї патології серед дорослого населення є подібною та становить 1,8% серед чоловіків та 0,8% серед жінок, згідно з офіційними даними британських досліджень [8].

Типові клінічні прояви виявляють у дітей до 3-х років, але діагноз може бути встановлений набагато пізніше, особливо в атипових та складних випадках. Останніми роками значно зросла кількість пацієнтів, у яких РСА вперше діагностовано в дорослому віці [9]. Ці хворі відрізняються від пацієнтів, що входять у зрілість, у яких захворювання ідентифіковане в дитинстві. Це окрема група, яка має свій особливий діапазон адаптивних можливостей [10].

Незважаючи на труднощі у багатьох сферах життя та діяльності, завдяки підтримці професіоналів та спеціально розробленим тренінговим програмам багато аутистів демонструють високий рівень адаптації та ши-

рокий набір навичок. Однак без професійної підтримки ці хворі часто неспроможні користуватися своїми навичками [11].

Більшість сучасних досліджень сфокусовані на дітях, а про дорослішання та старіння при РСА мало що відомо. Зростання кількості дорослих аутистів привертає до себе увагу суспільства та веде до появи питань, на які треба відповісти, і задач, які необхідно вирішити.

Щоб визначити сучасний стан проблеми, ми дослідили 61 літературне джерело, опубліковане в період з 2000 по 2013 роки. Праці відбирали за такими умовами: аутизм (спектр аутизму, синдром Аспергера, первазивні порушення розвитку); дорослішання (дорослі, дорослий вік); старіння (старший вік, старечий вік); адаптаційні можливості (соціальна адаптація, соціальне функціонування, когнітивне функціонування).

Пошук проводили в іноземних періодичних виданнях: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Journal of Autism and Developmental Disorders, Autism, Journal of Gerontology, Journal of Clinical Psychiatry, Journal of Intellectual Disability Research, Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation, The British Journal of Psychiatry тощо Також були використані статті та методичні посібники британської та американської психіатричних асоціацій.

Отримана інформація була у вигляді дискусивних статей та статей з емпіричними даними досліджень. Дискусивні статті піднімали питання дорослішання та старіння при аутизмі, висвітлюючи практичні та політичні наслідки цих феноменів, підкреслюючи необхідність подальших досліджень. Як виявилось, на сьогодні існує небагато тематичних та порівняльних досліджень дорослих аутистів. Ті, що завершилися, доповідають про адаптивні можливості та їх трансформацію з віком,

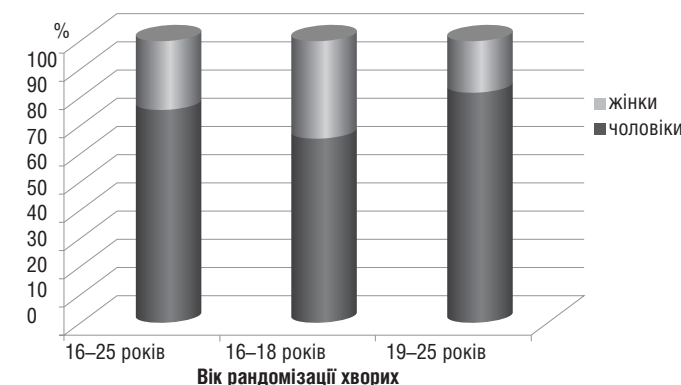


Рис. 1. Розподіл досліджених пацієнтів залежно від віку та статі

рівень соціалізації та благополуччя старших аутистів.

Також ми провели власне дослідження повнолітніх хворих з РСА.

Метою дослідження було виявлення змін клініки, патоморфології та процесів адаптації у процесі дорослішання пацієнтів з РСА.

## Матеріали та методи дослідження

Об'єктом дослідження були 34 пацієнти віком 16-25 років з первазивними порушеннями розвитку. Досліджували коморбідні психічні розлади, когнітивні обмеження, рівень самостійності, соціального функціонування, методи терапії та медико-соціальної допомоги, які отримували підлітки та повнолітні, хворі на РСА. У ході дослідження було застосовано анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний методи, а також клініко-динамічне спостереження, яке ґрунтувалося на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження з використанням напівструктурованого діагностичного інтерв'ю аутизму ADI - R, адаптованого УНДІ ССПН, напівструктурованого інтерв'ю афективних розладів і шизофренії (SADS), шкали адаптивної поведінки Вайнленд (Vineland Adaptive Behavior Scale), шкали позитивних та негативних симптомів (PANSS), шкали загального клінічного враження (CGI).

На рисунку 1 представлено розподіл включених у дослідження пацієнтів за віком та статтю. Співвідношення рандомізованих хворих зіставне з таким у популяції, де кількість чоловіків є більшою, ніж жінок. У віці 16-18 років було 11 пацієнтів (7 чоловіків, 4 жінки), у віці 19-25 років – 23 пацієнти (18 чоловіків, 5 жінок).

У 7 випадках спостерігали обтяжений сімейний анамнез: шизофренія була у 6, аутизм – в 1 родині. Цей факт, виявлений у ході дослідження, мінімізує зв'язок первазивних порушень з ендогенними процесами.

Частішою виявилася пренатальна патологія в анамнезі хворих на РСА. Лише у 5 матерів пацієнтів пологи і вагітність перебігали фізіологічно, у решти 29 в анамнезі були ускладнення вагітності (токсикоз, внутрішньоутробні інфекції) та/чи застосовувалися акушерські родопомічні операції і втручання (кесарів розтин, акушерські щипці, вакуум-екстракція плода, стимуляція пологів).

Майже в третині випадків (10 спостережень) виникнення порушення загального розвитку дитини батьки пов'язували з певними чинниками, а саме: з психічними, фізичними травмами, щепленням. У більшості випадків (24 спостереження) в сімейному анамнезі не встановлено подій, які б мали причинно-наслідковий зв'язок з РСА.

У ранньому дитинстві 19 рандомізованих пацієнтів перебували під спостереженням психіатрів чи неврологів з приводу затримки розвитку. 25 хворих мали IQ в межах, що відповідають рівню розумової відсталості. У 9 рандомізованих пацієнтів IQ був вище 70. Не дивлячись на рівень інтелекту, 22 з 34 дорослих із РСА отримали середню освіту. Деякі з них, ті що мали достатній

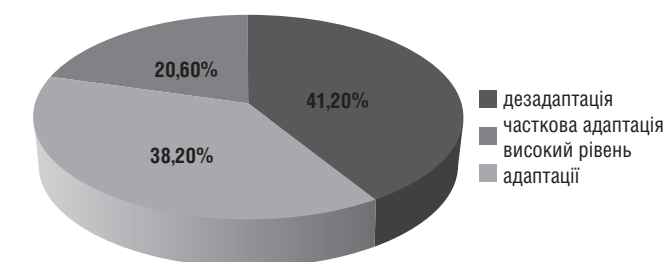


Рис. 2. Показники рівня соціальної адаптації повнолітніх з розладами спектра аутизму

інтелектуальний потенціал, продовжили навчання: 4 вступили до ПТУ, 2 – до технікуму, 1 – до ВНЗу, решта ніде не навчалася. Трудового досвіду ніхто з рандомізованих пацієнтів на момент обстеження не мав.

Наведені цифри вказують на гірші адаптивні можливості пацієнтів з супутньою інтелектуальною недостатністю, що підтверджують результати аналізу закордонних наукових видань.

На рисунку 2 показники соціальної адаптації у процентному співвідношенні приблизно збігаються з результатами іноземних досліджень. 14 хворих мали ознаки стійкої соціальної дезадаптації, потребували постійного стороннього нагляду та догляду; 13 хворих були частково здатні до самообслуговування, вирішували конкретні ситуаційні задачі та оволодівали новими навичками; 7 хворих мали порівняно високий рівень адаптивної поведінки та були спроможні вести самостійне життя з соціальною підтримкою.

Когнітивні функції та навички у всіх рандомізованих хворих із РСА були мозаїчними. Деякі хворі (15) були спроможні засвоювати великі обсяги інформації, здатні опанувати складні навички, що потребують певного часу та уваги у здорових людей, але водночас демонстрували побутову дезадаптивність – неспроможність самостійно одягатися чи готувати собі їжу.

Рівень адаптивної поведінки хворих на РСА значною мірою залежав від коморбідних психічних розладів. На рисунку 3 зображена структура супутньої патології у дорослих аутистів: У 8 обстежених спостерігали коморбідний тривожний розлад, у 12 – прояви агресивної та аутоагресивної поведінки, у 2 – депресивний синдром, у 2 – епілептичні напади в анамнезі. У процесі





Рис. 3. Структура коморбідних розладів у рандомізованих хворих

дослідження було виявлено, що обмеження адаптивних можливостей більше виражено у пацієнтів, які мають супутню патологію.

При кваліфікації РСА у повнолітніх пацієнтів, у 16 з 34 випадків діагноз був змінений на шизофренію. Лише у 3 з цих 16 осіб діагноз шизофренії було підтверджено за результатами нашого обстеження. Помилкова ідентифікація проявів аутизму як симптомів ендогенно-процесуального захворювання позбавила цих хворих адекватної медико-соціальної допомоги на багато років.

Медикаментозне лікування рандомізованих пацієнтів описано в таблиці. Всі отримували терапію нейролептиками, з яких найчастіше використовували рisperidon та клозапін. Застосування інших антипсихотиків, у тому числі й типових, було рідшим. На час обстеження антипсихотичні препарати, разом із протитривожними та іншими ліками, продовжували приймати 8 хворих (лише ті, кому змінили діагноз на шизофренію). Решта пацієнтів приймала вітаміни групи В, ноотропи, анксиолітики. Як видно з таблиці, після досягнення повноліття переважна більшість хворих відмовилася від прийому

Таблиця. Порівняння медикаментозного лікування коморбідної патології рандомізованих хворих у дитинстві та на час обстеження

Групи препаратів	Кількість хворих (у відсотках)	
	дитинство	повноліття
Нейролептики	100	23,5
Антидепресанти	17,6	11,7
Анксиолітики	23,5	23,5
Ноотропи	61,7	61,7
Вітаміни	52,9	52,9

нейролептичних засобів, частина – від прийому антидепресантів. Продовжили прийом антипсихотичних препаратів пацієнти з поведінковими розладами. Не приймали медичних засобів на момент обстеження 14,7% хворих.

Хворі на РСА, які отримували в дитинстві допомогу у вигляді ранніх втручань, мали кращі показники соці-

альної адаптації, побутових навичок, вищий рівень когнітивного функціонування. Ці пацієнти продовжували навчання, формували нові моделі адаптивної поведінки, істотно знижуючи обмеження соціального функціонування.

На сьогодні жоден з рандомізованих пацієнтів не отримує державної соціальної підтримки, психотерапевтичного лікування. 18 хворих не медичною допомогою забезпечують члени родини. У всіх обстежених після досягнення повноліття рівень соціальної підтримки значно знизився і, як наслідок, впав рівень соціальної адаптації.

На ті ж факти, за результатами досліджень, вказують багато авторитетних видань.

### Результати та їх обговорення

Лікарі припускаються помилок при оцінюванні повнолітніх пацієнтів, тому необхідно 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 obsesivних, 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, метилфенілату), СІОЗС та інших антидепресантів. Застосування нейролептиків має бути обмежене випадками агресивної та аутоагресивної поведінки.

### Самостійність, соціальна адаптація, коморбідні розлади при РСА під час дорослішання

З літературних джерел відомо, що при переході від дитинства до дорослого життя хворі на РСА стикаються з багатьма проблемами, основна з яких – відсутність соціальної підтримки, що значно впливає на обмеження їх адаптивних можливостей [12, 13, 14].

Однак, незважаючи на значний соціально-комунікативний дефіцит, деякі аутисти спроможні жити самостійно, створювати власну сім'ю, заводити багато друзів та бути конкурентноспроможними на ринку праці [15].

Відмічено, що пацієнти з коморбідною розумовою відсталістю мають гірші адаптивні можливості, порівняно з тими, чий IQ в межах норми. Це дозволяє припустити, що рівень IQ може бути прогностичним фактором при РСА [14, 16]. Тим не менше, дослідження показують, що навіть багато з тих, чий IQ був вищим від 70, у дорослому житті мають низькі рівні соціальної адаптації, самостійності та професійних досягнень. Ці дані узгоджуються з результатами нашого дослідження. Також дослідники відзначають, що серед цієї групи хво-

рих поширена коморбідна психічна патологія (депресія, тривога та епілепсія), тим більше, чим сильніша залежність від підтримки сім'ї або інших соціальних інститутів [17, 18]. І знову ж, отриманий результат збігається з результатами нашої роботи.

Отже, пацієнти з нормальним рівнем IQ мають сприятливіший прогноз, але, водночас, лікарі та працівники інших служб, що опікуються аутистами, постають перед більшою кількістю проблем. Це відбувається завдяки можливості високофункціональних хворих активніше та в більшому діапазоні діяти в усіх сферах життя, порівняно з пацієнтами, які мають коморбідну розумову відсталість. Їх можливості різноманітніші, а функціональність, як наслідок, більш непередбачувана та складно прогнозована [10].

Howlin et al. дослідили 68 осіб віком 21–48 років (середній вік 29 років), яким РСА діагностовано в дитинстві. Результати вимірювали за стандартизованими мовними, когнітивними тестами та оцінюванням досягнень. Дані про соціальні, комунікативні та поведінкові проблеми отримали за допомогою Autism Diagnostic Interview (ADI). У більшості випадків досліджувані показали відносно несприятливі результати. Тільки декілька з пацієнтів жили самостійно, мали близьких друзів або постійну роботу, і їх достатній рівень адаптації був тісно пов'язаний з рівнем інтелекту. Однак у них зберігалися соціальні та комунікативні порушення, так само як і повторювана поведінка [16].

Billstedt et al. повідомили про дослідження 120 пацієнтів з діагностованим у дитинстві РСА, з подальшою їх оцінкою через 13–22 роки, коли хворі були у віці 17–40 років. Результат виявився поганим у 78% випадків, при наявності лише декількох самостійних респондентів. У цьому випадку IQ знову виявився надійним прогностичним фактором [19].

Hofvander et al. при дослідженні 120 хворих віком 16–60 років з вперше діагностованим первазивним розладом у дорослому віці з'ясували, що рівень освіти в обстежених був відносно високим (чверть з них закінчили коледж чи університет) та 43% були працевлаштовані або навчалися на той час. Половина пацієнтів, старших за 23 роки, проживали самостійно [20]. Кращі результати цього дослідження, порівняно з попереднім, де РСА було діагностовано в дитинстві, можливо, відображають розширення діагностичних критеріїв первазивних порушень в останні десятиріччя та, як наслідок, включення до цієї дефініції тонших її форм. Також автори відзначають в обстежених даної групи наявність коморбідної патології: афективні розлади виявлено у 53%, тривогу – у 50%, СДУГ – у 43%, дислексію – у 14%, розлади прийому їжі – у 5%. Високий рівень коморбідної психічної захворюваності, особливо на депресії та тривожні розлади, є частою знахідкою при дослідженнях за участі дорослих з РСА [21]. У нашому дослідженні тривожний розлад складав 34%.

Ghaziuddin та Zafar теж вказували на часту наявність депресії як коморбідної патології, після обстеження 28 хворих віком 18–57 років. 21 з обстежених мав депресивний стан [64].

Gillot та Standen у своєму дослідженні порівняли рівень тривоги та стресу 34 дорослих аутистів та 20 дорослих з розумовою відсталістю. Групи були рандомізовані за віком, статтю, рівнем інтелекту. Виявилося, що дорослі аутисти мали майже утричі вищий рівень тривоги, ніж контрольна група та отримали більше балів за шкалою вимірювання тривоги, паніки, агорафобії, obsesivно-компульсивного і генералізованого тривожного розладів. Було виявлено також істотні відмінності між двома групами щодо джерел стресу. Так, у дорослих з РСА стрес корелює з високим рівнем тривоги, особливо під час очікування, при змінах звичного устрою життя, при дії сенсорних стимулів та неприємних подій [65].

Відомо, що на епілепсію хворіють близько третини аутистів. Patrick F. Bolton et al. дослідили 175 хворих з РСА старше 21 року. Вони з'ясували, що епілепсія розвинулася у 22% осіб. У більшості випадків напади з'являлися у віці після 10 років, а в деяких осіб – після досягнення дорослого віку [66].

Наявність коморбідного епілептичного розладу корелює з тяжкістю клінічних проявів РСА. Danielsson S. et al. провели проспективне дослідження, яке вказує на відмінності між дорослими аутистами з епілепсією та без неї, та зміни, які відбуваються власне за наявності цієї супутньої патології. Ними було обстежено 120 осіб з аутизмом, діагностованим у дитинстві, повторно – через 22 роки. У дорослому віці більшість обстежених мали розумову відсталість та один із РСА. 38% респондентів мали епілепсію. У третини з них епілепсію було діагностовано у віці до 2 років. Домінантним був тип парціальних нападів з чи без вторинних генералізованих нападів. Результати дослідження виявили, що рівень розумової відсталості та тяжкість симптомів аутизму були значною мірою пов'язані з наявністю епілепсії, особливо у жінок. Частота нападів мала значний вплив на якість життя пацієнтів. Також у групі з епілепсією рівень когнітивного функціонування та адаптивної поведінки виявився нижчим, ніж у групі без епілепсії (p<0,05) [67].

Синдром Аспергера, діагностований у дитинстві, на думку деяких дослідників, має кращі прогностичні показники, ніж аутизм, на що вказують кращі вербальні здібності або загальний IQ при даному розладі [13]. Дослідження 177 хворих на синдром Аспергера, середній вік яких склав 42 роки, показало, що такі пацієнти мають хороші результати відносно працевлаштування та формування стосунків [22].

Але проблеми існують і у високофункціональних аутистів [11]. Saulnier and Kein провели дослідження, в якому порівняли 35 хворих на синдром Аспергера з 32 високофункціональними аутистами (без істотного когнітивного дефіциту). Вони виявили, що хворі на синдром Аспергера мали значно вищий бал вербального IQ, ніж аутисти, але адаптивна поведінка була порушена еквівалентно [23]. Motomi Toichi et al. у своєму дослідженні, де обстежили 18 дорослих високофункціональних аутистів, звітували про наявність дефіциту самоусвідомлення в цієї групи пацієнтів, порівняно зі здоровими особами [24].

Проведено кілька досліджень щодо сенсорних та моторних порушень у підлітків та дорослих з РСА. Wingand Shah припустили, що кататонія представлена непропорційно у структурі РСА, з початком між 10 та 19 роками. Згідно з їх звітом, із 506 обстежених 6% відповідали критеріям кататонії: надмірна повільність, труднощі в ініціації та завершенні дій, опора на підказки, пасивність [25]. Ці дані узгоджуються з результатами дослідження Gillberg та Steffenburg, які відмітили поширеність кататонії в 6,5% після досягнення аутистами дорослого віку [26].

Деякі автори відзначають зниження тяжкості симптоматики РСА з віком. Howlin, Savage, Rutter описують 60 дорослих, хворих на аутизм (середній вік 44 роки), з IQ>70. Результати вимірювали з використанням стандартизованих діагностичних методик та анкет оцінювання соціального функціонування, вони показали, що тяжкість симптомів з часом знижувалася. Проте тільки 10 хворих (17%) отримали «добрі» або «дуже добрі» оцінки, а більшість (60%) показали «поганий» та «дуже поганий» результати. Сильним предиктором результату виявилася соціальна реципрокність. Також ними була досліджена група хворих в кількості 44 осіб, яких обстежували за 20 років до цього (середній вік тоді склав 26 років). Після закінчення дослідження стало зрозуміло, що соціальна адаптація була гіршою у старшому віці, ніж у молодшому, хоча загальна тяжкість проявів аутизму продовжувала знижуватися з дорослішанням хворих [27].

Esbensen et al., вивчаючи дані, отримані в результаті обстеження 700 аутистів віком від 2 до 62 років (близько третини з них були старші 21 року), дійшли висновку, що обмежена та повторювана поведінка була менш тяжкою у старших, ніж у молодших пацієнтів [28]. Seltzer et al. також звітували про загальне покращення моторних функцій у підлітків з РСА з віком [29].

Kern et al. при обстеженні пацієнтів з первазивними порушеннями розвитку у віці від 3 до 56 років припустили, що сенсорні порушення можуть нівелюватися з віком. Але, чи відбувається це за умови загального вікового зниження сенсорної обробки та якою мірою може бути пов'язано з нею, на сьогодні невідомо [30].

Повертаючись до оцінки рівня соціальної адаптації дорослих аутистів слід звернути увагу на дві статті з цього приводу. Howlin et al. та Cederlund et al. склали глобальні рейтинги соціального функціонування, які ґрунтуються на оцінюванні досягнення самостійності в побуті, наявності дружніх або інших стійких стосунків і отриманні освіти та/чи роботи. Ці дві статті описують відповідно 22% та 27% високофункціональних груп аутистів (з IQ вищим від 70), які отримали результати «дуже добре» та «добре» за рейтингами авторів [14, 17].

Безумовно, достатній рівень IQ, як зазначалося вище, відіграє велику роль у прогнозуванні формування адаптаційних можливостей в аутистів, які дорослішають, але існує також думка, що професійні програми, спеціальні гуртожитки для дорослих аутистів та навчання їх соціальним навичкам можуть бути не менш важливими прогностичними факторами в досягненні позитивних адаптаційних результатів [18, 31]. Літературні дані щодо ефективності ранніх втручань і про-

грам підтримки та їх зв'язку з рівнем подальшого функціонування хворих на РСА досі є обмеженими [10].

### Нейроанатомічні та нейрокогнітивні зміни під час дорослішання і старіння при розладах спектра аутизму

Останніми роками науковці почали досліджувати зміни, які відбуваються в нейрокогнітивному профілі хворих на аутизм під час геронтологічних процесів.

Murphy et al. у своїй статті наводять докази того, що анатомія мозку літніх хворих з РСА суттєво відрізняється від норми. Вони доводять, що у зрілому віці такі люди мають незначно більший загальний об'єм мозку, але в них наявні анатомічні і функціональні порушення лобних часток, базальних гангліїв та лімбічної системи. Надалі автори наводять дані, що мозок жінок уражається значно більше, ніж мозок чоловіків, при однакової тяжкості симптомів РСА. Також автори виявили, що зміна кількості серотоніну, глутамату та ГАМК може частково пояснити нейроанатомічні та нейрофункціональні аномалії у дорослих хворих з РСА [32].

Courchesne et al. вважають, що аутизм характеризується надмірно швидким зростанням мозку в самому ранньому віці, а пізніше спостерігається зниження об'єму та кількості структурних нейронів. Це навело їх на думку про теорію вікових анатомічних аномалій при аутизмі. Вони повідомляють вікові зміни розмірів мозку аутистів та здорових людей у віці від 12 місяців до 50 років на основі анамнезу 586 поздовжніх та поперечних МРТ-зрізів. Результати показали раннє зростання мозку у дітей, а потім – прискорений темп зниження його розміру [33].

Разом із структурними змінами у речовині головного мозку хворих на РСА з віком відбуваються і зміни його функцій. РСА характеризується нерівномірним когнітивним профілем із помітно сильною механічною пам'яттю. Останнім часом все більше досліджень вказують на те, що, не дивлячись на хорошу механічну пам'ять, всі інші її види дуже сильно порушуються [34, 35]. Тенденція запам'ятовувати дрібні деталі та, водночас, неспроможність інтегрувати інформацію в контексті її сенсу, називається «слабким центром узгодженості» [36, 37].

Дорослі аутисти, як і діти з РСА, погано розуміють глобальний сенс деяких явищ та ситуацій, які відбуваються в їх оточенні, в суспільстві, тобто мають дефіцит соціокогнітивного розуміння. Внаслідок порушень пам'яті та соціокогнітивного дефіциту у дорослих та старих з РСА є певні проблеми у плануванні діяльності та її цілеспрямованості. Деякі автори відмічають, що соціокогнітивне розуміння покращується з віком. На їх думку, це відбувається через посилення компенсаторних механізмів, так званого когнітивного резерву [9]. На існування когнітивного резерву вказує факт наявності помітних індивідуальних відмінностей у клінічних проявах при подібному рівні ураження мозку. Існує гіпотеза, що ці індивідуальні відмінності і є свого роду «резервом», який захищає мозок у процесі ушкодження або старіння [38].

Висловлено припущення, що особи з більшим когнітивним резервом спроможні витримати більше уражень мозкових структур, перш ніж настане значне когнітивне зниження [38, 39].

Власне, з віком люди страждають не тільки від фізичних та психічних порушень, характерних для старіння. Більшість людей, старіючи, залишаються без родин, без підтримки близьких, на самоті із собою та своїми проблемами. Соціальна ізоляція та самотність у процесі старіння мають великий негативний вплив на якість життя дорослого населення в цілому та зокрема аутистів [9]. При нормальному старінні соціальна ізоляція пов'язана з вищим ризиком смертності, виникненням депресивних станів та загальним погіршенням здоров'я [40, 41, 42]. Однак, не з'ясовано, чи будуть ті ж самі паттерни мати значення при РСА, де соціальна ізоляція можлива без сприйняття самотності, а особисті інтереси в цій самотності досить добре мотивують та задовольняють. Також не зрозуміло, чи можуть дорослі та старі з РСА відчувати себе «захищеними» від наслідків соціальної ізоляції, якщо деякі з них ніколи не були інтегровані в соціальні мережі, що формуються впродовж трудових відносин або дружніх стосунків [9].

### Методи лікування

На сьогодні психосоціальні втручання є потужним та ефективним видом лікування як дітей, так і дорослих з РСА. Психосоціальні методи, особливо ті, що базуються на поведінкових та освітніх методиках, є надійною опорою для старших аутистів. Впродовж останніх 30 років з'явилося багато видів таких втручань, що націлені на поліпшення адаптації хворих з РСА: ті, що спрямовані на покращення комунікації або створення її альтернативних видів; поведінкова терапія; навчання соціальним навичкам; інтенсивний розвиток взаємодій; терапія сенсорної інтеграції; драма-, музика- та арт-терапія [6].

Психосоціальна терапія, яка ґрунтується на принципах поведінкового прикладного аналізу, спрямована на корекцію основних симптомів РСА і агресивних проявів. Також за її допомогою навчають адаптивній поведінці та активності у повсякденному житті. У групах соціального розвитку покращують навички соціальної взаємодії. Деякі види психосоціальних втручань, наприклад, когнітивна біхевіоральна терапія, спрямовані на лікування коморбідної депресії та тривожного розладу [68].

Впродовж 1980–1990-х років психосоціальні втручання для хворих з РСА базувалися на біхевіоральних принципах та були спрямовані на вивчення й засвоєння нових навичок або підвищення існуючого рівня адаптації [69]. Зараз же з'явилися нові методи, які ставлять на перший план якість життя аутистів [70]. Інтервенції, що сфокусовані більше на якості життя, а не винятково на основних симптомах РСА та коморбідній патології, містять програми з організації дозвілля і працевлаштування аутистів [69, 71].

Психосоціальні втручання наразі залишаються основним методом лікування дорослих аутистів [6]. Однак останнім часом зростає інтерес до фармакологічно-

го лікування як у вигляді монотерапії, так і в комбінації з психосоціальними методами [72]. Цей вид лікування може бути спрямовано на основні симптоми РСА, але, як правило, на сьогодні у більшості випадків, медикаменти застосовують для лікування супутніх проблем у вигляді агресії, дратівливості, гіперактивності та самопошкодження [6].

Атипові антипсихотики – рисперидон та аріпіпразол – дозволені та схвалені до використання у США та Великобританії для лікування поведінкових розладів при РСА. Однак, ці препарати ліцензовані для лікування дітей, для допомоги дорослим аутистам поки що немає затверджених протоколів медикamentів. При лікуванні дорослих з РСА спеціалісти керуються власним досвідом, спираючись на загальноприйняті принципи надання психіатричної допомоги.

### Висновки

Зміни когнітивного та соціального функціонування у старшому віці при РСА є маловивченими. Деякі зміни відбуваються за тією ж схемою, що і при нормальному дорослішанні та старінні, інші процеси розвиваються за своїм особливим сценарієм. Доведено, що рівень соціальної адаптації у дорослих нижчий, ніж у підлітків, а тяжкість симптоматики аутизму зменшується з віком. На сьогодні багато питань у цій галузі залишаються невисвітленими або дискусійними.

Останніми роками кількість дорослого населення з РСА стрімко зростає у всьому світі. Медичним, соціальним та іншим службам потрібно бути готовими до планування медико-соціальних заходів для підтримки даного контингенту хворих. Для цього необхідно накопичувати дані сучасних та планувати майбутні дослідження, що мають включати в себе використання новітніх знань та перспективних методів нейробіології, медичної генетики, клінічної, судової та соціальної психіатрії.

Всупереч всім труднощам та особливостям діагнозу, серед аутистів є особи, які домагаються успіху в усіх сферах життя. Однак це вдається їм набагато складніше, ніж здоровим людям, та потребує більше часу. Позитивні адаптаційні досягнення відбуваються завдяки інклюзії пацієнтів у спеціальні соціальні програми.

Невідомо, які питання постануть перед аутистами та тими, хто їх супроводжує, надалі, але на сьогодні залишається безліч невирішених задач, які потребують уваги спеціалістів. У будь-якому разі подальше спостереження за соціальним та когнітивним функціонуванням дорослих та старих аутистів у майбутньому буде важливим для критичної оцінки ефективності нинішніх втручань та їх удосконалення.

### Список використаної літератури

1. A Lack of Self-Consciousness in Autism / Motomi Toichi, M. D., Ph. D.; Yoko Kamio, M. D.; Takashi Okada, M. D.; Morimitsu Sakihama, M. D.; Eric A. Youngstrom, Ph.D.; Robert L. Findling, M. D.; Kokichi Yamamoto, M. D., Ph. D. // *Am. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 159. – 1422–1424.
2. A Literature Review of the Treatment and Education for Autistic and related Communication handicapped Children (TEACCH) Program / Peerenboom, Timothy D. – 2003.



3. A survey of autism knowledge in a health care setting / Heidgerken A. D., Geffken G., Modi A. [et al.] // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2005. – Vol. 35. – P. 323–330.
4. Adult outcomes for children with autism / Howlin, P., Goode, S., Hutton, J., & Rutter, M. // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2004. – Vol. 45. – P. 212–229.
5. Age-related differences in restricted repetitive behaviors in autism spectrum disorders / Esbensen A., Seltzer M., Lam K., Bodfish J. // *J. Autism Dev. Disord.* – 2009. – Vol. 39. – P. 57–66.
6. Aging in Autism Spectrum Disorders: A Mini-Review / Francesca Happé, Rebecca A. Charlton // *Gerontology*. – 2012. – Vol. 58. – P. 70–78.
7. An examination of movement kinematics in young people with high-functioning autism and Asperger's disorder: Further evidence for a motor planning deficit / Rinehart, N., Bellgrove, M., Tonge [et al.] // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2006. – Vol. 36. – P. 757–767.
8. Asperger described? // *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry*. – 1926. – Vol. 5. – P. 119–132.
9. Asperger syndrome and autism: a comparative longitudinal follow-up study more than 5 years after original diagnosis / Cederlund M., Hagberg B., Billstedt E., Gillberg C. // *J. Autism Dev. Disord.* – 2008. – Vol. 38. – P. 72–85.
10. Asperger Syndrome and Autism: A Comparative Longitudinal Follow-Up Study More than 5 Years after Original Diagnosis / Cederlund, M., Hagberg, B., Billstedt, E. [et al.], Gillberg, I., & Gillberg, C. // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2008. – Vol. 38. – P. 72–85.
11. Autism and the Pervasive Developmental Disorders: Part 1 / Bauer, S. *Pediatr. Rev.* – 1995. – Vol. 16 (4). – P. 130–136.
12. Autism in adults: new biological findings and their translational implications to the cost of clinical services / Murphy DGM, Beecham J., Craig M., Ecker C. // *Brain Res.* – 2011. – V. 1380. – P. 22–33.
13. Autism Spectrum Disorder Grown Up: A Chart Review of Adult Functioning / Samantha Marriage B. S., Annie Wolverson B. A., Keith Marriage M. B., FRCPC // *J. of Canad. Acad. of Child. & Adolesc. Psychiatry*. – Nov. 2009.
14. Autism Spectrum Disorders in adults living in households throughout England: a report from the Adult Psychiatric Morbidity Survey / Brugha T., Mc Manus S., Meltzer H., Smith J., Scott F. J., Purdon S., Harris J., Bankart J. – 2007.
15. Autistic psychopathy in childhood; in Autism and Asperger syndrome. Asperger H. / translated and annotated by Frith U. // Cambridge, Cambridge University Press. – 1991. – P. 37–92.
16. Berney T. Asperger syndrome from childhood into adulthood / Berney T. // *Advances in Psychiatric Treatment*. – Vol. 10. – P. 341–350.
17. Billstedt E. Autistic adults: symptom patterns and early childhood predictors. Use of the DISCO in a community sample followed from childhood / Billstedt Billstedt E., Carina Gillberg I., Gillberg C. // *J. Child Psychol. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 48. – P. 1102–1110.
18. Catatonia in autistic spectrum disorders / Wing L., Shah A. // *Br. J. Psychiatry*. – 2000. – Vol. 176. – P. 357–362.
19. Cederlund M. Asperger syndrome in adolescent and young adult males. Interview, self- and parent assessment of social, emotional, and cognitive problems / Cederlund M., Hagberg B. & Gillberg C. // *Research in Development Disabilities*. – 2010. – Vol. 31. – P. 287–298.
20. Changes in the quality of autistic people's life that work in supported and sheltered employment. A 5-year follow-up study / García-Villamisar D., Wehman P. & Diaz Navarro M. // *Journal of Vocational Rehabilitation*. – 2002. – Vol. 17. – P. 309–312.
21. Cognitive control in autism spectrum disorders / Solomon M., Ozonoff S., Cummings N. & Carter C. // *International Journal of Developmental Neuroscience*. – 2007. – Vol. 26. – P. 239–247.
22. Cornwell E. Y. Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study / Cornwell E. Y., Waite L. J. // *J. Gerontol.* – 2009. – Vol. 64. – P. 38–46.
23. Courchesne E. Brain growth across the life span in autism; Age-specific changes in anatomical pathology / Courchesne E., Campbell K., Sols S. // *Brain Researches*. – 2011. – P. 138–145.
24. Crane L. Sensory processing in adults with autism spectrum disorders / Crane L., Goddard L. & Pring L. // *Autism*. – 2009. – Vol. 13. – P. 215–228.
25. Determinants of age-related memory loss; in Perfect T. J., Maylor EA (eds): *Models of Cognitive Aging. Debates in Psychology* / Parkin A. J., Java R. I. // London, Oxford University Press. – 2000. – P. 188–203.
26. Developing a Deeper Understanding of Autism: Connecting Knowledge through Literature Mining / Marta Macedoni-Luksic, Ingrid Petrc, Bojan Cestn, and Tanja Urbancic // Hindawi Publishing Corporation, *Autism Research and Treatment*. – 2011. – article ID 307152.
27. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition* / by American Psychiatric Association. – 2013.
28. Diverse pathways to positive and negative affect in adulthood and later life: an integrative approach using recursive partitioning / Gruenewald T. L., Mroczek D. K., Ruff C. D. [et al.] // *Developmental Psychology*. – 2008. – Vol. 44. – P. 330–343.
29. Education delays accelerated decline on a memory test in persons who develop dementia / Hall C. B., Derby C., LeValley A., Katz M. J., Verghese J., Lipton R. B. // *Neurology*. – 2007. – Vol. 69. – P. 1657–1664.
30. Effects of a leisure programme on quality of life and stress of individuals with ASD / García-Villamisar, D. A. & Dattilo J. // *Journal of Intellectual Disability Research*. – 2010. – Vol. 5. – P. 611–619.
31. Epilepsy in autism: features and correlates / Patric F. Bolton, Iris Carcani-Rathwell, Jane Hutton, Sue Goode, Patricia Howlin, Michael Rutter // *The British Journal of Psychiatry*. – 2011. – Vol. 198. – P. 289–294.
32. Epilepsy in Young Adults with Autism: A Prospective Population-based follow-up study of 120 individuals Diagnosed in Childhood / Danielsson S., Gillberg I. C., Billstedt E. [et al.] // *Epilepsia*. – 2005. – Vol. 46 (6). – P. 918–923.
33. *Episodic Memory and Autoeic Awareness. The Oxford Handbook of Memory* / Tulving E., Craik F. // New York, Oxford University Press. – 2000. – P. 597–608.
34. Fombonne E. Epidemiology of Autistic Disorder and Other Pervasive Developmental Disorders / Fombonne E. // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2005 – Vol. 66. – P. 3–8.
35. García-Villamisar D. Supported employment improves cognitive performance in adults with autism / García-Villamisar D. & Hughes C. // *Journal of Intellectual Disability Research*. – 2007. – Vol. 51. – P. 142–150.
36. Ghaziuddin M. Psychiatric comorbidity of adults with autism spectrum disorders / Ghaziuddin M. & Zafar S. // *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*. – 2008. – Vol. 5(1). – P. 9–12.
37. Gillberg C. Autism and Asperger syndrome: co-existence with other clinical disorders / Gillberg C. & Billstedt E. // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2000. – Vol. 102. – P. 321–330.
38. Gillot A. Levels of anxiety and sources of stress in adults with autism / Gillot A. & Standen P. J. // *Journal of Intellectual Disabilities Research*. – 2007. – Vol. 11 (4). – P. 359–370.
39. Happé F. The weak coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders / Happé F., Frith U. // *J. Autism Dev. Disord.* – 2006. – Vol. 36. – P. 5–25.
40. Hill E. Executive dysfunction in autism / Hill E. // *Trends in Cognitive Sciences*. – 2004. – Vol. 8. – P. 26–32.
41. Hippler K. The life course of individuals with Asperger syndrome: a qualitative follow up and group study of adults formerly diagnosed by Hans Asperger in Austria and Lorna Wing in Britain / Hippler K. // *Diss. Wien*. – 2003.
42. Huang A. X High-functional autism: an overview of characteristics and related issues / Huang A. X. & Wheeler J. J. // *International Journal of Special Education*. – Vol. 21. – P. 109–122.
43. Increasing Independence in Autism Spectrum Disorders: A Review of Three Focused Interventions / Kara Hume, Rachel Loftin, Johanna Lantz // *J. Autism Dev. Disord. DOI 10.1007/s10803-009-0751-2*. – 2009.
44. *Intellectual and Developmental Disabilities: Toward Full Community Inclusion (3rd edn)* / Wehman P., McLaughlin P. J. & Wehman T. // Austin TX: PRO-ED. – 2005.
45. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact / Kanner L. // *The Nervous Child*. – 1943. – P. 217–249.
46. Kantrowitz B. What happens when they grow up? / Kantrowitz B., Scelfo J. // *Newsweek*. – 2006. – Vol. 48. – P. 46–53.
47. Levels of anxiety and sources of stress in adults with autism / Gillot A., Standen P. J. // *J. Intellect. Disabil.* – 2007. – Vol. 11. – P. 359–370.
48. Loftin R. L. Social interaction and repetitive motor behavior / Loftin R. L., Odum S. L. & Lantz J. F. // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2008. – Vol. 38. – P. 1124–1135.
49. *Neuropsychological characteristics of autism and related conditions. Handbook of autism and developmental disorders* / Volkmar R., Paul A., Klin D. Cohen (Eds.) // Hoboken N. J: Wiley. – 2005. – P. 365–381.
50. Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions: a population-based study of 46 cases followed through puberty / Gillberg C., Steffenburg S. // *J. Autism Dev. Disord.* – 1987. – Vol. 17. – P. 273–287.
51. Parental psychiatric disorders associated with autism spectrum disorders in the offspring / Daniels J. L., Forssen U., Hultman C. M. [et al.] // *Pediatrics*. – 2008. – Vol. 121. – P. 1357–1362.
52. Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP) / Baird G., Simonoff E., Pickles A., Chandler S., Loucas T., Meldrum D., Charman // *Lancet*. – 2006. – Vol. 368. – P. 210–215.
53. Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders / Hofvander B., Delorme R., Chaste P., Nyden A., Wentz E., Stahlberg O., Herbrecht E., Stopin A., Anckarsater H., Gillberg C., Rastam M., Leboyer M. // *BMC Psychiatry*. – 2009. – Vol. 9. – P. 35.
54. Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder in people with autism spectrum disorders: a pilot study / Russell A. J., Mataix-Col D., Anson M. A. [et al.] // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 2009. – Vol. 78. – P. 59–61.
55. Psychosocial Functioning in a Group of Swedish Adults with Asperger Syndrome or Higher Functioning Autism / Engstrom, I., Ekstrom, L., & Emilsson B. // *Autism*. – 2003. – Vol. 7 (i). – P. 99–110.
56. Quality of Life in High-functioning Adults with Autism Spectrum Disorder / Renty, J. & Roegers, H. // *Autism*. – 2006. – Vol. 10 (5). – P. 511–524.
57. Repetitive behaviour in children with high functioning autism and obsessive compulsive disorder / Zandt, F., Prior, M., & Kyrios, M. // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2007 – Vol. 37. – P. 251–259.
58. Saulnier C. Social and communication abilities and disabilities in higher functioning individuals with autism and Asperger Syndrome. Brief report / Saulnier, C., & Klin, A. // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2007. – Vol. 37. – P. 788–793.
59. Shiovitz-Ezra S. Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality / Shiovitz-Ezra S., Ayalon L. // *Int. Psychogeriatr.* – 2010. – Vol. V. 22. – P. 455–462.

60. Smith B. W. Functional assessment-based behavior support planning: A self-management case study of a middle school student with EBD / Smith B. W. & Sugai G. // *Journal of Positive Behavioral Interventions and Supports*. – Vol. 2. – P. 208–217.
61. Social activity and improvement in depressive symptoms in older people: a prospective community cohort study / Isaac V., Stewart R., Artero S., [et al.] // *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. – 2009. – Vol. 17. – P. 688–696.
62. Social Outcomes in Mid- to Later Adulthood Among Individuals Diagnosed With Autism and Average Nonverbal IQ as Children / Patricia Howlin, Philippa Moss, Sarah Savage, Michael Rutter // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – Jun. 2013. – Vol. 52. – P. 572–581.
63. Stern Y. What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept / Stern Y. // *J. Int. Neuropsychol. Soc.* – 2002. – Vol. 8. – P. 448–460.
64. Sukhareva G. E. Die schizoide Psychothiein Kindesalter [Schizoid psychopathies in childhood]. *Monatsschrift für Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 60, 235–261 / Translated in Wolffs (1996) / *The first account of the syndrome*.
65. Systematic review of the effectiveness of pharmacological treatments for adolescents and adults with autism spectrum disorder / Broadstock M., Doughty, C. & Eggleston M. // *Autism*. – 2007. – Vol. 11. – P. 335–348.

## ВОЗРАСТНОЙ ПОЛИМОРФИЗМ ПРИ ПЕРВАЗИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ РАЗВИТИЯ

А.А. Литвинов

Статья рассматривает изменения клиники, патоморфологии и процессов адаптации в результате взросления и старения пациентов с РСА: когнитивное функционирование, память, мозговые изменения, коморбидная психическая патология, уровень самостоятельности и социальной компетентности. В литературе встречается недостаточно информации по данному вопросу.

Психиатры допускают много ошибок при оценке РСА у взрослых. Эти ошибки негативно сказываются на организации помощи пациентам и негативно влияют на их социальное функционирование.

С целью улучшения мер по поддержке взрослых и старых аутистов, данное направление должно стать одним из приоритетных для исследований в ближайшем будущем.

**Ключевые слова:** расстройство спектра аутизма, взрослые, взросление, старение, нейрокогнитивные нарушения, социальное функционирование, лечение.

## AGE'S POLYMORPHISM IN PERVASIVE DEVELOPMENT DISORDERS

А.А. Litvinov

The article examines changing clinic, pathomorphology and adaptation processes as a result of maturation and aging of patients with ASD: cognitive function, memory, brain changes, comorbid mental pathology, the level of independence and social competence. There is not enough information on the subject in the literature.

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

To improve measures for support adults and older autists, this direction should be a priority for research in the near future.

**Key words:** autism spectrum disorders, adult, adulthood, aging, neurocognitive disorders, social functioning, treatment.

УДК 616.89-008

## О.О. Хаустова, О.В. Прохорова

## МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

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

**Ключові слова:** люди похилого віку, депресивний розлад, субкортикальна ішемічна депресія.

Зміцнення психічного здоров'я, а також запобігання і лікування психічних розладів є основоположними факторами підтримки і поліпшення якості життя, благополуччя і продуктивності людини в її особистому, сімейному, робочому і соціальному житті, таким чином збільшуючи соціальний капітал суспільства в цілому. Перераховані цілі були схвалені державами-членами, Європейською комісією і Радою Європи в Європейській декларації з охорони психічного здоров'я, підписаній в Гельсінкі у 2005 році [6].

У 2008 році Європейська комісія почала працювати над Європейським пактом з охорони психічного здоров'я і благополуччя, який фокусується на п'яти пріоритетних сферах, щодо кожної з них був розробле-

66. Systemizing empathy: teaching adults with Asperger syndrome or high-functioning autism to recognize complex emotions using interactive multimedia / Golan O. & Baron-Cohen S. // *Development and Psychopathology*. – 2006. – Vol. 18. – P. 591–617.
67. The Autism Spectrum Quotient / Baron-Cohen S., Wheelwright S., Skinner R [et al.] // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2001. – Vol. 31 (1). – P. 5–17.
68. The ICD – 10. Classification of Mental and Behavioral Disorders / by World Health Organization. – 1994.
69. The nice guideline on recognition, referral, diagnosis and management of adults on the autism / The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. – 2012. – P. 16–17.
70. The pattern of sensory processing abnormalities in autism / Kern J. K., Trivedi M. H., Garver C. R. [et al.] // *Autism*. – 2006. – Vol. 10. – P. 480–494.
71. The symptoms of autism spectrum disorders in adolescence and adulthood / Seltzer M. M., Krauss M. W., Shattuck P. T. [et al.] // *J. Autism Dev. Disord.* – 2003. – Vol. 33. – P. 565–581.
72. Trajectory of Development in Adolescents and Adults with Autism / Seltzer M., Shattuck P., Abbeduto L. & Greenberg J. S. // *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. – 2004. – Vol. 10. – P. 234–247.
73. What aspects of autism predispose to talent? / Happé F, Vital P. // *Biol. Sci.* – 2009. – Vol. 364. – P. 1369–1375.

Всесвітня асамблея охорони здоров'я в 2012 році прийняла резолюцію, яка закликає до створення Глобального комплексного плану дій у галузі психічного здоров'я (WHA 65.4) і включає питання послуг, політики, законодавства та програм щодо забезпечення лікування, прискорення одужання, а також профілактики психічних розладів, підтримки психічного здоров'я та розширення прав і повноважень людей з психічними розладами з метою забезпечення їм повноцінного і продуктивного життя в суспільстві [14].

Проект плану дій ґрунтується на твердженні «немає здоров'я без психічного здоров'я». У людей, які страждають від психічних розладів, спостерігається значне зниження життєздатності і непропорційне збільшення смертності. Наприклад, люди з тяжкою депресією і шизофренією передчасно помирають на 40–60% частіше, ніж населення в цілому, що відбувається через суттєві проблеми з їх фізичним здоров'ям, які часто залишаються без уваги, а також через самогубство. Психічні розлади впливають і самі перебувають під впливом серйозних хронічних захворювань, таких як рак, серцево-судинні захворювання і ВІЛ/СНІД. Доведено, що депресія спричиняє схильність людей до розвитку інфаркту міокарда та діабету, і навпаки, інфаркт міокарда та діабет збільшують ймовірність депресії. Одна тільки депресія становить 4,3% глобального навантаження від захворювань і є однією з найбільших причин інвалідності в усьому світі (11% від усіх років, що прожиті з інвалідністю, в глобальному масштабі). Економічні наслідки цих втрат у плані здоров'я також значні: за оцінкою нещодавнього дослідження Всесвітнього економічного форуму, в майбутні 20 років сукупний глобальний ефект психічних розладів у перерахунку на витрачені економічні результати складе 16 трильйонів доларів США.

Психічні розлади є однією з головних проблем охорони здоров'я суспільства в Європейському регіоні з точки зору тяжкості захворювання або інвалідності. За деякими оцінками, більше третини населення щорічно піддається психічним розладам, найпоширенішими з яких є депресія і тривога. Депресивні розлади у жінок трапляються удвічі частіше, ніж у чоловіків. У всіх країнах більшість психічних розладів реєструють серед найнедоленіших верств населення [2].

Демографічна ситуація у світі характеризується невеликим старінням населення. Зміни у віковій структурі проявляються збільшенням частки людей похилого (60–74 роки) та старечого віку (75 років і більше). У міру старіння зростає коефіцієнт переважаючих жінок у загальній чисельності осіб пенсійного віку. У віці 55 років у 1000 жінок припадає 763 чоловіки, у 70 років – 436 [1, 7].

В Україні станом на 1 січня 2012 року в загальній чисельності населення частка осіб старше 60 років склала 21,2%. Разом із постарінням населення відбувається нагромадження хвороб, збільшення кількості самотніх осіб та людей, які потребують стороннього піклування, збільшення потреби в медичній допомозі та соціальному захисті. Медико-демографічна ситуація в Україні має певні особливості. Так, серед основних причин смертності населення в січні 2013 р., як і в січні 2012 р.,

перше місце посідають серцево-судинні захворювання (68,2%). Прогнози щодо захворюваності в світі та Україні вказують на збереження тенденції до зростання [7]. Близько половини осіб похилого віку страждають від гіпертонічної хвороби, причому переважно жінки. З віком гіпертонічна хвороба обтяжується атеросклерозом, цереброваскулярними захворюваннями тощо.

Незважаючи на зменшення показника загальної захворюваності на психічні та поведінкові розлади за період 2008–2012 рр., помічена тенденція до зростання загальної захворюваності у групі осіб, старших за працездатний вік. Аналогічна ситуація спостерігається і за окремими нозологічними формами (розлади психіки неспсихотичного характеру, всі форми деменції, афективні розлади).

Поширеність психічних розладів (на 100 тис. населення) за останні 5 років має тенденцію до незначного зростання, а серед осіб старших вікових груп вона у 3–7 разів більша, ніж у загальній популяції населення [7]. Це явище можна пояснити накопиченням пацієнтів із вадами психічного здоров'я, які захворіли у ранньому віці, зростанням рівня захворюваності на психічні розлади внаслідок церебральних та атрофічних процесів, соматичної патології. Збільшення поширеності психічної патології серед осіб похилого віку прогнозують і експерти ВООЗ [7].

Результати спеціального епідеміологічного дослідження (ВООЗ, 2000) засвідчили, що частота звернень населення за медичною допомогою з приводу навіть тяжких симптомів психічних розладів в Україні не перевищує 20% від потреби, тоді як протягом життя необхідно у цьому становить 31,6%, протягом 12 місяців – 17,6%, що в 7 разів перевищує показник офіційної звітності (2,5%). Вивчення показника поширеності психічних та поведінкових розладів свідчить, що 2,7% населення України потребують допомоги лікаря-психіатра, а серед осіб, які перебувають під наглядом психіатрів, кожен пятий – похилого віку [9].

Як зазначено вище, у світі спостерігається стрімкий ріст афективної патології: нині на неспсихотичні афективні розлади припадає близько третини розладів психіки і поведінки та 64% поширеності афективних розладів [9]. Чільне місце займає депресія. За результатами епідеміологічного дослідження в рамках програми World Mental Health, в Україні депресія превалює серед жінок, а її рівень суттєво зростає з віком. Серед факторів ризику розвитку відзначали: проживання в Києві, Київській області та Східних регіонах, самотність, низький рівень освіти, робота вдома, перебування на пенсії та неадекватний матеріальний стан [1, 7].

Депресії літнього віку є значущою медичною і соціальною проблемою у всьому світі. Актуальність цієї проблеми продовжує підвищуватись одночасно із збільшенням кількості осіб похилого віку в світовій популяції та захворюваності на депресію в усіх вікових групах [3, 8, 13].

Одночасно з демографічними показниками зростає рівень не тільки соматичних, а й психічних захворювань, які притаманні цій віковій категорії, а депресія і деменція є найпоширенішими. При значній частоті де-

пресивних розладів серед населення загалом (близько 10–15%), їх рівень у старших вікових групах майже удвічі перевищує аналогічні показники осіб молодого віку. Великий депресивний розлад, за критеріями DSM-IV, було діагностовано у 3% чоловіків і 4% жінок віком від 65 до 100 років [16].

У структурі показників захворюваності за окремими групами захворювань на розлади психіки та поведінки осіб, старших за працездатний вік, в Україні перше місце належить органічним, у тому числі симптоматичним розладам психіки (F00-F09) – 69%. Незначна питома частка афективних розладів у структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки осіб, старших за працездатний вік, в Україні, та коливання цього показника в різних регіонах від 1,3 до 23,9 на 100 тис. свідчить про гіподіагностику афективних розладів у осіб, старших за працездатний вік, та розцінювання їх як неминучий процес старіння [12].

Дані досліджень останніх років свідчать, що депресія (в тому числі і у людей похилого віку) є потенційно зворотним станом, що може вплинути на запобігання деменції або її затримку в подальшому. Стратегії, направлені на профілактику, ранню діагностику та адекватне лікування депресії, можуть мати позитивні наслідки для суспільства в цілому, оскільки потенційно вони можуть запобігти розвитку деменції або відстроювати її у людей похилого віку. Крім цього, профілактика та лікування серцево-судинних захворювань і поліпшення загального стану здоров'я у осіб з пізньою депресією може суттєво вплинути не тільки на зменшення випадків депресії у людей похилого віку, а й привести до зменшення випадків деменції (хвороба Альцгеймера, судинна деменція), пов'язаних з цим розладом [4].

Останнім часом виявлено, що літні люди, у яких була виявлена депресія, мали удвічі більший ризик розвитку судинної деменції, порівняно з тими, які не були пригнічені. Логічно припустити, що пацієнтів з судинною депресією слід віднести до групи ризику розвитку судинної деменції. Психічні розлади на фоні цереброваскулярних захворювань є актуальною проблемою сучасної психіатрії. При судинних ураженнях мозку депресія є найчастішим психопатологічним симптомом [4], вона обтяжує перебіг і наслідки хвороби, істотно обмежує можливості реабілітації хворих, погіршує когнітивні функції, знижує якість життя.

При цьому депресія є не тільки психологічною реакцією на неврологічний дефект і / або соціальну дезадаптацію, а може бути й прямим наслідком (симптомом) органічного ураження головного мозку [15]. Деякі автори виділяють два типи депресій, пов'язаних із судинною патологією головного мозку:

- депресія при макроангіопатії – відповідає терміну «постінсультна депресія»;
- депресія при мікроангіопатії – відповідає поняттю «васкулярна депресія» (субкортикальна ішемічна депресія).

Концепція васкулярної депресії була вперше запропонована у 1997 р. G. Alexopoulos et al. Поняття субкортикальної ішемічної депресії ґрунтується на висновках, що депресія вперше виникає у пацієнтів у пізньому віці

(після 60 років); вона є вторинною по відношенню до структурних пошкоджень головного мозку, а в глибоких відділах білої речовини фронтальної ділянки і шкаралупи відзначаються вищі показники інтенсивності сигналу на структурній МРТ, порівняно з пацієнтами, у яких депресія почалася в більш ранньому віці [19]. Таким чином, особи, у яких є фактори ризику (атеросклероз, гіпертонія, діабет, гіперліпідемія тощо) мають вищий ризик розвитку судинної депресії. Патологія судин може призвести до структурних змін речовини головного мозку, зокрема кортикостріальних шляхів, які відіграють провідну роль у регулюванні настрою, що створює передумови для розвитку депресії, яка характеризується дефіцитом у здатності до планування своїх дій.

Виділення діагностичних критеріїв субкортикальної ішемічної депресії (васкулярної депресії) було запропоновано у 2003 році: початок депресії після 60 років у пацієнтів з ураженням артерій малого і середнього калібру; асоційованість з депресивною ідеєю, психомоторною ретардацією, відсутністю відповіді на терапію антидепресантами і наявністю когнітивної дисфункції у вигляді підкресленої старанності; на МРТ – підвищення інтенсивності сигналу в глибоких відділах білої речовини фронтальної ділянки і шкаралупі [17].

Докладне дослідження психопатології афективних розладів пізнього віку вирішує теоретичні завдання уточнення класифікації цих захворювань і має практичне значення для вдосконалення діагностики афективної патології у хворих пізнього віку. Поліморфна структура і атиповість симптоматики афективних розладів пізнього віку ускладнюють завдання дослідників і залишають ряд питань відкритими для наукових дискусій.

Одним з пріоритетних питань залишається опис і визначення ролі іпохондричної симптоматики в психопатологічній структурі пізніх депресій. Існують значні розбіжності в розумінні змісту та клінічної ролі симптомів іпохондрії при різних психічних розладах. Взаємовідношення іпохондрії та депресії є одним з найскладніших і дискусійних питань [18].

У вітчизняній і зарубіжній літературі існують різні думки щодо вікової специфічності іпохондричних депресій. Більшість авторів вважають іпохондричну симптоматику типовим проявом депресій пізнього віку. Іпохондричні симптоми наявні у 30–95% осіб літнього віку, хворих на депресію, при депресіях молодого та середнього віку іпохондрія трапляється значно рідше – у 1–30% випадків [10, 11].

Визначення іпохондричної депресії не повністю збігається у різних авторів, але специфічність депресивно-іпохондричного синдрому для літнього віку відмічена практично у всіх джерелах. Порівняльний клініко-психопатологічний аналіз іпохондричних пізніх депресій і депресій, які перебігають без іпохондрії, виявив наступне. Іпохондрична симптоматика – типовий компонент депресій пізнього віку. Відсутність іпохондрії при пізніх депресіях виявляють переважно у хворих, які тривалий час хворіють на біполярний афективний розлад і переносять чергову депресивну фазу з типовою



синдромальною структурою (проста тужлива депресія) [5].

Водночас багато аспектів діагностики, клініки і терапії органічних афективних розладів, поєднаних з цереброваскулярною патологією, вивчено недостатньо. Зокрема, необхідна розробка оптимальних алгоритмів діагностики і терапії васкулярної депресії з урахуванням зазначених особливостей на основі принципів і методів доказової медицини, що і визначає актуальність даної проблеми.

#### Клінічний випадок

Пацієнтка Н., 1956 року народження, жителька міста, госпіталізована до психіатричної лікарні вперше.

**Анамнез:** зі слів пацієнтки, спадковість психічними захворюваннями не обтяжена. Народилась другою дитиною в сім'ї селян. Ранній розвиток без особливостей. Закінчила 10 класів ЗОШ, потім – металургійний інститут за спеціальністю інженер. Працювала на заводі інженером близько 30 років, після виходу в 55 років на пенсію влаштувалась на посаду вахтера в гуртожитку. Взаємини зі співробітниками завжди були доброзичливими.

Заміжня вдруге, в першому шлюбі прожила 20 років, чоловік помер через онкологічне захворювання. Смерть чоловіка переносила важко, був пригнічений настрої, багато плакала, відчувала тривогу за дітей, але з часом з цим впоралась самостійно і до лікарів не зверталась. Має двох дорослих дітей. Суттєвих коливань настрою в передменструальний період, під час вагітності, після пологів не відмічає. Менопауза з 51-річного віку. Клімакс переносила важко, турбували часті припливи. З 48-річного віку хворіє на гіпертонічну хворобу, АТ підвищується до 180/110 мм рт. ст., але суб'єктивно відчуває це дуже рідко. Гіпотензивну терапію приймає нерегулярно. З 51 року почали турбувати головний біль, запаморочення, погіршився зір. З приводу цих скарг у 2008 р. лікувалась у неврологічному відділенні, де було встановлено діагноз «Дисциркуляторна енцефалопатія II ст. з розсіяною осередковою мікросимптоматикою, цефалгією, вестибулопатією на фоні гіпертонічної хвороби II ст.». Отримала курс лікування судинними (кавінтон, магнесь), ноотропними (луцетам), метаболічними (предуктал MR) препаратами. Після виписки зі стаціонару стан покращився. Згодом раз на рік отримувала курси судинної терапії у денному стаціонарі через головний біль, запаморочення. У 2012 році донька з малою дитиною після розлучення з чоловіком переїхала жити до матері в двокімнатну квартиру. Матеріальне становище сім'ї погіршилось. Пацієнтка почала відчувати тривогу, страх за майбутнє, головний біль, настрої був пригнічений, «нічого не хотілося робити». Лікувалась амбулаторно у невролога. Крім судинних препаратів приймала гідазепам, покращення не відмічала. Продовжувала працювати, оскільки дуже турбувалась за матеріальне становище доньки. З часом стан погіршився: почали турбувати туга, апатія, внутрішня напруга, загальна слабкість, біль за грудниною, тиск був стійко підвищений, перестала слідкувати за собою, нічого не могла робити, навіть дивитись улюблені телерадіо, майже не спала, схудла, оскільки їсти не хотіла, з'явилися думки «що буде зі мною, все втрачено, краще

було б померти». Погодилась на консультацію у психіатра і за направленням госпіталізована до психіатричної лікарні.

**Психічний статус хворої на момент госпіталізації:** пацієнтка зовнішньо тривожна, напружена, сидить в одноманітній позі і постійно смикає хустку в руках. Вираз обличчя засмучений. Доступна для продуктивного контакту, орієнтована всебічно вірно, мова монотонна, повільна, голос тихий. Скаржиться на поганий настрій, тугу, тривогу, постійний головний біль, біль в ділянці серця, відчуття «тяжкості в душі», «відсутність сил», поганий сон, неможливість сконцентруватись на тому, що вона робить, «перестало все цікавити», «почала робити все дуже повільно», «нічого не можу запам'ятати». Продуктивної психотичної симптоматики не виявляє. Темп мислення сповільнений. Емоційно лабільна, під час розмови на очах сльози. Фон настрою знижений. Гіпобулічна. Критика свого стану часткова. Дала письмову згоду на госпіталізацію.

**Дані психологічного обстеження:** пацієнтка виявляє зацікавленість до обстеження, але хвилюється, слабодуха, починає плакати. Виявляє виснаженість за гіпостенічним типом. Скаржиться на зниження пам'яті, іноді плутає хронологію подій. Об'єм уваги звужений, ступінь концентрації і розподілу уваги недостатній. Механічне запам'ятовування дуже повільне (5-6-8-9-10). Відстрочене відтворення – 7 слів. Опосередкована пам'ять гірша за механічну: з 18 слів піктограми вірно відтворює тільки 7. Структура мислення збережена, але помітна конкретність судинного типу. Знижена фонетична мовна активність (9 слів), але збережена семантична (13 слів). За шкалою депресії А.Т. Веєк – 23 бали (депресія середньої тяжкості), за геріатричною шкалою депресії – 22 бали (виражена депресія). Таким чином, у пацієнтки виявляються органічні риси судинної етіології (виснажливість, слабодухість) на фоні чітко вираженої депресивної симптоматики.

#### Консультації спеціалістів

**Терапевт:** гіпертонічна хвороба II стадії, II ступеня, коронарний ризик III.

**Офтальмолог:** гіпертонічна ангіопатія сітківки.

**Невропатолог:** гіпертонічна енцефалопатія II ст. з розсіяною мікросередковою симптоматикою.

МРТ головного мозку (2013 рік): гіперінтенсивні осередки в глибоких відділах білої речовини фронтальної ділянки і шкаралупи на фоні судинної енцефалопатії.

**Встановлений діагноз:** органічний афективний розлад з помірно вираженою депресією (F06.32).

**Призначене лікування:** комбінована терапія – перші 3 тижні – анафраніл (для редукції тривоги) 50 мг на добу та пароксетин 20 мг на добу, з подальшим переходом на монотерапію пароксетином 20 мг на добу. Додатково призначали мексидол, цераксон та гіпотензивну терапію (арифон ретард, даприл).

Через 3 тижні хвора повідомила про відсутність тривоги, покращення настрою, поліпшення сну.

Через 1,5 місяця пацієнтка відмітила поліпшення пам'яті та уваги, із задоволенням проводить час зі своєю сім'єю, займається звичайними справами, вийшла на роботу.

Пацієнтка приймала антидепресант впродовж 6 місяців, у цей період її турбував незначний біль в ділянці серця при фізичному напруженні та декілька разів підвищувався тиск до 150/90 мм рт. ст. при зміні метеоумов, що супроводжувалось головним болем.

Цей конкретний приклад показує, що лікування хворих з депресією і наявністю певних змін на МРТ головного мозку має бути комплексним (поєднання антидепресантів з різним спектром дії, антиоксидантною, метаболічною і гіпотензивною терапією). У пацієнтів з депресивним розладом на фоні цереброваскулярного захворювання з характерними змінами на МРТ головного мозку визначаються нейродинамічні зміни когнітивних функцій, які редукуються під впливом антидепресивної терапії. У таких хворих не відмічається збудження і відсутнє відчуття провини, на відміну від хворих із іншими видами депресивних розладів, але виражена астения та психомоторна загальмованість. Але не можна виключити і того факту, що подібний депресивний розлад не є продромальним явищем субкортикальної судинної деменції. Можливо, своєчасне адекватне лікування дозволить відстрочити неминучі наслідки судинної патології головного мозку, а це – продовження соціально повноцінного життя наших пацієнтів.

## Список використаної літератури

- Актуальні питання геронтопсихіатрії: навчальний посібник / І. Я. Пінчук, В. В. Чайковська, Л. А. Стаднюк [та ін.]. – Тернопіль: ТзОВ «Терно-граф», 2010. – 432 с.
- ВОЗ, Европейское региональное бюро, Европейский региональный комитет, 63 версия, Чешме, Измир, Турция, 16–19 сентября, 2013.

### МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Е.А. Хаустова, О.В. Прохорова

**Ключевые слова:** пожилые люди, депрессивное расстройство, субкортикальная ишемическая депрессия. В статье уделяется внимание приоритетным направлениям ВООЗ и Европейским программам по охране психического здоровья, анализируется демографическая ситуация в Украине, распространенность депрессии у пожилых людей. Рассмотрены особенности клинических проявлений депрессивных расстройств у пожилых на фоне цереброваскулярной патологии, концепция и критерии субкортикальной ишемической депрессии, значение ипохондрической симптоматики в психопатологической структуре поздних депрессий.

### MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF DEPRESSIVE DISORDERS IN ELDERLY

O. Khaustova, O. Prokhorova

**Key words:** elderly, depressive disorder, subcortical ischemic depression. The article focuses on the priority areas of WHO and the European Programme on Mental Health, analyzed the demographic situation in Ukraine, the prevalence of depression among the elderly. Clinical manifestations of depressive disorders in the elderly on the background of cerebrovascular disease, the concept and criteria of subcortical ischemic depression, meaning hypochondriacal symptoms in psychopathological structure of late-life depression.

УДК: 616.895.4-0.851:615.851

Є.Я. Пшук

**ДОСЛІДЖЕННЯ СТРУКТУРИ ПРОСОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця

**Ключові слова:** шизофренія, просоціальні мережі, донори соціальної підтримки

Метою дослідження було вивчення джерел соціальної підтримки у хворих на шизофренію за допомогою шкали MSPS, що була розроблена G.D. Zimet. Встановлено, що сім'я хворого є найбільш вагомим донором у процесі соціальної підтримки, що необхідно враховувати при розробці питань психосоціальної реабілітації.

Підвищення ефективності лікування хворих на шизофренію є нагальною проблемою сьогодення. З метою подолання проявів хвороби використовується широкий арсенал сучасних психофармакологічних препаратів, що дозволяє активно впливати як на негативні, так і на позитивні прояви захворювання [1]. Між тим, все частіше ми акцентуємо увагу на відсутності адекватного мікросоціального середовища, яке спонукало би хворих активізувати власні адаптаційні ресурси [2]. До останніх можна віднести і соціальні мережі як основне джерело комунікативної активності у формуванні соціальної підтримки, завдяки якій особистість здатна подолати власні негаразди та проблеми. Соціальні мережі відображають структуру соціальних зв'язків особистості, які забезпечують соціальну підтримку власного здоров'я, здатність особистості сформувати нові міжособистісні стосунки, що є основою формування адекватної індивідуально-психологічної адаптації. Люди, які отримують ефективну соціальну підтримку від сім'ї, друзів, важливих для особистості інших людей, відрізняються активною життєвою позицією, добрим здоров'ям, легко переносять життєві труднощі [3].

У подоланні стресових та проблемних ситуацій процес соціальної підтримки відіграє ключову роль завдяки основним складовим: соціальні мережі, копінг-стратегії «пошук соціальної підтримки», здатність особи до сприйняття соціальної підтримки [5]. Тому ми вважали за доцільне провести аналіз структури просоціальних мереж, які найбільш часто використовуються хворими на шизофренію.

**Матеріали та методи дослідження**

За умови інформованої згоди було обстежено 168 хворих на параноїдну шизофренію (97 чоловіків та 71 жінка), які склали основну групу (ОГ). Основні критерії включення хворих у дослідження: 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, чоловіка або іншого референтного родича взяти участь у дослідженні. Критерії виключення: вік хворих молодше 23 років

та старше 45 років з метою виключення вікових патопластичних впливів на прояв хвороби; домінування в клінічній картині неадекватності у поведінці; наявність гострої продуктивної симптоматики або наявність гострого маніакального чи депресивного стану; наявність ознак шизофренічного дефекту. За діагностичними критеріями МКХ-10 у 77 пацієнтів діагностовано епізодичний тип перебігу з наростаючим дефектом та у 91 – безперервний. Вік обстежених хворих – від 23 до 45 років (в середньому – 34,1±0,8 року). Тривалість спостереження цих хворих відповідала вимогам МКХ-10 та була не менше 1 року, в середньому – 2,7 року. З усього загалу обстежених тривалість хвороби у 57 пацієнтів була до 4 років, у 58 – 4–8 років, у 53 – більше 8 років. Середній вік манифестації захворювання – 25,3±2,9 року. Контрольну групу (КГ) склали 55 осіб, які ніколи не зверталися за допомогою до лікарів з приводу психічного розладу. Обстежені респонденти основної та контрольної груп були репрезентативними за основними соціально-демографічними характеристиками.

Дослідження сприйняття соціальної підтримки проводили за допомогою шкали соціальної підтримки MSPS, що була розроблена G.D. Zimet [5] та адаптована до використання в Росії Н.А. Сиротою та В.М. Ялтонським [2]. Шкала оцінює суб'єктивне сприйняття соціальної підтримки за 12-бальним рейтингом та визначає ефективність соціальної підтримки за трьома складовими: сім'я, друзі, інші важливі люди.

Для стандартизованої оцінки різних векторів психопатологічної симптоматики шизофренії, таких, що визначають її клінічний профіль, була використана Шкала позитивних та негативних синдромів (PANNS) [4].

**Результати та їх обговорення**

Аналіз динаміки розвитку хвороби показав, що в ініціальний період розвитку шизофренії у обстежених хворих виявлялися неврозоподібні порушення (46,1%), спонтанні субафективні коливання з переважанням ознак депресивного регістру (49,4%), наявність епізодів безпідставного страху чи тривоги (66,8%); психопатоподібні розлади (31,3%). Ознаками психотичної манифестації були маячні синдроми та галюцинаторні розлади (34,9%), афективно-маячні стани (57,2%).

У постманифестний період рееструвалися параноїдні стани з несистематизованим маяченням (42,1%), афективно-маячні стани (53,8%), синдром Кандинського–Клерамбо (39,3%), онейроїдний синдром (2,5%).

Дослідження вираженості симптомів шизофренічного регістру у пацієнтів у стані ремісії дозволило виявити наявність як позитивних, так і негативних та загальнопсихопатологічних ознак за шкалою PANSS. Ступінь вираженості позитивних розладів, до яких були віднесені маячення, галюцинації, збудження, ідеї величч, підозра, ворожість, становила 18±2 бали. Для таких хворих було характерним переважання розладів мислення, що пов'язано з ригідністю особистісної позиції, недовіра, підозра, ворожість до оточуючих, паралогічність мислення, маячні ідеї відношення, переслідування, особливий значущості. Підозра та недовіра до оточуючих зазвичай мали тенденцію посилювати ворожість та сприяли розриву міжособистісних стосунків. Вираженість негативних розладів (сплощений афект, емоційна відмежованість, труднощі у спілкуванні, соціальна пасивно-апатична відгородженість, порушення абстрактного мислення, порушення спонтанності та плавності мови, стереотипне мислення) становила 29±6 балів. Для таких пацієнтів були притаманні втрата гнучкості у стосунках з іншими, ригідність особистісних позицій, дефіцит активності, складнощі у розумінні ситуацій та абстрактних понять, звуження кола інтересів, емоційна в'ялість, бездіяльність, формувалася тенденція до соціальної ізоляції. Загальнопсихопатологічні симптоми були представлені тривогою, відчуття провини, напругою, манірністю, депресією, моторною загальмованістю, порушенням уваги, зниженням критики до свого стану, порушенням вольових процесів, зниженням самоконтролю, активною соціальною відмежованістю. Ступінь вираженості цих проявів становила 46±8 балів. Повсякденна клінічна практика доводить, що шизофренічний процес значно погіршує сімейний мікроклімат, негативно відображається на функціонуванні пацієнта у власній чи батьківській сім'ї. З'являються нові форми стосунків – соціальне дистанціювання сім'ї або завищені очікування з боку референтних родичів. Нагальним стає питання пошуку джерел соціальної підтримки як одного з чинників психосоціальної терапії. У ролі останніх виступають мережі соціальної підтримки: сім'я, друзі, важливі інші. Як показало проведене дослідження, соціальна мережа «сім'я» у хворих на шизофренію була представлена власною сім'єю у 44,1% обстежених; у батьківській сім'ї проживали 94 (55,9%) пацієнта. При цьому атмосфера в сім'ях була напруженою, що негативно позначалося на внутрішньосімейних стосунках. Звісно, чинників такої ситуації є багато, але в першу чергу – це психічний стан пацієнта та нездатність родичів віднайти раціональні шляхи подолання стресових ситуацій. Спільне проживання з пацієнтом, який страждає на шизофренію, супроводжувалося частими конфліктами, невротизацією членів родини, що сприяло посиленню порушення психологічної та психічної адаптації не лише пацієнтів, але й їх родичів, а подекуди – і супутній алкоголізації як хворих, так і їх референтних родичів. Лише 59 (35,1%)

хворих були задоволені стосунками в сім'ї. У висловах вони відмічали, що сім'я їх психологічно підтримує, намагається допомогти у лікуванні тощо. Саме завдяки сім'ї у пацієнтів формується відчуття взаємної довіри, надійність у стосунках, відданість, усвідомлення того, що незважаючи на складні обставини, підтримка все ж таки буде забезпечена.

Більшість (64,9%) хворих оцінювали внутрішньосімейні стосунки негативно і не вважали, що соціальна мережа «сім'я» є для них джерелом соціальної підтримки. Однак тут слід зважати і на наявний актуальний психічний стан пацієнта, відсутність чи наявність продуктивної симптоматики, враховувати ступінь зниження адаптивних ресурсів особистості, тривалість перебігу шизофренічного процесу. Крім того, негативне ставлення у пацієнтів до членів сім'ї формувалося і за рахунок немотивованої агресивності, дратівливості, ворожості, амбівалентності, уникнення відкритого спілкування, поверхневості та формальності суджень.

Подекуди внаслідок порушення сімейних стосунків, наростаючої психологічної дестабілізації референтні родичі посилювали контроль над пацієнтами, принижували їх гідність, не дозволяли самостійно приймати рішення з будь-якого питання, що було додатковим психогенним чинником, посилювало порушення міжособистісних стосунків в сім'ї та сприяло формуванню дезадаптивних поведінкових паттернів як з боку хворих, так і з боку їх референтних родичів. Намагання родичів тримати все «під контролем» провокувало порушення комплаєнсу пацієнтами і як наслідок – проявлялась екзацербация шизофренічного процесу.

Соціальна мережа «сім'я» у здорових осіб (КГ) була представлена або власною родиною, або родиною батьків. На відміну від сім'ї батьків, власна сім'я мала якісно інші вимоги, що були пов'язані з виконанням нової соціальної ролі, проявами активності у вихованні дітей та вирішенні сімейних, побутових та інших проблем. Наслідком такого процесу було те, що здорові особи ставали одним з основних джерел підтримки для своїх близьких. Сімейна згода була результатом наявних позитивних внутрішньосімейних контактів, позитивного досвіду отримання і надання підтримки.

Респондентам групи контролю був притаманний високий рівень сімейної підтримки. За їх висловами «...дружина, чоловік або батьки завжди допомагають у вирішенні всіляких проблем, всі негаразди обговорюємо у колі сім'ї та вирішуємо їх разом...».

Процес соціальної підтримки в сім'ях осіб контрольної групи приймався як закономірний та впливав на копінг-поведінку членів родини. Наявний сімейний «копінг-стиль» визначав внутрішньосімейні стосунки як такі, що підтримують соціальну систему і позитивно впливають на вибір та формування соціального середовища.

Соціальна мережа «друзі» у хворих на шизофренію була представлена малочисельно, причиною чого був психічний стан хворих, вираженість облігатних симптомів шизофренічного процесу, певний рівень дезінтегративної поведінки з емоційно-вольовим сплосченням. Відсутність емптичної та афіліативної особистісних рис



не спонукало наших хворих до пошуку нових друзів та формування дружнього альянсу. Лише 44 (26,2%) пацієнта вказали на те, що мають друзів, з якими проводять дозвілля. Між тим, у групі референтних родичів на наявність «друзів» вказали 89 (52,9%) респондентів, при цьому акцентуючи увагу на проблемах стигматизації психічно хворих. Звісно, наявність в сім'ї хворого на шизофренію не завжди викликає позитивне ставлення з боку оточуючих, особливо коли соціальне середовище є малочисельним та з низьким рівнем загальної суспільної культури.

Більшість пацієнтів свідомо намагались усамітнитись, мотивуючи це тим, що серед друзів є багато таких, хто їх раніше зрадив. Таке розчарування призводило до того, що фактично соціальна мережа «друзі» як структура процесу підтримки фактично була знецінена.

Соціальна мережа «друзі» у осіб КГ включала в себе найбільш близьких товаришів, переважно однієї вікової групи. Відносини ґрунтувалися на взаєморозумінні, дружбі, повазі. Все це сприяло розвитку необхідних копінг-навичок, а спільне обговорення та вирішення проблем посилювало колективні форми копінг-поведінки.

Майже всі особи КГ мали добре розвинену та динамічну соціальну мережу «друзі», для якої вони були не лише реципієнтами, а й донорами соціальної підтримки.

Соціальна мережа «важливі інші» у хворих на шизофренію була представлена дружиною (48 осіб, 28,6%), матір'ю (67 осіб, 39,8%), батьком (34 особи, 20,2%), чоловіком (19, 11,3%).

Обстежені пацієнти вважали, що як особи «важливі інші» можуть виступати лише найрідніші та найближчі люди, ті, які допомагають пацієнтам задовольняти власні потреби, турбуються про них, намагаються допомогати матеріально, не відштовхують і не принижують їх. Однак часто в бесідах у хворих були вислови щодо не зовсім тактовних висловів на їхню адресу від «важливих інших». Проте було повне розуміння того, що від сторонньої допомоги «важливих інших» залежить їх власна доля в майбутньому. Інтерперсональні стосунки залежали у більшості випадків від мікросоціального (сімейного) оточення, від їх здатності знаходити компроміси у взаємодії та розуміти психічний стан пацієнта.

Між тим, референтні родичі в якості мережі «важливі інші» опирались на друзів, колег, односельців, інших родичів. За їх висловами, більшість їх проблем мають

матеріальне підґрунтя, тому і потреби, які можуть вирішити, на їх думку, «важливі інші», можуть поліпшити якість їх стосунків.

Соціальна мережа «важливі інші» у осіб КГ була представлена різноманітними особами (колеги, друзі, родичі, однокурсники тощо). Важливі люди для обстежених КГ були прототипами в професійному та особистісному зростанні. Їх думка враховувалась, а подекуди – була визначальною під час обговорення життєвих проблем.

Таким чином, отримані авторами дані щодо аналізу соціальних мереж показали: наявність психічно хворої особи в сім'ї є чинником, який зумовлює активацію просоціальної мережі щодо допомоги у формуванні стрес-долаючих механізмів як у хворих на шизофренію, так і у їх референтних родичів. Соціальна мережа «сім'я» у хворих на шизофренію у більшості випадків була представлена батьківською сім'єю. Соціальна мережа «друзі» у хворих на шизофренію була малочисельною, причиною чого був психічний стан хворих, ступінь вираженості облігатних симптомів шизофренічного процесу (аутизм, апатія, амбівалентність), певний рівень дезінтегративної поведінки з емоційно-вольовим сплосненням. У соціальній мережі «важливі інші» у хворих на шизофренію в ролі донорів соціальної підтримки визначалися дружина (28,6%), матір (39,8%), батько (20,2%), чоловік (11,3%). Встановлені психоосвітні програм як для хворих на шизофренію, так і для їх референтних родичів.

## Список використаної літератури

1. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции // И.Я. Гурович, Н.Д. Семенова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, №4. – С. 78–85.
2. Сирота Н.А. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков / Н.А.Сирота, В.М. Ялтонский // Обзор. психит. и мед. психол. – 1994. – №1. – С. 63–74.
3. Jukel G. The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia / G. Jukel, P.L. Morosini // Curr. Opin. Psychiatry. – 2008. – Vol. 6. – P. 630–639.
4. Kay S.R. Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics / S.R. Kay, L.A. Opler, J.P. Lindenmayer // Psychiat. Res. – 1988. – Vol. 23. – P. 10.
5. Zimet G.D. The multidimensional scale of perceived social support / Zimet G.D. [et al.] // J. Personality assessment. – 1988. – Vol. 52. (1). – P. 30–41.

## ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРЫ ПРОСОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Е.Я. Пшук

Целью исследования было изучение источников социальной поддержки у больных шизофренией с помощью шкалы MSPS, разработанной G.D. Zimet. Установлено, что семья больного является наиболее весомым донором в процессе социальной поддержки, что необходимо учитывать при разработке вопросов психосоциальной реабилитации.

**Ключевые слова:** шизофрения, просоциальные сети, доноры социальной поддержки.

## INVESTIGATION OF PROSOCIAL NETWORKS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Y. Pshuk

The objective of the study was to investigate the sources of social support in patients with schizophrenia by scale MSPS, prepared by G.D. Zimet. It is established that the family of the patient is the most important donor in the social support that must be considered when designing for psychosocial rehabilitation.

**Key words:** schizophrenia, prosocial networks, social support donors.

УДК 616.895: 344.988

О.В. Гришина, О.О. Хаустова

## ОЦІНКА СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ У ЖІНОК, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ ПРОСТИТУЦІЄЮ

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

**Ключові слова:** психічне здоров'я, саморуйнівна діяльність, суїцидальна налаштованість, заняття проституцією.

У статті описані результати дослідження суїцидального ризику у жінок, які надають сексуальні послуги у квартирних умовах. За допомогою Колумбійської шкали важкості суїциду було виявлено особливості суїцидальних ідей, підстав і поведінки, властивих цьому контингенту. Встановлено, що ці жінки мають високий рівень суїцидальності.

Проституція стала дуже поширеним явищем, а жінки, залучені до цієї діяльності, є досить численною когортою. Науковий інтерес до вивчення психічного здоров'я та кола психологічних проблем цих жінок викликаний зростанням числа самогубств серед повій.

Психічне здоров'я, на думку С.Д. Максименка, «аспект здоров'я в цілому, який підкреслює стан душевного комфорту, відсутність патологічних психічних проявів та здатності до ефективної діяльності і саморегуляції відповідно до власних (відрефлексованих) цілей і інтересів людини», тому вибір саморуйнівного стилю життя (саморуйнівної діяльності) вказує на наявність психічних порушень, відхилення в емоційно-вольовій та мотиваційній сферах, хворобливого стану душі. Тому, що «процес діяльності взагалі є могутнім фактором здоров'я особистості – і соматичного, і психічного, і психологічного!» Люди часто повільно вбивають себе (непрямий суїцид), обравши діяльність, пов'язану з постійним ризиком для здоров'я та життя, набувши шкідливих звичок, не усвідомлюючи своїх летальних намірів і заперечуючи те, що їхні дії спрямовані на саморуйнування або спричинення шкоди самим собі.

Калвін Фредерік з Американського національного Інституту психічного здоров'я наводить сім основних характеристик непрямих суїцидів: часта відсутність усвідомлення наслідків своїх вчинків; раціоналізація, інтелектуалізація або заперечення своєї поведінки; поступовий початок деструктивної поведінки, яка все ж наближає смерть; край рідке відкрите обговорення цих тенденцій; вірогідність довготерплячої мученицької поведінки; витягання вторинної вигоди із співчуття чи / і проявів ворожості під час саморуйнування; смерть майже завжди здається випадковою.

Американський психолог Едвін Шнейдман у 1985 році вперше описав 10 загальних рис, які притаманні всім без винятку самогубствам, а саме: 1. Загальна мета всіх суїцидів – пошук рішення. Він не є випадковою дією, його ніколи не вчиняють безглуздо або безцільно. 2. Загальним завданням всіх суїцидів є припинення свідомості. Воно полягає в повному припиненні потоку свідомості нестерпного болю, що здається вирішенням болісних життєвих проблем. 3. Загальним стимулом при суїциді є нестерпний психічний (душевний) біль. Якщо припинення свідомості – це те, до чого прагне суїцидант, то нестерпний психічний (ду-

шевний) біль є тим, від чого він втікає. Біль – це загроза життю, а загроза існуванню походить від емоційного болю, а саме зі свідомості людини. Тому психічний біль є, як писав Е. Шнейдман, метабіль, біль від усвідомлення болю, душевне страждання або мука особи. Коли людина таке відчуває, її інтрапсихічний стан стає нестерпним. 4. Загальним стресором при суїциді є фрустровані психологічні потреби. Суїцид не є безглуздом і необґрунтованим вчинком – людині, яка вчиняє його, він видається логічним, на підставі логічних передумов, способу мислення і зосередженості на певному крузі проблем і є реакцією на фрустровані вітальні потреби. 5. Загальною суїцидальною емоцією є безпорадність – безнадійність. Часто вважають, що ворожість, гнів, як і інші сильні емоції, наприклад, сором або провина, трапляються під час суїциду, проте за ними завжди стоїть базисне відчуття внутрішньої спустошеності, безпорадності – безнадійності. Ця генералізована емоція проявляється сум'яттям і тривогою. 6. Загальним внутрішнім ставленням до суїциду є амбівалентність. Для самогубства типово, що людина одночасно намагається знищити себе і бажає допомоги. 7. Загальним станом психіки є звуження когнітивної сфери. Свідомість стає «тунельною», варіанти вибору поведінки різко обмежуються. 8. Загальною дією при суїциді є втеча (агресія). Вона відображає намір людини піти із зони лиха. 9. Загальним комунікативним актом при суїциді є повідомлення про намір. Люди, які мають намір вчинити суїцид, свідомо або несвідомо подають сигнали лиха: скаржаться на безпорадність, волають про підтримку, шукають можливості порятунку. 10. Загальною закономірністю суїциду є його відповідність загальному стилю поведінки в житті. «Коли ми стикаємося з самогубством, то нас спочатку збиває той факт, що воно за своєю природою є вчинком, якому немає аналогів і прецедентів в попередньому житті людини. Та все ж йому можна знайти глибокі відповідності у стилі і характері поведінки людини протягом всього життя. Загальною закономірністю є відповідність суїцидальної поведінки загальному стилю (патернам) поведінки протягом життя» (А. Моховіков).

С.Д. Максименко вважає, що жорстким регулятором поведінки є переконання. Їх підґрунтя становлять знання, які для людини є істинними, незаперечними, в яких вона не має сумніву. Особливість переконань по-

лягає у тому, що в них знання постають у єдності з почуттями, захоплюючи всю особистість. Переконання є там, де є страждання та муки сумління, коли порушуються принципи в діях і вчинках. Розвиток суїцидальних реакцій та психотравмівних ситуацій пов'язаний з наявністю певних неадаптованих переконань: «Краще померти, ніж далі так жити», «Я втомилась від життя», «Всім без мене буде краще», які в несприятливих умовах можуть призводити до виникнення суїцидальної поведінки. Суїцидогенні переконання пов'язані з увлеченням про більшу, ніж власне життя, значущість особисто-родинних або соціально-престижних цінностей і формуються під впливом виховання, психотравмівних переживань та різних мікросоціальних дій і перешкоджають прийняттю оптимального способу виходу з кризових станів.

**Актуальність.** Проституція (надання послуг сексуального характеру за гроші) пов'язана з великими ризиками для фізичного, психологічного та соціального здоров'я людини, а саме: інфікування ВІЛ та інфекціями, що передаються статевим шляхом, насилля, фізичні травми, стреси, вживання наркотиків та алкоголю, небажана вагітність. Проституція підриває суспільну моральність, руйнує інститут сім'ї, негативно впливає на формування підростаючого покоління; зростання проституції обумовлює збільшення у країні кількості самогубств. Тому ми вважаємо проституцію ризикованою поведінкою, небезпечною для психічного та соматичного здоров'я, яку можна розглядати як діяльність, що призводить до саморуйнування.

У рамках досліджень медико-психологічних (у тому числі психіатричних) феноменів порушення психічного здоров'я у жінок, які працюють у сфері комерційного сексу, сексуальна поведінка яких визначається медико-психологічними властивостями особистості, її установками і поведінковими патернами, нами були встановлено переважаючі форми віктимності, а саме – агресивна, активна та ініціативна, які можуть проявлятися суїцидальною поведінкою, тому ми вважаємо доречним провести діагностику суїцидальної налаштованості серед цих жінок.

**Мета.** Для пояснення та кращого розуміння феномену деструкції у повій за допомогою «Колумбійської шкали оцінки тяжкості суїциду (C-SSRS)» ми провели дослідження на наявність суїцидальності серед жінок, які займаються комерційним сексом.

Завданням нашого дослідження є встановлення наявності суїцидальності та її тяжкості у жінок, які займаються проституцією.

### Матеріали та методи дослідження

Надавши інформовану згоду, у дослідженні взяли участь 85 жінок, які мешкають у Києві. Дослідження проводили в «Комюніті-центрі для робітниць комерційного сексу» на базі ВБФ «Дроп ін Центр».

Групу дослідження склали 85 жінок, які займаються проституцією, віком від 18 до 38 років, середній стаж заняття комерційним сексом становив (3,05±2,15) року. Середній вік початку сексуального життя складав (16,02±2,87) років, що не є тотожним віку отримання

Таблиця 1. Суїцидальні ідеї

№ з/п	Суїцидальні ідеї	Описання	Кількість, n = 85	
			n	%
1	Бажання померти	Думки про бажання померти або перестати жити, або про бажання заснути і не прокинутися	81	95,2
2	Активні неспецифічні думки про самогубство	Загальні неспецифічні думки про бажання накласти на себе руки	78	91,7
3	Актуальні суїцидальні ідеї, включаючи роздуми про спосіб самогубства, за відсутності наміру діяти	Думки про самогубство, роздуми про спосіб, але без конкретного плану дій	29	34,1
4	Актуальні суїцидальні ідеї, включаючи деякий намір діяти, за відсутності конкретного плану	Активні думки про самогубство при заяві пацієнта про деякий намір діяти відповідно до цих думок	18	21,1
5	Актуальні суїцидальні ідеї з конкретним планом і наміром	Думки про самогубство, включаючи план з деталями і намір пацієнта здійснити цей план	34	40

першого сексуального досвіду, оскільки більшість жінок розповідали про сексуальне насильство у дитинстві та суб'єктивно не сприймали його як початок сексуального життя. Серед них 43,0% мають вищу освіту, 57,0% – середню / середню спеціальну освіту.

Для встановлення наявності суїцидальності та її тяжкості у жінок, які займаються проституцією, ми обрали та використали валідизовану і визнану надійним інструментом Колумбійську шкалу тяжкості суїциду, яка дозволяє виявляти і стандартизувати суїцидальні думки та поведінку. Наявність суїцидальних думок класифікується на п'ять рівнів за збільшенням міри серйозності: пасивні думки, типу «хочу бути мертвим або лягти спати і не прокинутися» і чотири рівні активної думки, подібно до бажання накласти на себе руки, увлечення методів самогубства, конкретний намір убити себе, розробка плану. Кожен пункт вимагає позитивної або негативної відповіді. У нашому дослідженні відповідь давалась щодо наявності цих симптомів будь-коли у минулому.

Таблиця 2. Підстави суїцидальних ідей

№ з/п	Описання	Кількість, n = 85	
		n	%
1	Винятково для того, щоб привернути увагу, помститися чи отримати відгук інших людей	11	12,9
2	Більшою мірою для того, щоб привернути увагу, помститися чи отримати відгук інших людей	0	0
3	У рівній мірі для того, щоб привернути увагу, помститися чи отримати відгук інших людей та для того, щоб припинити / зупинити біль	46	54,1
4	Більшою мірою для того, щоб припинити / зупинити біль (неможливість продовжувати жити, відчувачи такий біль чи те, що відчували)	18	21,1
5	Винятково для того, щоб припинити / зупинити біль (неможливість продовжувати жити, відчувачи такий біль чи те, що відчували)	6	7

Таблиця 3. Суїцидальна поведінка

№ з/п	Суїцидальні дії	Описання	Кількість, n = 85	
			n	%
1	Дійсна спроба самогубства	Акт, потенційно спрямований проти самого себе, здійснений з бажанням померти в результаті цього акту	34	40
2	Перервана спроба самогубства	Дія, потенційно спрямована проти самого себе, перервана унаслідок зовнішніх обставин (інакше б сталася дійсна спроба)	11	32,4
3	Зупинена спроба самогубства	Дія, потенційно спрямована проти самого себе, зупинена самою людиною до фактичного початку аутодеструкції	23	67,6
4	Підготовчі дії чи поведінка	Придбання засобів для реалізації конкретного способу самогубства (покупка таблеток, збраряддя вбивства, дарування коштовних речей або написання передсмертної записки)	34	40

### Результати та їх обговорення

При вивченні суїцидальної налаштованості у проститутки були отримані такі результати, які відображають зміст та особливості суїцидальних ідей, підстав та поведінки.

У таблиці 1 відображені особливості суїцидальних ідей. Наявність бажання «хочу бути мертвим або лягти спати і не прокинутися» виявлено у 81 жінки (95,2%); 78 жінок (91,7%) думали про те, щоб здійснити самогубство; міркували про спосіб самогубства, але не мали конкретного плану 29 жінок (34,1%), наміри діяти мали 18 жінок (21,1%); У 40% випадків суїцидальні думки містили опрацювання способу і плану дій, намір здійснити детально сплановане самогубство.

Результати дослідження підстав суїцидальних ідей, відображені в таблиці 2, виявили такий розподіл: більшість жінок (54,1%) назвали бажання однаковою мірою привернути увагу й отримати відгук інших людей та припинити душевний біль. Рушійними емоціями суїцидального акту як форми протесту, помсти, покарання «значимого іншого» чи кривдника, в цьому випадку є сором, гнів і образа; 18 (21,2%) жінок більшою мірою бажали припинити біль, бо не в змозі були продовжувати жити; 11 (3,5%) жінок бажали винятково привернути увагу, в увлеченні жінки, яка страждає, інші способи привернути увагу видаються не настільки дієвими. У 7% випадків мотивом було винятково прагнення припинити душевний біль. Сенс цього суїцидального акту – це суїцидальна спроба отримання допомоги.

Намагалися здійснити суїцид, виконавши підготовчі дії, 34 жінки (40% від всієї групи досліджуваних), але 23 (32,4% від групи жінок, які намагалися здійснити суїцид) зупинили себе самостійно. Їм допомогли релігійні переконання (віра, що самогубство – великий гріх), думки про батьків чи дітей, страх, емоційне угамування за час підготовчих дій; у 11 жінок спроба самогубства була перервана зовнішніми обставинами, це були: дзвінок по телефону, втручання знайомих чи рідних (переконали не робити).

Отримані результати показали наявність антивітальних тенденцій у жінок, які займаються проституцією. Підстави можуть бути найрізноманітнішими, від відмови опиратися непереборним труднощам, бажання привернути увагу, помститись, до прагнення припинити нескінченні болісні душевні переживання, але треба зазначити, що чинники ризику суїциду у кожному конкретному випадку здатні до кумулятивної та синергетичної взаємодії. Також результати вказують на високий ризик скоєння самогубства серед жінок досліджуваної когорти. Наше дослідження відкриває перспективи для профілактики суїцидальної поведінки проститутки.

### Список використаної літератури

1. Антонян Ю. М. Проституція глазами психолога / Ю. М. Антонян // Общественные науки и современность. – 1993. – №2. – С. 129 – 130 с.
2. Глинский Я. И. Девиантология: социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийств и других «отклонений» / Я. И. Глинский. – СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2004 – 287 с.
3. Глинский Я. И. Самоубийство как социальное явление. Проблемы борьбы с девиантным поведением / Я. И. Глинский – М., 1989. – С. 44–68.
4. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция. Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийств в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / Э. Гроллман – М.: Ко-зито-Центр, 2001. – С. 270–352.
5. Загальна психологія: підручник / за загальною редакцією академіка С. Д. Максименка. – 2-ге вид., переробл. і доп. – Вінниця: Нова Книга, 2004. – 704 с.
6. Змановская Е. В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения): учебник для студ. высш. учебн. заведений / Е. В. Змановская – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 288 с.
7. Кучерук О. Зменшення шкоди: концепція, практика, досвід України / О. Кучерук, Н. Пилипчук, А. Протопопов. – К.: ВАСВ, 2002. – 112 с.
8. Куттер П. Современный психоанализ. Введение в психологию бессознательных процесов: учебное пособие для дополнительного образования / Петер Куттер – СПб, 1997. – 203 с.
9. Ломброзо Ч. Женщина преступница и проститутка / Чезаре Ломброзо – ООО «Попурри». – Минск, 2000. – 123 с.
10. Максименко С. Д. Основы генетичної психології / С. Д. Максименко – К., 1998. – 218 с.
11. Максименко С. Д. Развитие психики в онтогенезі / С. Д. Максименко – К.: Форум, 2002.
12. Максименко С. Д. Психологія особистості: підручник / К. С. Максименко, М. В. Палуца. – К.: ТОВ «КММ», 2007. – 296 с.
13. Суїцидальність / В. Махлейт, К. П. Кискер, Г. Фрайбергер [та ін.] // Психіатрія, психосоматика, психотерапія. – М.: Алетей, 1999. — С. 226–233.
14. Менцингер К. Война с самим собой / К. Менцингер. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. – С. 121–127.
15. Моховиков А. Суїцидальный клиент: взгляд гештальт-терапевта // Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / А. Моховиков. – М., 2001. – С. 453–462.
16. Моховиков А. Н. Телефонное консультирование / А. Н. Моховиков. – М., 2001. – 318 с.
17. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной / пер. с англ. Е. И. Замфир; под ред. проф. М. М. Решетникова. / Д. Пайнз. – СПб.: Совместное издание Восточно-Европейского института психоанализа и Б.С.К., 1997– 198 с.
18. Проблемы секс-бизнеса в контексте общественного здравоохранения / Сост. Ю. Саранков. – К.: «СПИД Фонд Восток – Запад», 2009. – 128 с.
19. Секс-бізнес в Україні: спроба соціального аналізу / Балакірева О. М., Бондар Т. В., Галустьян Ю. М. [та ін.] – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2001. – 159 с.
20. Шиделко А. В. Проституція як крайній прояв статевої деморалізації / А. В. Шиделко // Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики. Міжвузівський збірник наукових праць. – 2011. – № 50. – С. 434–441
21. Herman J. L. Introduction: hidden in plain sight: clinical observations on prostitution. In: Prostitution, Trafficking and Traumatic Stress / Herman J. L., Farley M., ed. Binghamton, N.Y.: Haworth Press.
22. Farley M., Ph. D. Prostitution Is Sexual // Melissa Farley – Times Violence Psychiatric – Times October – 2004. – Vol. XXI Issue 12.
23. Flexner A. Prostitution in Europe / A. Flexner. – New York: Century, 1914. P.18. 17. Winick, Ch. Kinsir, P. The Lively Commerce: Prostitution in the US/Ch. Winick, P. Kinsir. Chicago: Quadrangle Books, 1971. – P. 3.



## ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ЖЕНЩИН, КОТОРЫЕ ЗАНИМАЮТСЯ ПРОСТИТУЦИЕЙ.

О.В. Гришина, Е.А. Хаустова

В статье описаны результаты исследования суицидального риска у женщин, оказывающих сексуальные услуги в квартирных условиях. С помощью Колумбийской шкалы тяжести суицида были выявлены особенности суицидальных идей, оснований и поведения, присущих данному контингенту. Установлено, что эти женщины имеют высокий уровень суицидальности.

**Ключевые слова:** психическое здоровье, саморазрушительная деятельность, суицидальная направленность, занятие проституцией.

## ESTIMATION OF SUICIDAL RISK FOR WOMEN THAT PROSTITUTE.

O.V. Grishina, E.A. Khaustova

In the article the results of research of suicidal risk are described for women that prostitute, rendering sexual services in housing terms. By means of the Colombian scale of suicidal of the features of suicidal ideas were educed, grounds and behaviors inherent to this contingent. It is set that these women have a high level of suicidal risk.

**Key words:** psychical health, selfdestructive activity, suicidal orientation, prostituting.

УДК 616.33 – 002.44:616.895.4

М.А. Соловьева

НЕВРОТИЧЕСКИЕ И СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ РАССТРОЙСТВА  
У СЛУЖАЩИХ БАНКОВУкраїнський науково-дослідницький інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України,  
г. Киев

**Ключові слова:** невротическіе расстройтва, служащие банка.

В статье доказаны данные обследования служащих банка с целью выявить количество распространенности среди них невротических и связанных со стрессом расстройств и их клиническую принадлежность.

Социальные и экономические изменения, происходящие на протяжении последних лет в Украине, не могут не затронуть такую категорию населения, как служащие финансово-кредитных учреждений. В силу специфики своей работы они первые ощущают на себе динамику организационных и законодательных изменений в государственной и финансовой сфере, находятся на пересечении экономических и социальных интересов разных групп населения. Таким образом, формируется система часто меняющихся и, временами, противоречивых требований, прежде всего к тем служащим, которые непосредственно работают с «клиентской базой». Из неблагоприятных профессиональных факторов наиболее значимыми для данного контингента являются постоянное эмоциональное напряжение, повышенная ответственность за результат своей деятельности, высокий риск штрафных санкций в результате ошибочных действий, недостаточная двигательная активность и вынужденные нарушения режима труда и отдыха. Это создает предпосылки для формирования невротических, связанных со стрессом расстройств (НССР) донозологического и нозологического уровней, а снижение адаптационных возможностей, в свою очередь, приводит к эскалации внутренней напряженности и усугублению невротической симптоматики. Определенное влияние на формирование тревожно-депрессивных расстройств оказывают психосоциальные установки состоятельности и успеха, присущие банковской корпоративной культуре, высокие, а также жесткие стандарты и требования к сотрудникам, резкая критика и наказание при несоответствии принятым нормам [1–5].

Цель исследования: на основании системного подхода к изучению психического здоровья у данной ка-

тегории служащих, научно обосновать, разработать и внедрить оптимальные меры по профилактике невротических, связанных со стрессом, расстройств.

## Материалы и методы исследования

С целью изучения НССР у банковских служащих нами обследовано 132 сотрудника, работающих в отделениях двух банков городов Донецка и Макеевки. Средний их возраст составил 29,7 лет. Все исследуемые лица были женского пола. Обследование включало в себя сбор сведений о социально-демографических характеристиках служащих, особенностях их профессиональной деятельности; клинико-психопатологические и психодиагностические методы.

Клинико-психопатологическое исследование проводилось с помощью комплексного стандартизированного клинического интервью, в процессе которого собиралась информация о наличии, степени выраженности и частоте возникновения психопатологических симптомов невротического уровня.

## Результаты и их обсуждение

По результатам исследования мы выделили 3 группы служащих. К 1-й группе относятся сотрудники с НССР – 27 человек (20,4%); ко 2-й – лица с начальными проявлениями НССР – 41 человек (31,1%), к 3-й – здоровые – 64 (48,5%). Первая группа исследуемых соответствовала критериям раздела F4 Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), а также наличия высоких показателей у них невротизма, тревоги и депрессии по данным психологического обследования. Вторую группу составили служащие, у

которых отмечалась умеренно выраженная психопатологическая симптоматика, не достигающая нозологического уровня. К третьей отнесены сотрудники, у которых отмечались единичные, редко возникающие и быстро проходящие психопатологические симптомы незначительной интенсивности.

У служащих, относящихся к первой группе, согласно критериям МКБ-10 были установлены следующие синдромы: генерализованное тревожное расстройство – 5 (18,5%) человек, смешанное тревожно-депрессивное расстройство – 7 (30,0%), обсессивно-компульсивное расстройство – 2 (7,4%), пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации – 5 (18,5%), смешанная тревожно-депрессивная реакция – 2 человека (7,4%), невращения – 6 (22,2%) человек.

У служащих второй группы определялись астенический, астено-депрессивный, тревожный и тревожно-депрессивный синдромы.

Таким образом, полученные данные позволяют сделать вывод о том, что у значительной части служащих банков (51,4%) имеются начальные проявления НССР, не вызывающие значительного снижения работоспособности, но приводящие к нарастанию социальной дезадаптации и снижению качества жизни. В тоже время, достаточно низкий уровень расстройств, непосредственно относящихся к нарушениям адаптации (5,2%), обусловлен тем, что большинство служащих не дает четких указаний на наличие определенной стрессовой ситуации или события, предшествующих возникновению симптоматики. Сама специфика работы, по-

дразумевающая высокий уровень личной ответственности за результат своего труда, формальный стиль отношений, недостаточность возможностей для психологической разрядки и переключения, вынужденные нарушения режима труда и отдыха, достаточно частые организационные изменения в учреждении являются основой для формирования невротических реакций и расстройств.

Полученные данные распространенности НССР свидетельствуют о необходимости проведения психогигиенических и психопрофилактических мероприятий, а также целесообразности обеспечения служащих банков квалифицированной, максимально приближенной к рабочему месту психологической и психотерапевтической помощи.

## Список использованной литературы

1. Барабанщикова В. В. Анализ профессионального стресса банковских служащих / В. В. Барабанщикова // Национальный психологический журнал. – Москва: Московский государственный университет им. Ломоносова. – 2010 № 1 (3). – С. 118–121.
2. Ильясев С. М. О мотивации персонала коммерческого банка / С. М. Ильясев // Банковское дело. – 2010. – № 4. – С. 68–71.
3. Менделевич Д. М. Препринципские психические расстройства у банковских служащих / Д. М. Менделевич, Г. В. Орлов, К. К. Яхин // Практическая медицина. – 2009. – № 06 (09). – Режим доступа : <http://pmarchive.ru/preklinicheskie-psichicheskie-rasstrojstva-u-bankovskix-sluzhashhix>.
4. Орлов Г. В. Влияние условий труда банковских служащих на состояние их психического здоровья / Г. В. Орлов // Практическая медицина, 2009, № 06. – Режим доступа : <http://pmarchive.ru/vliyanie-uslovij-truda-bankovskix-sluzhashhix-na-sostoyanie-ix-psichicheskogo-zdorovya>.
5. Холмогорова А. Б. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интенсивной психотерапии / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян // Соц. и клин. психиатрия. – 1998. – № 1. – С. 94–101.

## НЕВРОТИЧНІ ТА ПОВ'ЯЗАНІ ЗІ СТРЕСОМ РОЗЛАДИ У БАНКІВСЬКИХ СЛУЖБОВЦІВ

М.А. Соловйова

У статті наведено дані обстеження банківських службовців, метою якого було виявлення поширеності серед них невротичних та пов'язаних зі стресом розладів, та їхню клінічну приналежність.

**Ключові слова:** невротичні розлади, банківські службовці.

## NEUROTIC AND ASSOCIATED WITH STRESS DISORDERS OF BANK EMPLOYEE

M.A. Solovyova

The article brought survey data bank employee to identify the number, including the prevalence of neurotic and stress-related disorders and their clinical affiliation.

**Key words:** neurotic disorders, bank employee.

УДК 616.895: 344.988

А.В. Чайка

ЛІКУВАННЯ МИСТЕЦТВОМ В РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ РОБОТІ З ПАЦІЄНТАМИ,  
ЯКІ МАЮТЬ ВАДИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Український науково-дослідницький інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

**Ключові слова:** арт-терапія, психічні розлади, реабілітація, проект «Мистецтво, що об'єднує всіх!».

У статті обґрунтовується важливість і необхідність використання методу арт-терапії для лікування та реабілітації осіб з психічними розладами. Розглянуто впровадження арт-терапії шляхом реалізації всеукраїнського проекту «Мистецтво, що об'єднує всіх!». Описано регіональні особливості заходів, що були проведені в регіонах України, та їх результати.

**Актуальність.** За даними ВООЗ, близько 450 млн людей на планеті страждають на той чи інший психічний розлад. Серед загальної кількості хвороб психічні

розлади становлять 12% глобального економічного тягаря в усіх країнах світу. За оцінками експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), до 2020 р. в

осіб з психічними розладами 15% років повноцінного життя буде втрачено через непрацездатність (Disability-adjusted life year – DALY). Максимальний економічний тягар внаслідок психічних розладів лягає на плечі найбільш продуктивної групи населення, людей молодого віку. Для економічного тягаря внаслідок психічних розладів є характерною частка непрямих витрат, яка значно (у 2–6 разів) перевищує прямі витрати на лікування [1]. В такому випадку проблема надання психіатричної допомоги поширюється не лише на сферу охорони здоров'я, але стає актуальним питанням на рівні економічної складової національної безпеки в Україні. Враховуючи кількісну характеристику осіб з вадами психічного здоров'я, та, як наслідок, якісну характеристику економічних витрат у державі, удосконалення програм ресоціалізації цих осіб є першочерговою задачею спільноти [1].

Проблеми адаптаційних можливостей осіб з психічними розладами вивчались багатьма науковцями [2–4]. Якісна соціалізація пацієнтів суттєво зменшує кількість рецидивів захворювання та підвищує їх можливості стати повноцінними членами суспільства в майбутньому [5, 6]. Незважаючи на стрімкий розвиток фармацевтичної галузі, медикаментозне лікування не завжди дає бажані результати, особливо щодо повернення пацієнтів до повноцінного соціального функціонування – після госпіталізації до закладів охорони здоров'я, – через що фахівцями продовжується пошук та впровадження у життя нових немедикаментозних методів терапії.

На сьогодні все більшої актуальності в Україні набуває такий вид реабілітації, як арт-терапія або лікування мистецтвом. Так, саме метод арт-терапії для психічно неврівноважених хворих застосовували ще у Давній Греції, а у Європі ці методи широко використовуються з 70-х років минулого століття. Спочатку арт-терапія виникла в контексті теоретичних ідей З. Фрейда [2] і К.Г. Юнга, а в подальшому набула ширшої концептуальної бази, включаючи гуманістичні моделі розвитку особистості К. Роджерса та А. Маслоу.

На думку К.Г. Юнга, мистецтво, особливо арт-терапія, що використовує мистецтво, в значній мірі полегшують процес індивідуалізації саморозвитку особистості на основі встановлення зрілого балансу між несвідомим і свідомим «Я». За М. Лібманом, арт-терапія – це використання засобів мистецтва для передачі почуттів та інших проявів психіки людини з метою зміни структури її світовідчуття [3]. У практикумі по арт-терапії зазначено, що «арт-терапія – це способи і технології реабілітації людей засобами мистецтва і образотворчої діяльності» [4].

Арт-терапія відноситься до психологічного впливу мистецтвом і використовується в соціальній, педагогічній, психологічній роботі як засіб гармонізації та розвитку психіки людини через його заняття художньою творчістю. Вперше цей термін був використаний Андріаном Хіллом у 1938 р. при описі його роботи з хворими туберкульозом і незабаром отримав поширення. У наш час ним позначають усі види занять мистецтвом, що проводяться в лікарнях і з лікувальними цілями. Ефективність застосування мистецтва в контексті лікування

ґрунтується на тому, що цей метод дозволяє експериментувати з почуттями, досліджувати і виражати їх на символічному рівні. Проблеми ефективної реабілітації та адаптації хворих вивчалися чисельними науковцями. Психотерапевтичним впливом творчості на емоційний, а також моральний розвиток особистості займалися Р.П. Арнхейм, Т.А. Добровольська, А.М. Вейн, В.А. Міткевич, К.Г. Юнг, П.І. Сидоров, А.Г. Соловйов [3, 5, 6, 7]. Арт-терапія, в основу якої покладено ідеї З. Фрейда та К.Г. Юнга, – це не стільки лікування, скільки розвиток у людини властивої їй креативності, гармонізація та розвиток особистості, що допомагає при вирішенні проблем. За Фрейдом, внутрішнє «Я» людини виявляється у візуальній формі кожного разу, коли вона спонтанно щось малює чи ліпить, а образотворче мистецтво, маючи багато спільного з фантазіями та сновидіннями, виконує роль, що компенсує та знімає психічну напругу. Юнг наголошував на важливості використання персональних та універсальних символів. Центральною фігурою в арт-терапевтичному процесі є не пацієнт як хвора людина, а особистість, яка прагне до саморозвитку й розширення діапазону своїх можливостей [3]. К.Г. Юнг вважав, що пацієнт, спираючись на «трансцендентні» властивості символів і власний творчий потенціал, здатен досягти самоцілення, і що символічні образи несуть у собі способи вирішення внутрішньопсихічних конфліктів. У науково-педагогічному розумінні арт-терапії розглядається як метод розвитку та зміни особистості, групи чи колективу за допомогою різних видів і форм мистецтва та творчості [3]. Але хоча творчі цілі й мають велике значення, перше місце в арт-терапії все ж таки відводиться терапевтичним цілям.

У наш час застосування арт-терапії набуло ширшого спектру використання, залучаючи до роботи не тільки образотворче мистецтво, але і музикотерапію, танцювальну терапію, драматерапію, ландшафтотерапію, етнотерапію, ліплення, пластику, гримування.

У літературі і наукових дослідженнях існує багато даних про ефективність арт-терапії у лікуванні та реабілітації осіб з психічними розладами [2]. Відносно багатьох напрямів арт-терапії проведено дослідження, що доводять ефективність і необхідність використання цього методу в лікуванні та реабілітації [4]. Існують дані щодо ефективності застосування і показань окремих напрямів арт-терапії. У випадку застосування арт-терапії з пацієнтами психіатричного або неврологічного відділення – цей метод надає безпосередній позитивний вплив на першопричини захворювань цього профілю [6].

Незважаючи на досить значний досвід дослідження ефективності арт-терапії, аспекти наукової доказовості цього методу розглянуті в поодиноких працях. Так, у декількох контрольованих дослідженнях щодо музикотерапії повідомляється про наявність сприятливого впливу всіх видів арт-терапії у значенні когнітивних та поведінкових функцій відносно пацієнтів з деменцією. Також відомо, що спеціально підібрана музика може впливати на настрій, спричинити чи зменшити агресивність, оптимізувати різні вегетативні функції і гормональний статус [7, 8]. У низці досліджень [9, 10] було встановлено, що активація акустичних сенсорних пото-

ків до мозку, наприклад, при музикотерапії, є ефективним методом реабілітації без застосування ліків і може застосовуватися в комплексному лікуванні пацієнтів з деякими формами психічних розладів. Так, наприклад, П. Хабнером була запропонована медична резонансна терапевтична музика (МРТМ) [11].

Очевидно, що ефективність музикотерапії залежить від змісту музичного твору, жанру, темпу, ритму, варіабельності енергії акустичного потоку, а також вікових, особистісних та індивідуально-типологічних особливостей людини [8].

Отримані численні дані, засновані на спостереженнях та окремих випадках, які вказують на те, що терапія різноманітними видами мистецтва може покращити не тільки якість життя, але й стан когнітивних функцій у пацієнтів з деменцією [9]. Проте переконливих наукових даних, які дозволяють визначити, чи дійсно є ефективними такі види терапії, недостатньо. Так, на сьогодні не має достатньо систематизованих даних, які б дозволили переконатися в тому, що мистецтво і методи лікування різними видами мистецтва є ефективними при застосуванні у лікуванні людей з психічними розладами.

## Матеріали та методи дослідження

Українським науково-дослідним інститутом соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України було організовано Всеукраїнський проект «Мистецтво, що об'єднує всіх!», який стартував 7 червня 2013 р. у Будинку вчителя м. Києва, за підтримки Міністерства охорони здоров'я України, посольства Великої Британії в Україні та громадських організацій. Цей проект був спрямований на підтримку осіб з вадами психічного здоров'я шляхом залучення до процесу лікування арт-терапію як альтернативний метод роботи з пацієнтами.

Цей захід охопив майже всі регіони України, презентував творчість пацієнтів у різних напрямках мистецтва як зразок арт-терапії та реінтеграції у повноцінне соціальне життя суспільства. У започаткованому проекті об'єдналися митці-аматори, котрі натхненно та щиро відобразили складність сьогодення, наділяючи його нетривіальними формами, віддзеркалюючи внутрішній світ, проявили свою індивідуальність та забарвили національним колоритом.

З 27 регіонів України взяли участь 15 областей (Київська, Чернігівська, Тернопільська, Львівська, Донецька, Закарпатська, Сумська, Одеська, Хмельницька, Івано-Франківська, Вінницька, Житомирська, Волинська, Чернівецька, м. Київ та м. Севастополь) та 30 лікарень.

Основними методами арт-терапії, які застосовувались практично в кожному регіоні, лікарні, що брали активну участь у проекті, були: малювання, ліплення, оригамі, вишивання (муліне та бісер), вироблення з природних матеріалів, створення композицій із солоного тіста, пошиття набивних іграшок, колаж, в'язання, флористика, ікебана, спартакіада, театральні виступи тощо.

Акція «Мистецтво, що об'єднує всіх!» згуртувала найініціативніших керівників психіатричних закладів регіонів України.

Дослідження впливу арт-терапії на адаптаційні можливості пацієнтів проводилось за допомогою методів спостереження та обробки інформації.

Акція «Мистецтво, що об'єднує всіх!» включала в себе такі різновиди арт-терапії в регіонах.

1. Пацієнти Львівської обласної клінічної психіатричної лікарні презентували виставу «Двірничка спілка», основну участь у якій брали пацієнти лікарні, разом з молодшим медичним персоналом та лікарями. Постановку готували протягом року спільно з професіоналами театрального мистецтва: режисером та акторами. Учасники відзначили, що час підготовки до виставки вони спілкувалися у теплій атмосфері взаєморозуміння та довіри, що сприяло ефективному реабілітаційному процесу та підвищувало рівень їх соціалізації.

2. У Київській психоневрологічній лікарні № 1 відбулась презентація Фестивалю-лабораторії «Павлов-фест», в рамках якої пацієнти представляли відвідувачам свої таланти: танцювали, співали, читали вірші, ставили театральні постановки, презентували виставку виробів з глини, паперу, художніх робіт. Загалом було представлено більше 100 робіт.

3. У липні пройшла спартакіада у стінах Макіївської психіатричної лікарні і супроводжувалась нагородами та призами для учасників. Творчий розвиток пацієнтів у закладі ведеться в декількох напрямках: літературно-публіцистична діяльність, клуб взаємодопомоги та підтримки пацієнтів «Кришталевий світ», театральна студія, літературні вечори. Проведення акції з пацієнтами включає розробку сценаріїв, виготовлення сценічних костюмів і декорацій, репетиційний процес та проведення сценічних вистав. Цей підхід передбачає участь всіх учасників лікувального процесу: від головного лікаря до молодшої медичної сестри, із залученням психотерапевта, психологів, юриста та інших.

Також у стінах Макіївської психіатричної лікарні було проведено конкурс флористики та ікебани. Кожна команда у складі співробітників і пацієнтів створювала креативні ландшафтні композиції з елементами національного побуту. Різноманітні конструкції у варіантах арки, воза з квітами і дарами, вуликів з медом, солом'яних тварин беззаперечно створюють простір для проєкції особистісних афективних потреб, формують безпечні умови для можливості пацієнта практикувати психічну релаксацію. Лікарі Макіївської психіатричної лікарні використали також і етнотерапевтичний напрям арт-терапії. Був організований спеціальний ярмарок, де пацієнти та лікарі були одягнені в національні костюми і представляли страви національної кухні, предмети культури та побуту. Для гостей учасники клубу пацієнтів «Кришталевий світ» організували виставку фотокартин «Історія міста».

4. З 9 до 13 вересня 2013 року було проведено шахово-шашковий турнір в обласній клінічній психіатричній лікарні м. Донецька, в якому взяли участь всі бажуючі пацієнти відділень лікарні.

5. У психоневрологічній лікарні м. Горлівка відбулась гра «Острів скарбів». Дві команди, сформовані з пацієнтів загальнопсихіатричних відділень, боролись за скриню зі скарбами, виготовляли піратські костюми



та розмальовували обличчя (макіяж). Метою даного реабілітаційного заходу були завдання на координацію, дрібну моторику, логічний відбір і комбінаторику, навчання взаємодії у групі і подолання страху перед публічним виступом.

6. У міській психіатричній лікарні м. Краматорська як метод лікування творчістю осіб з вадами психічного здоров'я використовується оригамі, вишивання (муліне та бісер), вироблення з природних матеріалів, створення композицій з солоного тіста, пошиття набивних іграшок, колаж, в'язання, малювання. Техніки малювання застосовуються в роботі не тільки як продукт творчої діяльності, але й як матеріал у психотерапевтичній роботі за методом символдрами.

7. У Сумській області було організовано фестиваль та виставку робіт психоневрологічних хворих регіону, де було представлено вишиванки, художні розписи, ікони, вироби з дерева, паперу, тканини, картини, літературні твори тощо.

8. У Чернігівській обласній психоневрологічній лікарні була організована та відкрита конкурс-виставка плодів, квітів, виробів з дерева, паперу, тіста та інших матеріалів. На виставці було представлено різноманітні народні страви та напої, виготовлені за давніми українськими рецептами – узвари із сухофруктів, свіжих ягід, меду тощо. Пацієнти брали безпосередню участь у цій виставці.

9. У Тернопільській обласній психоневрологічній лікарні в рамках проекту «Мистецтво, що об'єднує всіх» була відкрита тематична виставка, присвячена 22-й річниці Незалежності України та Дню міста Тернопіль. Над різноманітними роботами працювали близько чотирьох сотень пацієнтів закладу. Автори готували свої роботи майже місяць. Кожен експонат мав своє смислове навантаження.

10. До дня Незалежності Хмельницька обласна психіатрична лікарня № 1 також провела та організувала загально-лікарняну виставку з роботами пацієнтів закладу.

11. Севастопольська міська психіатрична лікарня м. Севастополь видала каталог віртуальної виставки «Полет над ветром». У цьому каталозі представлено картини, малюнки, панно, виконані у техніці бісероплетіння, клаптикова пластика, килимарство, скульптурні вироби з граніту, пластиліну, предмети біжутерії. Окрім того, до каталогу увійшли поетичні та літературні роботи пацієнтів.

12. Івано-Франківська область відзначилась проведенням виставки-продажу робіт пацієнтів місцевих психоневрологічних закладів під назвою «Інший світ, який поряд», що продемонструвала неабиякий хист осіб з вадами психічного здоров'я та їх прагнення до творчого самовираження. Було представлено малюнки на папері, склі та порцеляні, аплікації, оригамі, вишивки, вироби з бісеру, вироби у техніці декупаж та солоне тісто, скульптури з різних матеріалів. В Івано-Франківській обласній лікарні створено арт-терапевтичні майстерні для пацієнтів, в яких широко застосовуються різноманітні методи терапії мистецтвом у лікувально-реабілітаційному процесі.

До Всесвітнього дня психічного здоров'я (10 жовтня 2013 року) в рамках Всеукраїнського проекту «Мистецтво, що об'єднує всіх!» 4 регіони (Вінницька область, Івано-Франківська, Хмельницька та м. Севастополь), видали друковані роботи, у яких було представлено фотокопії картин, малюнків, панно, виконаних в техніках бісероплетіння, клаптикової пластики, килимарства, скульптурних виробів з мармуру, пластиліну, предметів біжутерії, надруковано вірші та оповідання пацієнтів психіатричних лікарень. Авторами цих робіт є особи з вадами психічного здоров'я, які перебувають на лікуванні у психіатричних лікарнях та у складі терапевтичного процесу відвідують арт-студії.

## Результати та їх обговорення

Арт-терапію застосовують у багатьох лікувальних закладах України для пацієнтів, що страждають на психічні розлади, але завдяки проекту «Мистецтво, що об'єднує всіх!» лікарі-психіатри отримали можливість аналізувати власний досвід і результати арт-терапії та обмінюватися досвідом з колегами усіх регіонів. Це стало поштовхом до своєрідного реформування підходу до пацієнта, коли на перший план виносяться його потреби та реабілітаційний потенціал мистецтва, а не лише призначення лікування, згідно з клінічним протоколом. Реабілітаційний потенціал у кожному конкретному випадку виявляє лікар-психіатр, спільно з психологом. Також до цієї роботи залучаються медичні сестри та проводиться робота з родичами пацієнта для визначення його інтересів. Тобто, іде робота мультидисциплінарної команди для виявлення реабілітаційного потенціалу, а це вже комплексний підхід до лікування, який сприяє зміні ставлення до пацієнта, вивченню його здібностей, що дає можливість пацієнтові швидше виходити з хворобливого стану, і в результаті загострення психопатологічної симптоматики виникають значно рідше.

У процесі заходів, які проводились в рамках Всеукраїнського проекту «Мистецтво, що об'єднує всіх» пацієнти та лікарі відзначали суттєве покращення адаптації хворих до суспільно корисної праці, відбувалась нормалізація їх психічного функціонування, розширення можливостей особистісного розвитку. Різні види арт-терапії допомагають виокремити кожного пацієнта як повноцінного представника соціуму і позитивно впливають на самооцінку, опосередковано впливаючи на лояльність оточення до соціальної активності, що стосується реабілітації і соціалізації. Також слід відмітити поліпшення взаєморозуміння пацієнтів з їхніми родичами.

Так, наприклад, спартакіада – напрям, який сфокусований на трудотерапії і демонструє соціальну відповідальність учасників, сприяє підвищенню соціального контролю пацієнтів, забезпечує визнання позитивних (здорових) проявів пацієнта. Ще один напрям арт-терапії – етнотерапія – опосередковано впливає на систему глибинних родових цінностей людини, які існують у свідомості на рівні архетипів, і є невід'ємною частиною структури особистості. Застосовуючи етнотерапію, пацієнт пізнає і приймає частину своєї історії, відповідно, частину своєї особистості.

Виставка фотокартин дає можливість людям з вадами психічного здоров'я усвідомити особливості своїх афективних, когнітивних і поведінкових патернів.

Вишивання, малювання, оригамі, ліплення допомагають пацієнтам проявляти свою особистість, творчі здібності, відчувати задоволення та визнання своєї праці. Творча діяльність пацієнтів – це реабілітаційні заходи, спрямовані на те, щоб допомогти пацієнтам прочинити доступ до ресурсів своєї психіки, підвести їх до самопізнання, навчити адекватно справлятися з хворобливими переживаннями, відчуттями і проблемами, оволодіти навичками самоконтролю, сформувати здібності конструктивно взаємодіяти з оточуючими. Спеціалісти закладів намагаються підбирати реабілітаційні програми для пацієнтів індивідуально, адже у кожного з них різні психологічні або неврологічні розлади.

За словами О.О. Фільца, завідувача кафедри психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Д. Галицького, головного лікаря Львівської обласної психіатричної лікарні, річ не у тому, що саме пацієнти грають на сцені, а в тому, як вони приходять на репетиції, як вони між собою спілкуються, проводять разом час, як вони навчаються, що є конструктивним емоційним внеском у їхнє буденне життя.

Безумовно важливим залишається не тільки такий компонент акції як її широке соціальне охоплення, але й терапевтична ефективність для людей з психічними розладами. Терапевтичний фактор проекту «Мистецтво, що об'єднує всіх!» може бути розглянутий на базі основних принципів застосування арт-терапії.

Особливо ефективним є поєднання психотерапії та арт-терапії, як комплексний спосіб зменшення психологічного дискомфорту та тривоги. Ця акція є першим кроком до обміну досвідом між регіонами та виходу української психіатрії на європейський рівень.

Незважаючи на те, що залучення до арт-терапії має безсумнівну цінність, досить поширеним залишається недостатне розуміння того, в якій формі ця діяльність краще може бути представлена, щоб вона була більш прийнятною та ефективною для людей з вадами психічного здоров'я.

Різні види мистецтва можуть бути потужним втручанням, але як і у випадку з будь-яким сильнодіючим лікарським засобом, ми повинні розуміти переваги цього втручання і використовувати їх, але в той же час пам'ятати про можливі ризики, пов'язані з його застосуванням. Ці ризики можуть включати появу негативних реакцій у пацієнтів, відчуття певного дискомфор-

ту, пов'язаного з участю в інтерактивних виставах або подібних видах діяльності. Як і у випадку з будь-якими видами лікування, ефект може бути різним і залежати від попереднього досвіду хворого, його особистості. Повинен бути чітко визначений тип пацієнтів, яким може бути рекомендований цей тип втручання. Крім того, необхідно пам'ятати про те, що такі втручання можуть викликати спогади, пов'язані з травмами в минулому, і тим самим погіршити якість життя хворого [12].

Можна нескінченно розмірковувати про стигматизацію психічно хворих людей, про те, що суспільство людей здорових всіляко від них відгороджується і в своє коло не приймає, що робить задачу соціальної реабілітації хворих практично нездійсненною. Але можна відмовитися від порожніх нарікань і зайнятися справою, а саме: показати, наскільки люди з психічними проблемами є талановитими і цікавими – як це вдається зробити на прикладі всеукраїнського проекту «Мистецтво, що об'єднує всіх». Таку масштабну соціальну акцію можна також вважати і глобальною арт-терапевтичною спробою роз'яснення питань щодо охорони психічного здоров'я громадян на рівні суспільної уваги, надломлюючи стереотипи відношення навколишнього світу до того, що починається на «пси».

## Висновки

Арт-терапія у складі повернення особи до суспільства має відігравати одну з провідних ролей, адже здатність творчості лікувати душу відома ще з прадавніх часів. Мистецтво і методи лікування різними видами мистецтва є ефективним методом реабілітації та соціалізації хворих, її широке впровадження у практичну діяльність лікарень дозволяє поліпшити терапевтичний процес, нормалізувати психічне функціонування, актуалізувати можливості їх особистісного розвитку в контексті соціальних відносин, задіяти глибинні особистісні ресурси для прискорення одужання пацієнтів, а також максимально інтегрувати людей з вадами психічного здоров'я в соціум, у якому вони житимуть після закінчення стаціонарного лікування.

## Список використаної літератури

1. Устїнов О. Психічне здоров'я як складова національної безпеки / О. Устїнов // Український медичний часопис журн. – 2013; № 1 (93). – С. 16–18.
2. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции / З. Фрейд. – М.: «Наука», 1989. – 456 с.
3. Юнг К. Г. Человек и его символы / К. Г. Юнг. – М.: Серебряные нити, 2002. – 296 с.
4. Практикум по арт-терапии / [под ред. А. И. Копытина]. – СПб.: Питер, 2000. – 448 с.

### ЛЕЧЕНИЕ ИСКУССТВОМ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ, КОТОРЫЕ СТРАДАЮТ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ А.В. Чайка

Данная статья описывает важность и необходимость использования метода арт-терапии для лечения и реабилитации лиц с психическими расстройствами. В статье изложено внедрение арт-терапии путем проведения всеукраинского проекта «Искусство, объединяющее всех!». Описаны региональные особенности мероприятий, проведенных в Украине, а также их результаты.

**Ключевые слова:** арт-терапия, психические расстройства, реабилитация, проект «Искусство, объединяющее всех!».

### TREATMENT OF ART THERAPY IN REHABILITATION WORK WITH PATIENTS WHO SUFFER FROM MENTAL DISORDERS A.V. Chaika

This article describes the importance and the necessity of using the method of art therapy for the treatment and rehabilitation of persons with mental disorders. The article described the introduction of art therapy through the Ukrainian project «Art that unites all!». Regional characteristics described activities carried out in Ukraine, as well as their results.

**Key words:** art therapy, mental health, rehabilitation, project «Art that unites all!».

Н.М. Юрєва

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНОГО І РОДИННОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК І ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ**

Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського, м. Сімферополь

На основі клініко-психопатологічного й психодіагностичного обстеження 120 жінок (основна група – ОГ) та 110 чоловіків (група порівняння – ГП), хворих на параноїдну шизофренію, встановлено особливості соціального і родинного функціонування та якості життя жінок і чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію.

Досліджені ОГ порівняно з ГП мали більш збережений особистісний досвід, якість міжособистісних відносин і продуктивність у професійних ролях. Результати вивчення впливу нейролептичної терапії на збереження достатньої розумової діяльності, самоконтролю, фізичної діяльності, регулювання емоцій, соціальної інтеграції обстежених довели існування розбіжностей відповіді та перенесення нейролептичної терапії між жінками й чоловіками. У чоловіків виявлено більш виражені порушення власного самопочуття, що проявлялося у вигляді порушень функціонування та вираженої соціальної та трудової дезадаптації, зниження якості життя в цілому. Родинне функціонування у жінок також виявилось більш адекватним, ніж у чоловіків: серед родин жінок гармонійний тип зустрічався в 4 рази частіше, а адекватне ставлення до хвороби родички – в 5 разів частіше, ніж серед сімей чоловіків. Найбільш значущими контекстуальними чинниками у жінок визначено: негативні події у дитинстві, проблеми із вихованням та освітою, проблеми, пов'язані з первинною підтримкою оточуючих, сімейні хвороби чи інвалідність, труднощі в організації життєдіяльності; у чоловіків – домашні та екологічні умови, трудова діяльність та безробіття, певні психосоціальні обставини.

Отримані результати потребують урахування при обґрунтуванні підходів до гендерноспецифічної терапії й психосоціальної реабілітації жінок, хворих на параноїдну шизофренію.

**Ключові слова:** параноїдна шизофренія, соціальне і родинне функціонування, якість життя, жінки, чоловіки.

В останні десятиліття в усьому світі відзначається зростання інтересу до питань соціального функціонування та якості життя пацієнтів [1–6]. Поява нового покоління засобів антипсихотичної фармакотерапії стала важливим кроком вперед у лікуванні хворих на шизофренію, забезпечивши вищий рівень їх соціальної, сімейної адаптації та якості життя, але оптимальні результати досягаються лише в поєднанні із заходами психосоціальної реабілітації, ефективність яких значно зростає за умови їх специфічності для окремих контингентів пацієнтів. Однак розробка питань терапії та психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію здійснюється на теперішній час або без урахування гендерного чиннику, або спрямована на контингент пацієнтів-чоловіків [7–14].

Зрозуміло, що основні клінічні прояви захворювання негативно позначаються на рівні адаптивних можливостей, змінюють оцінку подій, що відбуваються, особливості структури психопатологічних симптомів негативного і позитивного рангів та самі по собі є факторами дезадаптації пацієнтів до умов життя. У зв'язку з цим все більшого значення набувають дослідження, які вивчають стан хворих у суспільстві, оскільки це дозволяє більш обґрунтовано підходити до розробки програм психосоціальної реабілітації залежно не тільки від

вираженості шизофренічного процесу, але з урахуванням гендерних особливостей соціального функціонування та якості життя хворих на шизофренію.

Враховуючи вищенаведене, з метою встановлення особливостей соціального і родинного функціонування та якості життя жінок і чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, на базі Кримської Республіканської установи «Клінічна психіатрична лікарня № 1» авторами проведено клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 120 жінок (основна група – ОГ) та 110 чоловіків (група порівняння – ГП) з діагнозом параноїдної шизофренії.

Середній вік обстежених жінок становив 47,3±2,1 року, середня тривалість хвороби – 19,7±1,9 року, середній вік діагностування хвороби – 28,3±1,3 року. Серед жінок ОГ 60,8% осіб мали інвалідність, практично усі інші – працювали. Середня тривалість перебування у стаціонарі становила 58,9±17,6 дня.

Середній вік респондентів-чоловіків становив 36,1±2,8 року, середня тривалість хвороби – 12,9±1,3 року, середній вік маніфестації захворювання – 21,3±1,1 року; інвалідність мали 78,2% обстежених. Середня тривалість перебування у стаціонарі – 59,1±18,2 дня.

Серед жінок превалювали особи віком 40–60 років (77,5%), а серед чоловіків – 18–39 років (58,2%); серед жінок працюючих було 32,5%, серед чоловіків – 8,2%; на інвалідності перебували 60,8% жінок та 78,2% чоловіків; серед жінок власну родину мали 67,5%, серед чоловіків – 47,3%.

Вивчення показників, які характеризують соціальне функціонування і якість життя, проводилося за допомогою шкали Quality of Life Scale (QLS), розробленої D.W. Heinrichs, Th.E. Hanlon, W.T. Carpenter (1984), як в цілому, так і з наданням аналізу структури симптомів за окремими шкалами з розрахунком відносного відсотку. Шкала складається з 21 пункту, які утворюють 3 основні області: соціальні взаємини (міжособистісні відносини), професійна діяльність та інші залишкові симптоми. Шкала оцінки міжособистісних відносин складається з таких показників: близькі стосунки з членами родини, близькі стосунки з іншими, дружні стосунки, загальний рівень комунікації, коло спілкування, ініціативність у відносинах, соціально-сексуальні стосунки. Виконання професійної діяльності оцінюється за такими параметрами: професійне рольове функціонування, успішність роботи та досягнень, використання потенційних можливостей, задоволеність професійним рольовим функціонуванням. До «інших симптомів» відносяться: здатність до побудови планів на майбутнє, мотивація на досягнення, цікавість та допитливість, ангедонія, безцільна діяльність, навички володіння звичайними речами, залученість до повсякденної діяльності, здатність до співпереживання, контакт та емоційна взаємодія. Оцінювання кожного параметра здійснювалося за шестибальною оцінкою, за якою шкалою вираховувався середній бал, який, за рекомендацією авторів методики, округлявся до цілого числа. Результати оцінки якості життя жінок та чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, представлено у таблиці 1.

Використання даної шкали було обрано також з метою подальшого встановлення взаємовпливу між клініко-патопсихологічними особливостями і показниками якості життя жінок та виявлення «патологічних» взаємозв'язків задля диференціації хворих залежно від їх можливості сприйняти психореабілітаційні заходи. Спираючись на представлені у таблиці 1 дані, можна стверджувати, що за показниками у сферах оцінювання досліджені ОГ та ГП значно відрізнялися. Так, у міжособистісних відносинах близькі стосунки із співмешканцями та членами родини, дружні відносини, які відрізняються від близьких відносин, загальний рівень комунікації (соціальної активності) та активне уникнення соціальних контактів було менш порушеним у ОГ (середній бал – 3,0).

У виконанні професійної (виробничої) діяльності досліджені ОГ мали більш якісне функціонування за усіма показниками із середнім балом 3,5. У професійному рольовому функціонуванні вони витрачали більшу кількість часу на оплачувану трудову діяльність, роботу по дому, догляд за дитиною, навчання у школі, професійну підготовку тощо. Також можна стверджувати, що успішність роботи та досягнення (якість роботи) у досліджених ОГ також була вище. Аналіз потенційних можливостей хворих встановив, що якість роботи відповідно до наявної освіти та здібностей, які були до хвороби, були більш збережені у жінок, ніж у чоловіків. В цілому можна стверджувати, що задоволеність професійним рольовим функціонуванням в ОГ була вище, ніж у ГП.

Важливою складовою при оцінці якості життя стало оцінювання «інших симптомів», які при їх відновленні у процесі реабілітаційних заходів відіграють значну роль у підвищенні рівня соціального функціонування.

В цілому, всі вищенаведені «інші симптоми» у досліджених ОГ були більш збережені, ніж у ГП. Так, за

Таблиця 1. Оцінка якості життя жінок та чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію (шкала QLS)

Сфера оцінки	Шкала оцінки	ОГ		ГП	
		Бал	±m	Бал	±m
Міжособистісні відносини	Близькі стосунки з членами родини	3	0,3	2	0,2
	Близькі стосунки з іншими	3	0,3	3	0,3
	Дружні стосунки	3	0,3	2	0,2
	Загальний рівень комунікації	4	0,2	2	0,3
	Коло спілкування	3	0,3	3	0,3
	Ініціативність у відносинах	3	0,3	2	0,2
	Соціально-сексуальні стосунки	2	0,2	2	0,2
	Середній бал	3,0	0,27	2,3	0,24
Виконання професійної діяльності	Професійне рольове функціонування	4	0,5	3	0,3
	Успішність роботи та досягнень	3	0,4	4	0,3
	Використання потенційних можливостей	4	0,3	3	0,3
	Задоволеність професійним рольовим функціонуванням	3	0,3	3	0,3
	Середній бал	3,5	0,37	3,3	0,3
Інші симптоми	Здатність до побудови планів на майбутнє	3	0,4	3	0,3
	Мотивація на досягнення	4	0,5	4	0,4
	Цікавість та допитливість	4	0,5	3	0,3
	Ангедонія	4	0,5	3	0,3
	Безцільна діяльність	4	0,5	3	0,3
	Навички володіння звичайними речами	4	0,4	4	0,4
	Залученість до повсякденної діяльності	5	0,5	3	0,3
	Здатність до співпереживання	5	0,5	4	0,4
	Контакт та емоційна взаємодія	4	0,4	3	0,3
Середній бал	4,1	0,36	3,3	0,33	
<b>Середній бал</b>	<b>3,5</b>	<b>0,37</b>	<b>3,0</b>	<b>0,29</b>	



мотивацією на досягнення жінки були більш наполегливі для досягнення цілей або збереження власного свого становища. Це стосувалося не тільки ситуацій на роботі і вдома та у більшості випадків залежало від цілеспрямованої діяльності, включаючи улюблені заняття жінок. За цікавістю та допитливістю жінки були більш захоплені до новин, пліток про знаменитостей, читання тощо. В свою чергу, у них були менш виражені явища ангедонії (жінки не втрачали здатність отримувати задоволення від життя та не втрачали активність). Досліджені ОГ були більш мотивовані на діяльність, яка надає задоволення, вони менше часу витрачали на безцільну діяльність (бездіяльність), в них були більш збережені навички володіння звичайними речами (навички ведення побуту тощо). Крім того, у досліджених ОГ була більш збережена здатність до співпереживання, вони брали до уваги реакції та думки інших людей та розуміли реакції інших людей.

Результати порівняння середніх оцінок якості життя за структурними сферами у жінок та чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію (рисунок) свідчать, що за середньою оцінкою структурних складових якості життя серед досліджених обох груп виглядала так: міжособистісні відносини: ОГ – 3,0 бала, ГП – 2,3 бала; виконання професійної діяльності: ОГ – 3,5 бала, ГП – 3,3 бала; інші симптоми: ОГ – 4,1 бала, ГП – 3,3 бала. Загальний середній бал: ОГ – 3,5 бала, ГП – 3,0 бала (достовірність розбіжностей показників між сферами дорівнює від  $p \leq 0,05$  до  $p \leq 0,001$ ).

Таким чином, можна узагальнити: в цілому, досліджені ОГ порівняно з ГП мали більш збережений осо-

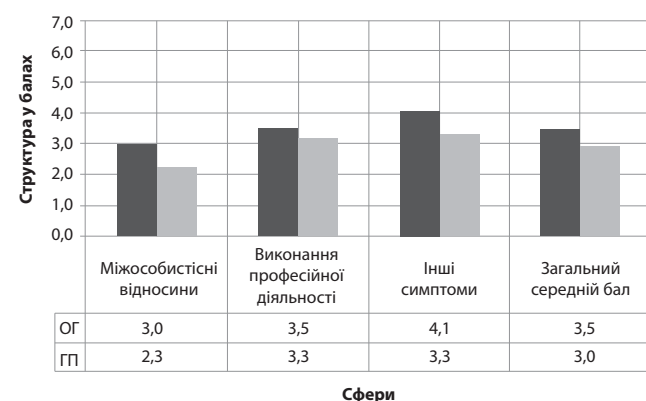


Рисунок. Оцінка стану структурних сфер якості життя жінок і чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію (шкала QLS)

бистісний досвід, якість міжособистісних відносин і продуктивність у професійних ролях. Тобто менший руйнуючий вплив психопатології та особистісних дефіцитів на виникнення обмежень життєдіяльності дозволяє стверджувати про значні відмінності у функціонуванні жінок та чоловіків, що зумовлює необхідність розробки гендерноспецифічних заходів комплексної допомоги та психосоціальної реабілітації.

Аналіз оцінювання самопочуття при лікуванні нейролептичними засобами виконувався з метою: з одного боку – виявлення гендерних особливостей відповіді на нейролептичну терапію, з іншого – корекції саме пси-

хофармакотерапії у комплексному лікуванні хворих. Метою корекції був підбір нейролептичної терапії, яка об'єднувала дві мети: по-перше – достатній терапевтичний ефект, по-друге – найменші побічні нейролептичні ефекти, які дозволять пацієнткам сприймати та засвоювати психотерапевтичні заходи, набуття нових та підтримки існуючих навичок функціонування у суспільстві. Оцінювання впливу нейролептичної терапії проводилося з урахуванням збереження достатньої розумової діяльності, самоконтролю, фізичної діяльності, регулювання емоцій, соціальної інтеграції. Результати вивчення впливу нейролептичної терапії на соціальне функціонування та якість життя обстежених довели існування розбіжностей відповіді та перенесення нейролептичної терапії між жінками й чоловіками. У таблиці 2 представлено дані щодо впливу нейролептичної терапії на когнітивну діяльність обстежених пацієнтів.

З даних, наведених у таблиці 2, видно, що серед обстежених вплив нейролептичної терапії на когнітивну діяльність значно відрізнявся. В цілому виявлено, що у досліджених ОГ порушення у сфері мислення були значно меншими. В свою чергу, якісний та кількісний аналіз встановив, що у досліджених ГП значно порушено параметр діяльність мислення (за темпом та утрудненям процесів мислення, їх хаотичністю та непостійністю).

Таблиця 2. Вплив на соціальне функціонування та якість життя (когнітивна діяльність) нейролептичної терапії (опитувальник SWN-S) у жінок та чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію

Показник	Основна група (середній бал)	Група порівняння (середній бал)
Когнітивна діяльність		
«Мені легко думати» (+)	3,40	1,93
«Я винахідливий і сповнений ідей» (+)	3,70	1,87
«Моє мислення утруднене і уповільнене» (-)	-3,45	-5,10
«Мої думки непостійні та хаотичні» (-)	-4,10	-4,80
<b>Сума балів</b>	<b>-0,45</b>	<b>-6,10</b>

Результати вивчення впливу нейролептичної терапії на суб'єктивну здатність контролювати ситуацію наведено в таблиці 3, з якої випливає, що серед обстежених показники наявності самоконтролю значно відрізнялися у пацієнтів залежно від статі. В цілому виявлено, що у досліджених ОГ параметром вибору оцінки було «сильно» (5,45), у досліджених ГП – «трохи» та «в певному ступені» (2,70). У свою чергу, здатність контролювати себе в обох групах виявлена як «трохи» (-1,50 та -1,87).

Суб'єктивне усвідомлення здатності регуляції власних емоцій під впливом нейролептичної терапії також відрізнялось у жінок і чоловіків (табл. 4). З даних, представлених у таблиці 4, видно, що у досліджених ОГ не спостерігалось вираженого притуплення емоцій та байдужості. Жінки демонстрували більшу впевненість у майбутньому. У досліджених ГП виявлено значне емоційне притуплення, яке досягло емоційної холодності

Таблиця 3. Вплив на соціальне функціонування та якість життя (наявність самоконтролю) нейролептичної терапії (опитувальник SWN-S) у жінок та чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію

Показник	Основна група (середній бал)	Група порівняння (середній бал)
Наявність самоконтролю		
«Я відрізняю себе від інших» (+)	4,30	3,08
«Мої почуття і поведінка відповідають ситуації» (+)	4,90	3,08
«Я відчуваю, що у мене немає сил, я не контролюю себе» (-)	-1,50	-1,87
«Мої почуття і поведінка не відповідають ситуації» (-)	-3,25	-3,03
<b>Сума балів</b>	<b>5,45</b>	<b>2,70</b>

Таблиця 4. Вплив на соціальне функціонування та якість життя (регуляція емоційного стану) нейролептичної терапії (опитувальник SWN-S) у жінок та чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію

Показник	Основна група (середній бал)	Група порівняння (середній бал)
Регуляція емоційного стану		
«Те, що відбувається навколо, мене цікавить і є важливим» (+)	3,30	2,35
«Я повністю впевнений у своєму майбутньому» (+)	5,50	2,65
«У мене немає жодних надій на майбутнє» (-)	-1,50	-3,05
«Мої думки і відчуття притуплені, мені все байдуже» (-)	-1,60	-3,05
<b>Сума балів</b>	<b>5,70</b>	<b>-1,10</b>

Таблиця 5. Вплив на соціальне функціонування та якість життя (фізична активність) нейролептичної терапії (опитувальник SWN-S) у жінок та чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію

Показник	Основна група (середній бал)	Група порівняння (середній бал)
Фізична активність		
«Я добре себе почуваю в своєму тілі» (+)	5,10	4,30
«Моє тіло мені звичне, я відчуваю, що воно мені належить» (+)	5,20	3,60
«Я відчуваю себе знесиленим і виснаженим» (-)	-1,30	-2,20
«Я відчуваю, що моє тіло – для мене тягар» (-)	-1,40	-2,00
<b>Сума балів</b>	<b>7,60</b>	<b>3,70</b>

щодо близьких. Більшість пацієнтів ГП пов'язували ці зміни зі слабкістю чи руйнуванням емоційних стосунків у суспільстві або відсутністю навичок побудови нових емоційних зв'язків.

Аналіз впливу нейролептичної терапії на фізичну активність обстежених (табл. 5) довів наявність достовірних розбіжностей у жінок й чоловіків (7,60 та 3,70;  $p \leq 0,05$ ). В цілому, досліджені ОГ відмічали, що їх тіло належить їм, та вони добре почувають себе у власному тілі. У свою чергу, хворі ГП висловлювали відчуття знесилення, виснаження та тягара стосовно власного тіла.

Вивчення впливу нейролептичної терапії на здатність до соціальної взаємодії пацієнтів також підтвердило наявність гендерних розбіжностей (табл. 6)

Таблиця 6. Вплив на соціальне функціонування та якість життя (соціальні взаємовідносини) нейролептичної терапії (опитувальник SWN-S) у жінок та чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію

Показник	Основна група (середній бал)	Група порівняння (середній бал)
Соціальні взаємовідносини		
«Навколишній світ здається мені знайомим і приязним» (+)	1,30	3,10
«Мені легко взаємодіяти з оточуючими людьми» (+)	5,30	3,70
«Мені дуже важко вступати в розмову і встановлювати контакт з іншими людьми» (-)	-3,20	-4,30
«Навколишній світ здається мені чужим і загрозливим» (-)	-1,60	-1,90
<b>Сума балів</b>	<b>2,00</b>	<b>-0,60</b>

(2,00 ОГ та -0,60 ГП;  $p \leq 0,05$ ). Виявлено, що індиферентне ставлення до соціальної взаємодії більше проявляли пацієнти ГП, що виявлялось у вигляді труднощів вступити у бесіду та труднощів у спілкуванні.

В цілому, можна зазначити, що у досліджених чоловіків виявлено більш виражені порушення власного самопочуття, що проявлялося у вигляді порушень функціонування та вираженої соціальної та трудової дезадаптації, зниження «якості життя» в цілому. Треба зазначити, що в обох групах виявлено клінічні прояви синдрому індиферентності, проте у ГП він був більш вираженим. В ОГ обмеження функціонування у суспільстві під впливом нейролептичної терапії відбувалося за рахунок ураження всіх сфер (розмова діяльність, самоконтроль, фізична діяльність, регулювання емоцій, соціальна інтеграція). За аналізом впливу нейролептичної терапії вона була скоригована таким чином, що при проведенні комплексних терапевтичних та психотерапевтичних заходів не впливала (або мінімально впливала) на всі сфери життєдіяльності ОГ.

Наступним етапом роботи стало дослідження особливостей родинного функціонування жінок, хворих на параноїдну шизофренію, яке здійснювалося у двох змістовних напрямках:

- перший – ідентифікація типу родини – виконувався за допомогою «Шкали структурованого інтерв'ю ідентифікації типу родини» (В.А. Абрамов та ін., 2009), яка дозволяє встановити тип батьківської родини хворого шизофренією за систематикою, розробленою В.М. Воловиком;
- другий – встановлення типу відношення у членів родини до хвороби родича за допомогою «Шкали структурованого інтерв'ю для визначення відношення членів родини до хвороби (психіатричного діагнозу) у родича» (В.А. Абрамов та ін., 2009).

З даних, представлених у таблиці 7, видно, що серед типів ідентифікованих родин у ОГ та ГП спостерігався такий розподіл. Емоційно відчужений тип родин виявлено в ОГ – 13,3% (n=16), у ГП – 19,1% (n=21). Дані родини характеризуються холодними і стриманими стосунками між їх членами родини та непосвяченістю одного в особисте життя іншого. В цілому, дану групу родин можна було розподілити на два типи сімей:

- емоційно розділені і байдужі один до одного «спів- мешканці», не помічають один одного, але й не претендують на увагу з боку іншого: ОГ – 44,0% (n=7), ГП – 48,0% (n=10);
- ригідні раціональні сім'ї, в яких невтручання в особисті справи і емоційне дистанціювання зведено в принцип взаємної поведінки, незважаючи на наявність внутрішньої прихильності та турботи про благополуччя один одного: ОГ – 56,0% (n=9), ГП – 52,0% (n=11).

Таблиця 7. Розподіл типів родин у жінок та чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію

Тип родини	Основна група			Група порівняння		
	Абс.	%	±m	Абс.	%	±m
Емоційно-відчужений	16	13,3	3,4	21	19,1	3,9
Напружено-дисоціативний	15	12,5	3,3	19	17,3	3,8
Псевдосолідарний	16	13,3	3,4	21	19,1	3,9
Гіперпротективний	17	14,2	3,5	19	17,3	3,8
Симбіотичний	18	15,0	3,6	20	18,2	3,9
Гармонійний	38	31,7	4,7	10	9,1	2,9
<b>Всього</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

Примітка: достовірність розбіжностей показників дорівнює від  $p \leq 0,05$  до  $p \leq 0,001$ .

Напружено-дисоціативні родини встановлено в ОГ – 12,5% (n=15), у ГП – 17,3% (n=19). Ці родини відрізнялися деспотичним домінуванням одного з батьків, опозицією до нього іншого, в цілому більш слабхарактерного і менш упевненого в собі. Цим сім'ям властиві казенна атмосфера, обстановка недоброзичливості, постійні пошуки винного.

Псевдосолідарну родину діагностовано в ОГ – 13,3% (n=16), у ГП – 19,1% (n=21). Ці родини характеризувалися ригідністю рольової структури і високим ступенем взаємної залежності, пов'язаною з утрудненою адаптацією до мінливих ситуацій і прагненням зберегти їх стабільність за рахунок містифікації дійсності та формування ірраціональних суджень за відсутності істинного взаєморозуміння. Члени такої родини мали взаємну увагу та турботу, які здебільшого мали формальний характер.

Гіперпротективний тип родини характеризувався жорсткою фіксацією ролей: в ОГ – 14,2% (n=17), у ГП – 17,3% (n=19). Серед таких родин можна відокремити:

- хаотичні родини з непослідовністю установок і вимог, суперечливою поведінкою домінуючого члена сім'ї: ОГ – 47,0% (n=8), ГП – 53,0% (n=9);
- ригідні родини, які характеризує або чітка лінія поведінки батьків у формі постійного обмеження та контролю (переважна гіперпротекція), або надмірна турбота і оберігання (опікується гіперпротекція): ОГ – 53,0% (n=9), ГП – 47,0% (n=10).

Симбіотичний тип родини виявлено в ОГ – 15,0% (n=18), у ГП – 18,8% (n=20). Такі родини в основі мали психологічний симбіоз між одним із батьків і дитиною. У неповних родин цей зв'язок визначав психологічне злиття матері і дитини, яке призводило до їх взаємного самоототожнення і крайніх форм взаємної залежності.

У повних родині другому батьку симбіотичної пари зазвичай відводилися другорядні і залежні ролі.

Гармонійний тип родини виявлено в ОГ – 31,7% (n=38), у ГП – 9,1% (n=10).

Аналіз ставлення членів родини до хвороби родича, хворого на параноїдну шизофренію, довів наявність відмінностей серед ОГ й ГП (табл. 8).

Таблиця 8. Розподіл типів ставлення членів родини до хвороби родича – жінки або чоловіка, хворих на параноїдну шизофренію

Тип родини	Основна група			Група порівняння		
	Абс.	%	±m	Абс.	%	±m
Адекватний	24	20,0	4,0	5	4,5	2,1
Драматизуючий	40	33,3	4,7	40	36,4	4,8
Негативний (деструктивний)	56	46,7	5,0	65	59,1	4,9
<b>Всього</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

Примітка: достовірність розбіжностей показників між сферами дорівнює від  $p \leq 0,05$  до  $p \leq 0,001$ .

З даних, наведених у таблиці 8, видно, що типи ставлення членів родини до хвороби родича – жінки або чоловіка, хворих на параноїдну шизофренію, відрізняються. Так, адекватний тип ставлення виявлено в ОГ – 20,0%, у ГП – 4,5%. Даний тип ставлення характеризувався розумінням реальної складності захворювання, концептуалізацією хвороби, усвідомленою готовністю виконувати рекомендації лікаря, реальними очікуваннями від лікувальних заходів. В цілому, родина прагнула прийняти факт хвороби та пов'язані з нею проблеми.

Драматизуючий тип ставлення: ОГ – 33,3%, ГП – 36,4%. Драматизуюче ставлення – переоцінка членами сім'ї тяжкості хвороби з занепокоєнням, розгубленістю, почуттям провини і недовірою до лікаря; очікування негативних наслідків хвороби для членів сім'ї; впевненість, що хвороба внесе у внутрішній світ хворого хаос і безлад, виб'є його з колії, зі звичних життєвих відносин, позбавить перспективи; низька готовність допомагати хворому дотримуватися терапевтичного режиму.

Негативний (деструктивний) тип ставлення спостерігався в ОГ – 46,7%, у ГП – 59,1%. Негативне (деструктивне) ставлення – нерозуміння або ігнорування хвороби, ставлення до неї, як до життєвої події, що порушує подальший розвиток родини та якість її життя; самоусунення від активної участі в долі пацієнта, повна безконтрольність, невіра в позитивну терапевтичну перспективу.

За аналізом типу ставлення членів родини до хвороби родича можна зробити таке узагальнення. Відносно високий відсоток негативного (деструктивного) типу ставлення в ОГ можна обґрунтувати тим, що жінки у родині до хвороби виконували основні функції щодо ведення домашнього господарства, налагодження побутового існування тощо. Тому втрата жінками даних соціальних ролей значно відчувається на життєдіяльності родини, паралельно порушуючи взаємовідносини у ній. Взаємовідносини погіршуються внаслідок того, що почасти інші члени родин не готові взяти на себе додаткові соціальні ролі, що викликає їх фрустрацію та невдоволення хворобою жінки.

Таблиця 9. Структура контекстуальних чинників у жінок та чоловіків, хворих на шизофренію

Контекстуальні чинники	Основна група			Група порівняння		
	Абс.	%	±m	Абс.	%	±m
Негативні події у дитинстві	110	11,6	3,2	80	11,3	3,2
Виховання та освіта	105	11,1	3,1	70	9,9	3,0
Первинна підтримка оточуючих	115	12,2	3,3	70	9,9	3,0
Соціальне оточення	80	8,5	2,8	60	8,5	2,8
Домашні та екологічні умови	95	10,1	3,0	90	12,7	3,3
Трудова діяльність чи безробіття	80	8,5	2,8	80	11,3	3,2
Фізичне навантаження середовище	45	4,8	2,1	40	5,6	2,3
Певні психосоціальні обставини	105	11,1	3,1	95	13,4	3,4
Юридичні обставини	50	5,3	2,2	40	5,6	2,3
Сімейні хвороби чи інвалідність	60	6,3	2,4	40	5,6	2,3
Труднощі організації життєдіяльності	100	10,6	3,1	45	6,3	2,4
<b>Всього</b>	<b>945</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>710</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

Примітка: достовірність розбіжностей показників між сферами дорівнює від  $p \leq 0,05$  до  $p \leq 0,001$ .

Відповідно до мети та завдань дослідження у хворих жінок та чоловіків оцінено контекстуальні чинники (важкі ситуації), представлені в МКХ-10, гл. XXI, вісь III Z коди:

1. Проблеми, пов'язані з негативними подіями дитинства.
2. Проблеми, пов'язані з вихованням та освітою.
3. Проблеми, пов'язані з первинною підтримкою оточуючих, враховуючи сімейні обставини.
4. Проблеми, пов'язані з соціальним оточенням.
5. Проблеми, пов'язані з домашніми та екологічними умовами.
6. Проблеми, пов'язані з трудовою діяльністю чи безробіттям.
7. Проблеми, пов'язані з фізичним навантаженням середовищем.
8. Проблеми, пов'язані з певними психосоціальними обставинами.
9. Проблеми, пов'язані з юридичними обставинами.
10. Проблеми, пов'язані з сімейними хворобами чи інвалідністю.
11. Проблеми, пов'язані зі способом життя чи складнощами організації життєдіяльності.

Даний етап дослідження включав виявлення життєвих ситуацій, які можуть впливати, впливають або вплинули на розвиток та перебіг параноїдної шизофренії, соціальне функціонування та якість життя обстежених. У таблиці 9 представлено структуру контекстуальних чинників у жінок та чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію.

Узагальнюючи дані, представлені в таблиці 9, можна стверджувати, що виявлені контекстуальні чинники у різному ступені впливали на обмеження соціального функціонування ОГ та ГП. Найбільш впливовими в ОГ контекстуальними чинниками визначено: негативні події у дитинстві – 115 (11,6±3,2%), проблеми із вихованням та освітою – (11,1±3,1%), проблеми, пов'язані з первинною підтримкою оточуючих – (12,2±3,3%), сімейні хвороби чи інвалідність – (6,3±2,4%), труднощі в організації життєдіяльності – (10,6±3,1%). У ГП відповідно: домашні та екологічні умови – (12,7±3,3%), трудова діяльність та безробіття – (11,3±3,2%), певні психосоціальні обставини – (13,4±3,4%).

Підсумовуючи вищевикладене, можна стверджувати, що соціальне функціонування та якість життя жінок, хворих на параноїдну шизофренію, обов'язково потребують їх докладного аналізу та урахування встановлених особливостей при формуванні плану комплексної спеціалізованої медичної допомоги.

## Список використаної літератури

1. Марута Н.А. Восстановление социального функционирования – основная цель терапии депрессии // Н.А. Марута // *NeuroNews*. – 2013. – № 8 (53). – С. 16–20.
2. Приб Г.А. Медико-соціальна експертиза обмежень життєдіяльності у психічно хворих (діагностика, клініка, реабілітація) / Г.А. Приб. – К.: ІПК ДСЗУ, 2012. – 380 с.
3. Приб Г.А. Дисфункція соціальних ролей у пацієнтів, які страждають на психічні розлади / Г.А. Приб // *Укр. вісник психоневрології*. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 144.
4. Денисов Є.М. Порівняльна оцінка клініко-психопатологічних особливостей, якості життя та соціального функціонування хворих на параноїдну шизофренію з різними типами перебігу: автореф. дис. ... канд. мед. н.: 14.01.16 / Є.М. Денисов; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» – Харків, 2009. – 20 с.
5. Мухаметшина З.Ф. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией (клинико-социальные и психологические аспекты): автореф. дисс. ... канд. мед. н.: 14.01.18 / З.Ф. Мухаметшина; ГОУВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет». – М., 2009. – 22 с.
6. Митрофанова О.И. Качество жизни больных шизофренией в разных группах населения (клинико-социальный и гендерный аспекты): автореф. дисс. ... канд. мед. н.: 14.01.18 / О.И. Митрофанова; ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Росздрава. – М., 2008. – 22 с.
7. Кожина А.М. Психосоциальное образование в комплексной терапии больных с шизофренией / А.М. Кожина, М.В. Маркова // VI Національний конгрес «Людина та ліки – Україна», 15.03.2013. Тези доповідей. – К., 2013. – С. 29.
8. Маркова М.В. Психосоціална сімейна психотерапія в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію / М.В. Маркова, А.М. Кожина // *Укр. вісник психоневрології*. – 2012. – Т. 20, вип. 3 (72). – С. 198.
9. Марута Н.А. Комплекс психосоциальных тренингов для пациентов с первым психотическим эпизодом: метод. пособие / Н.А. Марута, И.А. Яядак, Г.Ю. Каленская. – Харьков, 2010. – 95 с.
10. Діхтяр В.О. Оптимізація сімейної психотерапії в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію: автореф. дис. ... канд. мед. н.: 14.01.16 / В.О. Діхтяр; Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. – К., 2010. – 24 с.
11. Абрамов В.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией: Монография / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова. – Донецк: Каштан, 2009. – 584 с.
12. Психосоціална робота в системі медико-соціальної реабілітації хворих на шизофренію. Метод. рекомендації / В.А. Абрамов, Є.М. Денисов, Т.Л. Ряполова [та ін.]. – К., 2007. – 18 с.
13. Абрамов В.А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова. – Донецк: Каштан, 2006. – 268 с.
14. Абрамов В.А. Хронические психические расстройства и социальная реабилитация пациентов / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, В.С. Подкорытов. – Донецк: ООО «Лебедь», 2002. – 279 с.



## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНОГО И СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН И МУЖЧИН, БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Н.М. Юрьева

На основе клинико-психопатологического и психодиагностического обследования 120 женщин (основная группа – ОГ) и 110 мужчин (сравнительная группа – ГП), больных параноидной шизофренией, установлены особенности социального и семейного функционирования и качества жизни женщин и мужчин, больных параноидной шизофренией.

Исследованные пациенты ОГ, по сравнению с ГП, имели более сохранный личный опыт, качество межличностных отношений и производительность в профессиональных ролях. Результаты изучения влияния нейролептической терапии на сохранение достаточного уровня умственной деятельности, самоконтроля, физической деятельности, регулирование эмоций, социальной интеграции обследованных доказали существование различий ответа и переносимости нейролептической терапии между женщинами и мужчинами. У мужчин обнаружены более выраженные нарушения самочувствия, что проявлялось в виде нарушений функционирования и выраженной социальной и трудовой дезадаптации, снижение качества жизни в целом. Семейное функционирование у женщин также оказалось более адекватным, чем у мужчин: среди семей женщин гармоничный тип встречался в 4 раза чаще, а адекватное отношение к болезни со стороны родственников – в 5 раз чаще, чем среди семей мужчин. Наиболее значимыми контекстуальными факторами у женщин определены: негативные события в детстве, проблемы с питанием и образованием, проблемы, связанные с первичной поддержкой окружающих, семейные болезни или инвалидности, трудности в организации жизнедеятельности, у мужчин – домашние и экологические условия, трудовая деятельность и безработица.

Полученные результаты требуют учета при обосновании подходов к гендерноспецифической терапии и психосоциальной реабилитации женщин, больных параноидной шизофренией.

**Ключевые слова:** параноидная шизофрения, социальное и семейное функционирование, качество жизни, женщины, мужчины.

## COMPARATIVE ANALYSIS OF SOCIAL AND FAMILY FUNCTIONING AND QUALITY OF LIFE OF WOMEN AND MEN WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

N.M. Yrueva

Based on psychopathological and psychodiagnostic survey of 120 women (study group – SG) and 110 men (comparative group – CG), patients with schizophrenia paranoia set features social and family functioning and quality of life of women and men with paranoia schizophrenia.

Investigated SG, compared with CG, had saved more personal experience, the quality of interpersonal relationships and performance in professional roles. The results of the study of the influence of neuroleptic treatment to preserve sufficient mental activity, self-control, physical activity, emotion regulation, social inclusion surveyed proved the existence of differences response and transfer neuroleptic treatment between women and men. The men found a marked disturbances own health, which manifested itself in the form of violations of functioning and severe social and labor exclusion, reducing the quality of life in general. Related functioning in women also appeared more appropriate than men: among women a harmonious family type met 4 times more often, and adequate treatment relative to disease – 5 times more often than men with families. The most important contextual factors in women identified: negative events in childhood, problems with education and training, problems with primary support associates, family illness or disability, difficulties in the organization of life, men – domestic and environmental sustainability, employment and unemployment, certain psychosocial circumstances.

These findings need consideration of the justification gender specificity approaches to therapy and psychosocial rehabilitation of women suffering from paranoia schizophrenia.

**Key words:** paranoid schizophrenia, social and family functioning, quality of life, women, men.

## КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 615.85:616.831

В.Е. Казаков

## К ВОПРОСУ О НЕКОТОРЫХ РУБРИФИКАЦИЯХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск

Целью данной работы является акцентуация внимания на отдельных разделах МКБ-10, создающих затруднения при статистической оценке различных вариантов отдаленных последствий черепно-мозговой травмы (ЧМТ).

Материалы и методы исследования. Проведено лонгитудинальное исследование 437 больных с отдаленными последствиями ЧМТ психиатрического спектра. При этом использовали следующие методы: анамнестический, катamnестический, клинико-психопатологический, клинико-статистический, психодиагностический.

Результаты и их обсуждение. Рубрика F07.0 включает диагнозы, которые относятся к разным полюсам по клинической и социальной значимости, а именно: органическое расстройство личности, синонимом которого являются психопатоподобные синдромы органического генеза, и синдром лобной доли. Как известно, органические расстройства личности могут быть разной степени выраженности, в том числе исчерпываться астеническими проявлениями. Что касается синдрома лобной доли, то он подразумевает грубые эмоционально-волевые и интеллектуальные расстройства.

Выводы. Приведенные в статье клинические описания будут способствовать обращению еще более пристального внимания на уточнение классификации широкого спектра психопатологических проявлений, наблюдаемых в отдаленном периоде ЧМТ.

**Ключевые слова:** черепно-мозговая травма, международная классификация болезней.

Одним из актуальных вопросов психиатрии современного периода является утверждение международной классификации болезней (МКБ) 11 пересмотра. В 2015 году новая классификация будет опубликована ВОЗ на всех основных языках. МКБ-10 [1], несмотря на многочисленные критические высказывания после ее публикации в 1992 г., оказалась достаточно удачной и по сроку существования в 2 раза превзошла предыдущие классификации. Врачи различных специальностей, в том числе и психиатры, позитивно оценили приспособленность классификации для практического использования, а именно исключение из рубрикации малопрогрессирующей шизофрении, акцент на продолжительности симптоматики и др. [2–4]. Однако, несмотря на несомненно позитивные стороны МКБ-10, в отдельных рубрификациях классификатора, по нашему мнению, существуют определенные шероховатости.

Целью этой работы является акцентуация внимания на отдельных разделах МКБ-10, создающих затруднения при статистической оценке различных вариантов отдаленных последствий черепно-мозговой травмы (ЧМТ).

## Материалы и методы исследования

Проведено лонгитудинальное исследование 437 больных с отдаленными последствиями ЧМТ пси-

хиатрического спектра. При этом использовались следующие методы: анамнестический, катamnестический, клинико-психопатологический, клинико-статистический, психодиагностический.

## Результаты и их обсуждение

У 9,5% пациентов с выявлением очага в префронтальной области лобной доли отмечалось органическое расстройство личности, которое проявлялось раздражительностью, злобой, агрессией, периодическим сменяемой шутливостью, неоправданным весельем, эйфорией. Именно эта категория больных могла совершать антисоциальные акты. У них наблюдались вязкость, застревание, инертность ассоциаций, затруднявшая изложение материала, выраженная отвлекаемость. Эта группа пациентов занимает незначительный удельный вес в общей массе больных с органическими расстройствами личности и проявляется в ряде случаев достаточно компенсированными эмоционально-волевыми расстройствами по эксплозивному, дистимическому типам и истероформному варианту. Сложные переплетения вышеуказанных проявлений дополняются астеническими и вегетативными расстройствами с выраженной истоцаемостью, заключающейся не только в снижении трудоспособности, но и в истоцаемости аффективно-го накала, в результате чего эксплозивные вспышки со-

злбно-разрушительным компонентом заканчиваются грубым раскаянием вплоть до плаксивости и самообвинения. Однако несмотря на столь значительную распространенность в общей структуре расстройств личности, данная группа входит в шифр F07.0 наряду с синдромом лобной доли, синдромом последствий лоботомии, состоянием после лейкопомии, затрудняя как статистический анализ, так и социальную квантификацию органических расстройств личности в целом. Это, очевидно, связано с социальной опасностью и морфологическим структурированием очага, хотя, по нашему мнению, рубрику F07.0 целесообразно разделить.

В 11% случаев у пациентов отмечались состояния, которые по классификации МКБ-10 могли быть отнесены к рубрике F 06.0 «органический галлюциноз». Мы наблюдали пациентов со следующими вариантами галлюциноза, возникшего через 3–4 года после ЧМТ. У 85% из них отмечались тактильные галлюцинации, рассматриваемые нами как посттравматический дерматозойный бред. По словам больных, после ЧМТ их измучило нашествие вшей, которые активно лазили и кусали больных, мешали им спать, измучили их. Пациенты ощущали нестерпимый зуд от прикосновений лапок насекомых, неоднократно, но безуспешно обращались к дерматовенерологу. У всех больных отсутствовало помрачение сознания, они ориентировались в месте, времени и собственной личности, сохранялась их профессиональная деятельность, семейная жизнь. О так называемых «вшах» сообщали со смущением. Считали, что после ЧМТ у них «упал иммунитет» и поэтому на них напали насекомые. Самых насекомых не видели, только ощущали их прикосновения, но на теле «находили» многочисленные следы от укусов, которые охотно демонстрировали родственникам и врачам. Пациенты отмечали связь появления насекомых с травмой. У всех больных отмечалась церебральная симптоматика. Неврологом был установлен диагноз: «травматическая энцефалопатия».

По нашему мнению, у пациентов все же не отмечались изолированные галлюцинации. Тактильные галлюцинации, параллельно с уверенностью в нападении насекомых, ощущениями «ползанья», «прилипания», «зуда» и др. вызывали устойчивые подозрения в том, что некие лица «решили их извести», «завладеть их домом» и т.п. Катамнез показал, что вначале, казалось бы, критично относящиеся к своим галлюцинациям пациенты, с течением времени становились все более неадекватными, истинный галлюциноз приобретал черты псевдогаллюциноза. У больных возникал симптом «сделанности», «навязанности». Все чаще возникали наплывы мыслей, симптом «пустой головы», появлялся бред отношения. Однако, несмотря на явную психопатологическую картину, пациенты продолжали работать и заниматься семейными делами. Поскольку мы весьма редко видим истинный галлюциноз, а наблюдаем преимущественно галлюцинации, сочетающиеся с бредовыми идеями, то, возможно, рубрики F06.0 и F06.2 нуждаются в объединении под общей рубрикой, отражающей бредовые расстройства.

### Клиническая иллюстрация

За помощью к психиатру обратился пациент 43 лет, работающий мастером на заводе. Перенес закрытую ЧМТ 8 лет назад. Из хронических соматических заболеваний отмечает хронический холецистит в стадии ремиссии. Алкоголь в течение последних двух лет не употребляет вообще. До этого спиртное употреблял эпизодически, в небольших количествах (рюмку водки по праздникам). ЧМТ обусловлена тем, что пациент попал в ДТП. Находился рядом с водителем, ударился головой о лобовое стекло, кратковременно потерял сознание. Головные боли в течение первого года после травмы беспокоили очень часто. Затем отмечал их только при колебании атмосферного давления. Жена укоряла его за то, что после травмы у него ухудшился характер: стал раздражительным, обидчивым, конфликтным. На работе пытался сдерживаться, но это не всегда удавалось. Особенно часто его раздражало начальство. Все промахи непосредственного начальника казались ему преступлением. Был очень чистоплотным – сам стирал свои вещи, занимался уборкой, не доверяя жене. Спустя 6 лет после травмы стал ощущать зуд. Вначале в области складок тела, затем зуд распространился по всему телу. По ночам не мог спать из-за сильного зуда. Вынужден был сказать об этом жене. Жена посоветовалась с фармацевтами и принесла ему какие-то мази «от аллергии». Но они не помогли. Стал подозревать, что где-то «подхватил» каких-то насекомых, скорее всего клопов или вшей. Еще более тщательно, по несколько раз в день, стал мыться. Выбросил свою прежнюю одежду, постельное белье, ковры. Хотел выбросить и одежду жены, но она не позволила. По совету друзей стал мазаться ветеринарными снадобьями. Не помогало. Чувствовал свою вину перед женой. Стал спать на полу, чтобы не заразить ее. Искал следы укусов насекомых, но не находил. Ощущал, как они ползают по телу, как касаются своими микроскопическими лапками, причиняя жуткие мучения. Обратился к терапевту. Она направила к дерматологу, который посоветовал обратиться к психиатру.

В психическом статусе: угрюм, дисфоричен. В ожидании своей очереди поссорился с больными. Выражены вегетативные реакции, в том числе игра вазомоторов, лабильность пульса. Эмоционально и обстоятельно рассказал о своем «несчастье». Речь труднопереводима, на глазах слезы, собирается уходить из семьи, так как боится заразить своих близких насекомыми. Воспринимает случившееся как трагедию. Умоляет помочь ему, уверен, что из-за постоянного зуда обязательно сойдет с ума, подозревает, что вши ему специально подбросил жилец из соседнего дома. Зуд ощущает даже в мозгах. Внимание труднопереключаемо.

**Неврологический статус:** гиперосмия, острота зрения не нарушена, поля зрения не изменены, легкая анизокория, левый зрачок шире. Ослаблена конвергенция, больше слева. Слегка не доводит глазные яблоки до наружного угла. Тригеминальные точки безболезненные, лицо симметрично. Слух не нарушен, нистагма нет. Глоточные рефлексы сохранены, голос не изменен, глота-

ние не нарушено. Девиаций языка, атрофии его мышц, фибрилляции не отмечено.

Сухожильные и периостальные рефлексы с конечностей равномерные, живые. Брюшные рефлексы живые, патологических рефлексов не отмечается, мышечная сила удовлетворительная. При пробах Будды, Мингаццини, Баре признаков пареза не выявлено. Мышечный тонус не изменен. Атрофии мышц не наблюдается.

В позе Ромберга устойчив, пальце-носовую пробу выполняет с незначительным промахиванием, больше слева. Чувствительность сохранена, менингеальные явления нет. Функции тазовых органов не нарушены. Тремор сомкнутых век и пальцев вытянутых рук, вазомоторная лабильность: при легком волнении появляются красные пятна на лице, шее и передней поверхности грудной клетки. Дермографизм розовый, нестойкий, без выраженной асимметрии. Пиломоторная реакция ограничена зоной раздражения. Вегетативный индекс Кердо положительный.

**Ортоклиностагическая проба:** в горизонтальном положении пульс 82 уд./мин., АД – 140/90 мм рт. ст. В положении стоя АД – 150/100 мм рт. ст., пульс – 100 уд./мин. Через 2 минуты после вставания АД – 150/80 мм рт. ст., пульс – 96 уд./мин. Через 10 минут – АД – 140/90 мм рт. ст., пульс – 80 уд./мин.

**Проба Мак-Клюра–Олдрича:** справа – рассасывание папулы через 60 минут, слева – через 90 минут.

**Электродермотермометрия:** температура в лобной области справа – 33,1°C, слева – 33,2°C, на предплечьях: справа – 32,1°C, слева – 32,6°C, на кистях: справа – 32,6°C, слева – 33,3°C, на голенях: справа – 31,1°C, слева – 32,2°C, на стопах: справа – 31,7°C, слева – 31,2°C.

**Лечение:** после инъекции трифазина почувствовал значительное улучшение. Последующий трехмесячный курс антипсихотиков привел к стойкой ремиссии.

**Диагноз:** органическое галлюцинаторно-бредовое (протозойный бред) расстройство травматического генеза.

Отмечались и реже встречаемые в литературе проявления. Через 1–3 года после ЧМТ при полном отсут-

ствии помрачения сознания, больные видели у себя в мозге микроскопические, но яркие цветные отчетливые фигурки движущихся, копошащихся людей. Эти фигурки были достаточно отчетливы даже днем, при открытых глазах пациента, но четкость видения еще более возрастала в том случае, если пациент закрывал глаза, а также по вечерам. Больные были совершенно критичны к своему состоянию, обращались за помощью к неврологу, нейрохирургу, опасались опухоли мозга, находили четкую связь между своими необычными видениями и перенесенной ЧМТ. В начале появления галлюцинаций очень пугало пациентов, затем они привыкли к ним. Изменений в соматическом состоянии не отмечалось. Колебаний настроения не было. На поведение больных галлюцинации влияния не оказывали. Течение заболевания было длительным, стабильным, не поддававшимся медикаментозной коррекции.

Лет через 5 после травмы больные становились не критичны, отмечались элементы синдрома Кандинского-Клерамбо, высказывания приобретали параноидный характер.

### Выводы

Приведенные клинические описания будут способствовать обращению еще более пристального внимания на уточнение классификации широкого спектра психопатологических проявлений, наблюдаемых в отдаленном периоде ЧМТ. В дальнейшем мы планируем уделить внимание систематизации накопленных данных.

### Список использованной литературы

1. *Международная классификация болезней 10 пересмотра / под ред. Ю. Л. Нуплера, С. Ю. Циркина. – Киев, 1999. – С. 41–65.*
2. *Савенко Ю. Навстречу МКБ-11 / Ю. Савенко // Независимый психиатрический журнал. – 2005. – № 3.*
3. *Sadler J. (ed.) Values and Psychiatric Diagnosis / J. Sadler (ed.) – Oxford Univ. Press. – 2005. – P. 124–129.*
4. *Savenko Yu. Concept of the "Psychotic level" in ICD-10/XIII World Congress of Psychiatry. – Cairo. – 2005. Abstract book. – P. 257.*

### ДО ПИТАННЯ ПРО ДЕЯКІ РУБРИКАЦІЇ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ВІДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

В.Є. Казаков

**Ключові слова:** черепно-мозкова травма, міжнародна класифікація хвороб. Метою даної роботи є акцентуація уваги на окремих розділах МКХ-10, що створюють труднощі при статистичній оцінці різних варіантів віддалених наслідків ЧМТ.

Матеріали і методи. Проведено лонгітудинальне дослідження 437 хворих з віддаленими наслідками ЧМТ психіатричного спектра. При цьому використовували такі методи: анамнестичний, катамнестичний, клініко-психопатологічний, клініко-статистичний, психодіагностичний.

Результати та їх обговорення. Рубрика F07.0 містить діагнози, які належать до різних полюсів за клінічною та соціальною значущістю, а саме: органічний розлад особистості, синонімом якого є психопатоподібні синдроми органічного генезу, і синдром лобної частки. Як відомо, органічні розлади особистості можуть мати різний ступінь вираженості, в тому числі обмежуватися астеничними проявами. Що стосується синдрому лобної частки, то під ним мають на увазі грубі емоційно-вольові та інтелектуальні розлади.

Висновки. Наведені в статті клінічні описи сприятимуть привертанню ще пильнішої уваги до уточнення класифікації широкого спектра психопатологічних проявів, які спостерігаються у віддаленому періоді ЧМТ.

### THE NEW DATA ABOUT MENTAL DISORDERS CLASSIFICATION IN THE LONG TERM OF TBI

V. Kazakov

**Key words:** traumatic brain injury, International Classification of Diseases.

The aim of this work is to focus the attention on individual sections of the ICD-10, creating difficulties in the statistical evaluation of the various variants of remote consequences of TBI.

Materials and Methods. Conducted a longitudinal study of 437 patients with long-term consequences of TBI psychiatric spectrum. We used the following methods: anamnestic, catamnesis, clinical-psychopathological, clinical, statistical, and psychodiagnostic.

Results and Discussion. Section F07.0 includes diagnoses that relate to different poles of clinical and social significance, namely organic personality disorder, which are synonymous with psychopathic symptoms of organic origin and the frontal lobe syndrome. As is well known, organic personality disorder can have varying severity, including asthenic manifestations only. With regard to the frontal lobe syndrome, it involves rough emotional-volitional and intellectual disorders.

Findings. Hope that the article will help to pay more attention to clarify the classification of a wide range of psychopathological manifestations observed in the long term TBI.



УДК:616-85

**К.І. Клебан**  
**СКРИНІНГОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ СНУ У ПАЦІЄНТІВ**  
**З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ Х**

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

Численні сучасні дослідження показують, що метаболічний синдром Х є проблемою світового масштабу. Фактором, який призводить до значного погіршення перебігу МСХ та появи нових ускладнень, є наявність у структурі цього захворювання несприятливих психічних розладів.

Метою цього дослідження є виявлення особливостей сомнологічного статусу у цієї когорти хворих. У статті наведені результати тестування за анкетною бальною оцінкою суб'єктивних характеристик сну, шкалою денної сонливості Епворта у пацієнтів з МСХ, показано взаємовплив несприятливих психічних розладів і розладів сну цієї популяції хворих.

Ми встановили, що інсомнічні розлади є невід'ємною складовою порушень, які трапляються у пацієнтів з МСХ і супутніми тривожними та депресивними розладами, виявили два типи розладів сну: перший пов'язаний з синдромом апное у сні, другий – з явищами психофізіологічної інсомнії. Саме тому необхідно краще вивчити вказані аспекти МСХ та коморбідні з ним несприятливі психічні розлади, щоб своєчасно діагностувати та комплексно лікувати таких пацієнтів.

**Ключові слова:** метаболічний синдром Х, інсомнія, тривога, депресія.

Метаболічний синдром (МС) є одним із найпоширеніших хронічних захворювань, яке має значне соціальне, економічне та загальномедичне значення. З однієї сторони, при своєчасному лікуванні цей стан є зворотним, або ж можливе зменшення вираженості його проявів, а з іншої – він передуює виникненню таких хвороб як цукровий діабет та атеросклероз – захворювань, які належать до основних чинників смертності дорослого населення [2, 6].

Найчастіше МС діагностують у людей, які належать до соціально найактивнішої вікової групи, а саме 35–40 років, при цьому загострюються коморбідні з МС розлади особистості, зменшується рухова активність, що корелює з подальшими змінами психічного статусу пацієнта. Відбувається блокада актуальних потреб особи з переважанням негативної оцінки майбутнього, посилюється загроза впливу стресових факторів, які, в свою чергу, сприяють розвитку невротичних змін [1, 4, 7, 15].

Патогенетично МС тісно пов'язаний з дисфункцією інтегративних неспецифічних структур головного мозку, а саме – лімбіко-ретикулярного комплексу, що проявляється нейроендокринно-обмінними, вегетативними, емоційними, мотиваційними та біоритмологічними розладами, такими як «сон-пильнування» [9, 10, 11, 15]. Сон – це особливий генетично детермінований стан організму людини, якому притаманна закономірна та послідовна зміна певних поліграфічних картин у вигляді циклів, фаз та стадій [3, 5].

Однією з найчастіших скарг хворих цієї групи є скарги на інсомнічні порушення [6, 8, 13]. Інсомнією вважають розлад, який характеризується кількісним та якісним дефіцитом сну, що необхідний для нормальної

денної діяльності. Згідно з МКХ – 10, інсомнія – первинно психогенний стан з емоційно обумовленим порушенням якості, тривалості або ритму сну [14].

Метою нашого дослідження було виявлення особливостей розладів сну у пацієнтів з МСХ.

**Матеріали та методи дослідження**

Набір пацієнтів проводили на базі соматичних відділень ДЗ «ДКЛ № 2 ст. Київ» ДТГО «ПЗЗ». Було обстежено 126 пацієнтів: 61 жінка та 65 чоловіків. Середній вік пацієнтів становив 47±3,6 року.

**Критерії включення пацієнтів у дослідження:**

- несприятливий рівень розладів, згідно з МКХ – 10.

**Критерії виключення:**

- тяжка супутня соматична патологія, наявність в анамнезі інсультів та інфарктів;
- наявність хронічного алкоголізму, розладів особистості, психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин, шизофренії, шизотипічних та маревних розладів;
- відсутність підписаної інформованої згоди.

Всі пацієнти були обстежені згідно зі стандартами клінічної практики, отримали консультації ендокринолога, кардіолога, психіатра та інших спеціалістів згідно з поставленими лікувальними завданнями. Для оцінки ступеня ожиріння були проведені антропометричні вимірювання: маса тіла (кг), зріст (см), окружність талії (см), визначення ІМТ (кг/м<sup>2</sup>). Вісцеральний тип ожиріння встановлювали при окружності талії більше 80 см для жінок та 94 см – для чоловіків. Також були вивчені соціально-демографічні показники з використанням уніфікованої карти обстеження, визначено хронотип та

проведено визначення рівня якості життя цієї когорти хворих.

Психологічне тестування базувалося на оцінці двох провідних складових емоційної сфери – тривоги та депресії, застосовували скринінгові шкали визначення тривоги та депресії Занга.

Для виявлення інсомнічних порушень використовували опитувальник якості сну Пітсбургського університету, опитувальник денної сонливості Епворта, анкету для скринінгу апное у сні, анкету бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну.

Статистичну обробку отриманих даних проводили з використанням пакету статистичних програм Statistica 6.0 (StatSoft) на персональному комп'ютері. Всі значення наведено у вигляді (M±σ), де M – середнє значення показника, σ – стандартне квадратичне відхилення середньої величини. Для оцінки достовірності використовували t-критерій Стьюдента. Відмінність між вибірками вважали статистично вірогідною при p<0,05.

**Результати та їх обговорення**

У результаті дослідження всіх пацієнтів було поділено на 3 групи. Першу групу склали хворі з МС та супутніми психічними розладами з переважанням тривожної симптоматики, другу – пацієнти з МС із депресивними проявами, третю (групу контролю) склали особи з МС без несприятливих психічних розладів.

Депресивні розлади (рис. 1) спостерігали у 47 хворих, легка депресія була у 28 осіб (55,4±2,2 бала), депресія середнього ступеня – у 19 осіб (63,2±1,6 бала). Тривожні розлади були виявлені у 50 обстежених, вони розподілилися таким чином: тривога легкого ступеня була у 20, середнього – у 28 та тяжкого – у 2 пацієнтів, що склало відповідно 15,7±1,2 та 20,8±2,7 бала. Контрольну групу склали 29 осіб з МС без психічних змін.

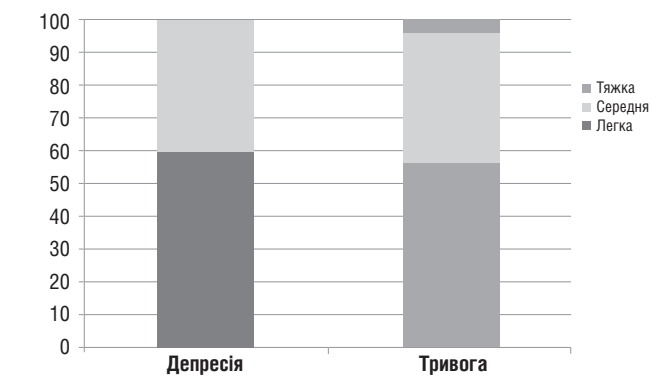


Рис. 1. Розподіл обстежених за вираженістю депресивних і тривожних розладів

За результатами спеціального тестування виявилось, що серед пацієнтів обстежуваної групи переважали особи з хронотипом «голуби» або ж «аритміки» – 42%, тоді як хронотип «сови» траплявся у найменшій кількості випадків – 24%. Хронотип «жайворонки» було зареєстровано у 34% обстежуваних (рис. 2).

Аналіз отриманих даних показав, що у переважній більшості, а саме у 75 обстежуваних (59,5%), були роз-



Рис. 2. Розподіл обстежених за хронотипами

лади сну у вигляді пре-, інтра- та постсомнічних порушень, середнє сумарне значення показника порушення сну склало 9,4±1,7 бала. Негативні зміни структури нічного сну супроводжувалися низькою оцінкою денного пильнування та високим рівнем денної сонливості. Значення середнього бала за шкалою сонливості Епворта склали: МС з тривогою – 7,9 бала; МС та депресія – 9,1 бала; група контролю – 4,6 бала. У цієї групи пацієнтів було виявлено два типи розладів сну: перший пов'язаний з синдромом апное у сні, другий – з явищами психофізіологічної інсомнії.

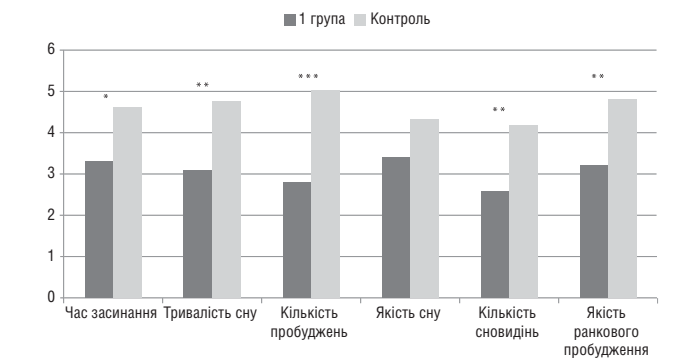


Рис. 3. Розподіл показників суб'єктивної оцінки сну у першій групі обстежуваних

При обстеженні суб'єктивної оцінки сну, у першій групі (рис. 3) середній сумарний бал склав 17±4,3 бала. Переважна більшість показників достовірно зменшувалась, порівняно з групою контролю. За показником кількості пробуджень міжгрупова відмінність склала 44%. Майже однаковою мірою зменшувалися параметри тривалості сну, якості ранкового пробудження та кількості сновидінь, відповідно 3,1±0,7 бала проти 4,7±0,9 бала у групі контролю, 3,2±1,1 проти 4,8±0,6 та 2,6±0,5 проти 4,2±1,2 у пацієнтів без супутніх психічних розладів. Час засинання у пацієнтів з переважно тривожною симптоматикою також достовірно зменшувався, порівняно з контрольною групою на 28,3%. Подібна тенденція стосувалась і показника якості сну, хоча і не мала ознак достовірності. Також цю групу обсте-

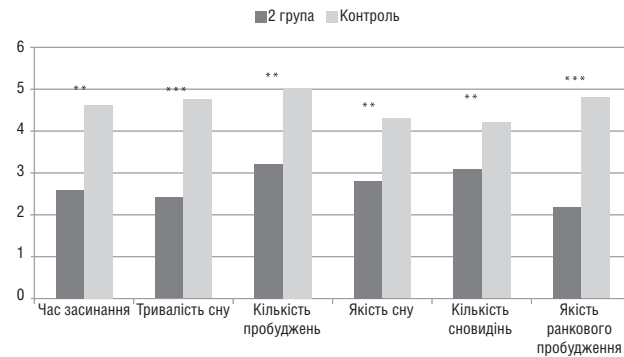


Рис. 4. Розподіл показників суб'єктивної оцінки сну у другій групі обстежуваних

жуваних турбували розлади дихання уві сні у вигляді хрипіння та затримки дихання (апное). Ці порушення збігалися з високими показниками цифр артеріального тиску та високим індексом маси тіла.

У другій групі обстежуваних пацієнтів всі показники достовірно погіршувалися, порівняно з групою контролю (рис. 4). За параметрами тривалості сну та якості ранкового пробудження таке зниження склало відповідно 54,2% та 49,7%. Час засинання та якість сну у цій групі становили 2,6±0,4 та 2,8±0,7 бала проти 4,6±0,8 та 4,8±0,5 бала, порівняно з контрольною групою. Що стосується показників кількості пробуджень та сновидінь у групі хворих з домінуванням депресивних розладів, таке зниження склало 36% та 26,2% відповідно. Сумарна бальна оцінка суб'єктивних характеристик сну даної категорії обстежуваних склала 16±2,8 бала.

## Висновки

Інсомнічні розлади є невід'ємною складовою порушень, які трапляються у пацієнтів з МСХ і супутніми тривожними та депресивними розладами. Основні скарги пацієнтів першої групи – на низьку якість сну з частими неприємними сновидіннями, поверхневий сон та раптові пробудження, що супроводжуються страхом, тривогою та вегетативними порушеннями. Осно-

вні скарги пацієнтів другої групи – тяжкість засинання, низька якість та коротка загальна тривалість сну, відсутність відчуття бадьорості після нічного сну, що корелювали із вираженістю депресивних проявів.

## Список використаної літератури

1. Байкова И. А. Психофармакологические и психотерапевтические методы лечения нарушений сна: учебно-методическое пособие / И. А. Байкова. – Мн., 2005. – 24 с.
2. Бузунов Р. В. Зависимость тяжести синдрома обструктивного апноэ во время сна от увеличения массы тела после возникновения у пациента симптома храпа / Р. В. Бузунов, В. А. Ерошена // *Терапевтический архив*. – 2004. – № 3. – С. 59–62.
3. Вейн А. М. Медицина сна / А. М. Вейн, Т. С. Елигулашвили // *Материалы «XXX Всероссийского совещания по проблемам высшей нервной деятельности»*. – СПб., 2000. – С. 637–638.
4. Викулова О. А. Противоречия и консенсусы метаболического синдрома / О. А. Викулова // *По материалам IV Международного конгресса «Предиабет и метаболический синдром», 6–9 апреля 2011 г., Мадрид // Сахарный диабет*. – 2011. – № 2. – С. 127–130.
5. Ковальзон В. М. Институт проблем экологии и эволюции им. А. Н. Северцова, 2006 г.
6. Инсомния, современные диагностические и лечебные подходы / Левин Я. И., Коеров Г. В., Полуэтов М. Г. [и др.]. – М.: Медпрактика, 2005.
7. Любшина О. В. Нарушение сна у больных артериальной гипертензией и избыточной массой тела / О. В. Любшина, А. Л. Верткин, М. Ю. Максимова // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. – 2010. – № 3. – С. 10–19.
8. Полуэтов М. Г. Хронобиология сна / М. Г. Полуэтов. – В кн.: *Избранные лекции по неврологии II / под ред. В. Л. Голубева*. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 480 с. (С. 326–344).
9. Чабан О. С. Сучасні підходи до лікування порушень сну / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // *Сімейна медицина* – 2004. – № 1 – С. 8–11.
10. Чабан О. С., Хаустова О. О. Спосіб корекції метаболічного синдрому X. Пат. 24084 Україна; Заявл. 07.08.2006; Опубл. 25.06.2006.
11. Чабан О. С. Лечение расстройств сна у пациентов с метаболическим синдромом X. / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // *Международный неврологический журнал*. – 2006. – № 4(8).
12. Шатило В. Б. Метаболические нарушения у пожилых больных с гипертонической болезнью и их коррекция мелатонином / В. Б. Шатило, Е. В. Бондаренко, И. А. Антоноук-Щеглова // *Успехи геронтологии*. – 2012. – № 25 (1). – С. 84–89.
13. Abad V. C. Sleep and psychiatry / V. C. Abad C. Guillemainault // *Dialogues In Clinical Neuroscience*. – 2005 – Vol. 7, 4. – P. 291–303.
14. Muzet A. Alteration of sleep microstructure in psychiatric disorders / A. Muzet // *Dialogues In Clinical Neuroscience*. – 2005. – Vol. 7, 4. – P. 315–321.
15. A Single Factor Underlies the Metabolic Syndrome: A Confirmatory Factor Analysis / Pladevall M., Singal B., Williams L. [et al.] // *Diabetes Care*. – 2006. – Vol. 29 (1). – P. 113–122.
16. Sunita M. Stewart et al. Depressive Symptoms Predict Hospitalization for Adolescents With Type 1 Diabetes Mellitus / M. Stewart et al. Sunita // *Pediatrics*. May. – 2005. – 115. – P. 1315–1319.

## СКРИНИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ СНА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

К.И. Клебан

**Ключевые слова:** метаболический синдром X, инсомния, тревога, депрессия.

Многочисленные современные исследования показывают, что метаболический синдром X является проблемой мирового масштаба. Фактором, приводящим к значительному ухудшению протекания МСХ и появлению новых осложнений, является наличие в структуре заболевания непсихотических психических расстройств.

Целью данного исследования было выявление особенностей сомнологического статуса у этой категории больных. В статье показаны результаты тестирования по анкете бальной оценки субъективных характеристик сна, шкале дневной сонливости Эпворта у пациентов с МСХ, показано взаимовлияние непсихотических психических расстройств и нарушений сна у данной группы больных.

Нами выявлено, что инсомнические расстройства являются неотъемлемой частью нарушений, которые встречаются у пациентов с МСХ и сопутствующими тревожными и депрессивными расстройствами, обнаружено два типа нарушений сна: первый связан с синдромом апноэ во сне, второй – с явлениями психофизиологической инсомнии. Именно поэтому нужно лучше изучить данные аспекты МСХ и коморбидные с ним непсихотические психические расстройства, для своевременной диагностики и комплексного лечения такой категории больных.

**Key words:** metabolic syndrome X, insomnia, anxiety, depression.

Numerous current studies show that metabolic syndrome X is a global problem. Factor that leads to a significant worsening of MSX and the occurrence of new complications is the presence in the structure of the non-psychotic mental illness disorders.

The purpose of this study is to identify the characteristics of the sleep status in this cohort of patients. The results of tests on the questionnaires coring subjective characteristics of sleep, Epworth Sleepiness Scale in patients with MSX shows the relationship between non-psychotic mental disorders and sleep disorders in those patients.

We have found that sleep disorders are an integral part of the violations that occur in patients with MSX and the associated anxiety and depressive disorders shows the impact of mental disorder on quality of life in this population of patients, revealed two types of sleep disorders: the first is associated with sleep apnea syndrome and these conditions with symptoms of psychophysiological insomnia. There fore, it is necessary to better understand the issue as MSX and comorbid non-psychotic mental disorder stotimely diagnose and comprehensively treat these patients.

УДК:616-85

О.П. Романів

## АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ОСІБ З ПЕРЕНЕСЕНИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА СУЇЦИДАНТІВ

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

На сьогоднішній день описано чимало варіантів розвитку аутоагресивної налаштованості особистості, починаючи від концепцій психосоматичних розладів та випадкових самопошкоджень і закінчуючи реалізованими спробами самогубства. Всі ці сценарії припускають різний рівень усвідомлення саморуйнівної поведінки, різний набір клініко-психопатологічних характеристик та індивідуальне особистісне підґрунтя для своєї реалізації в кожному конкретному випадку.

Метою даного дослідження було виявлення клініко-психопатологічних паралелей між випадками інфаркту міокарда та незавершеними суїцидами. Для виявлення психопатологічної структури цих станів використовувалася Коротка психіатрична оціночна шкала (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS) для уніфікованої кількісної оцінки психопатологічних симптомів і психопатології загалом.

**Ключові слова:** аутоагресія, психопатологія суїциду, інфаркт міокарда, психопатологія інфаркту міокарда, суїцид та інфаркт.

На сьогоднішній день описано чимало варіантів розвитку аутоагресивної налаштованості особистості, починаючи від концепцій психосоматичних розладів та випадкових самопошкоджень і закінчуючи реалізованими спробами самогубства. Всі ці сценарії припускають різний рівень усвідомлення саморуйнівної поведінки, різний набір клініко-психопатологічних характеристик та індивідуальне особистісне підґрунтя для своєї реалізації в кожному конкретному випадку. Незважаючи на це, демографічні та соціально-економічні втрати як від самогубств, так і від хвороб та станів, що мають у своїй структурі аутоагресивний компонент, з кожним роком зростають. Саме тому виявлення якісних та кількісних зв'язків між цими станами, на нашу думку, може дати нові принципи відповіді на питання попередження, раннього виявлення та корекції саморуйнівної поведінки.

В ролі захворювання, яке може служити яскравим прикладом поєднання психосоматичного, аутоагресивного та психопатологічного компонентів, було взято інфаркт міокарда. Іншу групу досліджуваних становили суїциданти в найближчий постсуїцидальний період.

Проведено порівняльний аналіз показників Короткої психіатричної оціночної шкали (Psychiatric Rating Scale – BPRS) в групах суїцидантив та хворих на інфаркт міокарда за віковою, статеву структуру та соціальним статусом. Отримані дані дали змогу прослідкувати спільні та відмінні закономірності цих станів та якісно (в психопатологічному розрізі) охарактеризувати специфічні тенденції кожного з них.

## Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилося серед двох клінічних груп обстежуваних пацієнтів. В першу групу увійшло 60 осіб, що знаходилися на обстеженні та лікуванні з

приводу незавершеної суїцидальної спроби в найближчий постсуїцидальний період. Іншу групу досліджуваних склали 60 пацієнтів кардіологічних відділень, які перенесли інфаркт міокарда в межах до 30 днів перед дослідженням. Вік пацієнтів першої групи – від 22 до 58 років (в середньому – 31,4 року), другої – від 27 до 64 років (в середньому – 35,1 року). За статеву структуру групу суїцидантив склали 34 (56,7%) жінки, 26 (44,3%) чоловіків. В групі хворих на інфаркт – 29 (48,3%) жінок та 31 (51,7%) чоловік.

Основною метою дослідження було визначення та порівняння наявних психопатологічних симптомів в обстежуваних обох груп.

Для оцінки вираженості психопатологічної симптоматики, якісної та кількісної її характеристики було застосовано Коротку психіатричну оціночну шкалу (BPRS). Шкала містить 18 пунктів, які оцінюють той чи інший тип продуктивної симптоматики за 7-бальною шкалою, від 0 – відсутній до 6 – вкрай гостро виражений симптом. Висока ступінь валідності та широка можливість до застосування стосовно пацієнтів різного профілю патології служили критеріями вибору даної шкали як інструмента дослідження.

Інтерпретація результатів була проведена двома шляхами. По-перше, 18 оцінок шкали були сумовані для виявлення загальної неспроможності до адаптації. По-друге, шкала дає можливість виділити 5 факторів структури психопатології, а саме: розлади мислення, загальмованість, тривожну депресію, ворожу підозріливість та ажитоване збудження. Їх оцінка допомагає визначити, які психопатологічні характеристики переважають у кожній з досліджуваних груп та визначити психопатологічний профіль кожної з груп.

Факт реалізації захворювання (інфаркт міокарда), як і спроба суїциду, для особистості хворого часто самі по собі викликають психологічні та психопатоло-



гічні реакції (від транзиторних до клінічно виражених проявів психозу, депресії, тривожно-фобічних та інших розладів), що ускладнюють виявлення та кристалізацію продромальних психопатологічних ознак, які передували маніфестації поточного стану. Саме тому з метою мінімізації впливу нозогенних реакцій на результати дослідження з нього були виключені особи, у яких ретроспективні показники BPRS (формулювання запитань шкали в минулому часі, що безпосередньо передували інфаркту або суїциду) суттєво відрізнялися від клінічної картини та даних опитування на момент обстеження.

**Результати та їх обговорення**

В обох досліджуваних групах відмічається наявність психопатологічних порушень високого ступеня вираженості (BPRS ≥60). Так, у групі хворих на інфаркт цей показник становить 61,6% (37 пацієнтів), а в групі суїцидантів – 71,7% (43 пацієнти), що свідчить про клінічно виражені ознаки психічних порушень в обох випадках. При цьому середній бал для першої групи – 71 (±34), для другої – 79 (±26) (табл. 1).

Таблиця 1. Рівень психопатологічних порушень в обох групах (BPRS)

Рівень порушень, бали	Хворі з інфарктом міокарда		Суїциданти	
	Абс.	%	Абс.	%
Низький (<40)	4	6,7	3	5
Середній (40–60)	19	31,7	14	23,3
Високий (≥60)	37	61,6	43	71,7

Проте структура факторів, що формують таку картину відрізняється в кожній групі. Для хворих на інфаркт міокарда характерним є переважання симптомів збудження-напруження (пункти шкали 6, 7, 17) у 54% опитаних та тривожної депресії (пункти 1, 2, 5, 9) – у 19% (рис. 1).

Водночас у групі суїцидантів переважають прояви тривожної депресії (у 35% обстежених), апатії-загальмованості (22%) та порушень мислення (19%) (рис. 2).

Переважає середній та високий рівень вираженості даних порушень.

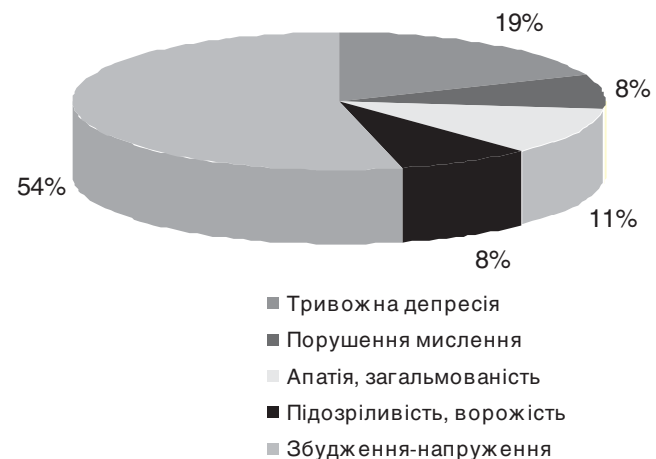


Рис. 1. Фактори психопатологічних порушень у групі хворих на інфаркт міокарда (BPRS)

Значна частина хворих на інфаркт міокарда відмітила, що високий рівень напруженості протягом тривалого часу перед захворюванням викликав дискомфорт, відчуття виснаженості та безнадії, пригніченого настрою. Незважаючи на це, напруженість та збудженість розцінювалися як необхідна умова реалізації високих соціальних та трудових вимог до себе, що створювало умови персистуючого дистресу протягом тривалого часу. Симптоми тривожної депресії в цьому випадку значною мірою визначалися ставленням до соматичного стану здоров'я.

В групі суїцидантів відмічалися інші тенденції, зокрема часті скарги на відчуття безнадії, апатії, рутинності та безперспективності власного існування, що супроводжувалися відносно низькою стурбованістю власним соматичним станом та ідеаторними порушеннями, амбівалентністю, ворожістю.

Вікові показники різних груп обстежуваних також мають свої особливості (табл. 2).

Таблиця 2. Вікова структура рівня психопатологічних порушень (BPRS)

Вік, роки	Вираженість порушень – інфаркт міокарда		Вираженість порушень – суїцид	
	Абс.	%	Абс.	%
18–30	29	29	73	73
30–45	84	84	95	95
Старше 45	102	102	35	35

Простежується низький рівень порушень у осіб молодого віку (до 30 років) в групі хворих на інфаркт міокарда та відносно високий рівень порушень у підгрупі хворих старше 45 років. Можливо, така тенденція пов'язана з вищими компенсаторними можливостями молодих пацієнтів та значно меншим рівнем суб'єктивної оцінки свого стану як фатального для власної особистості. У пацієнтів старшого віку переважають тривожно-депресивні симптоми високого ступеня вираженості (середня сумарна оцінка за факторами депресії – 6,5±0,5 бала) порівняно із симптомами збудження-напруження (3,2±1 бал). При цьому також більш вираженими стають ознаки ворожості та підозріливості таких пацієнтів (4,2±0,6 бала) порівняно з пацієнтами молодшого віку (2,5±0,5 бала).

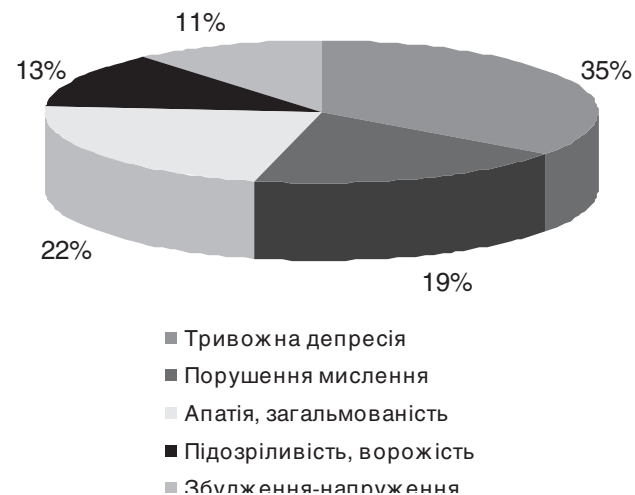


Рис. 2. Фактори психопатологічних порушень у групі суїцидантів (BPRS)

Що стосується групи суїцидантів, тут виявляються несприятливі показники в підгрупі молодого віку (до 30 років) через високий рівень порушень. У цій віковій категорії суїцидантів рівень ажитованої депресії та параноїдних порушень є найвищим – 5,9 (±0,9) та 6,1 (±0,5) бала відповідно. Така структура психопатології цих пацієнтів відображає небезпечну тенденцію молодих пацієнтів до соціальної ізоляції та високий ризик повторної спроби самогубства. Водночас помірний рівень порушень у пацієнтів старшого віку (>40 років) може свідчити про нижчий рівень мотиваційного компонента стосовно повторних суїцидальних спроб.

Особі середнього віку демонструють високий рівень психопатологічних порушень в обох групах досліджуваних.

Щодо статевої характеристики порушень, відмічаються такі результати:

- в групі хворих на інфаркт міокарда вираженість психопатологічних порушень у жінок значно нижче, ніж у чоловіків, – відповідно 42(±11) балів до 78 (±17) балів, в той час як у групі суїцидантів ці показники є високими як у чоловіків (91±19 балів), так і у жінок (73±14 балів);
- серед жінок першої групи переважають апатія, загальмованість та підозріливість (в середньому – 5,7±1,1 бала), тоді як серед чоловіків більш вираженими були напруженість (5,2±0,9) та тривожна депресія (6,2±0,8 бала);
- чоловіки-суїциданти мали порівняно з жінками більш виражені порушення мислення – 5,1±0,9 та 3,1±0,7 бала відповідно.

Особі, які мають статус працюючих, в групі хворих на інфаркт міокарда демонстрували більш виражені

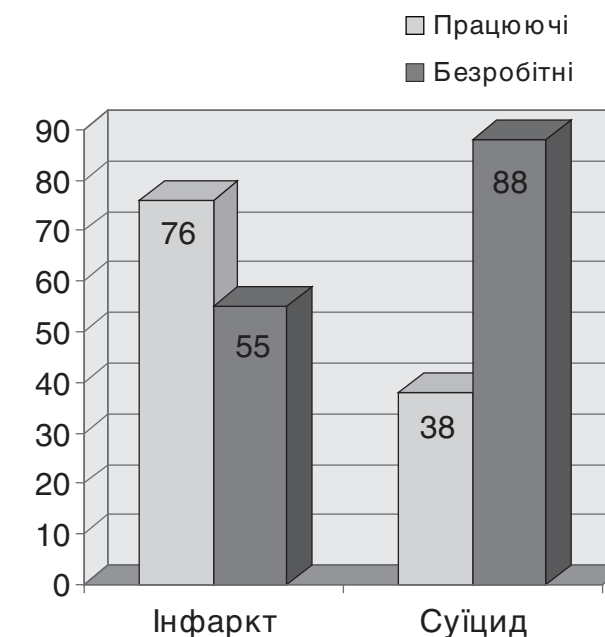


Рис. 3. Рівень вираженості психопатологічних порушень серед працюючих та безробітних (BPRS)

симптоми напруженості та підозріливості, ніж непрацюючі хворі. У останніх найбільш вираженими були апатія, загальмованість та тривожна депресія (рис. 3).

В групі кардіологічних хворих вищий рівень порушень (76±17 балів) мали працюючі пацієнти, помірний (55±5 балів) – безробітні. Серед суїцидантів простежується зворотні показники, де високий рівень психопатологічних порушень мають безробітні пацієнти (88±19 балів).

В цілому, можна відмітити високу участь афективних (ажитована депресія, збудженість-напруженість) факторів у психопатологічному профілі обох груп досліджуваних. Ці параметри були вираженими у 73,3% групи хворих на інфаркт міокарда та у 46% суїцидантів.

**Висновки**

Одним із найважливіших та клінічно значущих параметрів опису саморуйнівної поведінки є психопатологічний. Через свою універсальність він дає можливість описати психічний стан як хворих на інфаркт міокарда, так і суїцидантів, таким чином виявляючи клінічну подібність цих станів та специфічні ознаки їх ролі в аутоагресивній налаштованості особистості.

Виявлена висока ступінь участі у психопатологічній картині обох груп обстежених таких факторів, як ажитована депресія, збудженість-напруженість та апатії.

Відмінності у віковій та статевій структурі симптомів у кожній із груп вказують на необхідність розставлення акцентів для попередження, терапевтичних інтервенцій та психопрофілактики саморуйнівної поведінки. Зокрема високий рівень психопатологічних порушень у суїцидантів молодого віку та хворих на інфаркт міокарда старше 45 років потребують особливої уваги для попередження наступних епізодів аутоагресії.

Потребують подальшої уваги та розширення осей дослідження різні соціально-демографічні групи кардіологічних хворих та суїцидантів.

**Література**

1. Булдакова Н.Г. Психофармакотерапія в кардіології / Н.Г. Булдакова // РМЖ. – 2006. – Т. 14, №10. – С. 39–40.
2. Васюк А.Ю. Депресія, тривога і інфаркт міокарда: все тільки починається (Частина 1) / А.Ю. Васюк, А.В. Лебедев // Рац. фармакотерапія в кардіології. – 2007. – №3. – С. 41–51.
3. Смуглевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробіжев М.Ю., Иванов С.В. Психокордіологія. – М., 2005. – 778 с.
4. Погосова Г.В. Психоемоціональні розлади при серцево-судинних захворюваннях: терапевтичні аспекти // Consilium medicum. – 2006. – Т. 8, №5. – С. 54–57.
5. Александровский Ю.А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства. – М.: Литерра, 2010. – 272 с.
6. Сухинин А.В., Яковлева О.А. Суїцидальне поведіння і його соціально-психологічний аналіз // Вестник Волгоградського гос. ун-та. Серія 5: Юриспруденція. – 2012. – №1. – С. 148–154.
7. Юрьева Л.Н. Клиническая суїцидологія. – Дніпропетровськ: Пороги, 2006. – 470 с.
8. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування): посібник. – К.: ТОВ «ДСГ Лтд», 2004. – 96 с.
9. Suicide in Psychiatric disorders / R. Tatarelli, M. Pompili, P. Girardi. – Nova Science Publishers, Inc, 2007.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ЛИЦ  
С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И СУИЦИДАНТОВ

А.П. Романів

На сегодняшний день описано немало вариантов развития аутоагрессивной настроенности личности, начиная от концепций психосоматических расстройств и случайных самоповреждений и заканчивая реализованными попытками самоубийства. Все эти сценарии предполагают разный уровень осознания саморазрушительного поведения, разный набор клинико-психопатологических характеристик и индивидуальное личностное основание для своей реализации в каждом конкретном случае.

Целью данного исследования было выявление клинико-психопатологических параллелей между случаями инфаркта миокарда и незавершенными суицидами. Для выявления психопатологической структуры этих состояний использовалась Краткая психиатрическая оценочная шкала (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS) для унифицированной количественной оценки психопатологических симптомов и психопатологии в целом.

**Ключевые слова:** аутоагрессия, психопатология суицида, инфаркт миокарда, психопатология инфаркта миокарда, суицид и инфаркт.

## ANALYSIS OF THE STRUCTURE OF PSYCHOPATHOLOGY OF PERSONS WITH PRIOR MYOCARDIAL INFARCTION AND SUICIDE ATTEMPTS

A.P. Romaniv

To date, literature provides many descriptions for various types of autoaggressive personal behavior, from the concepts of psychosomatic disorders and accidental self-harm to successful suicide attempts. All of these scenarios assume different levels of awareness of self-destructive behavior, a different set of clinical and psychopathological characteristics and individual personal basis for its implementation in each case.

The aim of this study was to identify clinical and psychopathological parallels between the cases of myocardial infarction and incomplete suicides. He Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) was applied to identify psychopathological structure of these conditions to provide unified quantitative assessment of psychopathologic symptoms and psychopathology in general.

**Key words:** autoaggression, psychopathology of suicide, myocardial infarction, myocardial infarction psychopathology, suicide and heart attack

УДК 616.895.8:616.89

Е.А. Хаустова<sup>1</sup>, В.А. Вербенко<sup>2</sup>  
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО  
НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА<sup>1</sup>Украинский научно-исследовательский институт социальной  
и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев<sup>2</sup>ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского, г. Симферополь

С накоплением данных об эффективности и безопасности антипсихотической терапии все большее внимание уделяется побочным эффектам терапии. В статье обсуждаются побочные явления антипсихотической терапии, имеющие сходство с психическими расстройствами. Уделено внимание акатизии, в связи со схожестью симптоматики с психотической ажитацией и тревогой. Подчеркнуто, что данное состояние часто принимается за ухудшение психического состояния и приводит к увеличению дозировки препаратов. Акинезия имеет сходство с негативными симптомами шизофрении или психомоторной ретардацией. Описаны основные клинические проявления злокачественного нейролептического синдрома (ЗНС), который остается, недостаточно хорошо диагностируемым состоянием. ЗНС может возникать не только вследствие использования антипсихотиков первого поколения, но и при использовании атипичных антипсихотиков, антидепрессантов других психотропных препаратов и требует более пристального внимания в связи с тенденцией к полифармации и повышением использования атипичных антипсихотиков. ЗНС может встречаться у пациентов с любой патологией, а также у здоровых лиц в случаях назначения им нейролептиков. ЗНС наблюдается также при назначении дофаминподавляющих препаратов или при прерывании приема агонистов дофамина. Описаны современные гипотезы патогенеза ЗНС. Отмечена важная роль серотонинергических и норадренергических рецепторов в патогенезе ЗНС.

С целью привлечения внимания к данной проблеме приведен клинический случай повторного возникновения злокачественного нейролептического синдрома у молодой женщины двадцати девяти лет с диагнозом «острое психотическое состояние». Клинический случай демонстрирует различные клинические проявления злокачественного нейролептического синдрома не только на фоне антипсихотиков, но и повторное возникновение более выраженной симптоматики ЗНС на фоне однократного применения атипичных антипсихотиков. Провоцирующими факторами развития злокачественного нейролептического синдрома у пациентки было использование нескольких антипсихотиков, с быстрым наращиванием дозировок при парентеральном введении. Провоцирующим фактором к развитию ЗНС у пациентки был послеродовой период, что привело к ослаблению организма в целом. В связи с этим возникло повторное возникновение ЗНС на фоне использования атипичного антипсихотика. Описанный клинический случай позволяет обратить внимание на то, что ЗНС может возникать и на фоне терапии атипичными антипсихотиками, которые имеют более благоприятный профиль рецепторного воздействия, особенно при наличии других факторов риска.

**Ключевые слова:**

побочные явления, антипсихотики, злокачественный нейролептический синдром, клинический случай, диагностика.

Шизофрения – психическое расстройство с чрезвычайно высоким уровнем потери трудоспособности и инвалидизации, лечение которого связано со значительной стоимостью и частым персистированием симптомов. Распространенность шизофрении невелика и составляет, по разным данным, 0,4–1% на протяжении жизни [3]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), шизофрения находится на восьмом месте среди причин утраты работоспособности в возрастной группе 15–44 года. Дополнительно к прямым финансовым расходам (потеря трудоспособности, затраты на лечение) шизофрения ложится тяжелым бременем также на лиц, организовывающих уход за больными. Учитывая актуальность проблемы, в мире постоянно ведутся поиски эффективной терапии этого расстройства. На сегодняшний день только небольшая часть пациентов достигает полной ремиссии. В современных руководствах подчеркивается важность комплексного подхода в лечении шизофрении с использованием, помимо стандартных фармакологических интервенций, психотерапии, психообразования, обучения родственников и близких людей навыкам социального функционирования пациентов, выявления признаков обострения и ухода за больным. Стремление к поиску наиболее эффективных стратегий терапии находит свое отображение в публикации новых рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), систематических обзоров и мета-анализов. Только за 2012 и 2013 гг. в Кокрановской базе данных систематических обзоров опубликованы результаты более 50 исследований, в которых проводили анализ эффективности различных интервенций при шизофрении, а поиск в базе данных PubMed демонстрирует более 1 тыс. работ, посвященных этому вопросу [3]. С накоплением данных об эффективности и безопасности проводимой антипсихотической терапии все большее внимание уделяется побочным эффектам проводимой терапии [1, 2, 12]. Значительные нежелательные эффекты влияния антипсихотиков на психические процессы, а именно на аффективное, когнитивное и социальное функционирование, объединяются в настоящее время в «синдром дефицита, вызванного нейролептиком» (NIDS). Термин NIDS фокусирует внимание специалистов на психических побочных эффектах антипсихотиков, которые ограничивают полное восстановление психических функций больных [15].

При этом подчеркивается, что в результате терапии антипсихотиками больных с психотическими состояниями, несмотря на кажущееся улучшение их когнитивных функций за счет редукции бреда и галлюцинаций, истинная скорость и объем информационных процессов уменьшается. Первые сообщения о NIDS появились еще в 1992 г., что в определенной мере было связано с внедрением в психиатрическую практику первого атипичного антипсихотика – клозапина. Этот термин прочно утвердился в литературе, а распространенность NIDS у больных, принимающих традиционные антипсихотики, оценивается в 80%. NIDS входит в состав синдрома «психического паркинсонизма» («зомби-синдром»), возникающего при применении нейро-

лептиков [8]. Этот синдром включает эмоциональный, социальный и когнитивный паркинсонизм.

Эмоциональный паркинсонизм проявляется эмоциональной индифферентностью, ангедонией, отсутствием удовольствия от деятельности. Социальный паркинсонизм включает потерю инициативы, снижение энергии, потерю социальных связей. Когнитивный паркинсонизм выражается заторможенностью мышления, трудностями концентрации внимания, чувством «пустоты в голове». «Зомби-подобный» результат терапии антипсихотиками характеризуется уменьшением эмоциональной экспрессивности, физической активности, способности к функционированию в социальном окружении, связанным с брадифренией и брадикинезией.

Несмотря на большую эффективность типичных антипсихотиков в сравнении с плацебо, у многих пациентов добиться клинического эффекта не удается. Кроме того, нередко случаи ухудшения негативной симптоматики при использовании типичных антипсихотиков (АП), а также симптомов депрессии. Помимо прочего, эти препараты могут оказывать неблагоприятный эффект на когнитивное функционирование и в некоторых случаях даже усугублять когнитивный дефицит [1, 2, 12]. Что касается побочных реакций, наиболее распространенными для этой группы препаратов в отношении центральной нервной системы (ЦНС) являются острая дистония, паркинсонизм и акатизия. Для их минимизации часто приходится назначать антихолинергическое средство, неблагоприятно влияющее на когнитивные функции, или снижать дозу препарата, или заменять его другим антипсихотиком. Ежегодная распространенность дискинезии составляет около 5% на протяжении первых 5 лет терапии типичными нейролептиками. По данным исследований, она чаще возникает у более пожилых лиц [4, 7, 9–11]. При этом прием классических нейролептиков ассоциирован с 10-кратным увеличением риска поздней дискинезии, в сравнении с атипичными [7, 9]. Злокачественный нейролептический синдром возникает, по различным данным, приблизительно у 0,01–1% пациентов, что также гораздо выше, чем при приеме атипичных АП. При этом наибольшему риску подвержены ажитированные мужчины, получающие внутримышечные инъекции с высокими дозировками АП [9].

Не менее значимыми являются следующие побочные явления в связи с их схожестью с другими психическими расстройствами: тардивная (поздняя) дискинезия, которая у большинства пациентов может быть обратимой, а риск возникновения коррелирует с возрастом; акатизия – в значительной мере дискомфортна для пациентов, проблемой данного состояния является схожесть симптоматики с психотической ажитацией, тревогой, что ошибочно врачами принимается за ухудшение психического состояния и часто приводит к увеличению дозировки; акинезия – имеет сходство с негативными симптомами шизофрении или психомоторной ретардацией; дистония может осложняться угрожающим жизни состоянием в виде спазма гортани; эпилептические приступы – в связи с тем, что большинство АП снижают порог судорожной активности; седативные



эффекты, связанные с блокадой гистаминовых рецепторов; когнитивные нарушения по степени тяжести коррелирующие с экстрапирамидными симптомами, при минимальных нарушениях памяти; злокачественный нейролептический синдром, являющийся наиболее угрожающим жизни побочным эффектом.

Следует отметить, что злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) – сравнительно редкое, но опасное для жизни расстройство, связанное с приёмом психотропных препаратов, преимущественно АП (нейролептиков) [4, 7, 9–11]. ЗНС наблюдается не только в психиатрической практике, он может встречаться у пациентов с любой патологией, а также у здоровых лиц в случаях назначения им нейролептиков [4, 7, 9–11]. ЗНС может наблюдаться и при назначении других дофамингетических препаратов или при прерывании приёма агонистов дофамина [4, 7, 9–11]. Помимо нейролептиков, злокачественный нейролептический синдром может возникать вследствие приёма антидепрессантов (амоксапин, метоклопрамид, дезипрамин, флуоксетин и др.), стабилизаторов настроения (литий), психостимуляторов (кокаин, амфетамин и др.) других лекарственных веществ – резерпин и др.

Расстройство было впервые описано J. Delay и соавторами в 1960 г. у пациентов, получавших галоперидол, хотя сходные наблюдения встречались и ранее – примерно с 1956 г., почти сразу после введения антипсихотиков в клиническую практику. Следует подчеркнуть, что патогенез злокачественного нейролептического синдрома до настоящего времени не вполне ясен, наиболее значимы следующие гипотезы: а) нарушения обмена дофамина в ЦНС; б) периферический эффект нейролептиков – воздействие их на скелетные мышцы. Исходя из наиболее распространённой гипотезы, блокада нейролептиками центральных дофаминергических рецепторов (главным образом D2-рецепторов) в стриатуме и гипоталамусе обуславливает мышечную ригидность, являющуюся основой повышения температуры и гиперметаболизма. А снижение дофамина влияет на серотонинергические структуры стриатума и гипоталамуса, отвечающие за процессы терморегуляции [4]. Существуют предположения о том, что антипсихотики вызывают блокаду диэнцефально-спинальной системы, вследствие этого растормаживаются сегментарные нейроны симпатической нервной системы, нарушение симпатического баланса приводит к развитию тахикардии, тахипноэ, артериальной гипертензии [11–13]. Однако против гипотезы центральной допаминовой блокады свидетельствует факт развития ЗНС при лечении клозапином, оланзапином, имеющими низкую аффинность к D2-рецепторам [3, 4, 10]. Развитие ЗНС при использовании атипичных нейролептиков, низкопотентных в отношении индуцирования экстрапирамидных расстройств, предполагает важную роль серотонинергических и норадренергических рецепторов в патогенезе ЗНС [13].

Другой гипотезой развития мышечной ригидности и, как следствие, злокачественного нейролептического синдрома с гипертермией, является периферическая дофаминовая блокада, вызывающая усиленное сокра-

щение скелетных мышц вследствие генетической предрасположенности, обусловленное комплексом изменений, таких как усиление обмена кальция в мышечной ткани из-за повышенного его поступления через активированные кальциевые каналы и/или высвобождения из саркоплазматического ретикулула; расстройство митохондриальной оксидации; активация кальмодулина; сдвиги в обмене глюкозы и холестерина. Этот процесс также похож на патофизиологические механизмы развития злокачественной гипертермии и раскрывает генез рабдомиолиза при злокачественном нейролептическом синдроме. Установлено и прямое токсическое воздействие нейролептиков на ткань скелетной мускулатуры, вызывающее её ригидность [3, 14]. Помимо названных гипотез, ряд исследователей придаёт большое значение симпатoadренальной гиперактивности и вегетативной дисфункции в патогенезе злокачественного нейролептического синдрома.

Некоторые исследователи объясняют развитие гипертермии при ЗНС периферическими механизмами, а именно появлением мышечной ригидности и развитием за счет этого гиперметаболического статуса в мышечной ткани, приводящего к повышенной теплопродукции.

Предполагается, что в патогенезе ЗНС важную роль играют иммунологические нарушения и повышение проницаемости гематоэнцефалического барьера, приводящие к нейросенсибилизации организма с последующим аутоиммунным поражением ЦНС и висцеральных органов. Возникающие на определенном этапе течения ЗНС нарушения гомеостаза, в первую очередь водно-электролитного баланса, являются одной из основных причин развития тяжелых нарушений гемодинамики, глубоких расстройств сознания, приводящих к летальному исходу.

Также в патогенезе ЗНС важную роль играет симпатoadренальная и серотониновая гиперактивность, с повышением содержания в плазме крови норадреналина, серотонина и снижением концентрации предшественника дофамина-3,4-диоксифенилаланина. Выделяют различные варианты течения ЗНС в зависимости от тяжести клинических проявлений и выраженности лабораторных сдвигов:

- Легкий вариант течения ЗНС: подъем температуры до субфебрильных цифр, умеренные соматовегетативные нарушения (тахикардия до 100 ударов в 1 мин., колебание АД в пределах 150/90–110/70 мм рт. ст.) и сдвиги в лабораторных показателях (повышение СОЭ до 18–30 мм/ч, нормальное или несколько пониженное количество лимфоцитов от 15 до 19%). Отсутствуют нарушения гомеостаза и гемодинамические сдвиги. Психопатологическая картина определяется аффективно-бредовыми или онейроидно-кататоническими расстройствами.
- Средний вариант течения ЗНС: характерны повышение температуры тела до фебрильных цифр (38–39,4 °С), выраженные соматовегетативные нарушения (одышка с тахикардией до 120 ударов в 1 мин.), существенные сдвиги в лабораторных показателях

(повышение СОЭ до 35–50 мм/ч, лейкоцитоз до  $10 \times 10^9$ /л, снижение количества лимфоцитов до 10–15%). Отмечаются умеренно выраженная гиповолемия и гипокалиемия, повышение уровня трансаминаз и креатинфосфокиназы в плазме крови. Психопатологическая картина определяется расстройствами сознания онейроидного и аментивно-подобного уровня. Кататоническая симптоматика представлена ступором с негативизмом или оцепенением, с появлением в вечернее время эпизодов возбуждения с импульсивностью, речевыми и двигательными стереотипиями.

- Тяжелый вариант течения ЗНС: на фоне гипертермии выраженные соматовегетативные нарушения (тахикардия достигает 120–140 ударов в 1 мин., одышка до 30 дыханий в 1 мин.), нарастание водно-электролитных нарушений, гемодинамические расстройства, выраженные нарушения лабораторных показателей (повышение СОЭ до 40–70 мм/ч, лейкоцитоз, снижение количества лимфоцитов до 3–10%, значительное повышение уровня аламинной и аспарагиновой трансаминаз, креатинфосфокиназы в плазме крови). Помрачение сознания может достигать аментивного, сопорозного и коматозного уровней. Ступор с оцепенением и негативизмом сменяется нецеленаправленным, ограниченным пределами постели, хаотическим возбуждением или вялым ступором с понижением мышечного тонуса, а в крайне тяжелых случаях – полной обездвиженностью с арефлексией [3–5, 10, 14].

В DSM-5 выделены следующие диагностические критерии злокачественного нейролептического синдрома.

А. Развитие выраженной мышечной ригидности, в том числе и кататонической, с одновременным повышением температуры тела на фоне нейролептической терапии.

В. Наличие двух или более следующих сопутствующих симптомов: потливость, нарушение глотания, тремор, нарушение мочеиспускания, изменение сознания от бредового до коматозного, мутизм, тахикардия, повышение или нестабильность АД, лейкоцитоз, повышение активности креатинфосфокиназы.

С. Симптомы групп А и В не должны быть обусловлены развитием какого-либо неврологического заболевания (вирусный энцефалит, сосудистое или объемное поражение ЦНС), а также приемом других препаратов, которые могут давать сходную с ЗНС симптоматику.

Д. Симптомы групп А, В не должны быть следствием психопатологических состояний, протекающих с кататонической симптоматикой, (кататоническая форма шизофрении, аффективные расстройства с кататонической симптоматикой).

Для исключения инфекционно-воспалительных и неврологических заболеваний все больные должны подвергаться тщательному динамическому соматическому, неврологическому и лабораторному обследованию [3].

В отличие от ЗНС при неврологических инфекционных заболеваниях (вирусный энцефалит, менингит), сосудистых и объемных поражениях ЦНС характерно выраженное усложнение очаговой неврологической симптоматики, а также преобладание общемозговых симптомов (сомнолентности, оглушения, сопора, комы, делириозных расстройств сознания). Для исключения объемного поражения ЦНС в спорных случаях необходимо проведение электроэнцефалографии, компьютерной томографии, других нейровизуализирующих исследований. Следует проводить дифференциальный диагноз со злокачественным серотониновым синдромом, злокачественной гипертермией, фебрильной кататонией.

Наиболее значимыми осложнениями и причинами смерти при ЗНС являются [3, 4, 10]: рабдомиолиз; острая почечная недостаточность (ОПН); острая дыхательная недостаточность: легочная эмболия, аспирационная пневмония, отек легких, респираторный дистресс-синдром взрослых (шоковое легкое); сердечная патология: аритмии, острый инфаркт миокарда, внезапная остановка сердца; эпилептиформные припадки; ДВС-синдром; инфекционные осложнения: колибациллярный фасциит, сепсис, мочевые инфекции; печеночная недостаточность; ухудшение психического состояния после отмены нейролептиков; церебральная нейрональная дегенерация. Морфологические изменения головного мозга, возникающие по ходу ЗНС, представлены нейрональной дегенерацией, чаще обусловленной гиперпирексией, гипоксией и др., чем ЗНС как таковым [3, 4, 10]. Вследствие этого у выживших больных могут оставаться когнитивные нарушения, деменция, паркинсонизм, дискинезия, атаксия [3, 5, 14].

## Результаты и их обсуждения

С целью привлечения внимания к данной проблеме приведем клинический случай повторного возникновения злокачественного нейролептического синдрома у молодой женщины.

**История болезни:** 29-летняя женщина, с диагнозом «острое психотическое состояние». Анамнез психическими заболеваниями не отягощен. Ранее развитие без особенностей. В психическом состоянии изменилась через 3 месяца после родов второго ребенка, протекавших без осложнений. Заболевание началось с аффективно-бредовой симптоматики, в связи с чем пациентка обратилась к невропатологу, была госпитализирована в психиатрическое отделение. На фоне проводимой терапии галоперидолом и трифтазином (инъекционно) через 4 дня изменилось состояние: усилилась тревога, стала ажитированной, нарушился сон, аппетит. Лечащий врач данное состояние расценил как ухудшение состояния, в связи с чем были увеличены дозировки галоперидола и трифтазина, к назначениям добавлен аминазин. На фоне данной терапии, проводимой в течение последующих нескольких дней, пациентка стала заторможенной, мутичной, не доступной продуктивному контакту, усилилась мышечная ригидность, появилась скованность, субфебрильная температура, тахикар-

дия, колебания артериального давления. Переведена в реанимационное отделение с диагнозом «кататоническая шизофрения». Лабораторные показатели: КФК в 1680 МЕ / л, лейкоцитоз, с лимфоцитопенией (до 13%), СОЭ – 45 мм.

На фоне проводимой гидратации в реанимационном отделении в течение трех недель, отмены АП, соматическое состояние улучшилось, вновь была переведена в психиатрическое отделение, так как сохранялась аффективно-бредовая симптоматика, где был назначен атипичный АП оланзапин, 5 мг инъекционно, через два часа после инъекции повысилась температура до 38,5, нарастали экстрапирамидные нарушения – опистотонус, дизартрия, афония, дисфагия, снизилось артериальное давление, появились недержание мочи, нарушения сознания. После консультаций психиатра и реаниматолога пациентке был установлен диагноз нейролептического синдрома. Была проведена массивная гидратационная терапия, бромкриптин 10 мг в сут., диазепам 20 мг в сут., на фоне которой состояние стабилизировалось в течение двух недель. Была выписана с улучшением соматического и психического состояния с рекомендованной поддерживающей терапией – бромкриптином, 5 мг, бензодиазепинами.

## Выводы

Данный клинический случай демонстрирует различные клинические проявления злокачественного нейролептического синдрома не только на фоне АП, но и повторное возникновение более выраженной симптоматики ЗНС на фоне однократного применения атипичного АП. В данном случае провоцирующими факторами развития злокачественного нейролептического синдрома являлись использование нескольких АП у пациентки, ранее не лечившейся препаратами данной группы, с быстрым наращиванием дозировок при парентеральном введении. Данная тактика терапии вызвала резкое снижение дофаминергической нейротрансмиссии, являющейся одной из вероятных причин развития злокачественного нейролептического синдрома. Усугубляющим данное состояние был послеродовой период у пациентки, приведший к ослабленности организма в целом, в связи с чем возникло повторное состояние ЗНС на фоне использования атипичного антипсихотика.

Описанный клинический случай позволяет обратить внимание на то, что ЗНС может возникать и на

фоне терапии атипичными АП, имеющими более благоприятный профиль рецепторного воздействия, особенно при наличии других факторов риска.

Следует подчеркнуть, что злокачественный нейролептический синдром хотя и является потенциально опасным, угрожающим жизни состоянием, несмотря на возможный неблагоприятный прогноз, остается недостаточно хорошо диагностируемым состоянием. ЗНС может возникать не только вследствие использования АП первой генерации, но и при использовании атипичных АП, антидепрессантов других психотропных препаратов и требует более пристального внимания в связи с тенденцией к полифармации и с повышением использования атипичных АП.

## Список использованной литературы

1. Вербенко В. А. Психопатологія та лікування лікарсько-індукованих рухових розладів при шизофренії / В. А. Вербенко, О. В. Плотникова // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19, Вип. 4 (69). – С. 60–65.
2. Вербенко В. А. Клинико-психопатологические особенности и динамика лекарственно-индуцированных двигательных расстройств у больных шизофренией, принимающих разные классы антипсихотических препаратов / В. А. Вербенко, Е. В. Плотникова // Таврический журнал психиатрии. – 2009. – Т. 13, № 4 (49). – С. 21–28.
3. Волков В. П. Злокачественный нейролептический синдром (обзор современной иностранной литературы) / В. П. Волков // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2010. – № 6.
4. Злокачественный нейролептический синдром // <http://ru.wikipedia.org/>
5. Злокачественный нейролептический синдром. /<http://www.nedug.ru/lib/lit/psych/01oct/psych13/psych.htm>.
6. Хаустова Е. А. Атипичные антипсихотики при шизофрении: эффективность, безопасность, стратегии лечения № 1 / Е. А. Хаустова, В. Г. Безшейко // *Neuronews*. – (56)/ – 2014. – [www.neuronews.com.ua](http://www.neuronews.com.ua)
7. Andreasen M. D. Malignant neuroleptic syndrome. A review of epidemiology, risk factors, diagnosis, differential diagnosis and pathogenesis MNS / Andreasen M. D., Pedersen S. // *Ugeskr Laeger*. – 2000 – № 162 (10). – P. 1366–1370.
8. Borison R. L. The role of cognition in the risk-benefit and safety analysis of antipsychotic medication / R. L. Borison // *Acta Psychiatr Scand*. – 1996. – № 3. – 26 с.
9. Benzer T. Neuroleptic Malignant Syndrome. *eMedicine* 2010: [medscape.com/816018-overview](http://medscape.com/816018-overview)
10. Bichitra N. P. Olanzapine induced neuroleptic malignant syndrome / N. P. Bichitra, K. K. Sudhir, S. Mamta // *Indian J. Pharmacol*. – 2013. – № 45 (1). – P. 98–99.
11. Gillman P. K. Neuroleptic malignant syndrome: Mechanisms, interactions, and causality / P. K. Gillman // *Mov. Disord*. – 2010. – № 25 (12). P. 1780–90.
12. Kim J. H. Non-motor cognitive-perceptual dysfunction associated with drug-induced parkinsonism / Kim J. H., Byun H. J. // *Hum. Psychopharmacol*. – March. – 2009. – № 24 (2). – P. 129–133. DOI:10.1002/hup.1009. PMID 19204914.
13. Kim J. H. Subjective cognitive dysfunction associated with drug-induced parkinsonism in schizophrenia / Kim J. H., Kim S. Y., Byun H. J. // *Parkinsonism Relat. Disord*. – 2008. – № 14 (3). – P. 239–42. DOI:10.1016/j.parkreldis.2007
14. Neuroleptic Malignant Syndrome. <http://psychoreanimatology.org/modules/articles/article.php?id=102>
15. Shriqui C. Subjective effects of antipsychotics / C. Shriqui // *Clear Perspective*. – 1999. – Vol. 1. – P. 18–20.
16. Verbenko V. A. Antipsychotic polypharmacy in Czech Republic and in Ukraine / V. A. Verbenko, G. N. Verbenko // *Polypharmacy in Psychiatry Practice*. – 2013. – Vol. II. – P 31–42. – <http://www.springer.com/biomed/book/978-94-007-5798-1>.

## КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ЗЛОЯКІСНОГО НЕЙРОЛЕПТИЧНОГО СИНДРОМУ

О.О. Хаустова, В.А. Вербенко

З накопиченням даних про ефективність і безпеку антипсихотичної терапії все більше уваги приділяється побічним ефектам терапії, яка проводиться. У статті обговорюються побічні явища антипсихотичної терапії, які мають схожість з психічними розладами. Прیدілено увагу акатизії, у зв'язку зі схожістю симптоматики з психотичною агітацією та тривогою. Підкреслено, що даний стан часто приймається за погіршення психічного стану і призводить до збільшення дозування препаратів. Акінезія має схожість з негативними симптомами шизофренії або психомоторною ретардацією. Описано злоякісний нейролептичний синдром (ЗНС), який залишається станом, що недостатньо добре діагностується. ЗНС може виникати не тільки внаслідок використання антипсихотиків першої генерації, а й при використанні атипичних антипсихотиків, антидепресантів, інших психотропних препаратів і вимагає більш пильної уваги у зв'язку з тенденцією до поліфармації і підвищенням використання атипичних антипсихотиків. ЗНС може зустрічатися у пацієнтів з будь-якою патологією, а також у здорових осіб у випадках призначення їм нейролептиків. ЗНС спостерігається також при призначенні дофамінпрігнітуючих препаратів або при перериванні прийому агоністів дофаміну. Описано сучасні гіпотези патогенезу ЗНС. Відзначено важливу роль серотонінергічних і норадренергічних рецепторів у патогенезі ЗНС.

З метою залучення уваги до цієї проблеми наведено клінічний випадок повторного виникнення злоякісного нейролептичного синдрому у молодій жінки двадцяти дев'яти років з діагнозом «гострий психотичний стан». Клінічний випадок, що наведено, демонструє різні клінічні прояви злоякісного нейролептичного синдрому не тільки на тлі антипсихотиків, але й повторне виникнення більш вираженої симптоматики ЗНС на фоні одноразового застосування атипичного антипсихотика. Провокуючими факторами розвитку злоякісного нейролептичного синдрому у пацієнтки було використання декількох антипсихотиків зі швидким нарощуванням дозувань при парентеральному введенні. Провокуючим фактором до розвитку ЗНС у пацієнтки був післяродовий період, що призвело до ослаблення організму в цілому. У зв'язку з цим виникло повторне виникнення ЗНС на тлі використання атипичного антипсихотика. Описаний клінічний випадок дозволяє звернути увагу на те, що ЗНС може виникати і на тлі терапії атипичними антипсихотиками, які мають більш сприятливий профіль рецепторного впливу, особливо, за наявності інших факторів ризику.

**Ключові слова:** побічні явища, антипсихотика, злоякісний нейролептичний синдром, клінічний випадок, діагностика.

## CLINICAL MANIFESTATIONS OF NEUROLEPTIC MALIGNANT SYNDROME

O.O. Khaustova, V.A. Verbenko

The accumulation information about efficacy and safety antipsychotic therapy increased attention to the side effects of the therapy. This paper discusses of the side effects antipsychotic treatment in connection with the similarity mental disorders. Authors pay attention to akathisia, due to the similarity symptoms in psychotic agitation and anxiety. This condition is often mistaken for deterioration in mental state and leads to increased doses. Akinesia has similarities with negative symptoms of schizophrenia, or psychomotor retardation. Neuroleptic malignant syndrome (NMS) which is not well diagnosed condition. NMS may arise not only from the use of first-generation antipsychotics, but also when using atypical antipsychotics, antidepressants and other psychotropic. NMS was detected in patients with any pathology in the cases being assigned neuroleptics. In this article describes modern hypothesis of the pathogenesis of neuroleptic malignant syndrome. For the attract attention to this issue is a clinical case of recurrence of neuroleptic malignant syndrome in woman, 29 - years old, with diagnosis: acute psychotic disease. Clinical case illustrates the various clinical manifestations neuroleptic malignant syndrome is not only against the background antipsychotics, but also the re-emergence severe symptoms NMS on the background the single application atypical antipsychotic. Aggravating factors in the development of neuroleptic malignant syndrome in patient is to use multiple antipsychotics, with rapid increase doses, parenteral administered. This tactic therapy caused a sharp decline in dopaminergic neurotransmission, which are pathogenic factors of neuroleptic malignant syndrome. This condition aggravated postpartum condition. Repeating of clinical symptoms NMS, when the atypical antipsychotic used, was connected with postpartum condition also. This clinical case described to draw attention to the NMS may occur during atypical antipsychotics therapy, when the other risk factors NMS was present.

**Key words:** side effects of the therapy, neuroleptic malignant syndrome, clinical case, diagnostic.



## ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК 613.86+615.851

**Н.Г. Пшук, Л.В. Стукан, Є.Я. Пшук**  
**ПРОБЛЕМА ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМЕЙ,**  
**У ЯКИХ ВИХОВУЮТЬСЯ ДІТИ З АУТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ**  
 Вінницький Національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

Кількість дітей із розладами спектра аутизму за останні 20 років суттєво зросла. Сім'я, у якій виховується дитина із розладом спектра аутизму – це сім'я з особливим статусом, особливості та проблеми якої визначаються не тільки особистісними рисами всіх її членів і характером стосунків між ними, але й більшою зайнятістю розв'язанням проблем дитини, закритістю сім'ї для зовнішнього світу, дефіцитом спілкування, часто відсутністю роботи у матері, але головне – специфічним становищем у сім'ї дитини, яке обумовлено особливістю її розвитку. Народження дитини-аутиста стає вкрай інтенсивним досвідом для сім'ї, практично руйнуючи ті уявлення, які були сформовані раніше, руйнує надії, пов'язані з майбутнім. У такій ситуації сім'я починає довгий шлях, можливо, тривалістю в усе життя. Саме на початку цього шляху батьки дитини з порушеннями розвитку переживають горе, травму, втрату, які супроводжуються почуттями провини, відчаю, болю, несправедливості. У цій статті висвітлено основні проблеми, з якими стикається сім'я, в якій зростає та виховується дитина з аутичними розладами, а також окреслено напрями медико-психологічного супроводу та комплексної допомоги сім'ям дітей з розладами спектра аутизму.

**Ключові слова:** розлади спектра аутизму, сім'я, медико-психологічний супровід.

Ранній дитячий аутизм (РДА) є одним з найтяжчих видів емоційної патології дитячого віку. Незважаючи на певні відмінності клінічної картини аутизму залежно від його етіології та патогенезу, він має виражені клінічні особливості. Загальноприйнятими клінічними ознаками цього розладу є порушення емоційних зв'язків дитини з близькими дорослими, стереотипність поведінки, боязнь мінливості навколишнього середовища, а також своєрідний мовний та інтелектуальний недорозвиток, який не пов'язаний, як правило, з первинною недостатністю цих функцій [4, 7].

У всьому світі від аутизму страждають приблизно 67 млн чоловік. Ще в 2000 році вважали, що поширеність аутизму складає від 5 до 26 випадків на 10 000 дитячого населення. У 2005 році на 250–300 новонароджених вже діагностували, в середньому, один випадок аутизму: це частіше, ніж ізольовані глухота і сліпота разом узяті, синдром Дауна, цукровий діабет або онкологічні захворювання дитячого віку. За даними Всесвітньої організації аутизму, в 2008 році 1 випадок аутизму припадав на 150 дітей. За десять років кількість дітей з аутизмом виросла вдвіть, і проблема їх соціальної адаптації стала досить гострою [7, 9, 15].

Стан стресу знайомий всім батькам, діти яких хворіють на аутизм. Наявність у сім'ї дитини з аутичними розладами призводить до виникнення страждань у всіх

їх членів, причому ступінь їх вираженості часто значно більший, ніж у сім'ях, у яких виховуються діти з іншими порушеннями розвитку, в тому числі й з розумовою відсталістю [5, 6]. І для цього є цілком об'єктивні причини. Одна з них полягає в тому, що усвідомлення всієї тяжкості становища дитини найчастіше настає раптово. Аутичні діти, як правило, перші, а нерідко і єдині в сім'ї. Через відсутність досвіду батьки довго не помічають особливостей дитини. Навіть якщо у батьків існує певна стурбованість несхожістю своєї дитини з однолітками, фахівці часто витримують паузу та запевняють, що нічого незвичайного не відбувається. Труднощі встановлення контакту, розвитку взаємодії врівноважуються в очах батьків заспокійливими враженнями, які викликають серйозний, розумний погляд дитини, її особливі здібності. Тому в момент встановлення діагнозу сім'я деколи переживає тяжкий стрес: у три, в чотири, іноді навіть у п'ять років батькам повідомляють, що їх дитина, яка до цього була здоровою і обдарованою, насправді страждає на складний емоційний розлад, і її навчання у звичайній загальноосвітній школі буде неможливим; часто їм одразу пропонують оформити інвалідність або помістити дитину в спеціалізований інтернат.

Реакція на діагноз «аутизм» – це переживання горя. Дорослі проходять традиційні стадії переживання горя: шок, заперечення, пригніченість, гнів, відсторонення,

прийняття. Крім того, реакція батьків зазвичай включає почуття провини, депресію і тривогу [10, 13].

Наявність глибоких внутрішніх психологічних проблем не дозволяє батькам оптимально організувати міжособистісні стосунки всередині сім'ї (як між членами сім'ї, так і окремо між подружжям) та з оточуючими. Аутизм дитини відображається на всій родині загалом. При цьому істотну роль відіграють її комунікативні труднощі. Дитина не може висловити свої бажання і потреби через утруднення в розвитку мови. Це викликає роздратування та розчарування і батьків, і самої дитини. Звідси виникає агресія як до себе, так і до навколишніх. Зрозуміло, ця агресія не додає щастя і без того втомленій родині. Істеріку у дитини-аутиста може викликати будь-яка зміна в навколишньому оточенні і укладі життя: звуки, запахи, які зумовлюють негативну поведінку, і навіть батьки бувають неспроможні вгадати, що саме заважає дитині.

Стрес більшою мірою проявляється у матерів, які зазнають значного обмеження особистої свободи і часу через надмірну залежність своїх дітей, вони мають дуже низьку самооцінку, вважаючи себе поганими вихователями. Дитина з раннього віку не дивиться в очі своїй мамі, не любить бувати на руках, іноді навіть не виділяє її серед інших людей, не надає переваги в контакті [8]. Така дитина не дає матері достатнього емоційного відгуку, радості від спілкування. Це призводить до невротичних проявів, насамперед депресивності, тривожності, що, в свою чергу, погіршує стан дитини з аутизмом. Такі сім'ї живуть за механізмом «замкненого кола», що сприяє подальшому зниженню якості життя всіх членів сім'ї.

Сім'я відіграє винятково важливу роль у формуванні та розвитку особистості дитини. Під керівництвом батьків дитина набуває свого першого життєвого досвіду, отримує елементарні знання про навколишній світ, уміння і навички життя в суспільстві. І, якщо у дитини є відхилення в розвитку, саме від сім'ї багато в чому залежить успішність адаптації та інтеграції дитини в суспільстві [14, 1].

Сім'я, в якій живе дитина-аутист, є особливою, їй притаманна особлива атмосфера міжособистісних стосунків. Ці стосунки по-різному проявляються і різною мірою впливають на розвиток дитини, перебіг її захворювання, а також на загальний психічний стан самих батьків. Для правильного виховання і найбільш сприятливого розвитку дитини дуже важлива адекватна адаптація сім'ї до її нового стану. Коли у родині з'являється дитина, сім'я змінюється. Якщо в сім'ї з'являється особлива дитина, сім'я змінюється ще більше, змінюються повсякденне життя членів сім'ї, їх психологічний стан, їх контакти з оточуючими тощо. Батьки стають зовсім іншими, ніж були раніше, і, виходячи з цього нового статусу, ставляться до дитини інакше, ніж якби вона була здоровою [3].

Соціально-психологічний портрет таких сімей фіксує очевидне неблагополуччя: від 30 до 60% сімей розпадаються, частина сімей живе з порушеними міжособистісними стосунками (30%), зберігаючи сім'ю формально – «заради дитини» [2]. Водночас для гар-

монійного розвитку дитини велике значення має як психологічний мікроклімат у сім'ї, так і стосунки між батьками, оскільки для дитини з аутизмом безпечнішого середовища, ніж її сім'я, не існує.

З огляду на вищевикладене можна виділити основні, з погляду клінічної психології, проблеми життя сім'ї, яка виховує дитину з аутизмом:

- проблеми прийняття діагнозу «аутизм»;
- необхідність прийняття рішень щодо долі своєї дитини (тимчасово або постійно залишити в спеціалізованому закладі);
- часті і небезпідставні побоювання негативних соціальних наслідків стигматизації та самостигматизації [14, 3, 11];
- переживання почуття провини з приводу хвороби дитини;
- матеріальні та організаційні проблеми тривалого лікування та догляду за дитиною-аутистом. Тривале лікування сучасними медикаментозними препаратами, догляд за дитиною-аутистом часто вимагають великих грошових витрат, що неминує позначається на зниженні колишнього матеріального благополуччя родини. Великі організаційні труднощі мають родичі при оформленні інвалідності та недієздатності;
- психологічні проблеми вибору способу лікування, пов'язані зі значними витратами зусиль і особистого часу на їх реалізацію з боку батьків. Батькам належить основна роль при дотриманні рекомендацій лікаря і схеми лікування протягом багатьох років. При цьому їх поведінка у процесі лікування обумовлена соціокультурними факторами. Важливою психологічною проблемою є необхідність значної витрати зусиль і особистого часу при реалізації різних аспектів лікування, наприклад, при участі у тривалих лікувально-реабілітаційних програмах;
- зміна складу сім'ї (часто розлучення батьків). Психіатри та клінічні психологи нерідко стикаються з тим, що батько залишає сім'ю у разі виявлення і тривалого перебігу хвороби у дитини;
- вплив стану дитини на якість життя інших членів сім'ї.

**Висновки**

Труднощі, з якими стикаються сім'ї, у яких виховуються діти-аутисти, неминує накладають значні обмеження на матеріальну, професійну, соціальну, емоційну сторони сімейного життя. Всі ці ситуації вимагають професійної медико-психологічної допомоги та підтримки з боку фахівців – лікарів, клінічних психологів, логопедів, соціальних працівників. Дослідження закордонних вчених демонструють і той факт, що окрім суттєвого порушення функціонування сім'ї, в якій виховується дитина з аутизмом, є значна кількість прикладів, коли сім'ї демонструють значну єдність, взаємопідтримку позитивне особистісне зростання усіх її членів та значну ресурсність і опірність до стресу [11, 12].

Враховуючи вищевикладене можна стверджувати, що роль сім'ї та позиція батьків для дитини-аутиста є дуже значимими, оскільки вони визначають подальшу тактику та можливість застосування медичних, педагогічних, реабілітаційних заходів тощо. Розуміння всіх проблем та труднощів, з якими стикається сім'я, та вчасне надання медико-психологічної допомоги є запорукою ефективного функціонування сім'ї загалом, психічного благополуччя кожного її члена та повноцінного розвитку і самореалізації дитини.

## Список використаної літератури

1. *Басилова Т. А. Проблемы семей, воспитывающих детей с врожденными множественными нарушениями / Т. А. Басилова // Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения». – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2005. – С. 386–388.*
2. *Безух С. М. Психологическое и социальное сопровождение больных детей и детей-инвалидов / С. М. Безух, С. С. Лебедева. – СПб. Изд-во «Речь», 2006. – 112 с.*
3. *Зарецкая Н. Ю. Ребенок с особыми потребностями в семье: системный семейный подход / Н. Ю. Зарецкая, О. А. Бурк // Семейная психология и семейная терапия. – 2006. – № 1. – С. 62–74.*
4. *Лебединская К. С. Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления / К. С. Лебединская, О. С. Никольская. – М.: Просвещение, 1991. – 96 с.*

### ПРОБЛЕМА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЕМЕЙ, В КОТОРЫХ ВОСПИТЫВАЮТСЯ ДЕТИ С АУТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Н.Г. Пшук, Л.В. Стукан, Е.Я. Пшук

**Ключевые слова:** расстройства спектра аутизма, семья, медико-психологическое сопровождение.

Число детей с расстройствами спектра аутизма за последние 20 лет существенно возросло. Семья, в которой воспитывается ребенок с наличием расстройств аутистического спектра – это семья с особым статусом, особенности и проблемы которой определяются не только личностными особенностями всех ее членов и характером взаимоотношений между ними, но и большей занятостью решением проблем ребенка, закрытостью семьи для внешнего мира, дефицитом общения, часто отсутствием работы у матери, но главное – специфическим положением в семье ребенка, обусловленным особенностью его развития. Рождение ребенка-аутиста становится крайне интенсивным опытом для семьи, практически разрушая те представления, которые были сформированы раньше, разрушает надежды, связанные с будущим. В такой ситуации семья начинает долгий путь, возможно, продолжительностью всю жизнь. Именно в начале этого пути родители ребенка с нарушениями в развитии переживают горе, травму, потерю, сопровождающиеся чувствами вины, отчаяния, боли, несправедливости. В нашей статье освещены основные проблемы, с которыми сталкивается семья, в которой растет и воспитывается ребенок с аутистическими расстройствами а также определены направления медико-психологического сопровождения и комплексной помощи семьям детей с расстройствами спектра аутизма.

### THE PROBLEM OF THE FUNCTIONING OF FAMILIES WHERE CHILDREN WITH AUTISM DISORDERS ARE BROUGHT UP

N. Pshuk, L. Stukan, Y. Pshuk

**Key words:** autism spectrum disorders, a family, medical and psychological support.

The number of children with autism spectrum disorders has increased significantly over the last 20 years. The family in which a child with the presence of the autism spectrum disorders is brought up – is a family with a special status, its characteristics and problems are defined not only by the personal characteristics of all its members and the nature of the relationship between them, but also by a larger dedication of time to the solution of the child's problems, by the family reticence to the outside world, lack of communication, often lack of work in the case of mother, but the most important stays a specific position of the child in the family, due to the specificity of his development. The birth of an autistic child becomes an extremely intense experience for the family, almost destroying the ideas of himself that were formed before, the hopes associated with the future. In such a situation, the family begins a long way, perhaps lasting a lifetime. Just at the beginning of this way, the parents of the child with the disorders in the development experience grief, trauma, loss, accompanied by feelings of guilt, despair, pain and injustice. This article highlights the main challenges faced by the family where the child with autistic disorder is brought up and educated and outlines the directions of the medical and psychological support and complex care to the families of the children with autism spectrum disorders

5. *Левченко И. Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии / И. Ю. Левченко, В. В. Ткачева – М.: Просвещение, 2008. – 239 с.*
6. *Мамайчук И. И. Помощь психолога детям с аутизмом / Мамайчук И. И. – СПб.: Речь, 2007. – 288 с.*
7. *Никольская О. С. Аутичный ребенок. Пути помощи / О. С. Никольская Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – Изд. 3-е, стер. – М.: Теревинф, 2005. – 288 с.*
8. *Печникова Л. С. Особенности материнского отношения к детям с ранним детским аутизмом: автореф. дис. на соискание научной степени канд. психол. наук / Л. С. Печникова. – М., 1997. – 144 с.*
9. *Питерс Т. Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию / Т. Питерс. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 240 с.*
10. *Романчук Олег. Раслади спектра аутизму в запитаннях та відповідях / Романчук Олег. – Львів: Колесо, 2009. – 168 с.*
11. *Селигман М. Обычные семьи, особые дети: [пер. с англ.] / Селигман М., Дарлинг Р. – М.: Теревинф, 2007. – 368 с.*
12. *Феррари П. Детский аутизм / П. Феррари / пер. с франц. О. Власовой. – М.: РОО «Образование и здоровье», 2006. – 127 с.*
13. *Фюр Г. «Запрещенное» горе: об ожиданиях и горе, связанных с ребенком, родившимся с особенностями развития / Г. Фюр. – Минск: Минсктиппроект, 2008. – 76 с.*
14. *Хаустов А. В. Организация окружающей среды для социализации и развития коммуникации у детей с расстройствами аутистического спектра / А. В. Хаустов // Аутизм и нарушения развития – 2009. – № 1. – С. 1–13.*
15. *Gillberg C. Autism and autistic-like conditions / Gillberg C. // Aicardi J. Diseases of the Nervous System in Childhood. London. Mac Keith Press. – 1992 – P. 1295–1320.*

УДК 159.973+616.853-07+085.2/3

## І.А. Марценковський ДІАГНОСТИКА ТА ТЕРАПІЯ ЕПІЛЕПСІЙ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРА АУТИЗМУ Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Епілепсії є найпоширенішими коморбідними патологіями при розладах спектра аутизму (РСА), їх діагностують у 11–39% випадків. Фактори ризику епілепсії та РСА встановлено, проте причинно-наслідковий зв'язок між ними вимагає подальших досліджень: епілептичний процес може передувати первазивним порушенням розвитку і формуванню аутичної поведінки, протягом РСА може ускладнюватися епілептичними нападами, епілепсії та РСА можуть бути проявами єдиного патологічного процесу, що призводить до порушення розвитку мозку. Метою дослідження було визначення проти-епілептичних препаратів (ПЕП) з високою ефективністю і більшою безпекою використання у дітей з РСА. Вибірку склали 1535 дітей, включених до реєстру хворих на РСА Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології. Всі ПЕП продемонстрували позитивний вплив на судомні напади. В осіб з РСА і коморбідними латентними епілепсіями спостерігався негативний вплив ПЕП на коморбідні клінічні симптоми РСА. Топіромат продемонстрував високу ефективність при монотерапії та політерапії з солями вальпроєвої кислоти у дітей з епілептичними енцефалопатіями. Серед ПЕП вальпроати, ламотриджин, леветирацетам і етосуксимід продемонстрували широкий спектр активності відносно епілептичних пароксизмів і прийнятний рівень побічних ефектів.

**Ключові слова:** коморбідність, розлади спектра аутизму, епілепсії, аутичний епілептиформний регрес, епілептичні напади, протиепілептичні засоби.

Розлади спектра аутизму (РСА) є порушеннями загального розвитку та соціальної поведінки, при яких, як це визначено в МКХ–10, спостерігаються якісні порушення соціальної взаємності, комунікації та стереотипні / повторювальні рухи та форми поведінки.

Епілепсії є найпоширенішими коморбідними розладами, які діагностують у осіб з аутизмом. Судоми можуть вперше виникати протягом першого року життя, до діагностики РСА, в підлітковому та дорослому віці. Епілепсії розвиваються у 11–39% людей з аутизмом. Від 10 до 18% дітей з РСА страждають від інфантильних спазмів (синдром Веста) [10, 14].

Поширеність епілепсій у когортах осіб з інтелектуальною недостатністю та хворих на РСА суттєво перевищує популяційні показники, що свідчить про наявність між цими порушеннями певних причинно-наслідкових зв'язків [1, 6, 8].

Фактори ризику виникнення епілепсії та аутизму встановлені, проте причинно-наслідкові зв'язки між ними потребують подальших досліджень: епілептичний процес може передувати первазивним порушенням розвитку та формуванню аутичної поведінки (autistic epileptiform regression); перебіг РСА може ускладнюватися епілептичними нападами, зокрема при застосуванні нейрометаболічних препаратів; епілепсії та РСА можуть бути проявами єдиного патологічного процесу, результатом порушення нейророзвитку мозку. За даними ЕЕГ, у дітей з РСА часто реєструють осередки епілептиформної та специфічної епілептичної активності, які корелюють з підвищеним ризиком виникнення епілептичних нападів в подальшому. За даними інших дослі-

джень, патологічні нейрофізіологічні феномени в осіб із РСА мають причинно-наслідковий взаємозв'язок з поведінковими та емоційно-вольовими порушеннями, які кваліфікуються як прояви епілептичних пароксизмів [4, 5, 7, 12, 13, 15, 16].

Діагностичні критерії МКХ–10 припускають можливість подвійної діагностики РСА та епілепсій, проте дискусійним залишається питання щодо терапії таких клінічних випадків.

РСА асоціюють з гіперзбудливістю кори головного мозку, ймовірно, внаслідок недостатності кортикальної інгібувальної системи. Це дозволяє припустити, що специфічні протиепілептичні препарати (ПЕП) можуть бути ефективними при лікуванні психічних розладів при РСА, зокрема емоційної нестабільності, дратівливості, рухової розгальмованості [2]. ПЕП, що стимулюють нейротрансмісію гамма-аміномасляної кислоти, можуть бути ефективнішим засобом лікування осіб з РСА, ніж блокатори глутаматергічної системи. Не пов'язані з антисудомною активністю тимоізолептичні ефекти деяких ПЕП можуть бути корисні при регуляції порушень настрою та рухової активності [11]. Водночас при використанні ПЕП у хворих з РСА слід очікувати більшої частоти та тяжкості таких побічних ефектів як погіршення уваги та пізнавальної активності [3, 9]. Оскільки особи з РСА вже мають проблеми з увагою, настроєм і пізнавальною спроможністю, призначення їм ПЕП, які мають такі побічні ефекти, може призвести до погіршення загального функціонального стану навіть при досягненні контролю над судомами. Погіршення уваги при аутизмі з тяжкими порушеннями



активності та уваги може призвести до тяжкої рухової розгалмваності, аж до польової поведінки та апрозексії.

**Метою** цього дослідження було визначення ПЕП, які мають вищу ефективність та безпечніші для використання у дітей з РСА.

**Матеріали та методи дослідження**

Вибірку склали діти, включені до реєстру хворих на РСА відділу психічних розладів дітей та підлітків Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології.

Діагноз РСА встановлювали за результатами стандартної діагностичної процедури, що включала напівструктуроване інтерв'ю з батьками для скринінгу симптомів аутизму (Autism Diagnostic Interview Revised – ADI-R ) та напівструктуроване оцінювання аутичних форм поведінки дитини (Autism Diagnostic Observation Schedule – ADOS). За результатами скринінгу проводили перевірку відповідності наявних клінічних ознак психічного розладу дитини діагностичним критеріям МКХ–10.

Були рандомізовані 1535 дітей з РСА. Основну групу склали 733 дитини: 548 із судомними епілептичними нападами в анамнезі (підгрупа IA) та 185 із субклінічними станами (проявами специфічної епілептичної активності на EEG без судомних нападав в анамнезі) (підгрупа IB). До контрольної групи увійшли 802 дитини з РСА без епілептичних пароксизмів в анамнезі та специфічної епілептичної активності на EEG (група II).

З використанням спеціального опитувальника, розробленого співробітниками відділу, ми вивчали думку батьків про тяжкість, частоту параксизмальних проявів, їх зв'язок з поведінковими та психічними порушеннями; про вплив ПЕП на розвиток дитини, її пізнавальні функції. Особливо документували пов'язані з лікуванням побічні ефекти. Інформацію, отриману від батьків, доповнювали даними, отриманими з реєстру хворих відділу.

У 1200 включених до реєстру пацієнтів додатково оцінювали результати динамічного спостереження, яке тривало понад 2 роки. За допомогою психоосвітнього профілю (Psychoeducational Profile Revised – PEP-R) оцінювали особливості психічного і моторного розвитку рандомізованих дітей: ментальний вік, актуальний рівень і зони найближчого розвитку для перцепції, наслідувальної діяльності, дрібної та крупної моторики, зорово-моторної координації, пізнавальної діяльності і мови. Для оцінки соціального функціонування та адаптивної поведінки використовували шкалу соціальної реципрокності (Social Responsiveness Scale, Second Edition – SRS-2), контрольний список аномальної поведінки (Aberrant Behavior Checklist – ABC ) і шкалу адаптивної поведінки Вініленд (Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition – Vineland II). Для збору соціально-

демографічних даних, аналізу історії розвитку та захворювання дитини, сімейного анамнезу використовували сімейний опитувальник (Family Questionnaire – FQ) та напівструктуровану рейтингову шкалу для формалізованої оцінки клінічних проявів психічних розладів у дітей (Semi-Structured Clinical Examination Form – SCEF).

**Результати та їх обговорення**

Як в основній, так і в контрольній групах переважали хлопчики (IA – 72,3%, IB – 71,9%, II – 71,4%). Гендерні відмінності між групами були значущими. Діти в контрольній групі були статистично значимо молодшими [7 років 6 місяців, (St (середньоквадратичне відхилення) = 5 років 4 місяці)], ніж діти з епілептичними нападами [11 років 5 місяців, St = 7 років 8 місяців; t = 9,0, p<0,0001]. Це можна пояснити тим, що у значної частини рандомізованих пацієнтів основні ознаки РСА з'являються раніше, ніж епілептичні напади.

У 15,0% дітей, включених в підгрупу IA, спостерігали ремісію епілептичних нападав. У вибірці дітей з РСА, у яких припинилися напади з судомами, середній вік манифестації епілептичних пароксизмів становив 5 років 3 місяці (St = 5 років 9 місяців), середній вік досягнення ремісії нападав – 8 років 6 місяців (St = 6 років 2 місяці). Тривалість періоду, протягом якого у дитини спостерігали судомні напади, становила 4 роки 2 місяці (St = 4 роки 3 місяці).

У підгрупі IB у 15,1% дітей спостерігали редукцію епілептичних та епілептиформних феноменів на EEG. У вибірці дітей з редукцією субклінічних ознак епілептичного процесу стабілізацію активності на EEG спостерігали у віці від 6 до 12 років, St = 6 років 8 місяців.

Не було виявлено статистично значущих розбіжностей між віком появи та редукції епілептичних нападав та субклінічних проявів епілептичного процесу у дітей, рандомізованих до IA та IB груп.

У дітей, в яких ремісії епілептичних нападав домогтися не вдалося, епілептичні пароксизми вперше з'явилися в молодшому віці [4 роки 10 місяців, St = 63 роки 10 місяців]. Розбіжності між вибірками виявилися статистично значущими (t = 4,70, p<0,001).

У таблиці 1 наведено розподіл випадків епілепсії з судомними епілептичними нападами та епілептичних феноменів на EEG у дітей з розладами спектра аутизму. У більшості дітей, як із судомними епілептичними нападами, так і з субклінічними станами були діагностовані дитячий аутизм (F 84.0) та атипичний аутизм (F84.1). Ці розлади в групах IA та IB зустрічалися вірогідно час-

Таблиця 1. Розподіл випадків коморбідності судомних епілептичних нападав та епілептичних феноменів на EEG у дітей з розладами спектра аутизму

Розлади спектра аутизму (F84.0-F84.9)	Група II, %	Група IA, %	Група IB, %	P 2/3	P2/4	P3/4
1	2	3	4	5	6	7
Дитячий аутизм (F84.0)	26,4	31,7	35,4	<0,0001	<0,0001	>0,001
Атипичний аутизм (F84.1)	34,6	41,3	44,5	<0,0001	<0,0001	>0,001
Синдром Аспергера (F84.5)	17	6,8	3,9	<0,001	<0,0001	>0,001
Інші розлади спектра аутизму	22	20,2	16,2	>0,001	>0,001	>0,001

Примітки: Група II – діти з РСА без судомних епілептичних нападав та епілептичних феноменів на EEG; Група IA – діти з РСА та судомними епілептичними нападами в анамнезі; Група IB – діти з РСА без судомних епілептичних нападав в анамнезі, зі специфічними епілептичними феноменами на EEG.

Таблиця 2. Розподіл випадків коморбідних судомних епілептичних нападав та епілептичних феноменів на EEG при різних варіантах клінічного перебігу у дітей з розладами спектра аутизму

Варіанти клінічного перебігу РСА	Група II, %	Група IA, %	Група IB, %	P 2/3	P2/4	P3/4
1	2	3	4	5	6	7
3 уповільненням загального розвитку	17,0	28,0	38,0	<0,001	<0,0001	>0,001
3 плато розвитку	7,0	4,0	6,8	>0,001	>0,001	>0,001
3 ранньою презентацією симптомів РСА	42,0	41,3	36,0	>0,001	>0,001	>0,001
3 пізньою презентацією симптомів РСА	34,0	26,7	14,8	>0,001	<0,0001	<0,001

Примітки: Група II – діти з РСА без судомних епілептичних нападав та епілептичних феноменів на EEG; Група IA – діти з РСА та судомними епілептичними нападами в анамнезі; Група IB – діти з РСА без судомних епілептичних нападав в анамнезі, зі специфічними епілептичними феноменами на EEG.

тіше, ніж у контрольній групі. Випадки високофункціонального аутизму переважали у дітей контрольної групи.

У таблиці 2 наведено розподіл випадків епілепсії з судомними епілептичними нападами та епілептичними феноменами на EEG при різних варіантах клінічного перебігу розладів спектра аутизму у дітей.

Ми виділили 4 варіанти клінічного перебігу РСА: варіант із уповільненням загального розвитку (накопиченням відставання відносно очікуваної траєкторії розвитку при оцінюванні за PER-R), варіант з плато відставання у розвитку, варіант з ранньою презентацією симптомів при оцінюванні за допомогою ADI-R та ADOS у віці від 12 до 24 місяців; варіант з пізньою презентацією аутичних симптомів.

У дітей з епілептичними судомами та субклінічними проявами епілептичного процесу вірогідно частіше спостерігали варіанти клінічного перебігу РСА з уповільненням та регресом загального розвитку. Для цих дітей також статистично вірогідно більш притаманними були манифестації РСА з відносно пізньою презентацією таких ознак складів аутизму, як порушення перцепції, наслідування, соціальної взаємності та поява повторювальної поведінки.

У таблиці 3 наведено дані про частоту використання (згідно з повідомленнями батьків і даними електронних баз даних) ПЕП у дітей з РСА. Всі лікарські засоби були ранжовані за загальною поширеністю застосування в межах кожної категорії лікування. В основній групі медикаментозні засоби призначали як протиепілеп-

тичні препарати. У контрольній групі і в групі дітей з субклінічними проявами епілепсії ПЕП призначали як тимоізолептичний засіб при афективних порушеннях, асоційованих з порушеннями активності та уваги.

Вальпроати виявилися найуживанішими ПЕП як в основній, так і в контрольній групі. Батьки майже 30% дітей з РСА мали досвід ефективного їх застосування. У дітей з судомними на-

падами терапевтичну схильність до вальпроатів мали майже 50% батьків рандомізованих дітей, у групі з латентними проявами епілепсії – близько 40%.

Ламотригін став другим за частотою використання ПЕП, його призначали майже кожному п'ятому пацієнту з РСА та третині дітей з судомами та латентними ознаками епілептичного процесу. У когортах дітей з РСА без судомних нападав призначення ламотригіну зазвичай мотивувалося його тимоізолептичними властивостями.

Решту ПЕП застосовували переважно у дітей з судомними нападами. Деякі ПЕП, зокрема ламотригін, леветирацетам, карбамазепін, топірамат і окскарбазепін, використовували не більше, ніж у чверті дітей з РСА та судомними нападами. У контрольній групі і групі дітей з субклінічними формами епілепсії ці ПЕП застосовували рідко. Тільки вальпроати і ламотригін, згідно з отриманими даними, використовували приблизно з однаковою частотою в групах дітей із судомами та субклінічними проявами епілепсії. Частота використання етосуксиміду та клозапіну в контрольній групі і групі з судомними нападами статистично істотно не відрізнялися. Не було вірогідної різниці в частотах застосування в контрольній групі та групі з латентними епілепсіями етосуксиміду та габапентину.

Для когорти осіб з РСА та судомними нападами на підставі оцінок батьків і катамнестичних даних ми розраховали середні оцінки впливу кожного методу лікування на епілептичні пароксизми та симптоми РСА, зокрема сон, порушення комунікації, поведінки, уваги та

Таблиця 3. Застосування протиепілептичних препаратів та інших протиепілептичних засобів лікування у дітей з РСА залежно від наявності чи відсутності судомних епілептичних нападав та епілептичних феноменів на EEG

Засоби лікування	Діти з РСА (загалом)	Контрольна група, %	Група IA, %	Група IB, %	P 3/4	P3/5	P4/5
1	2	3	4	5	6	7	8
Вальпроати	27,1	10,0	47,9	38,9	<0,0001	<0,0001	>0,001
Ламотригін	19,2	11,2	27,0	30,8	<0,0001	<0,0001	>0,001
Леветирацетам	11,6	2,0	25,9	10,8	<0,0001	<0,0001	<0,001
Карбамазепін	10,8	1,0	24,1	14,1	<0,0001	<0,0001	<0,001
Топірамат	9,5	0,4	23,5	7,6	<0,0001	<0,0001	<0,0001
Габапентин	6,3	7,0	0,9	8,1	<0,001	>0,001	<0,001
Оскарбазепін	3,9	1,2	5,5	10,1	>0,001	<0,001	>0,001
Етосуксимід	0,3	0	0,9	0	>0,001	>0,001	>0,001
Фенітоїн	1,3	0	3,6	0	<0,001	<0,001	<0,001
Клоназепін	0,2	0	0,5	0	>0,001	>0,001	>0,001

настрою. Отримані середні показники терапевтичного впливу аналізували з використанням методу кластерного аналізу. Проведений статистичний аналіз забезпечив чіткий розподіл ПЕП за чотирма кластерами.

Загалом ПЕП продемонстрували позитивний вплив на судомні напади. Препарати, включені до кластера 1 (вальпроати та ламотригін) найгармонійніше впливали як на судомні, так і на поведінкові розлади, асоційовані з РСА, і за цими властивостями мали перевагу над препаратами кластера 2 (карбамазепін, окскарбазепін, топіромат). Препарати кластера 2 частіше, ніж препарати кластера 1, посилювали гіперактивність та імпульсивність дітей з РСА. Препарати кластера 3 (етосуксимід та левотирацетам) чинили найменший негативний вплив на інші клінічні ознаки РСА у дітей з коморбідними епілепсіями. ПЕП, включені до кластера 4 (фенітоїн, клоназепам), батьки рандомізованих дітей оцінювали як такі, що негативно впливають на перебіг епілепсії та клінічні прояви РСА. Частота побічних ефектів при застосуванні ПЕП кластерів 2 та 4 була вищою, ніж у препаратів кластера 1.

Згідно з оцінками батьків, серед всіх ПЕП вальпроати, ламотригін і леветирацетам мали найширший спектр активності відносно епілептичних пароксизмів і найменш виражений негативний вплив на клінічні прояви РСА. Топіромат виявився високоефективним при монотерапії та політерапії з солями вальпроєвої кислоти у дітей з епілептичними енцефалопатіями. В осіб з РАС та коморбідними латентними епілепсіями спостерігали негативний вплив ПЕП на інші клінічні симптоми спектра аутизму.

## Висновок

Причинно-наслідкові зв'язки між аутизмом і епілепсією потребують подальших досліджень: епілептичний процес може передувати первазивним порушенням розвитку і формуванню аутичної поведінки, перебіг РСА може ускладнюватися епілептичними нападами, епілепсії та РСА можуть бути проявами єдиного патологічного процесу порушення нейророзвитку.

Результати дослідження свідчать, що ПЕП сприймаються батьками дітей з РСА та експертами, які трива-

ють час спостерігали цих хворих, як засоби, що зменшують судомні, але посилюють інші аутичні та поведінкові розлади у дітей з РСА. Серед ПЕП вальпроєва кислота, ламотригін, леветирацетам і етосуксимід ефективніше за інші зменшують судомні і мають найменший негативний вплив на інші клінічні ознаки РСА у дітей з коморбідними епілепсіями. Топіромат є високоефективним препаратом для монотерапії та політерапії з солями вальпроєвої кислоти у дітей з епілептичними енцефалопатіями.

## Список використаної літератури

1. *A general practice-based prevalence study of epilepsy among adults with intellectual disabilities and of its association with psychiatric disorder, behaviour disturbance and carer stress / T. Matthews, N. Weston, H. Baxter [et al.] // J. Intellect. Disabil. Res. – 2008. – Vol. 52. – P. 163–173.*
2. *A preliminary transcranial magnetic stimulation study of cortical inhibition and excitability in high-functioning autism and Asperger disorder / Enticott P. G., Rinehart N. J., Tonge B. J. [et al.] // Dev. Med. Child. Neurol. – Vol. 52. – P. 179–183.*
3. *Cognitive effects of long-term treatment with phenobarbital and valproic acid in school children / Calandre E. P., Dominguez-Granados R., Gomez-Rubio M., Molina-Font J. A. // Acta Neurol. Scand. – 1990. – Vol. 81. – P. 504–506.*
4. *Epilepsy in autism is associated with intellectual disability and gender: evidence from a meta-analysis / Amiet C., Gourfinkel-An I., Bouzamon A. [et al.] // Biol. Psychiatry. – 2008. – Vol. 64. – P. 577–582.*
5. *Epilepsy in autism: features and correlates / Patrick F. Bolton, Iris Carcani-Rathwell, Jane Hutton [et al.] // Br J Psychiatry. – 2011. – Vol. 198 (4). – P. 289–294.*
6. *Epilepsy in children with mental retardation: a cohort study / K. J. Goulden, S. Shinnar, H. Koller [et al.] // Epilepsia. – 1991. – Vol. 32. – P. 690–697.*
7. *Gillberg C. Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions: a population-based study of 46 cases followed through puberty / C. Gillberg, S. Steffenburg // J. Autism Dev. Disord. – 1987. – Vol. 17. – P. 273–287.*
8. *Kurtz Z. Epilepsy in young people: 23 year follow up of the British national child development study / Z. Kurtz, P. Tookey, E. Ross // BMJ. – 1998. – Vol. 316. – P. 339–342.*
9. *Kwan P. Neuropsychological effects of epilepsy and antiepileptic drugs / P. Kwan, M. J. Brodie // Lancet. – 2001. – Vol. 357. – P. 216–222.*
10. *Olsson I. Epilepsy in autism and autisticlike conditions. A population-based study / I. Olsson, S. Steffenburg, C. Gillberg // Arch. Neurol. – 1988. – Vol. 45. – P. 666–668.*
11. *Psychotropic medication use among Medicaid-enrolled children with autism spectrum disorders / Mandell D. S., Morales K. H., Marcus S. C. [et al.] // Pediatrics. – 2008. – Vol. 121. – P. 441–448.*
12. *Rutter M., Graham P., Yule W. A. Neuropsychiatric Study in Childhood. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1970. – 237 p.*
13. *Tuchman R. Convulsing toward the pathophysiology of autism / R. Tuchman, S. L. Moshe, I. Rapin // Brain. Dev. – 2009. – Vol. 31. – P. 95–103.*
14. *Tuchman R. Epilepsy in autism / R. Tuchman, I. Rapin // Lancet. Neurol. – 2002. – Vol. 1. – P. 352–358.*
15. *Tuchman R. F. Regression in pervasive developmental disorders: seizures and epileptiform electroencephalogram correlates / R. F. Tuchman, I. Rapin // Pediatrics. – 1997. – Vol. 99. – P. 560–566.*
16. *Volkmar F. R. Seizure disorders in autism / F. R. Volkmar, D. S. Nelson // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1990. – Vol. 29 (1). – P. 127–129.*

### ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭПИЛЕПСИЙ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ СПЕКТРА АУТИЗМА

И.А. Марценковский

**Ключевые слова:** коморбидность, расстройства спектра аутизма, эпилепсии, аутический эпилептиформный регресс, эпилептические припадки, противозепилептические средства.

Эпилепсии являются самыми распространенными коморбидными патологиями при расстройствах аутистического спектра (РСА), их диагностируют в 11–39% случаев. Факторы риска эпилепсии и РСА установлены, однако причинно-следственные связи между ними требуют дальнейших исследований: эпилептический процесс может предшествовать первазивным нарушениям развития и формированию аутистического поведения, течение РСА может осложняться эпилептическими припадками, эпилепсии и РСА могут быть проявлениями единого патологического процесса, приводящего к нарушению развития мозга. Целью исследования было определение противозепилептических препаратов (ПЭП) с высокой эффективностью и большей безопасностью использования у детей с РСА. Выборку составили 1535 детей, включенных в реестр больных РСА Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии. Все ПЭП продемонстрировали положительное влияние на судорожные припадки. У лиц с РАС и коморбидными латентными эпилепсиями наблюдалось негативное влияние ПЭП на коморбидные клинические симптомы РСА. Топіромат продемонстрировал высокую эффективность при монотерапии и политерапии с солями вальпроєвой кислоты у детей с эпилептическими енцефалопатіями. Среди ПЭП вальпроати, ламотригін, леветирацетам и этосуксимід продемонстрировали широкий спектр активности в отношении эпилептических пароксизмов и приемлемый уровень побочных эффектов.

### DIAGNOSIS AND TREATMENT OF EPILEPSY IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

I. A. Martsenkovsky

**Key words:** comorbidity, autism spectrum disorder, epilepsy, autistic epileptiform regression, seizures, antiepileptic drugs.

Individuals with autism spectrum disorder (ASD) have an increase in the risk of developing epilepsy as compared to typically developing individuals and up to 20–25% of individuals with ASD will experience a clinical seizure at some point in their life. However, the relationship between epilepsy and ASD is complex. For example, a significant

number of individuals with ASD manifest epileptiform abnormalities on electroencephalograph (EEG) despite a lack of clinical seizures, and many of these epileptiform abnormalities do not meet criteria for electrographic seizures. Despite the high prevalence of seizure, epilepsy and abnormal EEGs in individuals with ASD, there is little information regarding the relative effectiveness of treatments for epilepsy, seizure or subclinical epileptiform discharges in this population. There is good reason to believe that specific antiepileptic drugs (AEDs) might be effective for individuals with ASD.

Aim of this study was to determine the AEDs with high efficiency and high safety of use in children with ASD. The sample consisted of 1535 children enrolled in the register of patients ASD URISFPDA. Having regard to the views of doctors, parents and observational data from the roster patients. In general, AEDs were perceived to improve seizures but worsened other clinical factors for children with clinical seizure. Valproates, lamotrigine, levetiracetam and ethosuximide were perceived to improve seizures the most and worsen other clinical factors the least out of all AEDs in children with clinical seizures. Topiromat demonstrated high efficacy in monotherapy and polytherapy with the salts of valproic acid in children with epileptic encephalopathies.

УДК 159.973:616.89/03-0.53.2

К.В. Дубовик

### РОЗЛАДИ СПЕКТРА АУТИЗМУ ТА ДИСПРАКСИЧНІ ПОРУШЕННЯ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

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

У статті розглядається проблема розладів спектра аутизму, їх коморбідність з диспраксічними порушеннями. Аналізуються різні погляди на цю проблему, які зіставляються з результатами власних досліджень. Метою дослідження було вивчення взаємозв'язку між рівнем інтелектуального розвитку, тяжкістю диспраксічних порушень і розладами спектра аутизму, можливості корекції, удосконалення методів реабілітації. Було рандомізовано 169 дітей з розладами спектра аутизму і 19 дітей з розумовою відсталістю. Контрольну групу склали 42 дитини без порушень психічного розвитку. Розглядаються особливості рухових порушень при первазивних порушеннях розвитку, розумій відсталості, специфічних затримках розвитку, ендогенно-процесуальних розладах.

**Ключові слова:** розлади спектра аутизму, диспраксічні порушення, діти.

Перші дослідження, присвячені проблемам рухових порушень у дітей і підлітків, були проведені 1952 року групою американських дослідників на чолі з доктором В. Fish [5] на когорті дітей, народжених від матерів, які страждали від шизофренії. Порушення моторики і зорово-моторної координації без грубих неврологічних симптомів у цих хворих були розцінені як результат нерівномірного розвитку та дозрівання нервової системи, на противагу руховим розладам при органічному ураженні мозку. На користь такої інтерпретації результатів дослідження свідчить можливість прискорення розвитку після періоду затримки розвитку окремих функцій та збереження деяких вищих функцій і реакцій на тлі відставання нижчих. Про це свідчили результати низки подальших досліджень.

Термін «диспраксія» ввели Julian de Ajuriaguerra та Mira Stambak у 1964 році [6]. Цей клінічний термін має різноманітні інтерпретації. Більшість спеціалістів дефініцію диспраксії використовують для позначення розладів розвитку координації та моторного розвитку з урахуванням його нейророзвиткового походження.

Низка досліджень вказує на наявність взаємозв'язку між наявністю моторних порушень та затримкою дозрівання окремих відділів головного мозку. Результати досліджень свідчать про наявність прямого зв'язку між дозріванням лобних і тім'яних структур головного мозку та силою проявів і різноманітністю диспраксічних порушень [7].

Поширеність диспраксічних порушень досить висока. Диференційної діагностики потребують:

- 1) диспраксії, викликані ушкодженнями мозку;

- 2) порушення загального розвитку (первазивні розлади розвитку);

- 3) специфічні затримки розвитку рухових функцій. Головне – не виявити диспраксічні порушення, а встановити тяжкість порушення розвитку. Кваліфікація коморбідних порушень психіки дозволяє не лише провести їх етіопатогенетичну концептуалізацію, але і визначити тяжкість розладу. Необхідно проводити оцінювання психопатологічних розладів, пов'язаних з диспраксіями: порушення первазивних порушень розвитку, дискалькулії / математичної інвалідності, дислексії / читання, дефіциту інтелекту, тривожних розладів, розладів дефіциту уваги, порушень активності та уваги (РДУГ).

Останнім часом широко обговорюється зв'язок між диспраксічними порушеннями при розладах спектра аутизму (РСА) та аутистимуляційною поведінкою. Так діти із аутизмом мають складнощі з копіюванням (повторенням) рухів, виконанням чітких дрібномоторних рухів та вправ. Довелл у 2009 році провів дослідження задля встановлення взаємозв'язку між диспраксічними порушеннями при аутизмі та дефіцитом знань [4]. До нього були залучені 37 дітей з аутизмом та 50 дітей без порушень розумового та психічного розвитку. У ході цього дослідження було встановлено, що діти з розладами аутичного спектра продемонстрували гірший результат дрібномоторних навичок, ніж контрольна група з урахуванням віку та інтелекту (IQ).

**Метою** нашого дослідження було вивчення взаємозв'язку між рівнем інтелектуального розвитку, тяжкістю диспраксічних порушень та розладами спек-



Таблиця 1. Поширеність диспраксічних розладів (N, % ± m)

Поширеність розладів					
діти основної групи				діти контрольної групи	
F84		F70			
N	%±m	N	%±m	N	%±m
169	59,8±14,2	19	21,1±86,7	42	14,3±29,2

ніж при розумовій відсталості ( $p < 0,05$ ), не мають кореляційного зв'язку з рівнем інтелектуального розвитку (показник ІПР по РЕР-R та IQ).

Окремо проаналізована поширеність та тяжкість диспраксічних порушень у вибірці дітей з РСА залеж-

Таблиця 2. Затримка моторного розвитку при розладах спектра аутизму у дітей з диспраксіями

Інструментарій	Психічні сфери	Відставання від біологічного віку до 6 місяців		Відставання від біологічного віку на 6-12 місяців		Відставання від біологічного віку більш ніж на 12 місяців	
		%	m	%	m	%	m
PEP-R	Дрібна моторика	23,9	26,0	14,5	26,0	39,5	26,0
	Крупна моторика	9,4	30,0	63,5	30,0	17,3	30,0
	Зорово-моторна координація	22,5	31,7	16,6	31,7	56,1	31,7
Vineland II	Дрібна моторика	16,7	30,7	43,1	30,7	32,2	30,7
	Крупна моторика	57,3	29,3	21,9	29,3	8,7	29,3

тра аутизму, можливості корекції, вдосконалення методів реабілітації.

## Матеріали та методи дослідження

Було рандомізовано 169 дітей з розладами спектра аутизму (синдром Каннера) та 19 дітей з розумовою відсталістю. Контрольну групу склали 42 дитини без порушень психічного розвитку. Середній вік рандомізованих дітей основної групи становив 3,2 року, контрольної групи – 3,6 року. Діти проходили обстеження в умовах спеціалізованої поліклініки Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології.

Для діагностики розумової відсталості (F70 – F71) використовували критерії та рекомендації Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10) [8], тест Векслера (дитячий варіант) [10]. Для діагностики розладів спектра аутизму (F84) використовували напівструктуроване інтерв'ю з батьками ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised) [2], інструментарій для формалізованої оцінки аутичної поведінки ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) [1].

Для визначення рівня і сили проявів диспраксічних порушень використовували шкалу адаптивної поведінки Vineland II (Vineland Adaptive Behavior Scales) [9]: субсфери дрібної та крупної моторики, зорово-моторної координації психопедагогічного профілю (PEP-R) [3].

## Результати та їх обговорення

Було встановлено поширеність диспраксічних розладів серед дітей з вадами психічного розвитку та серед дітей без таких вад. Досліджено ступінь відставання моторного розвитку при РСА у дітей з диспраксіями.

Поширеність диспраксічних порушень серед рандомізованих дітей наведена в таблиці 1.

В обох групах дітей з порушеннями психічного розвитку спостерігали диспраксічні порушення, поширеність яких зменшувалася з віком.

Наведені у таблиці 1 дані демонструють, що диспраксічні порушення частіше зустрічаються при РСА,

но від рівнів розвитку дрібної, крупної моторики та зорово-моторної координації за PEP-R та Vineland II (табл. 2).

Як свідчать наведені в таблиці 2 дані, диспраксічні порушення корелюють з рівнем загального розвитку моторних функцій при первазивних порушеннях розвитку.

При розладах спектра аутизму рівні розвитку дрібної моторики та зорово-моторної координації відстають від вікової норми понад 1 рік, крупної моторики – на 6–12 місяців.

Порушення дрібної моторики, навичок копіювання мають високі коефіцієнти кореляції з тяжкістю розладів розвитку мови та розвитком передумов шкільних навичок. Порушення крупної моторики, зорово-моторної координації мають позитивний кореляційний зв'язок з тяжкістю диспраксічних порушень. У дітей з IQ < 50 переважали порушення дрібної моторики та зорово-моторної координації. При IQ > 70 частіше зустрічалися порушення крупної моторики, зорово-моторної координації. Тяжкість аутичної симптоматики була тісно пов'язана з якістю наслідування.

При оцінюванні рухових порушень за допомогою шкали адаптивної поведінки (Vineland II) середні значення затримок для крупної моторики коливалися в межах до 6 місяців, для дрібної моторики – 6–12 місяців.

## Висновки

Певні види диспраксії специфічні для розладів загального розвитку і безпосередньо впливають на рівень адаптивної поведінки дітей. Отримані результати дозволяють виділити ознакоклад, який включає затримку розвитку крупної моторики, зорово-моторної координації, наслідування, висококоординованих рухів. Середній вік відставання моторних навичок при РСА становить 6–12 місяців.

Доцільною є розробка спеціальних реабілітаційних програм, скерованих на подолання практичних проблем у сферах зорово-моторної координації та загального моторного розвитку у дітей з РСА.

## Список використаної літератури

1. About the ADOS [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://research.agre.org/program/aboutados.cfm>.
2. Autism Diagnostic Interview [Електронний ресурс]. – 2003. – Режим доступу: [http://portal.wpspublish.com/portal/page?\\_pageid=53,70436&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53,70436&_dad=portal&_schema=PORTAL).
3. Avril Breton. Background and uses of the PEP-R [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.med.monash.edu.au/sppm/research/devpsych/actnow/factsheet07.html>
4. Dowell L. R. / Associations of postural knowledge and basic motor skill with dyspraxia in autism: implication for abnormalities in distributed connectivity and motor learning / L. R. Dowell, E. M. Mahone, S. H. Mostofsky // *Neuropsychology*. – 2009 – № 23 (5). – P. 563–70.
5. Fish B. The study of motor development in infancy and its relationship to psychological functioning / B. Fish // *Amer. J. Psychiat.* – 1961. – № 117. – P. 1113–1118.
6. La psychiatrie de l'enfant / Mira Stambak, D. L'Heriteau, M. Auzias [et al.]. – 1964. – Vol. 7, № 2. – P. 381–496.
7. Resting state EEG abnormalities in autism spectrum disorders / Wang J., Barstein J., Ethridge L. E. [et al.] // *J. Neurodev Disord.* – 2013 – Sep 16;5(1):24. doi: 10.1186/1866-1955-5-24.
8. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders [Електронний ресурс]: Clinical descriptions and diagnostic guidelines / World Health Organization. – Режим доступу: <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>.
9. Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition [Електронний ресурс]. – 2005. – Режим доступу: <http://www.pearsonclinical.com/psychology/products/100000668/vineland-adaptive-behavior-scales-second-edition-vineland-ii-vinelandii.html>.
10. Wechsler Intelligence Scale for Children – Fourth Edition [Електронний ресурс]. – 2003. – Режим доступу: <http://www.pearsonclinical.com/education/products/100000310/wechsler-intelligence-scale-for-children-fourth-edition-wisc-iv.html>.

### РАССТРОЙСТВА СПЕКТРА АУТИЗМА И ДИСПРАКСИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

К.В. Дубовик

**Ключевые слова:** расстройства спектра аутизма, диспраксические нарушения, детский возраст.

В статье рассматривается проблема расстройств спектра аутизма, их коморбидность с диспраксическими нарушениями. Анализируются различные взгляды на данную проблему, которые сопоставляются с результатами собственных исследований. Целью исследования было изучение взаимосвязи между уровнем интеллектуального развития, тяжестью диспраксических нарушений и расстройствами спектра аутизма, возможности коррекции, усовершенствование методов реабилитации. Было рандомизировано 169 детей с расстройствами спектра аутизма и 19 детей с умственной отсталостью. Контрольную группу составили 42 ребенка без нарушений психического развития. Рассматриваются особенности двигательных нарушений при первазивных нарушениях развития, умственной отсталости, специфических задержках развития, эндогенно-процессуальных расстройствах.

### AUTISM SPECTRUM DISORDERS AND DYSPRAXIA IN CHILDREN

K.V. Dubovyk

**Key words:** autism spectrum disorders, dyspraxia, childhood.

The problem of autism spectrum disorders and their comorbidity with dyspraxia was discussed in the article. There are various views on this issue, which was compared with the results of their own research. The aim of the study was to investigate the relationship between the level of intellectual development, severity dyspraxia violations and autism spectrum disorders, correction capabilities, improved methods of rehabilitation. There were randomized 169 children with autism spectrum disorder and 19 children with mental retardation. Control group consisted of 42 children without mental development disorders. The peculiarities of movement disorders are discussed in pervasive developmental disorders, mental retardation and specific developmental delay.

УДК 616.89 – 008.48 – 053.2: 616

Е.Н. Харченко, О.В. Чернышев

### КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КОМОРБИДНОСТЬ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ И ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Николаевская областная психиатрическая больница № 1

#### Ключові слова:

соматоформные расстройства, цефалгия, абдоминалгия, синдромы химической и поведенческой зависимости.

Соматоформная вегетативная дисфункция, проявляющаяся в виде синдрома цефалгии (СЦфал) или абдоминалгии (САбдал) – часто встречаемый диагноз у подростков.

**Цель исследования.** Изучить клинические особенности формирования коморбидного сочетания соматоформной вегетативной дисфункции с проявлениями хронической боли (СЦфал и САбдал) и различных вариантов зависимости поведения у подростков.

**Материалы и методы исследования.** Было обследовано 82 подростка: 48 девушек (58,5%) и 34 юноши (41,5%) в возрасте 16 – 17 лет. Дифференциально-диагностическое исследование проводилось согласно диагностическим критериям МКБ–10.

**Результаты исследования.** Чаще всего в подростковом возрасте этиологической основой СЦфал и САбдал являются различные соматоформные расстройства (в 70,8% случаев у девушек и в 58,8% – у юношей). У 32,9% обследованных пациентов болевой синдром развивается вследствие различных невротических расстройств с тревожно-депрессивной симптоматикой. Соматоформная вегетативная дисфункция – наиболее распространенная причина формирования СЦфал и САбдал среди

подростков, причем случаи СЦфал (68,8% случаев – у девушек, 58,8% – у юношей) существенно преобладают над САбдал (соответственно 31,2 и 41,2% случаев).

Все подростки отмечали наличие сочетанной стрессорной проблематики в их жизни. Девушки испытывали более сильное влияние психотравмирующего воздействия, чем юноши. Наибольшее количество сочетанных психотравмирующих факторов было выявлено в подгруппе девушек с СЦфал. В наименьшей степени влияние психотравмирующих факторов наблюдалось у юношей с САбдал.

У всех обследованных пациентов было диагностировано коморбидное развитие различных видов поведенческой и химической зависимости в сочетании с СЦфал и САбдал. Чаще всего фиксировались эмоционально-зависимые отношения с матерью (67,1 %) и интернет-зависимость (54,9%). В среднем, у 23,9% подростков наблюдались различные варианты злоупотреб-

Таблица 1. Распределение подростков согласно полу, нозологическим формам расстройств и ведущему болевому синдрому (СЦфал и САбдал), абсолют. количество (%)

Нозологические формы расстройств	Обследованные пациенты				
	юноши, N=34		девушки, N=48		всего в группах
	СЦфал	САбдал	СЦфал	САбдал	
Соматоформная вегетативная дисфункция с СЦфал, F45.30	6** (30,0)	-	13** (39,4)	-	19 (23,2)
Ипохондрическое расстройство, F45.2	1 (5,0)	3* (21,4)	2 (6,1)	6** (40,0)	12 (14,6)
Паническое расстройство, F41.0	3* (15,0)	-	7* (21,2)	-	10 (12,2)
Легкий депрессивный эпизод с соматическими симптомами, F32.01	2 (10,0)	3 (21,4)	3 (9,1)	2 (13,3)	10 (12,2)
Хроническое болевое расстройство, F45.4	2 (10,0)	4* (28,6)	1 (3,0)	3* (20,0)	10 (12,2)
Соматоформная вегетативная дисфункция с САбдал, F45.31	-	4** (28,6)	-	4** (26,7)	8 (9,8)
Расстройство адаптации: депрессивная реакция с СЦфал, F43.21	2 (10,0)	-	5* (15,2)	-	7 (8,5)
Астеническое органическое расстройство ЦНС с СЦфал, F06.6	4* (20,0)	-	2 (6,1)	-	6 (7,3)
<b>Всего (% к общему количеству пациентов)</b>	<b>20 (24,3)</b>	<b>14 (17,1)</b>	<b>33* (40,2)</b>	<b>15 (18,3)</b>	<b>82 (100)</b>

\*p<0,05; \*\*p<0,01.

Таблица 2. Распределение подростков согласно полу, ведущему болевому синдрому (СЦфал и САбдал), наличию внутриличностных и межличностных проблем, абсолют. количество (%)

Содержание проблем	Обследованные пациенты				
	юноши, N=34		девушки, N=48		всего в группах
	СЦфал, N = 20	САбдал, N = 14	СЦфал, N = 33	САбдал, N = 15	
Гиперопека со стороны родителей	5 (25,0)	9** (64,3)	27 (81,8)	13 (86,7)	54 (65,9)
Психологическое одиночество	12 (60)	10 (71,4)	8 (24,2)	12 (80,0)	42 (51,2)
Частые конфликты с родителями	11* (55,0)	5(35,7)	16** (48,5)	6 (40,0)	38 (46,3)
Страх перед будущим	4 (20,0)	11 (78,6)	13 (39,4)	9 (60,0)	37 (45,1)
Непонимание родителей	7 (35,0)	7 (50,0)	12 (36,4)	10* (66,7)	36 (43,9)
Страх не оправдать надежды	4 (20,0)	6 (42,9)	15 (45,5)	11 (73,3)	36 (43,9)
Чувство бессмысленности	8* (40,0)	4 (28,6)	6 (18,2)	4 (26,7)	22 (26,8)
Конфликты с учителями	8 (40,0)	4 (28,6)	5 (15,2)	2 (13,3)	19 (23,2)
Необоснованные претензии родителей	6 (30,0)	4 (28,6)	6 (18,2)	3 (20,0)	19 (23,2)
Конфликты с близкими друзьями	3 (15,0)	2* (14,3)	5 (15,2)	2 (13,3)	12 (14,6)
<b>Всего (% к общему количеству пациентов)</b>	<b>68 (82,9)</b>	<b>62 (75,6)</b>	<b>113** (139,1)</b>	<b>72 (87,8)</b>	<b>82 (100)</b>

\*p<0,05; \*\*p<0,01.

блени психоактивными веществами или синдромы химической зависимости.

В настоящее время одним из наиболее распространенных видов психических нарушений являются соматоформные расстройства. Значительная их часть представлена синдромом вегетативной дисфункции (СВД): прежде всего, функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, а также болевым синдромом. СВД – часто встречающаяся психическая патология юношеского возраста в общесоматической практике. Поэтому ранняя диагностика и эффективное лечение СВД в подростковом возрасте – важнейшая задача современной психиатрии, так как сложность их дифференциальной диагностики и терапии связана с тем, что существенную патогенетическую роль в развитии этих психопатологических расстройств играют психологические механизмы и социальные факторы [1–3, 6, 7].

СВД в патогенетическом смысле представляет собой системную реакцию высшей нервной и психической деятельности на острый или хронический эмоциональный стресс. Дисфункция, развивающаяся в результате дисрегуляции надсегментарных вегетативных структур, проявляется в основном как собственно вегетативными, так и эмоционально-когнитивными расстройствами и поведенческими нарушениями, особенно в подростковом возрасте. У подростков СВД проявляется физической слабостью, повышенной утомляемостью, головной болью, головокружением, нарушениями сна, гипергидрозом, тремором, кардиалгиями, ощущением недостатка воздуха или “комка” в горле, алгиями различной локализации, мышечной скованностью,

диспепсическими и дизурическими расстройствами, тревожностью, сниженным настроением, длительной необъяснимой агрессивностью и протестным поведением. Хроническая боль – состояние, сопровождающее практически все варианты СВД у подростков. Наиболее часто симптоматика хронической боли проявляется у подростков синдромом цефалгии (СЦфал) или синдромом абдоминалгии (САбдал). СВД, как вариант соматоформных расстройств, представляет собой состояния, в патогенезе которых присутствует значимый психопатологический компонент: когда внутриличностный психологический конфликт не выражается нарушениями поведения или другими психопатологическими симптомами, а проявляется соматическими эквивалентами и очень быстро трансформируется в соматические заболевания. Психосоциальная природа – базис данного кластера психопатологических нарушений, когда соматическая симптоматика становится основным проявлением эмоциональных и межличностных проблем у подростков. К психологическим качествам и особенностям личности, обуславливающим формирование СВД в подростковом возрасте, можно отнести психофизический инфантилизм, деструктивные стили воспитания, алекситимию [1, 2, 4, 5, 8]. Вследствие всей комплексности патогенеза СВД часто служит базисом развития коморбидной психической и поведенческой патологии.

Цель исследования. Изучить клинические особенности формирования коморбидного сочетания СВД с проявлениями хронической боли (СЦфал и САбдал) и различных вариантов зависимого поведения у подростков.

Таблица 3. Распределение подростков согласно полу, ведущему болевому синдрому (СЦфал и САбдал), характеру зависимого поведения, абсолют. количество (%)

Характеристики зависимого поведения	Обследованные пациенты				
	юноши, N=34		девушки, N=48		всего в группах
	СЦфал, N=20	САбдал, N=14	СЦфал, N=33	САбдал, N=15	
Эмоционально-зависимые отношения в семье	6 (30,0)	9 (64,3)	26 (78,8)	14 (93,3)	55 (67,1)
Интернет-зависимость от социальных сетей	8 (40,0)	6 (42,9)	26 (78,8)	7 (46,7)	47 (57,3)
Игровая интернет-зависимость	17 (85,0)	10 (71,4)	7 (21,2)	9 (60,0)	43 (52,4)
Эпизодическое употребление наркотиков	12 (60,0)	5 (35,7)	3 (9,1)	-	20 (24,4)
Никотиновая зависимость	13 (65,0)	6 (42,9)	-	-	19 (23,2)
Эмоционально-зависимые отношения с партнером	4 (20,0)	-	6 (18,2)	2 (13,3)	12 (14,6)
Злоупотребление спиртным (пиво)	8 (40,0)	2 (14,3)	-	-	10 (12,2)
Каннабиноидная зависимость	6 (30,0)	-	-	-	6 (7,3)
Пищевая зависимость (анорексия)	-	-	-	5 (33,3)	5 (6,1)
<b>Всего (% к количеству пациентов в подгруппе)</b>	<b>70 (350,0)</b>	<b>38 (271,4)</b>	<b>68 (206,1)</b>	<b>37 (246,7)</b>	<b>82 (100)</b>

**Материалы и методы исследования.** В рамках исследования было обследовано 82 подростка: 48 девушек (58,5%) и 34 юноши (41,5%) в возрасте 16–17 лет. Все подростки являются учащимися старших классов средней школы. Причиной обращения за психиатрической помощью стал плохо или некупирующийся болевой синдром без верификации какого-либо серьезного соматического заболевания, способного вызвать подобные болевые ощущения. Дифференциально-диагностическое исследование пациентов проводилось согласно диагностическим критериям психических и поведенческих расстройств в рамках МКБ–10 [6], статистическая обработка данных – методами вариационной статистики с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты исследования. В таблице 1 показано распределение подростков согласно полу, а также выявленным психопатологическим нозологиям и в соответствии с наличием синдрома цефалгии или гастралгии. Было установлено, что чаще всего в группе обследованных подростков наблюдалась соматоформная вегетативная дисфункция с цефалгическим синдромом (F45.30) – 23,2% случаев. В целом среди обследованных пациентов более чем в половине случаев СВД был ведущим клиническим проявлением различных соматоформных расстройств (60,9%): у 29 девушек (60,4%) и у 20 юношей (58,8%). Тревожно-депрессивная симптоматика в рамках различных расстройств была зафиксирована в целом в 32,9% случаев: у 17 девушек (35,4%) и у 10 юношей (29,4%). Реже всего причиной формирования СВД была астеническая симптоматика в рамках органического расстройства ЦНС, которая преимущественно выявлялась у юношей. И среди девушек, и среди юношей существенно преобладала СЦфал, в сравнении с количеством случаев, в которых абдоминальные боли предъявлялись как ведущая жалоба. Но если у юношей количество случаев СЦфал на 17,7% превышало количество пациентов с САбдал (p<0,05), то среди девушек такая разница составила уже 37,5% – практически вдвое больше (p<0,01). Важным результатом стали данные о том, что и у девушек, и у юношей при выявлении ипохондрического расстройства (F45.2) и хронического болевого расстройства (F45.4) достоверно преобладал САбдал по отношению к СЦфал (p<0,05).

Как известно и было сказано выше, СВД является соматоформным выражением аффективного реагирования на переживание хронического или острого эмо-

ционального стресса. Поэтому СВД рассматривается как конверсия нерешенных внутриличностных и межличностных конфликтов. Результат диагностического обследования подростков показал, что острые или хронические стрессовые ситуации имели место у каждого обследованного пациента. Данные, полученные в ходе диагностического интервью пациентов, представлены в таблице 2. В целом каждый из подростков говорил о сочетании различных проблемных зон, стрессоров в их жизни. Наибольшее количество сочетанных психотравмирующих факторов было выявлено в подгруппе девушек с СЦфал, оно составило 139,1% по отношению к общему количеству пациенток в этой подгруппе. В остальных подгруппах уровень стрессоров был достоверно ниже и не превышал 90% (p<0,01). Полученные результаты свидетельствовали о том, что среди девушек переживание психогенных факторов было существенно более сильным, чем среди юношей. В наименьшей степени влияние психотравмирующих факторов было выявлено у юношей с САбдал.

Наиболее распространенной проблемой среди обследованных подростков было ощущение гиперопеки со стороны родителей (65,9% случаев). При этом наблюдалась существенная разница в подобном стиле детско-родительских взаимоотношений между юношами и девушками. Среди девушек, страдающих СЦфал и САбдал, гиперопека со стороны родителей наблюдалась практически в равном количестве случаев и более чем у 80% пациенток. А среди юношей с САбдал такой стиль поведения родителей выявлялся достоверно, в 2,6 раза чаще (p<0,01).

Важным показателем повышенной стресс-уязвимости обследованных подростков стала вторая по частоте распространенность среди них переживания психологического одиночества. Больше половины пациентов отметили, что испытывают подобное чувство (51,2% подростков в целом). В наибольшей степени психологическое одиночество переживали пациенты с САбдал – как юноши, так и девушки. При этом девушки подгруппы с САбдал достоверно чаще испытывали психологическое одиночество, в сравнении с пациентами других подгрупп (p<0,01).

Почти половина обследованных подростков в качестве психотравмирующего воздействия называла частые конфликты с родителями и чувство страха перед будущим – в целом в 46,3 и 45,1% случаев соответ-



венно. Постоянные конфликты с родителями существенно чаще выявлялись у юношей с СЦфал, а чувство страха перед будущим – у юношей и девушек с САбдал ( $p < 0,05$ ). Пациенты обоих полов с САбдал также достоверно чаще в качестве психогенного стрессора называли чувство постоянного непонимания их переживаний и состояния со стороны родителей, а также тревогу и опасения по поводу неспособности оправдать надежды близких ( $p < 0,05$ ). Эти психогенные факторы не были столь значимы для подростков, страдающих СЦфал.

Достаточно важным результатом стали данные о том, что практически каждый четвертый подросток (в целом в 26,8% случаев) испытывал чувство бессмысленности по отношению к собственной жизни, что непосредственно коррелировало с выраженностью депрессивной симптоматики у пациентов, как показано в таблицах 2 и 3. Специфической особенностью данных нарушений является то, что у девушек с СЦфал (18,2%) и САбдал (26,7%) они встречались реже. При САбдал и среди юношей, и среди девушек чувство бессмысленности испытывал каждый четвертый пациент. То, что достоверно чаще переживание бессмысленности испытывали юноши с СЦфал, свидетельствует о высокой вероятности коморбидного перехода СВД в депрессивную патологию. Этот тезис подтверждали данные, что 40,0% юношей с СЦфал имели постоянные конфликты с учителями в школе. Большинство пациентов данной подгруппы имели постоянные конфликты с родителями (55,0% случаев), переживали чувство психологического одиночества (60,0% случаев) и испытывали чаще других (30,0% случаев) необоснованные претензии, упреки со стороны родителей. Эти данные подтверждают вывод, что СЦфал у юношей коррелирует с выраженными аффективными (депрессивная симптоматика) и поведенческими расстройствами (оппозиционно-протестное поведение).

Важным фактором понимания характера психогенного базиса в формировании СЦфал и САбдал у обследованных подростков стало то, что фактор конфликтов с близкими друзьями оценивался пациентами как значимое психотравмирующее воздействие наиболее

редко – в целом в 14,6% случаев и практически в равном соотношении по всем подгруппам. Следовательно, наличие проблем в семейных взаимоотношениях и угнетающие внутриличностные переживания имеют более существенный патогенетический смысл в развитии невротических (соматоформных) и поведенческих расстройств в подростковом возрасте. Эти результаты подтверждались достаточно низкой значимостью для подростков конфликтных ситуаций в школе, с учителями (в целом в 23,2% случаев).

Психосоциальный базис СЦфал и САбдал как вариантов СВД в виде патофизиологических особенностей личности подростков и межличностных проблем в их ближайшем окружении стал патогенетической основой для коморбидного формирования у них различных вариантов зависимого поведения (табл. 3). По результатам диагностического интервью со всеми обследованными подростками было выявлено, что наиболее часто симптоматика СВД в виде болевого синдрома коморбидна различным видам поведенческой зависимости. Во всех подгруппах подростки выявляли несколько сочетанных вариантов поведенческой зависимости и, в некоторых случаях, зависимостей от употребления психоактивных веществ.

Наиболее распространенными видами поведенческой зависимости среди подростков во всех подгруппах в целом были эмоционально-зависимые отношения в семье (67,1%) и интернет-зависимость (от социальных сетей – 57,3% и игровая – 52,4%). Распространенность этих видов зависимости достоверно превышала остальные ( $p < 0,05$ ). В целом, реже всего среди обследованных подростков наблюдались каннабиноидная (F 12.2) и пищевая зависимость (F 50.0). Эти данные представлены в таблице 4. Показательным является тот факт, что наркотическая зависимость была представлена только употреблением каннабиноидов (употребление других видов наркотиков отметили 4 юношей, однако как однократные случаи) и была выявлена у 30,5% юношей с СЦфал, в то время как анорексия (как вариант пищевой зависимости) наблюдался только среди 33,3% девушек с САбдал. Нервная анорексия (F 50.0), сформирова-

вшая вследствие длительного и интенсивного САбдал, была выявлена только у пациенток с СВД желудочно-кишечного тракта (F 45.31) и ипохондрическим расстройством (F 45.2). Эти данные свидетельствуют, что указанные, наиболее клинически тяжелые варианты зависимого поведения встречались реже всего среди обследованных подростков в целом, тем не менее, каждый из них диагностировался у трети пациентов из определенных подгрупп.

Анализ характера коморбидного зависимого поведения по отношению к каждому из вариантов болевого синдрома и полу подростков выявил следующее. Эмоционально-зависимые отношения с матерью были выявлены у подавляющего количества девушек (83,3% в целом), что достоверно превышало их распространенность среди юношей (44,1%,  $p = 0,003$ ). Но особенностью коморбидности данного варианта поведенческой зависимости стало то, что она была выявлена в целом у 79,3% юношей и девушек с САбдал. С точки зрения нозологических характеристик, эмоционально-зависимые отношения с матерью были представлены у пациентов с ипохондрическим расстройством (F 45.2) и СВД (F 45.30 и (F 45.31) – свыше 84% случаев по каждой нозологии ( $p < 0,01$ ). Значимыми стали результаты, демонстрирующие, что эмоционально-зависимые отношения характерны для подростков с депрессивным эпизодом (F 32.01) и паническим расстройством (F 41) – по 60,0% случаев в каждой нозологии.

В целом в подгруппах варианты интернет-зависимости имели разную распространенность в зависимости от пола пациентов. Интернет-зависимость от социальных сетей существенно преобладала у девушек с СЦфал ( $p < 0,05$ ), а игровая интернет-зависимость достоверно чаще встречалась у юношей (в целом в 79,4% случаев). Интересным стал тот факт, что интернет-зависимость от социальных сетей в наименьшей степени была характерна для пациентов с органическим расстройством ЦНС (F 06.6), хроническим болевым (F 45.4) и ипохондрическими расстройствами (F 45.2), тогда как игровая интернет-зависимость – при паническом (F 41.0) и ипохондрическом расстройствах (F 41.0). Подросткам, у которых выявлялись СВД, депрессивный эпизод и депрессивная реакция в рамках расстройства адаптации, виртуальная зависимость была присуща в значительной степени. То, что интернет-зависимость сформировалась коморбидно проявлениям СВД и выраженной депрессивной симптоматике, свидетельствовало о серьезности патофизиологических проблем у подростков, у которых соматоформные расстройства развивались сочетанно с поведенческими нарушениями в виде ухода от решения реальных жизненных проблем в отношениях с близкими – варианта виртуальной самореализации.

Этот тезис подтверждался распространенностью среди обследованных подростков случаев зависимого поведения с употреблением психоактивных веществ. Практически четверть всех подростков эпизодически употребляла наркотики или имела никотиновую зависимость (24,4 и 23,2% случаев). Подавляющее большинство случаев химической зависимости было зафиксиро-

вано у юношей. Различные варианты у них достоверно чаще наблюдались у пациентов с СЦфал ( $p < 0,01$ ). Наиболее настораживающей тенденцией было то, что никотиновая (F 17.2), каннабиноидная (F 12.2) зависимость и употребление пивом (F 10.1) в наибольшей степени были характерны для пациентов-юношей с органическим расстройством ЦНС (F 06.6), депрессивным эпизодом (F 32.01) и хроническим болевым расстройством (F 45.4). В этих подгруппах данные виды патологии были диагностированы достоверно чаще ( $p < 0,01$ ). В клинической беседе с подростками было определено, что пациентам с депрессивным эпизодом (F 32.01) и хроническим болевым расстройством (F 45.4) пристрастие к курению, алкоголю и наркотикам давало возможность снизить уровень психалгии и выраженности физической боли, тогда как у юношей с органическим расстройством ЦНС (F 06.6) химическая зависимость формировалась на фоне нарушений импульс-контроля, оппозиционно-протестного поведения и вовлеченности в социальные группы сверстников, в которых было распространено употребление психоактивных веществ. Достаточно интересным был тот факт, что среди всех пациентов с диагнозом ипохондрическое расстройство (F 45.2) не было выявлено ни одного случая злоупотребления психоактивными веществами.

Выводы. Среди обследованных пациентов подростки, у которых диагностировали СЦфал, существенно преобладали над теми, у кого выявлялся САбдал. Ведущей этиологической основой болевого синдрома в подростковом возрасте являются различные варианты соматоформных расстройств. Значимый вклад в генез СЦфал и САбдал вносят также аффективные невротические нарушения.

Хронические стрессовые ситуации имели место у каждого обследованного пациента. Каждый из подростков отмечал сочетанность стрессорной проблематики в их жизни. Среди девушек влияние психотравмирующего воздействия на формирование СВД было существенно более сильным, чем среди юношей. Наибольшее количество сочетанных психотравмирующих факторов было выявлено в подгруппе девушек с СЦфал, в наименьшей степени влияние психотравмирующих факторов наблюдалось у юношей с САбдал.

Наиболее распространенной проблемой среди обследованных подростков было ощущение гиперопеки со стороны родителей (65,9% случаев в целом). При этом наблюдалась существенная разница в подобном стиле детско-родительских взаимоотношений между юношами и девушками. 51,2% подростков отметили, что испытывают чувство психологического одиночества, что больше характерно для пациентов с САбдал, 46,3 и 45,1% обследованных подростков в качестве психотравмирующего воздействия называли частые конфликты с родителями и чувство страха перед будущим. У юношей СЦфал коррелировал с выраженными аффективными и поведенческими расстройствами.

Формирование и длительное наличие симптоматики СВД в виде болевого синдрома в подростковом возрасте потенцирует коморбидное развитие у пациентов различных видов поведенческой и химической

Таблица 4. Распределение подростков согласно характеру зависимого поведения и нозологическим формам расстройств, абсолют. количество (%)

Характеристики зависимого поведения	Обследованные пациенты								всего в группах
	Нозологические формы расстройств								
	F06.6, N=6	F32.01, N=10	F41.0, N=10	F43.21, N=7	F45.2, N=12	F45.30, N=19	F45.31, N=8	F45.4, N=10	
Эмоционально-зависимые отношения в семье	3 (50,0)	6 (60,0)	6 (60,0)	3 (42,9)	11 (91,7)	16 (84,2)	7 (87,5)	4 (40,0)	55 (67,1)
Интернет-зависимость от социальных сетей	2 (33,3)	8 (80,0)	7 (70,0)	5 (71,4)	5 (41,7)	13 (68,4)	5 (62,5)	2 (20,0)	47 (57,3)
Игровая интернет-зависимость	4 (66,7)	7 (70,0)	3 (30,0)	4 (57,1)	4 (33,3)	10 (52,6)	6 (75,0)	5 (50,0)	43 (52,4)
Эпизодическое употребление наркотиков	3 (50,0)	4 (40,0)	3 (30,0)	1 (14,3)	-	3 (15,8)	1 (12,5)	5 (50,0)	20 (24,4)
Никотиновая зависимость	3 (50,0)	6 (60,0)	2 (20,0)	3 (42,9)	-	1 (5,3)	-	4 (40,0)	19 (23,2)
Эмоционально-зависимые отношения с партнером	-	2 (20,0)	-	7 (100,0)	-	-	-	3 (30,0)	12 (14,6)
Злоупотребление спиртным (пиво)	3 (50,0)	4 (40,0)	-	-	-	-	-	3 (30,0)	10 (12,2)
Каннабиноидная зависимость	2 (33,3)	2 (20,0)	1 (10,0)	-	-	-	-	1 (10,0)	6 (7,3)
Пищевая зависимость (анорексия)	-	-	-	-	3 (25,0)	-	2 (25,0)	-	5 (6,1)
<b>Всего (% к количеству пациентов в подгруппе)</b>	<b>22 (366,7)</b>	<b>37 (370,0)</b>	<b>22 (220,0)</b>	<b>23 (328,6)</b>	<b>22 (183,3)</b>	<b>43 (226,3)</b>	<b>21 (262,5)</b>	<b>27 (270,0)</b>	<b>82 (100)</b>

зависимости. Во всех подгруппах подростки выявляли несколько сочетанных вариантов поведенческой зависимости. Чаще всего и у юношей, и у девушек фиксировались эмоционально-зависимые отношения с матерью (67,1 %) и интернет-зависимость (54,9% в среднем). Эмоциональная зависимость была наиболее характерна для девушек с СЦфал ( $p < 0,05$ ), тогда как интернет-зависимость не имела существенных различий по критерию пола пациента. Практически у четверти всех обследованных подростков наблюдались различные варианты злоупотребления психоактивными веществами или синдромы химической зависимости (в среднем в 23,9% случаев). Подавляющее большинство случаев химической зависимости было зафиксировано у юношей, и достоверно чаще они наблюдались у пациентов с СЦфал ( $p < 0,01$ ). Реже всего среди обследованных подростков наблюдались каннабиноидная (F 12.2) и пищевая зависимость (F 50.0). Случаи нервной анорексии (F 50.0) наблюдались только у девушек, страдающих СВД желудочно-кишечного тракта (F 45.31) и ипохондрическим расстройством (F 45.2).

Важно отметить, что все обследованные пациенты своевременно не обращались к психиатру, так как основной жалобой у подростков были головная или абдоминальная боль, маскирующая психические нарушения.

#### КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНА КОМОРБІДНІСТЬ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ ТА ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Е.Н. Харченко, О.В. Чернышов

**Ключові слова:** соматоформні розлади, цефалгія, абдоміналія, синдроми хімічної та поведінкової залежності. Соматоформна вегетативна дисфункція, що проявляється у вигляді синдрому цефалгії (СЦфал) чи абдоміналії (САбдал), є діагнозом, котрий часто виявляють у підлітків.

Мета дослідження. Вивчити клінічні особливості формування коморбідного поєднання соматоформної вегетативної дисфункції з проявами хронічного болю (СЦфал і САбдал) та різних варіантів залежної поведінки у підлітків.

Матеріали й методи дослідження. Було обстежено 82 підлітки: 48 дівчат (58,5%) і 34 юнаки (41,5%) у віці 16–17 років. Диференційно-діагностичне дослідження проводили відповідно до діагностичних критеріїв МКХ–10.

Результати дослідження. Найчастіше в підлітковому віці етіологічною основою СЦфал та САбдал є різні соматоформні розлади (у 70,8% випадків у дівчат і в 58,8% – у юнаків). У 32,9% обстежених пацієнтів синдром болю формується на підґрунті різних невротичних розладів з тривожно-депресивною симптоматикою. Соматоформна вегетативна дисфункція – найпоширеніша причина формування СЦфал та САбдал серед підлітків, у них випадки СЦфал (68,8% випадків – у дівчат, 58,8% – у юнаків) істотно переважають над гастралгією (відповідно 31,2 і 41,2% випадків).

Всі підлітки відзначали наявність поєднаної стресорної проблематики в їхньому житті. Дівчата відчували більш сильний вплив психотравматичних факторів, ніж юнаки. Найбільша кількість поєднаних психотравматичних чинників було виявлено в підгрупі дівчат з СЦфал, а найменший спостерігався серед юнаків з САбдал.

У всіх обстежених пацієнтів був діагностований коморбідний розвиток різних видів поведінкової та хімічної залежності у поєднанні з СЦфал і САбдал. Найчастіше фіксували емоційно-залежні стосунки з матір'ю (67,1%) та інтернет-залежність (54,9%). В середньому у 23,9% підлітків виявлено різні варіанти зловживання психоактивними речовинами або синдроми хімічної залежності.

#### A CLINIC AND PATHWAY COMORBIDITY AETIOLOGY OF THE SOMATOFORM DISORDER, ABUSE SYNDROMES AND ADDICTIONS AT ADOLESCENT AGE

Е.М. Harchenko, О. V. Chernyshov

**Key words:** somatoform disorder, headache, abdomen pain, abuse syndrome, addictive behaviour.

A somatoform vegetated dysfunction as headache (HA) and abdomen pain (AP) detected often at the adolescent age.

Objective. Study of somatoform vegetative dysfunction' clinical features at adolescent age with a chronic pain (HA syndrome and AP syndrome), and also socially-psychological factors of its formation too.

Materials and Methods. There are 82 teenagers have been examined in this research: 48 girls (58,5 %) and 34 young men (41,5 %) at the age of 16 - 17 years. Research will be done according to diagnostic criteria of ICD-10.

Results. An aetiological basis of HAS and APS are various somatoform disorder mostly at teenage age (70,8 % cases at girls and in 58,8 % – at young men). 32,2 % of the patients had various neurotic disturbances with anxiety-depressive symptoms in a genesis of HAS and APS. Somatoform vegetative dysfunction – the most widespread reason of HAS and APS development among teenagers. Among teenagers HAS cases (68,8 % – at girls, 58,8 % – at young men) essentially prevail over APS (31,2 and 41,2 % cases accordingly).

All adolescents had combine negative life events in their life. Girls felt psychotraumatic experience more strongly than young man. The greatest combine negative life experience has been revealed in a subgroup of girls with HAS. The least influence of psychotraumatic factors was observed at young men with APS.

For all patients it has been diagnosed comorbid combination of various behavioural addictions and abuse syndromes with HAS and APS. More often emotional-dependent relations with mother (67,1 %) and internet abuse (54,9 %) were fixed. On the average, at 23,9 % of teenagers various variants of nicotine, alcohol and drug abuse were observed.

Следовательно, СВД, сопровождающееся выраженным болевым синдромом в подростковом возрасте – патогенетически сложные и сочетанные психические нарушения, нуждающиеся в адекватном психофармакологическом и психотерапевтическом вмешательстве.

#### Список использованной литературы

1. Антропов Ю. Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков / Ю. Ф. Антропов – М., 1997. – 198 с.
2. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. – М., 1999. – 376 с.
3. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей / Д. Н. Исаев. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.
4. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – К.: Факт, 1999. – 272 с.
5. Маринчева Л. П. Социально-психологические и клинические факторы риска формирования соматоформной вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы у подростков / Л. П. Маринчева, М. В. Злоказова, А. Г. Соловьев. // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. – 2008. – № 1. – С. 38–44.
6. Менделевич В. Д. Неврология и психосоматическая медицина / В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева. – М.: Медпресс-информ, 2002. – 608 с.
7. Смилевич А. Б. Психосоматические расстройства: руководство по психиатрии; под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 2000. – С. 466–490.
8. Тимербулатов И. Ф. Невротические расстройства у детей и подростков: механизмы формирования в контексте влияния микросоциальных факторов / И. Ф. Тимербулатов., В. Л. Юлдашев // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. – 2008. – № 2. – С. 28–33.

## СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895.8-082.4/.6:340.63-039.76

А.М. Кушнір

### КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З ПРОДУКТИВНО-ПСИХОТИЧНИМ МЕХАНІЗМОМ РЕАЛІЗАЦІЇ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЯНЬ

Державний заклад «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України», м. Дніпропетровськ

**Ключові слова:** шизофренія, клініко-психопатологічна характеристика, суспільно небезпечні діяння проти життя особи, механізм реалізації особливо небезпечних діянь.

У статті наведено результати аналізу проявів шизофренії у хворих, що становлять особливу суспільну небезпеку і вчинили делікти по продуктивно-психотичному механізмі їх реалізації. На прикладі вичерпної популяції таких хворих в Україні виділено і описано характерні риси їх психічного статусу. Оцінено можливість використання зазначених ознак у лікувально-реабілітаційному процесі, а також як прогностичні показники ризику повторних злочинів у цього контингенту хворих.

**Актуальність проблеми.** Сучасний підхід до визначення суспільної небезпечності осіб з психічними та поведінковими розладами, сформульований Ф.В. Кондратьєвим [1], ґрунтується на уявленнях про триаду основних її детермінант: «синдром-особистість-ситуація». Не випадково саме «синдром», тобто наявна психопатологія, в зазначеній триаді посідає перше місце, адже численними дослідженнями доведено, що різниця та специфіка наявного психопатологічного синдрому має найбільший вплив на ризик вчинення та характер суспільно-небезпечних діянь (СНД) особами, належними до контингенту, про який йдеться [2–4].

Відомо, що СНД вчиняють хворі на шизофренію за одним з механізмів його реалізації: продуктивно-психотичним, негативно-особистісним або змішаним [5]. Результати пілотних досліджень вказують на те, що найчастіше СНД реалізується за продуктивно-психотичним механізмом, що визначає його особливу значущість для судово-психіатричної практики.

**Метою** дослідження стало встановлення типових клініко-психопатологічних характеристик хворих на шизофренію з продуктивно-психотичним механізмом реалізації особливо суспільно небезпечних діянь.

#### Матеріал та методи дослідження

За дизайном проведена робота має характер популяційного поперечного дослідження серії випадків. На базі Державного закладу «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України» (м. Дніпропетровськ) обстежено 511 хворих на шизофренію, які вчинили СНД проти життя особи (ПЖО), з них продуктивно-психотичний механізм реалізації делікту встановлено у 251 особи (49,12%).

**Критерії включення:** інформована згода на участь у дослідженні; діагноз F20.xx за МКХ–10; здійснення хворим СНД, передбаченого ч. 2 ст. 121, ч. 1, ч. 2 ст. 115 розділу II «Злочини проти життя та здоров'я людини» Кримінального кодексу України (ККУ); продуктивно-психотичний механізм реалізації (П-П МР) СНД; перебування на лікуванні у психіатричній лікарні з суворим наглядом на момент проведення дослідження; вік старше 14 років на момент вчинення СНД (ст. 22 ККУ). Єдиним критерієм виключення пацієнтів була жіноча стать (критерій введений для досягнення максимальної однорідності груп).

Таким чином було виявлено 251 особу (49,12%) з продуктивно-психотичним механізмом реалізації делікту.

У процесі виконання цієї роботи використовували загальноприйнятий клініко-психопатологічний метод як для ідентифікації П-П МР СНД, так і для ретельної оцінки психічного статусу пацієнтів. Шляхом стандартизованого інтерв'ю та спостереження проводили діагностику розладів шизофренічного спектра відповідно до діагностичних критеріїв МКХ–10. При дослідженні психічного стану хворого враховували також квантифіковану синдромальну та нозологічну характеристики психічних розладів відповідно до критеріїв, які застосовують у вітчизняній психіатрії [7].

За допомогою розробленої формалізованої карти психічного статусу здійснювали якісну та кількісну оцінку психопатологічних симптомів стосовно кожної з психічних сфер. При цьому ступінь виразності симптоматики ранжували за відповідною шкалою (1 бал – легка, 2 бали – помірна, 3 бали – виражена, 4 бали – значно виражена) задля чіткого опису структури та ступеня виразності клінічного криміногенного чинника (про-



відного психопатологічного синдрому) як складової суспільної небезпечності хворих. Використання шкали позитивних і негативних синдромів (PANSS) [8] дозволило провести уніфіковану багатовимірну динамічну оцінку психопатологічної симптоматики у зазначеного контингенту.

Обробку даних здійснювали методами математичної статистики (дисперсійний аналіз) з використанням програм SPSS 15.0 і MS Excel v.8.0.3. [10].

**Результати та їх обговорення**

Насамперед слід підкреслити, що одержані результати вже на рівні частотних співвідношень та середніх величин показників клініко-психопатологічного обстеження є надійними та інформативними, оскільки дослідження проводили на вичерпно повній вибірці пацієнтів з шизофренією, які скоїли СНД ПЖО в Україні [6]. Саме тому особливості психопатологічної симптоматики, притаманні більшості обстежених з П-П МР СНД, ми умовно визначали як типові або характерні риси їх психічного статусу.

Проведено клініко-психопатологічне дослідження 251 хворого з П-П МР СНД віком від 14 до 76 років (середній вік (38,96±0,72) року). Серед них переважну більшість (248 осіб, 98,80%) склали хворі на параноїдну шизофренією (F20.0), у 3 обстежених (1,19%) діагностували гебефренну шизофренією (F20.1). У більшості випадків встановлено безперервний перебіг захворювання (230 пацієнтів, 91,63%), неповну ремісію спостерігали у 75 обстежених (29,88%), повну – у 10 (3,98%) хворих. Розвиток дефектних станів зареєстровано у 113 (45,02%) обстежених. Головним чином це були параноїдний (18,33%) і психопатоподібний (16,33%) дефект особистості, при меншому значенні апатичного (6,37%) та астенічного (3,98%).

При психіатричному огляді виявлено, що поведінка у значної частини хворих (142–56,57%) була без особливостей. Моральне огрубіння демонстрували 96 (38,25 %) обстежених, антисоціальну поведінку – 10 осіб (3,98%), грубість – 9 хворих (3,59%). У поодиноких випадках моральне огрубіння поєднувалось з грубістю (5 осіб, 1,99%), антисоціальною поведінкою (3 обстежених,

1,20%), нетактовністю (2 пацієнти, 0,80%), зниженням дистанції (1 хворий, 0,40%).

Ставлення до обстеження більш ніж у половини піддослідних (166 осіб, 66,14%) було індиферентним, а серед третини пацієнтів, що залишилися, сукупна частка хворих з позитивним (15,54%) та активним (5,98%) ставленням була практично удвічі більшою, ніж з негативним (11,55 %).

Особливості контакту (як і ставлення до обстеження та поведінка при ньому) додатково свідчили про обумовлені основним захворюванням порушення особистості, аутичність хворих з П-П МР СНД, що проявлялися, зокрема, послабленням зв'язків з навколишнім середовищем, прагненням перебувати наодинці, замкнутістю, вибірковою товариськістю, проблемами у спілкуванні [6]. Так, формальний контакт фіксували у 220 обстежених (87,65 %), а його відсутність – у 3 (1,20%) осіб.

Середня виразність особливостей поведінки при обстеженні, ставлення до нього та контакту, що спостерігали впродовж психіатричного огляду, наведена у таблиці 1.

Величини представлених у таблиці 1 показників свідчать про переважно помірний ступінь їх виразності у хворих на шизофренію з П-П МР СНД, окрім ознаки «нетактовність», яка була виразною у 2 пацієнтів.

Розлади сприйняття на момент обстеження встановлено майже у 1/5 частини хворих (18,73%), переважно у вигляді слухових галюцинацій (33 особи, 13,15%), розщеплення (26 хворих, 10,36%) та меншою мірою – порушення його константності (3 обстежених, 1,20%).

Слухові галюцинації у 11 пацієнтів (4,38%) поєднувалися з зоровими (демономанічними, антропоморфними, панорамічними, ендоскопічними), або нюховими, або смаковими, або інтероцептивними, або псевдогалюцинаціями (останні у чистому вигляді виявлено у 3 осіб, 1,20%).

Найбільша питома частка пацієнтів мала вербальні слухові галюцинації. У порядку зменшення частоти це були вербальні: коментуючі (оцінюючі) (28 випадків, 11,16% від загального числа хворих з П-П МР СНД), імперативні (15 осіб, 5,98%), констатуючі (8 пацієнтів, 3,19%), погрожуючі (7 хворих, 2,79%) та умовляючі (1 особа, 0,40%). У більшості випадків вони поєднува-

Таблиця 2. Середня виразність маревних переживань за змістом у обстежених, M±m

Показник	К-ть хворих, особи	Виразність симптоматики, бали	Показник	К-ть хворих, особи	Виразність симптоматики, бали
Відношення	89	2,15±0,12	Ревнощів	9	1,44±0,24
Переслідування	61	1,64±0,14	Величі	6	1,83±0,54
Фізичного впливу	53	1,81±0,16	Високого походження	4	3,00±1,22
Збитку	23	1,61±0,22	Іпохондричне	2	1,50±0,50
Особливого призначення	13	2,15±0,37	Самообвинувачення	2	1,00±0,00
Значення	10	2,10±0,35	Тілесних змін	2	1,00±0,00

лися між собою, або / і зі звучанням думок (7 обстежених, 2,79%), слуховими галюцинаціями у формі діалогу (4 хворих, 1,59%), передбачувальними слуховими галюцинаціями (2 особи, 0,80 %) або виступали як самостійний розлад сприйняття.

Привертає увагу факт, що обстежені або взагалі не могли, або могли слабо, незначно «опиратися» цим імперативним, погрожуючим, умовляючим та іншим вербальним галюцинаціям (по 26 осіб, 10,36% в популяції хворих з П-П МР СНД відповідно), а 23 пацієнти (9,16%) могли чинити опір помірно (враховані усі особи з порушеннями сприйняття на момент первинної судово-психіатричної експертизи (СПЕ), зокрема з відсутністю даної патології при обстеженні – 17 хворих, 6,77%, 13 осіб, 5,18% та 15 пацієнтів, 5,98% відповідно). З них 62 обстежуваними (24,70%) було вчинено СНД ПЖО без маревної мотивації внаслідок вербального галюцинозу.

З точки зору суспільної небезпеки таких хворих, з одного боку, вона є значною у зв'язку з відсутністю мотивації до скоєння правопорушення, чужістю її особистості пацієнта, а також складністю передбачення, імпульсивним характером вчинення СНД, а з іншого – за літературними даними, у таких хворих встановлена невелика вірогідність здійснення повторних деліктів. За результатами дослідження М.М. Мальцевої та В.П. Котова, лише один такий пацієнт з шизофренією у вибірці, яку вони вивчали, скоїв повторне СНД проти особи [2]. Проте, важливим аспектом профілактики повторних правопорушень у цього контингенту хворих є, на наш погляд, створення оптимального лікувально-реабілітаційного процесу задля усунення галюцинозних переживань, профілактики їх маревного трактування, маревної мотивації до підкорення ним або формування здатності чинити достатній спротив вербальним галюцинаціям.

Марення було представлено переважно персекуторними ідеями (245 хворих, 97,61%). Це були ідеї відношення (89 осіб, 35,46%) та особливого значення (10 осіб, 3,98%), переслідування (61 особа, 24,30%), фізичного впливу (53 особи, 21,12%), збитку (23 особи, 9,16%), ревнощів (9 осіб, 3,59%). Менша питома частка належала пацієнтам з експансивними ідеями (23 обстежених, 9,16%) особливого призначення (13 осіб, 5,18%), величі (6 осіб, 2,39%) та високого походження (4 особи, 1,59%). Депресивний зміст марення (іпохондричні ідеї, самооб-

винування, тілесних змін) у 6 хворих (2,39 %, по 2 пацієнти у кожному випадку) був поєднаний з ідеями значення та відношення.

Систематизоване (87 пацієнтів, 34,66%) марення було переважно стійким (усього 97 осіб, 38,65%), в свою чергу, несистематизоване та нестійке траплялися рідше (26,69% та 24,30%).

У чверті пацієнтів (64 випадки, 25,50%) на момент обстеження зареєстровано редукацію марення, яке було встановлено при первинній СПЕ.

Галюцинозно-параноїдний синдром діагностовано у 68 хворих (27,10 %), з них стан ремісії спостерігали у 15 осіб (22,06% від пацієнтів з галюцинозно-параноїдним синдромом). Факультативний синдром був представлений вербальними галюцинаціями (переважно коментуючими та імперативними, при меншому значенні погрожуючих). Маревні ідеї цих хворих включали більшою мірою (45,59% випадків серед вказаних 68 хворих) персекуторні ідеї переслідування, фізичної шкоди, відношення, частіше відокремлені, але і у поєднанні (11 осіб, 16,17%). Наступне місце за частотою займали ідеї збитку, ревнощів, а також поєднання ідей відношення і переслідування з ідеями особливого призначення та високого походження в поодиноких випадках.

Зміст персекуторного марення обумовлював найчастішу мотивацію вчинення СНД – маревний захист – у 179 (71,31%) хворих. У цьому зв'язку можна стверджувати, що добре розроблена лікарська тактика, наявність ефективної психофармакотерапії сприятимуть капсулюванню психопатологічних розладів, які лежать в основі цього П-П МР СНД. Достатня тривалість примусових заходів та якісне диспансерне спостереження (ранне розпізнавання загострення шизофренічного процесу, адекватна підтримувальна терапія, госпіталізація в примусовому порядку відповідно до положень ст. 14 Закону України «Про психіатричну допомогу») є важливими складовими у профілактиці вчинення повторних СНД такими хворими.

У випадках, коли делікт був здійснений внаслідок маревної помсти (61 особа, 24,30%), на тлі марення особливого призначення, ревнощів, збитку, «переривання стосунків» з об'єктом помсти завдяки тривалості примусових заходів медичного характеру також є одним із видів профілактики повторних СНД. Зазначене стосується і пацієнтів з реалізацією маревних проектів (65 обстежених, 25,90%, з них 3 хворих – із парафренією), які мали переважно експансивні маревні ідеї. Вказане підтверджується даними про наявність на момент обстеження редукації продуктивних галюцинозних та маревних переживань внаслідок ремісії більш ніж у третини пацієнтів (85 осіб, 33,86%).

За середніми значеннями кількісних ознак шизофренічна симптоматика у хворих була переважно слабо та помірно вираженою. Виняток склали обстежені з маренням високого походження (табл. 2).

Таблиця 1. Середня виразність особливостей поведінки, ставлення до обстеження та контакту при психіатричному огляді обстежених, M±m\*

Показник	К-ть хворих, особи	Виразність симптоматики, бали	Показник	К-ть хворих, особи	Виразність симптоматики, бали
Поведінка при обстеженні			Ставлення до обстеження		
Без особливостей	142	1,06±0,02	Індиферентне	166	2,39±0,07
Моральне огрубіння	96	2,65±0,10	Позитивне	39	1,31±0,11
Антісоціальна поведінка	10	2,40±0,22	Негативне	29	2,28±0,15
Грубість	9	2,56±0,24	Активне	15	1,33±0,21
Нетактовність	2	3,50±0,50	Контакт		
Відсутність або зниження дистанції	1	1,00±-	Формальний	220	2,09±0,06
			Продуктивний	22	1,23±0,11
			Відсутній	3	2,33±0,67

Примітка. \* – Тут і в таблицях 2, 3 дані подано у порядку зменшення частоти, а середні значення показників в таблицях 1–4 подано у форматі «середня арифметична ± стандартна похибка середньої арифметичної».

Таблиця 3. Середня виразність психопатологічної симптоматики в емоційній сфері обстежених, M±m

Показник	К-ть хворих, особи	Виразність симптоматики, бали	Показник	К-ть хворих, особи	Виразність симптоматики, бали
<b>Емоційна сфера / патологія емоційних реакцій</b>					
Монотонність	122	1,97±0,11	Слабкість	25	2,48±0,25
Відсутність резонансу	94	2,27±0,14	Амбівалентність	22	2,18±0,25
Тупість	65	2,25±0,16	Експлозивність	10	2,50±0,48
Огрубіння	51	2,43±0,18	Паратимія/інверсія	5	3,40±0,68
Лабільність	42	2,67±0,20	В'язкість	1	2,00±-
Парадоксальність	37	1,86±0,17			

Патологію емоційної сфери спостерігали у 239 обстежених (95,22%). Розлади настрою практично у половини хворих були представлені здебільшого апатією – 120 осіб (47,81%) та гіпотимією – у 45 (17,93%) обстежених (проти 5 пацієнтів, 1,99% з гіпертимією та 9 осіб, 3,59% з ейфорією). Постійна розсіяність виявлена у 34 осіб (13,55%), тривога – у 23 пацієнтів (9,16%), маревний настрій – у 19 обстежених (7,57%), страх – у 5 хворих (1,99%), дисфоричний настрій – у 4 піддослідних (1,59%).

Патологія емоційних реакцій на тлі описаного вище афективного фону проявлялася монотонністю емоцій (122 особи, 48,61%), відсутністю емоційного резонансу (94 особи, 37,45%), емоційною тупістю (65 осіб, 25,90%), огрубінням (51 особа, 20,32%), лабільністю (42 особи, 16,73%), слабкістю емоцій (25 осіб, 9,96%) експлозивністю (10 осіб, 3,98%), в'язкістю емоцій (1 особа, 0,40%), а також порушеннями їх адекватності у вигляді парадоксальності (37 осіб, 14,74%), амбівалентності (22 особи, 8,76%), паратимії (5 осіб, 1,99%) та патологічного афекту (2 особи, 0,80%).

Середні значення ступеня виразності цих патологічних емоційних реакцій у хворих з П-П МР СНД наведено у таблиці 3.

Як видно на таблиці 3, ступінь виразності патологічних емоційних реакцій обстежених був здебільшого помірним та коливався від легко до помірно вираженого. Вираженими виявилися лише нетактовність поведінки при обстеженні ((3,50±0,50) балів), інверсія емоцій – протилежність афективних реакцій адекватним (паратимія) ((3,40±0,68) балів) та марення високого походження ((3,00±1,22) балів).

Збіднення емоційної сфери хворих виразно відобразалося у їх міміці. А- і гіпомімію спостерігали у переважної більшості таких пацієнтів (222 особи, 88,45%), парамімію – у 17 хворих (6,77%), гіпермімію – у 3 осіб (1,20%).

Ці дані свідчать про переважання в патології емоційної сфери хворих на шизофренію з П-П МР СНД негативних розладів, що призводило до їх емоційної відгородженості, звуження соціальних контактів, а також амбівалентних, амбітендентних, емоційно обумовлених мислення та поведінки.

Дефіцитарні розлади зачіпали і поведінкову сферу піддослідних. Загальну психомоторну загальмованість фіксували в 62,15% випадків (156 осіб). У 42 хворих (16,73%) вона поєднувалася з невідмінним відстояти себе Надактивність була притаманна 41 пацієнту (16,33%), а

агресивність – 34 особам (13,55%). Частота абулії виявилася також суттєво більшою, ніж пара- та гіпербулії (65,74%, 4,38% та 0,80% відповідно).

Про збереження свідомості більшості хворих побічно свідчили правильні алопсихічне орієнтування у просторі (241 особа, 96,02%) і у часі (201 особа, 80,08%) та аутопсихічне орієнтування (224 особи, 89,24%). Проте у 85 пацієнтів (33,86%) спостерігали макропсії, а у 15 обстежених (5,98 %) – аутометаморфопсії (макропсії у 10 осіб та мікропсії у 5 хворих).

Результати квантифікованої оцінки тяжкості психопатологічної симптоматики за шкалою PANSS підтверджують отримані дані щодо слабого та помірно вираженого ступеня психопатологічної симптоматики (середні бали за субшкалами не досягали 5 балів), а також значний внесок негативної симптоматики в психопатологічну картину шизофренії у даного контингенту.

Суттєвий внесок у кримінальну активність хворих з продуктивно-психотичним механізмом реалізації делікту роблять персекуторні систематизовані маревні ідеї, які, внаслідок їх слабкої вираженості, а також наявності емоційно обумовленого мислення, сприяють високій частоті повторних суспільно небезпечних діянь.

Загалом суспільна безпека хворих з продуктивно-психотичним механізмом вчинення СНД характеризується складністю його передбачення через стертість, маскованість негативною симптоматикою марення та галюцинацій, а також значним впливом патологічних емоційних реакцій у першому випадку та імпульсивним характером дій – у другому.

### Висновок

Найбільш сприятливий прогноз щодо зменшення суспільної небезпечності зазначеного контингенту хворих, на наш погляд, є вірогідним при реєстрації фактів зниження вираженості негативної симптоматики, а також за умов меншої систематизації марення, його афективної зарядженості та відсутності «ускладнення» розладами сприйняття.

У світлі вказаного, основними мішенями профілактики повторних СНД у цих хворих повинна бути ефективна терапія антипсихотиками та відповідна лікарська тактика щодо компенсації дефіцитарних станів.

### Список використаної літератури

1. Кондратьев Ф. В. Судьбы больных шизофренией: клиничко-социальные и судебно-психиатрические аспекты / Ф. В. Кондратьев [под ред. В.С. Ястребова]. – М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2010. – 402 с.
2. Дмитриева Т. Б. Агрессия и психическое здоровье / Т. Б. Дмитриева, Б. В. Шостакович. – СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2002. – 464 с.
3. Мальцева М. М. Опасные действия психически больных / М. М. Мальцева, В. П. Котов. – М.: Медицина, 1995. – 256 с.
4. Дмитриев А. С. Этапы стационарного принудительного лечения и типология больных психиатрии / А. С. Дмитриев, В. П. Котов, М. М. Мальцева // Руководство по судебной психиатрии [под ред. Т. Б. Дмитриева, Б. В. Шостакович, А. А. Ткаченко]. – М.: Медицина, 2004. – С. 474–479.

5. Калашник Я. М. Показания для принудительного лечения психически больных, совершивших преступление // Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. – М.: Госюриздат, 1955. – С. 71–77.
6. Кушнир А. Н. Социально-демографические особенности больных шизофренией с разными механизмами реализации общественно опасных действий // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2013. – №4 (14). – С. 24–33.
7. Жмуров В. А. Общая психопатология. – Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 1986. – 280 с.
8. Lewis A., Opler, Stanley R., Kay, J. P., Lindenmayer, Abraham Fiszbein Structured Clinical Interview – Positive and Negative Syndrome Scale // SCI-PANSS booklet: Multi-Health Systems Inc., 1999. – 16 p.
9. Kay S.R. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia / Kay S.R., Fiszbein A., Opler L. A. // Schizoph Bull. – 1987. – № 13 (2). – P. 261–276.
10. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко [и др.]. – К.: Морион, 2000. – 320 с.

### КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПРОДУКТИВНО-ПСИХОТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ РЕАЛИЗАЦИИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ

А.Н. Кушнир

**Ключевые слова:** шизофрения, клиничко-психопатологическая характеристика, общественно опасные действия, механизм реализации особо опасных действий.

В статье приведены результаты анализа проявлений шизофрении у больных, представляющих особую общественную опасность и совершивших деликты по продуктивно-психотическому механизму их реализации. На примере истощающей популяции таких больных в Украине выделены и описаны характерные черты их психического статуса. Оценена возможность использования указанных признаков в лечебно-реабилитационном процессе, а также в качестве прогностических показателей риска повторных преступлений у данного контингента больных.

### CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL DESCRIPTION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH PRODUCTIVE-PSYCHOTIC MECHANISM OF REALIZATION ESPECIALLY DANGEROUS ACTS

A.N. Kushnir

**Key words:** schizophrenia, mental disorders, psychopathologic status, public dangerous acts against person's life and health, mechanism of realization the especially dangerous acts.

Article provides results of analyze the schizophrenia manifestation among especially dangerous patients with productive-psychotic psychopathological mechanism of realization (MR) acts against life and health alias. On the base of population research in Ukraine marked out and described the distinctive psychopathology abnormalities of their psychiatric status. The possibilities of wide use the indicated signs as prognostic markers which sent to decline the repeated dangerous acts risk at this contingent were evaluated.

УДК 616.89-008.442-008.12:340.63

### О.А. Козерацька ПСИХІАТРИЧНІ АСПЕКТИ ОЦІНКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОСІБ, ЯКІ ВЧИНИЛИ СЕКСУАЛЬНІ ЗЛОЧИНИ

Київський міський Центр судово-психіатричної експертизи, м. Київ

**Ключові слова:** судово-психіатрична експертиза, осудність – обмежена осудність – неосудність, сексуальні злочини, примусові заходи медичного характеру.

Проведено теоретичний аналіз наукових підходів до судово-психіатричної оцінки і лікування осіб, які скоїли сексуальні злочини.

**Актуальність.** Останніми роками в Україні та світі спостерігається невтішна тенденція до зростання злочинності на сексуальному підґрунті. За даними Б.Л. Гульмана [7, 8], у місцях позбавлення волі за скоєння сексуальних правопорушень відбуваються покарання 22% загальної кількості засуджених, більше 1/3 з них – повторно, що свідчить про недостатність профілактики даного виду правопорушення. Останнє підтверджується опублікованими даними [12, 23], згідно з якими кількість тільки зафіксованих сексуальних деліктів зросла за період 2005–2010 рр. удвічі. Відомо також, що у 72% осіб, які скоїли згвалтування, діагностують психічні аномалії [3, 5]. Сексуальне насильство полягає у спричиненні потерпілим не тільки фізичного, а й психічного страждання. Згідно з останніми дослідженнями [16, 21, 22], у переважній більшості жінок унаслідок згвалтування розвивається посттравматичний стресовий розлад.

Вивченню сексуальних правопорушень присвячений ряд досліджень останнього десятиріччя – це роботи Ю.М. Антонян [1, 2], Т.І. Зоренко [13], Б.Л. Гульман [8], А.Ю. Дишлевої [9, 10, 11], А.А. Зайцева [11], А.А. Тка-

ченко [3, 19, 20], А.П. Чуприкова, Б.М. Цуприка [23], D. Rogers [28], P.M. Yates, D.A. Kingston [39]. Як свідчить аналіз літератури, численні аспекти проблеми судово-психіатричної експертизи осіб, які скоїли злочини на сексуальному підґрунті, досліджені не в повному обсязі. До сьогодні не розроблено чітких критеріїв судово-психіатричної оцінки психічних розладів в осіб, які скоїли сексуальні правопорушення, зокрема критеріїв «обмеженої осудності». Не завжди враховують той факт, що сексуальна поведінка є результатом інтеграції соціальних, психологічних, соціально-психологічних, біологічних факторів та сексуальний делікт, який є одним із видів порушення поведінки, також відображає різні рівні взаємодії особистості та середовища.

Виходячи з цього, комплексне обстеження осіб, об'єднаних загальною ознакою – наявністю елемента агресії у структурі сексуальної протиправної поведінки, є актуальним та своєчасним для виявлення чітких критеріїв оцінки їх психічного стану. Це може посприяти в розкритті механізмів СНД, а також уточненню шляхів профілактики повторних СНД. Особливої актуальності темі дослідження надає взаємна детермінова-



ність кримінальної агресії та негативних процесів у суспільстві: економічна криза, трансформація політичних систем та правових інститутів, переоцінка цінностей та девальвація ідеалів. Несприятливі макро- та мікросоціальні фактори впливу на людину сприяють формуванню у неї кримінальної агресії, яка проявляється у вигляді тяжких злочинів проти життя та здоров'я особи. Намагання на державному рівні нівелювати вплив цих факторів знайшло своє відображення у Міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації» – стратегії розвитку охорони здоров'я на 2003–2013 рр. У розділі «Розробка плану дій в галузі психічного здоров'я» серед пріоритетних стратегічних програм зазначені профілактичні заходи із запобігання насильству щодо жінок та дітей.

**Мета роботи:** на основі дослідження клініко-патофизиологічних, психологічних та соціально-демографічних закономірностей перебігу психічних розладів, застосовуючи метод ситуаційного аналізу, розробити критерії судово-психіатричної оцінки з виділенням групи «обмежено осудних» та критерії призначення примусових заходів медичного характеру стосовно осіб, які скоїли правопорушення на сексуальному підґрунті.

Сучасна судово-психіатрична експертиза передбачає використання інноваційних технологій та методів оцінки і лікування осіб, які вчинили сексуальні кримінальні правопорушення [6, 14].

Всєбічна оцінка осіб, які вчинили сексуальні злочини, включає збір вичерпних анамнестичних відомостей і поглиблене вивчення психічного стану, збір додаткових анамнестичних відомостей з інших джерел, спостереження, психометричне тестування та психологічні методи оцінки, а також плетизмографію статевого члена.

Під впливом сексуальних мотивів можуть бути вчинені кримінальні правопорушення, які самі по собі не виглядають явно сексуальними. Це можуть бути такі злочини, як нічна крадіжка зі зломом (якщо, наприклад, вкрадені предмети жіночого одягу) або вбивство.

Переважає більшість осіб, які скоюють сексуальні злочини, – це чоловіки, проте на сьогодні частішають правопорушення, вчинені жінками, зокрема спокушання малолітніх. Однак встановити справжні масштаби цієї проблеми дуже складно, принаймні стосовно злочинів проти дітей. Справа не тільки у тому, що в західному суспільстві жінкам, порівняно з чоловіками, надана більша свобода в їх фізичних контактах з дітьми молодшого віку. Але навіть якщо справа стосується взаємин з дорослішою дитиною чоловічої статі, вона може абсолютно не усвідомлювати статевої активності дорослої жінки відносно до себе як «сексуальне насильство» [4, 5, 24, 28].

Розумінню проблем сексуальної злочинності сприяють такі науки як психологія, кримінологія, соціологія, юриспруденція, етика, психіатрія, антропологія, охорона громадського порядку і навіть теологія, хоча найкориснішим був би комплексний підхід, який би охоплював усі ці аспекти. Через відмінності у поглядах і пріоритетах це майже нездійсненно – наприклад,

складно примирити інтереси суспільства (і жертви) та злочинця.

На сьогодні склалося так, що можливість судових психіатрів проводити відповідні консультації з загальними психіатрами та спеціалістами іншого профілю обмежені. Вищий рівень підготовки потрібен у діагностиці статевих збочень (парафілій), в розумінні зв'язку між психічними розладами і патологічною сексуальною поведінкою, а також переваг та обмежень психофізіологічних методів оцінки та лікування, в питаннях використання лікарських препаратів на додаток до психологічних методів лікування осіб, які вчинили сексуальні злочини, і оцінки ризику повторних злочинів.

Оцінку і лікуванням осіб, які вчинили сексуальні злочини і перебувають у місцях позбавлення волі, займаються в основному психологи і службовці пенітенціарних установ, тоді як у міжнародній спільноті це завдання зазвичай покладають на посадових осіб, які здійснюють нагляд над умовно засудженими.

Накопичено також досвід роботи з особами, які скоїли сексуальні злочини, за місцем проживання, в лікарнях суворого режиму та, хоч і меншою мірою, в установах посиленого режиму і в спеціалізованих районних підрозділах, таких як клініка Portman в Лондоні і Відділення сексуальної поведінки в Ньюкаслі.

Клінічні психологи та посадові особи, які здійснюють нагляд за умовно засудженими та працюють з особами, які скоїли статеві злочини, рекомендують також участь і психіатрів, які б надавали висококваліфіковану допомогу.

У випадках, коли сексуальні злочини беруть початок в підлітковому віці, психіатр зміг би встановити, чи патологія в сексуальній поведінці є проявом минулої нестійкості психосексуального розвитку, що призвело до формування парафілії, розладів поведінки, чи пов'язана з латентною формою поточного психічного захворювання [4].

Цікавим є досвід Британської судово-психіатричної експертизи. Він показує, що для дорослих осіб, які вчинили сексуальні злочини і не ізольовані від суспільства, першорядне значення мають міжвідомчі комісії із захисту громадськості [29], засновані в 2000 році постановою Управління юстиції та кримінального судочинства. Офіційно ці комісії почали працювати на території Англії і Уельсу з квітня 2001 року. Вони забезпечують тісний зв'язок між поліцією і службами пробації (умовного засудження), а також гарантують виконання всіх заходів, необхідних для оцінки та зниження ризику, який становлять особи, що вчинили сексуальні і насильницькі злочини. Ці комісії є структурою, яка робить можливою міжвідомчу взаємодію підрозділів соціальних служб, управлінь житлового фонду, груп молодих повнолітніх злочинців, установ психіатричної опіки та організацій, які представляють права жертв насильства. Психіатрів можна залучати до участі в роботі цих комісій або як представників установ психіатричної опіки, або безпосередньо для здійснення лікарського спостереження пацієнтів. В останньому випадку може виникнути проблема конфіденційності, і тому вкрай необхідно встановити баланс між благополуччям

та здоров'ям пацієнта і безпекою суспільства. Тому психіатри повинні бути ознайомлені з етичними нормами, затвердженими Головною медичною радою, згідно з якими розголошення інформації можливе лише тоді, коли її нерозголошення може призвести до смертельного ризику чи серйозної шкоди пацієнту або іншим людям; проте розголошувати інформацію слід винятково у тому обсязі, який необхідний для запобігання ризику, незважаючи на необхідність взаємодії.

Досвід показує, що більшість осіб, які вчинили сексуальні злочини, не страждають серйозними психічними розладами. Проте хворі на шизофренію або подібні психози можуть вчинити такі діяння або демонструвати патологічну сексуальну поведінку. Це пов'язано як безпосередньо з психозом, так і опосередковано – внаслідок розгальмованості, обумовленої психозом. Така поведінка також може бути спричинена девіантними сексуальними фантазіями [29, 25].

Безпосередньо афективний розлад зазвичай не асоціюється з серйозною сексуальною злочинністю. Однак у пацієнтів з гіпоманією спостерігається сексуальне розгальмування, яке обумовлює широкий діапазон протиправних дій: від появи в громадському місці в непристойному вигляді до нападу амнезії у пацієнтів, які страждають парафіліями, що нерідко супроводжується супутньою дистимією або депресією [33].

Сексуальна злочинність також може бути пов'язана з органічним ураженням головного мозку, порушеною здатністю до навчання, зловживанням психоактивними речовинами і загальними розладами особистості.

У тих випадках, коли злочинні дії здійснюються під впливом девіантних сексуальних фантазій, може бути встановлений діагноз парафілії з використанням класифікаційних кодів F65.0–F65.8 МКХ–10 [17]. Сексуальні девіантні фантазії і пов'язана з ними девіантна поведінка досить поширені і у цієї категорії осіб, хоча більшість випадків парафілії виявляється тільки під час вчинення правопорушень [15].

Оцінка осіб, які вчинили сексуальні злочини, потребує вирішення ряду діагностичних проблем. Необхідно зібрати повний анамнез і провести всебічну оцінку психічного стану. У випадку діагностування психічного розладу слід визначити, чи пов'язаний він з патологічною сексуальною поведінкою та вчиненням сексуального злочину, тому дуже важливо зафіксувати віковий період початку як психічного розладу, так і протиправних сексуальних дій. Має бути зроблений запис про наявність розладів поведінки, розладів особистості антисоціального, пограничного або нарцисичного типу, порушеної здатності до навчання, ознак органічних відхилень або зловживання психоактивними речовинами [11, 18].

Оцінка осіб, які вчинили сексуальні злочини, повинна включати психосексуальний анамнез як сексуальних фантазій, так і сексуальної поведінки, однак необхідно пам'ятати, що такі дані, повідомлені пацієнтом, часто необ'єктивні, а іноді й хибні, неправдиві.

Важливо виявити ознаки гіперсексуальності (наприклад, часта мастурбація або велика кількість сексуальних партнерів) а також сексуальну стурбованість

або нав'язливі думки (часті або нав'язливі сексуальні фантазії або суб'єктивно неконтрольовані сексуальні спонукання).

Характер фантазій індивідуума може вказувати на наявність у нього парафілії. Якщо діагностовано сам факт парафілії, слід оцінити частоту і рівень інтенсивності сексуальних фантазій, включаючи будь-яку ескалацію в напрямку їх реалізації.

У разі психічного розладу важливо встановити, чи розвинулися девіантні фантазії одночасно з ним, чи передували розладу і пізніше були включені у нього. Слід зазначити, що дуже часто кількість скоєних злочинів перевищує кількість зареєстрованих у справі злочинця. Якщо в анамнезі є дані про зловживання психоактивними речовинами, необхідно з'ясувати, чи пов'язано це з протиправними сексуальними діями. Якщо це можливо, необхідно опитати близьких родичів і друзів та детально вивчити все, що стосується справи, в документації з психіатричних установ, соціальних служб, системи соціальної профілактики та школи.

Важливою в таких випадках є також психологічна оцінка. Часто деякі психологічні особливості індивідуума асоціюються з сексуальною злочинністю. Наприклад, в Англії та Уельсі реалізовані тюремними службами програми для лікування осіб, які вчинили сексуальні злочини, описують ці характеристики як динамічні фактори ризику та поділяють їх на чотири категорії:

- сексуальні інтереси (включаючи сексуальне охоплення, а також сексуальну направленість на дітей або насильство);
- перекручені установки і переконання (так звані когнітивні спотворення і переконання, що підтримують насильство);
- соціально-емоційні навички (наприклад, відсутність навичок управління емоціями і труднощі в інтимних стосунках);
- самоврядування (наприклад, погані навички вирішення проблем, імпульсивний стиль життя).

Інформацію щодо цих характеристик можна отримати не тільки за допомогою клінічного опитування, але і за допомогою психометричного тестування.

Блок психометричних тестів був розроблений в рамках Програми оцінки лікування сексуальних проблем (Sexual Treatment Evaluation Project – STEP) [31]. У цій програмі оцінювали ефективність кількох місцевих (амбулаторних) і тюремних програм, які використовують в Англії, вимірюючи такі складові, як емоційна самотність, соціальна компетентність, когнітивні спотворення, дефіцит співчуття до дітей, проводячи різницю між тими, кому лікування принесло користь, і тими, кому не принесло. Доцільно також використовувати інші методи психологічного тестування особистості.

Цей досвід зараз поширюється практично серед усіх європейських держав. Важливо вміти розрізняти психологічні особливості, пов'язані з ризиком повторного вчинення правопорушення (наприклад, когнітивне викривлення), і ті, які стосуються в основному ставлення пацієнта до лікування, а не ризику як такого.

Прикладом можуть слугувати такі характеристики, як заперечення або відсутність співчуття до жертви, –

досі не доведено, що будь-яка з них може мати стосунок до запобігання повторним правопорушенням. Важливо не змішувати роль актуальних оцінювальних інструментів, які краще за клінічні оцінки визначають ризик повторного засудження в довгостроковому плані, та клінічних підходів, які використовують для встановлення лікувальних цілей і визначення показників поточного ризику.

Актуальні методи оцінюють тільки ймовірність повторного правопорушення і ґрунтуються на анамнестичних – незмінних або мінливих повільно-змінних, таких як вік і кількість судимостей. Щоб приймати обґрунтовані рішення у клінічних умовах, слід розглядати динамічні фактори ризику, які характерні для кожного конкретного правопорушника.

Динамічні фактори ризику, ймовірно, найкраще поділити на дві категорії:

- відносно стабільні, такі як установки злочинця або його здатність «керувати» власною сексуальною і загальною поведінкою;
- швидкоплинні, такі як взаємодія з системою, що здійснює нагляд, та доступ до жертв.

На додаток до клінічних і психометричних оцінювальних методик для загальної оцінки осіб, які вчинили сексуальні злочини, можна використати також психофізіологічні методи. До них насамперед відносять плетизмографію статевого члена.

Плетизмографія статевого члена дозволяє визначити ступінь статевого збудження за збільшенням кровопостачання статевого члена у відповідь на зорові (слайди) і слухові (оповідання) стимули [25, 30, 31]. Цю техніку застосовують у Північній Америці та Європі, проте досить рідко і тільки в лікарнях суворого режиму та деяких в'язницях в рамках терапевтичних програм, призначених для осіб, які вчинили статеві злочини. Цей метод повинен бути доступним також для оцінки і лікування пацієнтів, які перебувають в установах посиленого режиму і в суспільстві. Деякі дослідники встановили, що ризик рецидиву статевого злочину асоціюється з підтвердженими за допомогою плетизмографії реакціями на педофілічні стимули [32].

Проте використання плетизмографії не є однозначним. Одні опоненти вважають цю техніку надто інтрузивною (неправомірною), інші – що це рівнозначно демонстрації порнографії сексуальним злочинцям. Існують також проблеми щодо недостатньої стандартизації цієї методології, обмеженості контрольних даних для нормально розподілених сукупностей. Крім того, люди, які піддаються тестуванню, можуть різними способами приховувати збудження. Проте фалометрія, яку використовують як один з елементів набору оцінювальних методик, дозволяє отримати корисні дані, особливо для визначення терапевтичних цілей. Незважаючи на це, її потрібно використовувати тільки у клінічних умовах, а не як метод визначення звинувачення чи прогнозування рецидиву.

Досить ефективним також є метод оцінки Абель (Abel). Щоб подолати проблему інтрузивної плетизмографії статевого члена, Абель і колеги (1994) [26, 33] розробили досить оригінальний метод оцінювання

осіб, які вчинили сексуальні злочини. Цей опитувальник дозволяє розкрити думки, фантазії, виявити вчинки сексуального характеру, оцінити час фіксації погляду на слайдах, що зображають чоловіків і жінок, підлітків і дітей обох статей, які досягли віку статевого дозрівання, а також сценах, що натякають на парафілії.

Встановлено, що метод Абель для оцінки осіб, які вчинили сексуальні злочини, найточніший стосовно розбещувачів малолітніх, які віддають перевагу хлопчикам, що досягли статевої зрілості. Проте ця техніка ще недостатньо досліджена.

У світовій практиці судово-психіатричної експертизи великого поширення набув метод використання поліграфа. Плетизмографію статевого члена використовують в основному для оцінки сексуальних уподобань, поліграф же дозволяє виявити обман. Використання його правоохоронними органами у слідчих цілях або, наприклад, для професійного відбору при прийомі на роботу вважають деякою мірою проблематичним. Але застосування поліграфа в контексті лікування або нагляду після вчинення злочину може бути ефективним, дозволить подолати заперечення і встановити момент, коли злочинець залучений в поведінку з високим ризиком вчинення повторного правопорушення.

Використання поліграфа ґрунтується на реакціях вегетативної нервової системи, пов'язаних з тривогою і обманом. Хоча все ще необхідна точна оцінка помилок – і позитивних, і негативних – результатів, ймовірність першого становить менше 10%, другого – близько 20%. Однак стосовно тих, хто вже вчинив сексуальний злочин, виявлення брехні, напевно, є менш істотним, ніж розкриття інформації завдяки цій методиці.

Важливою в судово-психіатричній експертизі є оцінка ризику повторних правопорушень у осіб, які вчинили сексуальні злочини. Всебічна оцінка ризику рецидиву в таких осіб є комплексним процесом, що вимагає хорошого знання статичних і динамічних факторів ризику та використання різних методів оцінювання, включаючи клінічне інтерв'ю, психометричне тестування, психофізіологічне дослідження, спостереження та збір допоміжних анамнестичних відомостей. Той, хто займається оцінюванням, повинен чітко уявляти собі категорію оцінюваного ризику (ймовірність, наслідки, частоту і негайність скоєння злочину), а також значення понять «низький», «середній» і «високий».

У зв'язку з цим постає питання про лікування осіб, які вчинили сексуальні злочини. У суспільстві загалом та серед фахівців медичного профілю досі залишається предметом дискусій питання про те, чи хворіють особи, які вчинили сексуальний злочин, на психічний розлад, що вимагає лікування, чи це є з проявом поведінки, що вимагає покарання [37, 40].

У деяких психічно хворих, які вчинили сексуальні злочини, адекватне лікування основного психічного розладу може бути ефективним для зниження ризику повторного вчинення сексуального правопорушення. У деяких випадках патологічні сексуальні фантазії пацієнта можуть виникати самостійно, тобто незалежно від психозу, що вимагатиме додаткового лікування.

В останні роки все частіше як метод психотерапії для осіб, які вчинили сексуальні злочини, використовується когнітивно-поведінкова терапія. Мета цього методу лікування – допомогти пацієнтові взяти на себе відповідальність за поведінку, яка призводить до правопорушення, і виробити навички когнітивного та поведінкового контролю, що дозволить йому уникнути або обминути ситуації високого ризику, які можуть призвести до повторного скоєння злочину [39].

Доведена ефективність інших технік когнітивно-поведінкової терапії, таких як створення умовно-рефлекторної відради до запаху і так звана прихована сенсбілізація (при якій вся процедура створення відради відбувається в уяві пацієнта), в зниженні патологічного порушення. Однак жодну з них не можна вважати власне способом лікування, крім того, правопорушники змушені постійно тренувати набуті навички. Незважаючи на те, що психіатри лише зрідка беруть участь в реалізації когнітивно-поведінкових програм, вони можуть зробити значний внесок у інші напрямки лікування, одним з них є хірургічна кастрація.

На сьогодні лікування за допомогою хірургічної кастрації осіб, які вчинили сексуальні злочини, становить винятково історичний інтерес, незважаючи на те, що дослідження демонструють зниження сексуального рецидивізму при використанні цього методу [38]. У 70 роках ХХ століття хірургічна кастрація з цією метою практично була заборонена, частково тому, що стали доступні гормональні засоби, які дозволяють домогтися того ж результату, але без необоротних наслідків. Крім того, з точки зору етики подібні медичні втручання можуть сприйматися як форма покарання.

У 40 роках для зниження статевого потягу почали використовувати естрогени. Однак від них довелося відмовитися через часті побічні ефекти, включаючи тромбоз, нудоту, збільшення молочних залоз, канцероматозні зміни і фемінізацію. У Великобританії, Європі та Канаді естрогени були замінені ципротерону ацетатом, у США (де він недоступний) – медроксипрогестерону ацетатом. Сучаснішим (і дорожчим) доповненням до лікарських препаратів, які знижують статевий потяг, стали довгодіючі аналоги агоніста нейрогормону, який стимулює виділення гонадотропного гормону (GnRH).

Ципротерону ацетат є аналогом стероїдів, вперше він був синтезований в Західній Німеччині в 1961 році. Він має антиандрогенну та прогестогенну дію, знижує концентрацію тестостерону, лютеїнізуючого та фолікулостимулюючого гормонів, підвищує концентрацію пролактину в сироватці крові. Ципротерону ацетат діє, блокуючи тестостеронові рецептори, в основному його використовують як засіб, що знижує статевий потяг, а у великих дозах – для лікування карциноми передміхурової залози (Bradford, 1985) [34]. У Великобританії пацієнти зазвичай приймають цей препарат *per os*, незважаючи на те, що в інших країнах Європи дозволено використовувати його депоновану форму (доступну в Великобританії тільки для зареєстрованих пацієнтів). Ефективність ципротерону ацетату в зниженні статевого потягу доводять численні описи клінічних випадків та відкриті дослідження. Ефективність препарату під-

тверджує і невелика кількість подвійних сліпих плацебо-контрольованих перехресних досліджень, проведених у Канаді, хоча через побічні ефекти складно провести сліпе дослідження (наприклад, Bradford, 1988) [34]. Бредфорд (Bradford) повідомляє про те, що ципротерону ацетат сприяє значному зниженню концентрації тестостерону в сироватці крові і рівня сексуального збудження, а також зменшенню (за повідомленнями пацієнтів) частоти мастурбації, сексуальної напруги і сексуальних фантазій.

Дуже часто пацієнти відмовляються приймати ципротерону ацетат, тому його майже завжди слід призначати в комбінації з психотерапією – індивідуальною чи груповою. Побічні дії цього препарату подібні до тих, які спостерігаються при хірургічній кастрації, але минають після припинення його прийому. Необхідно контролювати функції печінки та ендокринної системи і звертати увагу на можливий розвиток остеопорозу або депресивного настрою.

Медроксипрогестерону ацетат є основним препаратом, який використовують в США з метою зниження лібідо. Механізм його дії полягає у підвищенні активності печінкової альфа-редуктази тестостерону, яка підсилює метаболічний кліренс тестостерону і, отже, знижує його концентрацію в циркулюючій крові. Його приймають у вигляді депо в дозі 300–500 мг один раз на тиждень, комбінуючи (як і ципротерону ацетат) з психотерапією. Побічні явища зазвичай минають після припинення вживання цього препарату, вони включають надлишкову масу тіла, помірно виражену млявість, холодний піт, припливи жару, кошмарні сновидіння, артеріальну гіпертензію, підвищення концентрації глюкози у крові та зменшення розмірів яєчок (Walker & Meyer, 1981) [36].

Меєр (Meyer і колеги (1992) [36] провели дослідження за участю 40 чоловіків (більшість з них з педофілією), лікованих медроксипрогестерону ацетатом у дозі 400 мг один раз на тиждень протягом різних періодів – від 6 місяців до 12 років; ці пацієнти пройшли також індивідуальну та групову психотерапію. Контрольна група складалася з чоловіків, які відмовилися від лікування медикаментозними препаратами, але відвідували сесії психотерапії протягом такого ж періоду часу. Повторно скоїли сексуальні злочини 18% з тих, хто отримував лікування медикаментозними препаратами (35% після припинення прийому препарату), і 55% учасників контрольної групи.

Важливішу роль у лікуванні сексуальних девіацій і гіперсексуальності можуть мати аналоги агоніста нейрогормону тривалої дії, який стимулює виділення гонадотропного гормону (Bradford & Kaye, 1999) [34]. Ці препарати знижують секрецію тестостерону до кастраційної концентрації (концентрації, реєстрованої після хірургічної кастрації). У Великобританії дізналися про гoserelin (goserelin), аналог агоніста нейрогормону, який стимулює виділення гонадотропного гормону, в 1988 році, коли Комісія з дотримання Закону про охорону психічного здоров'я виступила проти використання цього препарату за місцем проживання пацієнтів, які погодилися на лікування. Це обґрунтовували тим, що відповідно до чинного законодавства він був визнаний



небезпечним для здоров'я імплантованим гормональним депо-препаратом, а тому підлягав спеціальному обліку. Проте суд виніс рішення, що госерелін не є ні гормоном, ні імплантатом, не підпадає під дію відповідних статей законодавства і його використання не вимагає спеціальних застережних заходів.

Діккі (Dickey) (1992) [35] повідомляє про помітне зниження інтенсивності сексуальних думок і дій у поєднанні з мінімальними побічними явищами при використанні леупроліду ацетату (leuprolide acetate) (найчастіше в Північній Америці) у пацієнтів, у яких протягом декількох років не було ефекту від лікування медроксипрогестероном або ципротероном. Ізраїльські вчені Рослер (Rosler) і Вітцум (Witztum) (1998) [39], які протягом 42 місяців проводили контрольне дослідження 30 чоловіків з парафіліями, пролікованих довготривалим аналогом агоніста нейрогормону, що стимулює виділення гонадотропного гормону, – триптореліном (triptorelin), стверджують, що після лікування у цих пацієнтів повністю зникли їх девіантні сексуальні фантазії, спонукання і дії. В обох групах відзначені побічні явища, пов'язані зі зниженням секреції андрогену, у вигляді зменшення мінеральної щільності кісток, яка вимагає контролю (Rosler & Witztum, 2000) [39].

У системі аналізу лікарських препаратів слід відмітити психотропні лікарські препарати. Сексуальна дисфункція є частим побічним ефектом антипсихотичних препаратів. Один судовий психіатр навіть висловив припущення, що ці препарати є формою ненавмисної кастрації (Stone, 1992) [35]. Наприклад, бутирофенону бенперидол, що має слабкий ефект, який проявляється зниженням статевого потягу, іноді спеціально використовують для контролювання недоречної сексуальної поведінки пацієнтів з психотичною симптоматикою, проте його ефективність в цьому відношенні недостовірна і недоведена, тому застосування його з цією метою не рекомендується.

Слідом за успішним використанням бупіпрону в лікуванні пацієнтів з трансвеститським фетишизмом (Fedoroff, 1988) [36] у багатьох публікаціях було висловлено припущення про потенційну цінність селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) в лікуванні парафілії. Спосіб їх дії намагалися пояснити різними механізмами, включаючи ослаблення компульсивно-обсесивної поведінки (пов'язаної з сексуальними роздумами, нав'язливими фантазіями і сексуальними спонуканнями), підвищення настрою, зменшення імпульсивності, тривожності і полегшення непарафілійного збудження.

Хоча ще не отримані результати подвійних сліпих плацебо-контрольованих досліджень, відомими потенційними перевагами СІЗЗС є те, що пацієнти переносять їх краще, ніж гормональні препарати, і те, що загальні психіатри добре знають правила їх застосування. Як і інші лікарські препарати, їх необхідно комбінувати з психотерапією, вони не повинні бути єдиним засобом допомоги, особливо якщо існує значний ризик для суспільства.

Дуже важливою і ефективною у вирішенні цієї проблеми є динамічна психотерапія. Опублікована вели-

чезна кількість психоаналітичної літератури з теорії збочень і сексуальних відхилень, що бере початок від фройдівської теорії центрування на ролі сексуальності у психопатології людини.

Однак даних опублікованих досліджень занадто мало, щоб стверджувати, що психодинамічна психотерапія (індивідуальна або групова) може знизити рецидивізм, навіть якщо досягнуті якісний інсайт і поліпшення функціонування. У двох основних, чудових у багатьох відношеннях, довідниках з судової психотерапії психодинамічного напрямку наголошується, що публікацій про використання динамічної психотерапії в лікуванні осіб, які вчинили сексуальні злочини, немає (Cordex & Cox, 1996; Rosen, 1996) [37].

Незважаючи на присутність парафілії як діагностичної категорії в класифікаціях МКХ–10 [17], багато психіатрів не вважають сексуальне відхилення психічним розладом. Проте суспільство сприймає сексуальну злочинність в цілому і педофілію зокрема як прояви ганьби і безчестя. І цілком зрозуміло, що суспільство рішуче вимагає захистити його від сексуальних злочинців, пропонуючи для цього два шляхи: утримання під арештом або лікування. Але навіть якщо осіб, які вчинили сексуальні злочини, поміщають в тюрми, більшість з них (навіть ті, хто відбуває довічне ув'язнення) на якомусь етапі будуть звільнені. За таких обставин незрозуміло, яку роль мають виконувати психіатри – або спеціалістів, які забезпечують лікування, або захисників суспільства.

Ситуація така, що психіатричне втручання в більшості випадків виявиться найефективнішим, якщо буде здійснюватися як складовий елемент комплексного підходу, який передбачає використання різних галузей знань і навіть залучення різних організацій. Лікування повинно бути спрямовано і на допомогу хворому, і на захист суспільства, воно має виконувати обидві функції.

## Висновок

Вищенаведене свідчить про необхідність пошуку нових шляхів для застосування примусових заходів медичного характеру відносно осіб, які скоїли кримінальні правопорушення на сексуальному підґрунті.

## Список використаної літератури

1. Антонян Ю. М. Криминальная сексология / Антонян Ю. М., Ткаченко А. А., Шостакович Б. В.; под ред. Ю. М. Антоняна. – М.: Спарк, 1999. – 484 с.
2. Антонян Ю. М. Сексуальные преступления: Чикатило и другие / Антонян Ю. М., Ткаченко А. А. – М.: Амальтея, 1993. – 319 с.
3. Аномальное сексуальное поведение / Ассоц. Юрид. центр, Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В. П. Сербского; под ред. А. А. Ткаченко, Г. Е. Введенского. – СПб.: Юрид. центр Пресс, 2003. – 655 с.
4. Базгадзе Т. В. Причины развития криминальной активности подростков / Т. В. Базгадзе, Д. З. Зурабашвили, Р. Т. Аллахвердиева // Соц. и клин. психиатрия. – 2007. – Т. 17, Вып. 2. – С. 48–51.
5. Батуева Н. Г. Клинико-психопатологические и кросскультурные аспекты криминальной агрессии в судебно-психиатрической практике / Н. Г. Батуева, А. Ю. Березанцев // Вестн. новых мед. технологий. – 2007. – Т. 14, № 3. – С. 44–48.
6. Введенский Г. Е. Методологические проблемы психофизиологического исследования в сексологии и психиатрии / Г. Е. Введенский и др. // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 3. – С. 18–23.
7. Гульман Б. Л. Сексуальные преступления / Б. Л. Гульман. – Харьков: ИМП «Рубикон», 1994. – 248 с.

8. Гульман Б. Л. Особенности личности и поведения жертв сексуального преступления и его последствия / Б. Л. Гульман // Медицинская психология. – 2008. – № 2.
9. Дышлевой А. Ю. Агрессия как форма противоправного сексуального поведения / А. Ю. Дышлевой // Международный медицинский журнал. – 2002. – Т. 8, № 4. – С. 69–72.
10. Дышлевой А. Ю. Мотивация сексуального поведения лиц с психическими расстройствами, совершивших изнасилование / А. Ю. Дышлевой // Международный медицинский журнал. – 2001. – Т. 7, № 3. – С. 50–52.
11. Загитова Ж. Б. Клинико-психопатологический аспект криминального поведения лиц с органическим психическим расстройством / Ж. Б. Загитова, В. В. Вандыш // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 4. – С. 25–28.
12. Зайцев О. О. Сексуальна злочинність серед української молоді (клініко-патопсихологічний і соціально-психологічний аспекти) / О. О. Зайцев, О. А. Ревенко, С. С. Шум. – Полтава: Дивосвіт, 2010. – 144 с.
13. Зоренко Т. И. Сексуальное насилие в аспекте уменьшаемой вменяемости / Т. И. Зоренко, Г. Г. Смирнова // Насильственные преступления: природа, исследование, предупреждение: Сборн. науч. трудов. – М.: ВНИИ МВД РФ, 1994. – 144 с.
14. Кондратьев Ф. В. Криминальная агрессия – актуальная проблема судебной психиатрии / Ф. В. Кондратьев // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 1. – С. 17–20.
15. Кришталь Е. В. Типы активности криминального сексуального поведения мужчин с парафилиями / Е. В. Кришталь, Б. Л. Гульман // Международный медицинский журнал. – 2008. – Т. 14, № 3. – С. 6–8.
16. Кришталь Е. В. Особенности личности и поведения жертв сексуального преступления и его последствия / Е. В. Кришталь, Б. Л. Гульман // Медицинская психология. – 2008. – Т. 3, № 2. – С. 14–17.
17. Міжнародна класифікація хвороб (10-й перегляд). Класифікація психічних та поведінкових розладів. Клінічний опис та вказівки по діагностиці. – К.: Факт, 1999. – 272 с.
18. Сафуанов Ф. С. Криминальная агрессия обвиняемых с расстройствами личности / Ф. С. Сафуанов // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 6. – С. 36–43.
19. Ткаченко А. А. Парафилии и аномальное сексуальное поведение: автореф. дис. на соискание науч. степени д-ра мед. наук / А. А. Ткаченко. – М., 1994.
20. Ткаченко А. А. Комплексная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза: подходы к экспертной оценке лиц с парафилиями (методические рекомендации) / А. А. Ткаченко. – М., 1995. – С. 14–21.
21. Шаповалова Н. А. Сексуальные расстройства у женщин как отдаленные последствия изнасилования / Н. А. Шаповалова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2006. – Т. 16, № 1. – С. 120–125.
22. Шаповалова Н. О. Психопатологічні розлади у жінок, які зазнали сексуального насильства в дитячому та підлітковому віці, та їх психотерапевтична корекція: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук: 14.01.16 / Н. О. Шаповалова; Харк. мед. акад. післядиплом освіти, Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. – К., 2007. – 16 с.
23. Чуприков А. П. Нормальна та кримінальна сексологія: підруч. для студ. вищ. навч. закл. / А. П. Чуприков, Б. М. Цуприк; Міжрегіон. акад. упр. персоналом. – К.: Персонал, 2011. – 251 с.

### ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ, КОТОРЫЕ СОВЕРШИЛИ СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ

Е. А. Козерацкая  
Проведен теоретический анализ научных подходов судебно-психиатрической оценки и лечения лиц, которые совершили сексуальные преступления.  
**Ключевые слова:** судебно-психиатрическая экспертиза, вменяемость – ограниченная вменяемость – невменяемость, сексуальные преступления, принудительные меры медицинского характера.

### PSYCHIATRIC ASPECTS OF THE EVALUATION AND TREATMENT OF PERSONS WHO HAVE COMMITTED SEXUAL OFFENSES

Е. А. Kozeratskaya  
A theoretical analysis of scientific approaches forensic psychiatric assessment and treatment of persons who have committed sexual offenses.  
**Key words:** forensic psychiatric examination, responsibility – limited responsibility – irresponsibility, sexual offenses, compulsory medical measures.

24. Comparing indicators of sexual sadism as predictors of recidivism among adult male sexual offenders / Kingston D. A., Seto M. C., Firestone P., Bradford J. M. // J. Consult Clin. Psychol. – 2010. – V. 78 (4). – P. 574–584.
25. Burton D. L. Comparison by crime type of juvenile delinquents on pornography exposure: the absence of relationships between exposure to pornography and sexual offense characteristics / D. L. Burton, G. S. Leibowitz, A. Howard // J. Forensic Nurs. – 2010. – V. 6 (3). – P. 121–129.
26. Crime scene analysis and the escalation of violence in serial rape / Warren J., Reboussin R., Hazelwood R. R. [et al.] // Forensic Sci Int. – 1999. – V. 100 (1–2). – P. 37–56.
27. Messman-Moore T. L. Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization / Messman-Moore T. L., Walsh K. L., DiLillo D. // Child Abuse Negl. – 2010. – V. 34, № 12. – P. 967–76.
28. Davies M. Examining the relationship between male rape myth acceptance, female rape myth acceptance, victim blame, homophobia, gender roles, and ambivalent sexism / M. Davies, J. Gilston, P. Rogers // Interpers Violence. – 2012. – V. 27 (14) – P. 2807–23.
29. Explaining the erectile responses of rapists to rape stories: the contributions of sexual activity, non-consent, and violence with injury / G. T. Harris, M. L. Lalumière, M. C. Seto, M. E. Rice [et al.] // Arch Sex Behav. – 2012. – V. 41 (1). – P. 221–229.
30. Corovic J. From crime scene actions in stranger rape to prediction of rapist type: single-victim or serial rapist? / J. Corovic, S. Ä. Christianson, L. R. Bergman // Behav Sci Law. – 2012. – V. 30 (6). – P. 764–81.
31. Klipfel K. M. Interpersonal Aggression Victimization Within Casual Sexual Relationships and Experiences / K. M. Klipfel, S. E. Claxton, M. H. van Dulmen // J. Interpers Violence. – 2013. – V. Oct 31. [Epub ahead of print].
32. Sarkar J. Mental health assessment of rape offenders / Sarkar J. // Indian J. Psychiatry. – 2013. – V. 55 (3). – P. 235–243.
33. Kocsis R. N. Psychological profiling of offender characteristics from crime behaviors in serial rape offences / R. N. Kocsis, R. W. Cooksey, H. J. Irwin // Int J. Offender Ther Comp Criminol. – 2002. – V. 46 (2). – P. 144–169.
34. Brown S. L. Psychopathy and sexual assault: static risk factors, emotional precursors, and rapist subtypes / S. L. Brown, A. E. Forth // J. Consult Clin. Psychol. – 1997. – V. 65 (5). – P. 848–57.
35. Mitchell K. J. Sexual harassment among adolescents of different sexual orientations and gender identities / K. J. Mitchell, M. L. Ybarra, J. D. Korchmaros // Child Abuse Negl. – 2013. – V. 19.
36. Sexual murderers with adult or child victims: are they different? / A. Spehr, A. Hill, N. Habermann [et al.] // Sex Abuse. – 2010. – V. 22 (3). – P. 290–314.
37. Frances A. Sexual sadism: avoiding its misuse in sexually violent predator evaluations / A. Frances, R. Wollert // J. Am. Acad. Psychiatry Law. – 2012. – V. 40 (3). – P. 409–16.
38. Benagiano G., Social and ethical determinants of human sexuality: 2. Gender-based violence / Benagiano G., Carrara S., Filippi V. // Eur. J. Contracept Reprod Health Care. – 2010. – V. 15 (4). – P. 220–231.
39. Yates P. M. The self-regulation model of sexual offending: the relationship between offence pathways and static and dynamic sexual offence risk / P. M. Yates, D. A. Kingston // Sex Abuse. – 2006. – V. 18 (3). – P. 259–70.
40. Victim empathy, social self-esteem, and psychopathy in rapists / Y. M. Fernandez, W. L. Marshall // Sex Abuse. – 2003. – V. 15 (1). – P. 11–26.
41. Міжнародна класифікація хвороб (10-й перегляд). Класифікація психічних та поведінкових розладів. Клінічний опис та вказівки по діагностиці. – К.: Факт, 1999. – 272 с.

## МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 616.12-008.331.1-085:159.09

Л.Є. Трачук<sup>1</sup>, С.Г. Сахно<sup>2</sup>, Н.В. Береза<sup>1</sup>  
**ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ПІДВИЩЕННЯ КОМПЛАЄНСУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ  
 АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ: РОЗРОБКА ТА ВИЗНАЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця<sup>1</sup>  
 Український НДІ соціальної і судової психіатрії і наркології<sup>2</sup>

Мета дослідження: підвищення комплаєнсу за допомогою психокорекційних заходів особистісної спрямованості при проведенні антигіпертензивної терапії у пацієнтів із артеріальною гіпертензією

Матеріали та методи дослідження. Дослідження, спрямоване на розробку та впровадження психокорекційної програми для підвищення комплаєнсу, проводили в 2011–2013 рр. Всього обстежено 203 пацієнти з артеріальною гіпертензією, з них відібрано 150 пацієнтів з низьким та середнім комплаєнсом: 77 – для основної групи (брали участь у психокорекційній програмі та отримували гіпотензивну терапію) та 73 – для групи порівняння (отримували лише гіпотензивну терапію).

Результати та їх обговорення. Розроблена програма показала високу ефективність – у пацієнтів з основної групи дослідження виявлене достовірне підвищення комплаєнсу, збільшення рівня інтенсивності ставлення до здоров'я та зменшення частоти гіпертензивних кризів середнього ступеня тяжкості та тяжких, на відміну від групи порівняння ( $p < 0,05$ ).

Висновки. Дослідження результативності психокорекційної програми, впровадженої до комплексної терапії пацієнтів з артеріальною гіпертензією, свідчить про покращення комплаєнтності та оптимізацію контролю артеріального тиску, що значно збільшує ефективність лікування серед цього контингенту хворих.

**Ключові слова:** психокорекційна програма, комплаєнс, антигіпертензивна терапія, артеріальна гіпертензія.

Розвиток медичної науки і прогрес в галузі фармакології дали в руки співробітників системи охорони здоров'я інструменти, здатні значно збільшити тривалість життя пацієнтів, поліпшити якість їх життя або вилікувати захворювання [1]. Однак більше половини пацієнтів із хронічними захворюваннями не приймають призначених препаратів. Саме тому темою сучасних досліджень в галузі клінічної медицини та психології є проблема комплаєнсу.

Дослідження комплаєнсу, чинників, які його визначають, розробка та впровадження психокорекційних програм для пацієнтів є одним із шляхів покращення прихильності до терапії та, в результаті, до підвищення ефективності лікування артеріальної гіпертензії.

**Актуальність.** Серцево-судинні захворювання є однією з основних причин смертності в усьому світі. Згідно зі статистичними даними, близько 40% дорослих людей у світі мають підвищений артеріальний тиск (АТ) [2]. Як показали результати численних обсерваційних епідеміологічних досліджень та їх мета-аналізів, артеріальна гіпертензія (АГ) є чинником розвитку інсульту, всіх форм ішемічної хвороби серця, хронічної серцевої недостатності, хронічної ниркової недостатності, розшарування аорти та інших уражень екстракардіальних артерій [3].

За даними офіційної статистики Міністерства охорони здоров'я, на 1 січня 2011 року в Україні зареєстровано 12 122 512 хворих на АГ, що становить 32,2% дорослого населення країни [4]. Більше половини осіб, які лікуються, мають АТ понад 140/90 мм рт. ст., приблизно третина пацієнтів припиняють лікування, особливо протягом перших декількох місяців, а більшість приймає лише 50% призначених препаратів [5, 6].

Після призначення медикаментозного лікування проблемою стає рівень прихильності до терапії – комплаєнс. Низький комплаєнс погіршує якість життя пацієнтів, збільшує кількість госпіталізацій та призводить до підвищення збитків у системі надання медичної допомоги [7].

При лікуванні хронічних захворювань низький рівень комплаєнсу обумовлений такими чинниками, як довготривалість та позитивність призначеної терапії, часто безсимптомний перебіг хвороби, з приводу якої призначено лікування, а також певними соціально-демографічними факторами. Важливе значення у формуванні комплаєнсу мають особливості терапії, особистість лікаря та організація надання медичної допомоги [8, 9].

Психічний статус і особливості хворих, зокрема із початковими стадіями АГ, суттєво впливають на участь пацієнтів в немедикаментозній терапії [10]. Домінуючі

Таблиця 1. Структура психокорекційної програми підвищення комплаєнсу при проведенні антигіпертензивної терапії

№	Етап програми	Основні мішені та цілі етапу
<b>I. Стационарний етап психокорекції</b>		
1	Клініко-інформаційний етап	Забезпечення пацієнтів інформацією про захворювання та аспекти антигіпертензивної терапії. Психосвіта пацієнтів
2	Мотиваційне інтерв'ю	Забезпечення максимальної адаптації пацієнтів до лікувального процесу. Розробка плану трансформації способу життя
3	Визначення особистих труднощів, які заважають дотриманню терапії	Ідентифікація проблемних питань, пов'язаних з прийомом медикаментів і утриманням АТ на оптимальному рівні. Розробка шляхів подолання труднощів у процесі корекції способу життя і дотримання медикаментозної терапії
4	Вручення буклета з основною наданою інформацією	Забезпечення інформацією про зміст стационарного етапу програми. Надання рекомендацій щодо модифікації способу життя
<b>II. Амбулаторний етап психокорекції</b>		
1	Клініко-інформаційний етап (розширений)	Поглиблення знань пацієнтів щодо особливостей перебігу АГ та аспектів медикаментозної терапії
2	Мотиваційне інтерв'ю	Дослідження та психокорекція основних мотивів пацієнта для дотримання терапії та одужання
3	Складання програми трансформації способу життя	Обговорення з пацієнтами шляхів зміни способу життя із наданням їм максимальної свободи для прийняття індивідуального рішення. Модифікація способу життя: дотримання прийому препаратів, дієти, фізичної активності, припинення куріння, відмова від алкоголю та подолання стресу
4	Корекція ставлення до здоров'я	Формування свідомого розуміння необхідності лікування, бажання і спроможності виконувати медичні рекомендації та прагнення до здоров'я
5	Дихальна та нервово-м'язова релаксація	Навчання пацієнтів навичкам подолання стресу за допомогою дихальної та нервово-м'язової релаксації, зокрема для запобігання підвищенню АТ
6	Підтримка самоврядування пацієнтів з АГ	Підкреслення центральної ролі пацієнта в управлінні своєю хворобою. Використання ефективної підтримки стратегій самоврядування. Організація внутрішнього і суспільних ресурсів для забезпечення безперервної підтримки самоврядування для пацієнтів
7	Підтримувальний етап	Підтримка пацієнтів при впровадженні розробленого плану трансформації способу життя із корекцією труднощів, які виникають

рисі особистості пацієнта, а також тип суб'єктивного контролю визначають тип реагування на хворобу, обумовлюють формування внутрішньої картини хвороби та установку на лікування і дотримання медичних рекомендацій [11]. Наявні на сьогодні дослідження індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів із АГ, які впливають на прихильність до терапії, достатньо не описані у літературі для активного використання у практиці.

**Мета:** підвищення комплаєнсу пацієнтів з АГ при проведенні антигіпертензивної терапії за допомогою психокорекційних заходів особистісної спрямованості.

### Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводили на базі Олександрівської клінічної лікарні м. Києва, поліклініки № 2 Шевченківського району м. Києва, поліклініки № 3 Деснянського району м. Києва, Медичного центру «Адоніс плюс» у Києві з 2011 по 2013 рр. Всього обстежили 203 пацієнти з артеріальною гіпертензією, з них для участі в подальшому дослідженні відібрали 150 пацієнтів з низьким

та середнім комплаєнсом, 77 з них – для основної групи (отримували гіпотензивну терапію і брали участь у розробленій психокорекційній програмі особистісної спрямованості для підвищення комплаєнсу) та 73 – для групи порівняння (отримували лише гіпотензивну терапію).

**Методи дослідження.** Клініко-діагностична бесіда із заповненням карти клінічного та психодіагностичного обстеження пацієнта з артеріальною гіпертензією; шкала прихильності до лікування Morisky (MMAS); методика визначення тривожності Спілберґера – Ханіна; Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник; методика «Рівень суб'єктивного контролю»; методика «Індекс ставлення до здоров'я» (Дерябо С.Д., Ясвін В.А.).

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за використанням пакетів спеціалізованого програмного забезпечення (Statistica, Excel) за допомогою кореляційного і факторного аналізу й критеріїв перевірки статистичних гіпотез (Стьюдента, Фішера, хі-квадрат).

### Результати та їх обговорення

Серед пацієнтів з АГ була впроваджена і розроблена нами психокорекційна програма для підвищення комплаєнсу при лікуванні артеріальної гіпертензії. Ця програма розрахована на 1,5 року та інтегрована у процес терапії пацієнтів таким чином, щоб опосередковано впливати на систему комунікації пацієнта і лікаря.

Розроблена психокорекційна програма оптимізації комплаєнсу складається зі стационарного та амбулаторного етапів, структура яких наведена у таблиці 1.

Таблиця 2. Рівень комплаєнсу у пацієнтів основної групи та групи порівняння

Рівень комплаєнсу	Основна група (N=77)				Група порівняння (N=73)			
	на початку дослідження		у кінці дослідження		на початку дослідження		у кінці дослідження	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Високий	0	0	55	71,4	0	0	5	6,8
Середній	26	33,8	16	20,8	23	31,5	28	38,4
Низький	51	62,3	6	7,8	50	68,5	40	54,8
$\chi^2, p$	$\chi^2=92,9 p=0,0001$				$\chi^2=6,6 p=0,037$			



Таблиця 3. Рівень інтенсивності ставлення до здоров'я у пацієнтів основної групи та групи порівняння

Рівень інтенсивності ставлення до здоров'я	Основна група (N=77)				Група порівняння (N=73)			
	на початку дослідження		у кінці дослідження		на початку дослідження		у кінці дослідження	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Високий	5	6,5	47	61,0	1	1,4	4	5,5
Середній	32	41,6	28	36,4	50	68,5	53	72,6
Низький	40	51,9	2	2,6	22	30,1	16	21,9
$\chi^2, p$	$\chi^2=68,6; p=0,0001$				$\chi^2=2,8; p=0,242$			

Таблиця 4. Частота гіпертензивних кризів середнього ступеня тяжкості і тяжких протягом року у пацієнтів основної групи та групи порівняння

Частота гіпертензивних кризів	Основна група (N=77)				Група порівняння (N=73)			
	на початку дослідження		у кінці дослідження		на початку дослідження		у кінці дослідження	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Немає	7	9,1	42	54,5	4	5,5	8	11,0
Рідко	39	50,6	30	39,0	32	43,8	35	47,9
Часто	31	40,2	5	6,5	37	50,7	30	41,1
$\chi^2, p$	$\chi^2=44,9; p=0,0001$				$\chi^2=2,2; p=0,333$			

У 71,4% пацієнтів основної групи після участі в психокорекційній програмі виявлено високий рівень комплаєнсу. Також встановлено значне зменшення питомої частки пацієнтів із 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 був у 6,8%, середній – у 38,4%, низький – у 54,8%). Цей розподіл представлений у таблиці 2.

Після завершення програми було виявлено збільшення рівня інтенсивності ставлення до свого здоров'я у пацієнтів основної групи, що представлено у таблиці 3. Високий рівень ставлення до здоров'я після участі в програмі виявили у 61,0% пацієнтів, порівняно з 6,5%, які визначалися до психокорекції ( $p < 0,05$ ). Середній рівень був у 36,4% (порівняно з 61,6%), низький – у 2,6% учасників (порівняно з 51,9%). У пацієнтів групи порівняння рівень ставлення до здоров'я майже не змінився: високий був у 5,5% в кінці дослідження (на початку у 1,4%), середній – у 72,6% в кінці (на початку у 68,5%), низький рівень – у 21,9% (на початку у 30,1%).

Через рік після початку участі в психокорекційній програмі серед учасників основної групи виявлено переважання частки пацієнтів, у яких гіпертензивні кризи відсутні – 54,5% (до участі 9,1%); помірне зменшення питомої частки хворих, у яких гіпертензивні кризи траплялися рідко (1–2 рази на рік) – 39,0% (до участі 50,6%); та значне зменшення кількості пацієнтів з частими гіпертензивними кризами (3 і більше разів на рік) – 6,5% (до участі 40,2%). У групі порівняння, серед пацієнтів, які не брали участі у програмі, частота гіпертензивних кризів залишилась майже без змін. Результати наведені у таблиці 4.

Підвищення рівня комплаєнсу, збільшення рівня інтенсивності ставлення до здоров'я, зменшення частоти гіпертензивних кризів свідчать про ефективність пси-

хокорекційної програми особистісної спрямованості для підвищення комплаєнсу при лікуванні АГ.

## Висновки

Досягнення регулярного контролю АТ є важливе для запобігання виникненню та розвитку серцево-судинних захворювань та зниження смертності. Низький комплаєнс є однією з основних причин недостатньої ефективності лікування артеріальної гіпертензії. Розроблені на сьогодні програми оптимізації комплаєнсу при проведенні антигіпертензивної терапії не орієнтовані на психологічні та особистісні особливості пацієнтів.

Нами розроблена та впроваджена у клінічну практику психокорекційна програма особистісної спрямованості для підвищення комплаєнсу пацієнтів з АГ, спрямована на формування свідомого розуміння необхідності лікування, виконання медичних рекомендацій та прагнення до здоров'я.

Впровадження розробленої психокорекційної програми серед пацієнтів з гіпертонічною хворобою забезпечило досягнення оптимальної прихильності до лікування, підвищення рівня інтенсивності ставлення до здоров'я та зменшення частоти гіпертензивних кризів, що сприяло поліпшенню ефективності контролю артеріальної гіпертензії.

## Список використаної літератури

1. Плавинский С. Л. Мероприятия по усилению приверженности терапии / С. Л. Плавинский. – Москва, 2007. – 48 с.
2. Москаленко В. Ф. Гипертония как медико-социальная проблема: масштабы и тенденции поширения, наследки, стратегии борьбы / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева // Материали Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Всесвітньому дню здоров'я 2013 р. // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2013. – № 1 (21) – С. 28–39.
3. Амосова Е. Н. Новые возможности снижения кардиоваскулярного риска у больных артериальной гипертензией / Е. Н. Амосова // Здоров'я України. – 2005. – № 22 (131). – С. 17.
4. Наказ МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії» від 24.05.2012 р. № 384.
5. Adherence to pharmacologic management of hypertension / R. Feldman [et al.] // Can. J. Public Health. – 1998. – V. 89. – P. 116–118.
6. Haynes R. B. Helping patients follow prescribed treatment / R. B. Haynes, H. P. McDonald, A. X. Garg // JAMA – 2002. – Vol. 288 (22). – P. 2880–2883.
7. The economic consequences of noncompliance in cardiovascular disease and related conditions: a literature review / N. Muszbek [et al.] // International Journal of Clinical Practice. – 2008. – V. 62 (2). – P. 338–351.
8. Suliman A. Systematic Review of Patient Self-Reported Barriers of Adherence to Antihypertensive Medications Using the World Health Organization Multidimensional Adherence Model / A. Suliman, A. Christine, A. Hughe // The Journal of Clinical Hypertension. – 2012. – V. 14. – P. 877–886.
9. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003. – Medical. – 198 p.
10. Таравкова И. А. Психологические предикторы участия больных с начальными стадиями гипертонической болезни в немедикаментозной терапии: автореф. дис. на соискание научной степени канд. мед. наук: 19.00.04 / И. А. Таравкова; Российский Университет дружбы народов. – М., 1992. – 19 с.
11. Медична психологія: підруч. для студ. вищ. навч. закл. / С. Д. Максименко [та ін.]; за заг. ред. акад. С. Д. Максименка. – Вид. 2-ге. – Вінниця: Нова книга, 2010. – 515 с.

## ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КОМПЛАЕНСА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ: РАЗРАБОТКА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ

Л.Е. Трачук, С.Г. Сахно, Н.В. Береза

**Ключевые слова:** психокоррекционная программа, комплаенс, антигипертензивная терапия, артериальная гипертензия.

Цель исследования: повышение комплаенса при проведении антигипертензивной терапии при помощи психокоррекционных мероприятий личностной направленности для пациентов с артериальной гипертензией.

Материалы и методы исследования. Исследование, направленное на разработку и внедрение психокоррекционной программы для повышения комплаенса проводилось в 2011–2013 гг. Всего обследовано 203 пациента с артериальной гипертензией, из них отобрано 150 пациентов с низким и средним комплаенсом: 77 – для основной группы (принимали участие в психокоррекционной программе и получали гипотензивную терапию) и 73 – для группы сравнения (получали только гипотензивную терапию).

Результаты и их обсуждение. Разработанная программа показала высокую эффективность – у пациентов из основной группы выявлено достоверное повышение комплаенса, увеличение интенсивности отношения к здоровью и уменьшение частоты гипертензивных кризов средней степени тяжести и тяжелых, в отличие от группы сравнения ( $p < 0,05$ ).

Выводы. Исследование результативности внедренной в комплексную терапию пациентов с артериальной гипертензией психокоррекционной программы свидетельствует об улучшении комплаентности и оптимизации контроля артериального давления, что значительно повышает эффективность лечения данного контингента больных.

## PSYCHOCORRECTIVE PROGRAM TO IMPROVE THE COMPLIANCE WITH ANTIHYPERTENSIVE THERAPY: DEVELOPMENT AND EFFECTIVENESS

L.E. Trachuk, S.G. Sachno, N.V. Bereza

**Key words:** psychocorrective program, compliance, antihypertensive therapy, arterial hypertension.

Objective: to improve compliance with antihypertensive therapy with the help of psychocorrective program of personal direction for hypertensive patients.

Materials and methods. The research aimed at developing and implementing of psychocorrective program to improve compliance conducted in 2011–2013. The sample of 203 patients with hypertension was examined, of which we selected 150 patients with low and medium compliance: 77 – for the main group (participated in the program and receive antihypertensive therapy) and 73 – for the comparison group (received only antihypertensive therapy).

Results. Approved program showed its high efficiency in improving compliance, increasing the level of intensity of attitude to health and reducing the frequency of hypertensive crises in the main group of patients, unlike the comparison group ( $p < 0,05$ ).

Conclusions. The study of effectiveness of psychocorrective program embedded in a comprehensive curative of hypertensive patients indicates an improvement of compliance and optimizing blood pressure control, which greatly increases the efficiency of the treatment of these patients.

UDK 616.89-008:617.7-001.4

Ts. Abdryahimova

## TYPES OF STRATEGIES FOR COPING WITH TRAUMATIC GENESIS BY PATIENTS WITH PARTIAL LOSS OF VISUAL PERCEPTION IN THE CONTEXT OF NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

Ukrainian Scientific and Research Institute of the Social and Forensic Psychiatry and Addictology of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv

**Key words:** partial vision loss of traumatic genesis, nonpsychotic mental disorders, coping strategies.

On the basis of clinical psychopathology and psycho-diagnostic survey 400 patients with partial loss of traumatic origin (PLTO) investigated the characteristics of their coping strategies. It was found out that patients with non-psychotic mental disorders (NMD) due to PLTO hold the prevalence of non-constructive coping strategies, namely, cognitive-destructive, aggressive and emotional conflict types, reflecting their negative role in the genesis of the NMD in these patients. In contrast to patients with NMD, people with no PLTO of NMD demonstrated the predominance of constructive coping strategies in the form of cognitive stimulation, behaviorally and emotionally-activity determined types, which in this case are defensive mechanism that prevents the development of NMD. The findings lead to the conclusion that there is an unused adaptive resource of overcoming in patients with NMD, to revitalize which should be directed therapeutic effects in treatment of these patients.

According to the World Health Organization visual organ disorder is considered to be a permanent or temporary impairment of the sense of vision, lasting during significant time period, it restrains the capability of a person to fulfill one or several types of main activities and can be exacerbated by economic and social conditions [1].

Partial loss of visual perception caused by a trauma in adult age can be accompanied by emotional and social consequences, which influence both psychophysiological state of the individual and his interaction within a family and society; it also limits the life perspectives of a person (desired education, job placement, finding a partner etc.). As a result,

acute stress reactions occur, followed by negative emotional stress, disablement awareness and finally by the development of the borderline mental disorder [2].

At the present moment patients with the partial loss of visual perception have high level of physical and intellectual ability to work, that is socially needed [1]. At the same time the important issue is to study how people with partial loss of visual perception overcome visual obstacles and to define specific nature of coping strategies.

Contemporary scientific researchers consider coping strategies to be the behavior that allows an individual to cope with stress or difficult situation by conscious actions in

Table 1. Structure of behavioral coping strategies in the patients

Type of coping behavior/ strategy	MG			CG		
	N	%	± m	N	%	± m
<b>Cognitive coping strategies (n=200)</b>						
Ignoring	36	6,0	2,4	6	1,0	1,0
Humility	33	5,5	2,3	9	1,5	1,2
Dissimulation	39	6,5	2,5	6	1,0	1,0
Self-control	6	1,0	1,0	51	8,5	2,8
Problem analysis	6	1,0	1,0	51	8,5	2,8
Relativity	9	1,5	1,2	6	1,0	1,0
Religiosity	18	3,0	1,7	9	1,5	1,2
Confusion	33	5,5	2,3	6	1,0	1,0
Adding sense	12	2,0	1,4	6	1,0	1,0
Detection of own importance	8	1,3	1,1	50	8,3	2,8
<b>Emotion focused coping strategies (n=200)</b>						
Protest	12	2,0	1,4	63	10,5	3,1
Emotional release	9	1,5	1,2	12	2,0	1,4
Emotional suppression	39	6,5	2,5	9	1,5	1,2
Optimism	6	1,0	1,0	66	11,0	3,1
Passive cooperation	9	1,5	1,2	12	2,0	1,4
Submission	39	6,5	2,5	12	2,0	1,4
Self-reproach	45	7,5	2,6	12	2,0	1,4
Aggression	41	6,8	2,5	14	2,3	1,5
<b>Behavioral coping strategies (n=200)</b>						
Distractibility	18	3,0	1,7	6	1,0	1,0
Altruism	18	3,0	1,7	60	10,0	3,0
Active digression	57	9,5	2,9	9	1,5	1,2
Compensation	18	3,0	1,7	3	0,5	0,7
Constructive activity	18	3,0	1,7	6	1,0	1,0
Digression	45	7,5	2,6	6	1,0	1,0
Collaboration	15	2,5	1,6	54	9,0	2,9
Appeal	11	1,8	1,3	56	9,3	2,9

ways appropriate to personal characteristics and situations. It is a conscious behavior aimed at the change of the situation (if the situation can be controlled), or adaptation to it (if the situation cannot be controlled). Lack of adequate coping strategies causes adverse effects on productivity, health and well-being of the individual [3–5].

Therefore, to study and single out the types of coping strategies among patients with partial loss of visual perception caused by trauma and to determine their role in the development of the borderline mental disorder among these patients, on condition that there is an informed consent in compliance with the principles of bioethics and ethics by random selecting after ophthalmic intervention and finding out amount and prediction of the loss of visual perception, screening test of 600 persons with partial loss of visual perception was conducted. All patients had an acute stress reaction.

During three months after hospital discharge while passing the Master of Science in Epidemiology and Biostatistics (MSEB) clinical and psychopathological examination of patients was conducted and as a result two study groups were defined: main group (MG) included 200 patients, who after traumatic events resulted in a partial loss of visual perception with the diagnosis of borderline mental disorder and control group (CG) consisted of 200 persons with the mental state, corresponding to «conventional norm.»

The following criteria were not included to the study: lack of informed consent, a history of mental and behavioral disorders or psychotic disorders at the moment of examination, the presence of evident somatic diseases that may affect the mental state of the patient.

Nosologic structure of the diagnosed borderline mental disorder was presented by mental and behavioral disorders of the cluster F43, reaction to stress and adaptive disorders with the domination of the mixed anxiety-depressive reaction F43.22 (97 persons, 48.5% of the MG), approximately one third of patients had prolonged depressive reaction F43.21 (44 persons, 22 % of the MG) adaptive disorder with prevalence of disorders of other emotions F43.23 (29 people, 14.5 % of the MG, 23 (11.5 %) patients had post-traumatic stress disorder F43.1 and 7 (3.5 %) patients had adaptive disorder with mixed emotions and behavior disorders F43.25.

Coping strategies were studied using technique of psychological diagnosis of coping behavior of E. Heim [6] and as a result on the basis of generalization and qualitative and quantitative analysis of clinical- psychopathological and psychodiagnostic studies they were divided into types in terms of the borderline mental disorder by these persons.

Results of the study of the coping behavior structure among examined patients are represented in the table1, which shows that in the MG among cognitive coping strategies ignoring 36 (6,0±2,4 %), humility 33 (5,5±2,3 %),

Table 2. Adaptation types of behavioral coping strategies in the patients

Type of coping behavior/ strategy	MG (n=200)			CG (n=200)		
	N	%	± m	N	%	± m
<b>Cognitive</b>						
Self-control	6	3,0	1,7	51	25,5	4,4
Problem analysis	6	3,0	1,7	51	25,5	4,4
Detection of own importance	8	4,0	2,0	50	25,0	4,3
<b>Emotional</b>						
Protest	12	6,0	2,4	63	31,5	4,6
Optimism	6	3,0	1,7	66	33,0	4,7
<b>Behavioral</b>						
Altruism	18	9,0	2,9	60	30,0	4,6
Collaboration	15	7,5	2,6	54	27,0	4,4
Appeal	11	5,5	2,3	56	28,0	4,5

Note: – number of patients with adaptation type of coping behavior and their part in total sample.

Table 3. Relative adaptation types of coping strategies in the patients

Type of coping behavior/ strategy	MG (n=200)			CG (n=200)		
	N	%	± m	N	%	± m
<b>Cognitive</b>						
Relativity	9	4,5	2,1	6	3,0	1,7
Religiosity	18	9,0	2,9	9	4,5	2,1
Adding sense	12	6,0	2,4	6	3,0	1,7
<b>Emotional</b>						
Emotional release	9	4,5	2,1	12	6,0	2,4
Passive cooperative	9	4,5	2,1	12	6,0	2,4
<b>Behavioral</b>						
Distractibility	18	9,0	2,9	6	3,0	1,7
Compensation	18	9,0	2,9	3	1,5	1,2
Constructive activity	18	9,0	2,9	6	3,0	1,7

Note: – number of patients with adaptation type of coping behavior and their part in total sample.

Table 4. Non-adaptation types of coping strategies in the patients

Type of coping behavior/ strategy	MG (n=200)			CG (n=200)		
	N	%	± m	N	%	± m
<b>Cognitive</b>						
Ignoring	36	18,0	3,8	6	3,0	1,7
Submission	33	16,5	3,7	9	4,5	2,1
Dissimulation	39	19,5	4,0	6	3,0	1,7
Confusion	33	16,5	3,7	6	3,0	1,7
<b>Emotional</b>						
Emotional suppression	39	19,5	4,0	9	4,5	2,1
Humility	39	19,5	4,0	12	6,0	2,4
Self-reproach	45	22,5	4,2	12	6,0	2,4
Aggression	41	20,5	4,0	14	7,0	2,6
<b>Behavioral</b>						
Active digression	57	28,5	4,5	9	4,5	2,1
Digression	45	22,5	4,2	6	3,0	1,7

Note: – number of patients with adaptation type of coping behavior and their part in total sample.

dissimulation 39 (6,5±2,5 %), confusion 33 (5,5±2,3 %) prevailed. And in the CG, respectively, maintaining composure 51 (8,5±2,8 %), problematic analysis 51 (8,5±2,8 %), setting own values 50 (8,3±2,8 %) (p ≤0,05). Among

the emotional coping strategies by patients of the MG the suppression of emotions 39 (6,5±2,5 %), submission 39 (6,5±2,5 %), self-blame 45 (7,5±2,6 %), aggressiveness 41 (6,8±2,5 %) prevailed. In turn in the CG respectively protest 63 (10,5±3,1 %), optimism 66 (11,0±3,1 %) (p ≤0,05) prevailed. Among behavioral coping strategies in patients of the MG the active avoidance 57 (9,5±2,9%), digression 45 (7,5±2,6 %) were prevalent, in the CG, respectively altruism 60 (10,0±3,0 %), cooperation 54 (9,0±2,9 %), treatment 56 (9,3±2,9 %) (p ≤0,05).

Differential analysis of the structure of coping behavior in the patients allowed finding the regularity of dividing behavior of patients of different groups depending on their adaptation level. The results of studying division of adaptation types of coping behavior are provided in the table 2, which shows that among the patients with coping behavior prevailed the patients of the CG, especially according to cognitive component: Self-control – MG – 6 (3.0 %), CG – 51 (25.5 %), Problem analysis – MG – 6 (3.0 %), CG – 51 (25.5%), Detection of own importance – MG 8 (4.0 %), CG – 50% (25.0 %); according to emotional component: Protest – MG – 12 (6.0 %), CG – 63 (31.5 %), Optimism – MG – 6 (3.0 %), CG – 66 (33.0 %); according to behavior component: Altruism – MG – 18 (9.0 %), CG – 60 (30.0 %), Collaboration – MG – 15 (7.5 %), CG – 54 (27.0 %), Appeal – MG – 11 (5.5 %), CG – 56 (28.0 %) (p≤0,05).

Studying division of relative adaptation types of coping behavior proved their similar representation among the patients with partial loss of visual perception of traumatic genesis and significant differences in some types (table 3). Among cognitive coping strategies there have been found some differences in religiosity between patients from different groups: (in the patients from the MG – 18 (9.0 %), CG – 9 (4.5 %)), among behavioral strategies – in Distractibility – 18 (9.0 %) MG, 6 (3.0 %) CG, Compensation – 18 (9.0 %) MG, 3 (1.5 %) CG and Constructive activity – 18 (9.0 %) MG, 6 (3.0 %) CG (p≤0,05). In whole relative adaptation coping strategies have been used by the patients of the MG more often than by the patients of the CG, which shows that patients with borderline mental disease keep adaptation capabilities but have limitations in use.

Analysis of division of non-adaptation types of coping behavior revealed their prevalence in all types of cognitive, emotional and behavioral components, i.e. ignoring, submission, dissimulation, confusion, emotional suppression, self-reproach, aggression, active digression, digression in the patients of the MG (p≤0,05) (Table 4).

Consequently, according to the results of research differentiation of the coping strategies in the patients of different groups have been specified: patients of the CG applied constructive strategies, and patients of the MG – non constructive types (p≤0,05).

Based on analysis and general conclusion we have singled out types of coping strategies characteristic for the patients.

The following types of constructive behavior have been characteristic for the patients of the CG:

- *Cognitive stimulation type*, which is characterized by the orientation on stress coping by means of cognitive analysis and choosing way of its coping;



- *Behavior-activity type*, the main feature of which was self-orientation on problem solving activities with the desire to rely on oneself and refusal from the help of other people;
- *Emotional-decisive type*, where patients in the process of choosing constructive coping strategy have feeling of guilt to the relatives for their «weakness», fear of being a burden to others and a desire to demonstrate their own abilities.

Among the patients of the MG with non-constructive behavior, the following types have been singled out:

- *Cognitive-destructive*, in which cognitive processing of information of individual led to realizing their inability and helplessness, which caused intrapersonal neurotic;
- *Aggressive conflict*, in which patients felt resentment against the unfairness of fate, anger and aggression towards others, resting responsibility on the others for what happened to them, which was accompanied by a refusal to adapt to new conditions of life with distinct demonstration of conflict behavior;
- *Emotional-disadaptive type*, which is characterized by impulsivity and amplitude of negative emotional and behavioral reactions beginning from the demonstration of vigorous activity with evident negative emotional experience to the complete inaction and spontaneous desire to avoid solving any problem.

Thus, it can be noted that among the patients with borderline mental disorder as a result of partial loss of visual perception non-constructive coping strategies prevail, namely, cognitive-destructive, aggressive-conflict and emo-

tional-disadaptive types, indicating on their negative role in the genesis of the borderline mental disorders of these patients. In contrast to the patients with borderline mental disorder, people with partial loss of visual perception caused by trauma without borderline mental disorder showed no preference to constructive coping strategies as cognitive-stimulation, behavioral-activity and emotional-decisive types, which in this case serve as a defensive mechanism for the development of borderline mental disorder. Meanwhile, the results allow drawing a conclusion concerning existence of unused adaptation of coping resources in the patients of the MG, which should be activated by means of psychotherapeutic influence in the process of combination treatment of the present category of patients.

## References

1. *Vision-Specific Distress and Depressive Symptoms in People with Vision Impairment / G. Rees, H. W. Tee, M. Marella [et al.] // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. – June 2010. – Vol. 51. – № 6. – P. 2891 – 2896.*
2. *Абдрахімова Ц. Б. Роль копінг-поведінки в розвитку неспсихотичних психічних розладів у осіб з частковою втратою зору травматичного генезу / Ц. Б. Абдрахімова // Український вісник психоневрології. – 2013. – № 2. – С. 68 – 72.*
3. *Залуцкий И. Л. Проблема копінг-поведения в работах отечественных и зарубежных исследователей / И. Л. Залуцкий, Л. М. Махнач // Онкологический журнал. – 2009. – Т. 3, № 3 (11). – С. 81 – 87.*
4. *Иванова Е. А. Психологические факторы преодоления жизненных трудностей инвалидами по зрению: автореф. дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.10 / Е. А. Иванова. – Учреждение Российской академии образования «Институт коррекционной педагогики». – Москва, 2010. – 22 с.*
5. *Карвасарский Б. Д. Клиническая психология: Учебник для вузов. 4-е изд. / Б. Д. Карвасарский. – СПб-Питер, 2011. – 864 с.*
6. *Совладающий интеллект: человек в сложной жизненной ситуации / А. В. Либина. – М.: Эксмо, 2008. – 400 с.*

### ТИПОЛОГИЯ СТРАТЕГИЙ ПРЕОДОЛЕНИЯ У ЛИЦ С ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗРЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА В АСПЕКТЕ РАЗВИТИЯ У НИХ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Ц.Б. Абдрахімова

**Ключевые слова:** частичная потеря зрения травматического генеза, неспсихотические психические расстройства, стратегии преодоления.

На основе клинико-психопатологического и психодиагностического обследования 400 больных с частичной потерей зрения травматического генеза (ЧПЗТГ) исследованы особенности их стратегий преодоления. Установлено, что у лиц с неспсихотическими психическими расстройствами (НПР) вследствие ЧПЗТГ имеет место превалирование неконструктивных стратегий преодоления, а именно, когнитивно-деструктивного, агрессивно-конфликтного и эмоционально-дезадаптивного типов, что свидетельствует об их негативной роли в генезе НПР у этих больных. В отличие от пациентов с НПР, лица с ЧПЗТГ без НПР демонстрировали преобладание конструктивных стратегий преодоления в виде когнитивно-стимулирующего, поведенчески-деятельного и эмоционально-решительного типов, которые в данном случае становятся дефензивным механизмом, препятствующим развитию НПР. Полученные данные позволяют сделать вывод о наличии неиспользованного адаптивного ресурса преодоления у пациентов с НПР, на активизацию которого должны быть направлены психотерапевтические воздействия в комплексном лечении данной категории пациентов.

### ТИПОЛОГИЯ СТРАТЕГИЙ ПОДОЛАННЯ В ОСІБ З ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ В АСПЕКТІ РОЗВИТКУ У НИХ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Ц.Б. Абдрахімова

**Ключові слова:** часткова втрата зору травматичного генезу, неспсихотичні психічні розлади, стратегії подолання.

На основі клініко-психопатологічного та психодіагностичного обстеження 400 хворих з частковою втратою зору травматичного генезу (ЧПЗТГ) досліджено особливості їх стратегій подолання. Встановлено, що в осіб з неспсихотичними психічними розладами (НПР) внаслідок ЧПЗТГ має місце превалювання неконструктивних стратегій подолання, а саме когнитивно-деструктивного, агресивно-конфліктного і емоційно-дезадаптивного типів, що свідчить про їх негативну роль у генезі НПР у цих хворих. На відміну від пацієнтів з НПР, особи з ЧПЗТГ без НПР демонстрували переважання конструктивних стратегій подолання у вигляді когнітивно-стимулюючого, поведінково-діяльсного та емоційно-рішучого типів, які в даному випадку стають дефензивним механізмом, що перешкоджає розвитку НПР. Отримані дані дозволяють зробити висновок про наявність невикористаного адаптивного ресурсу подолання у пацієнтів з НПР, на активізацію якого повинні бути спрямовані психотерапевтичні дії в комплексному лікуванні даної категорії пацієнтів.

УДК 159.923.3:316.6

## Н.Г. Пшук, М.В. Коваленко, І.В. Коваленко ЩОДО ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ У СТУДЕНТІВ З ПЕРФЕКЦІОНІЗМОМ У МЕДИЧНИХ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця

**Ключові слова:** перфекціонізм, копінг-стратегія, стрес.

Перфекціонізм є особистісним чинником, що впливає на адаптацію студентів, визначає рівень стійкості до стресу, формування адаптивних або дезадаптивних копінг-стратегій, розвиток тривожних та депресивних станів, призводить до соціальної фрустрації.

Дослідження вітчизняних та зарубіжних авторів доводять, що рівень стійкості до стресу, формування адаптивних або дезадаптивних стратегій подолання стресу, розвиток дезадаптивних станів та соціальної фрустрації при неефективних копінг-стратегіях впливають безпосередньо на ефективність навчального процесу у студентів та подальшу адаптацію майбутніх молодих фахівців до самостійної професійної діяльності. [1]

І.В. Туркова (2005) дослідила феномен самоактуалізації особистості студентів у період навчання в медичному вищому навчальному закладі (ВНЗ). При цьому автор зазначає, що період навчання в ВНЗ співпадає з першим періодом зрілості (18–25 років), що є важливим етапом розкриття, ускладнення всіх аспектів особистості. Цей віковий період пов'язаний як з отриманням професійних знань, так і зі здійсненням важливих індивідуально-особистісних та соціальних виборів, процесом самоактуалізації [2].

Л.М. Ковальова (2010) при дослідженні особливостей стресових станів у студентів медичних коледжів виявила, що студенти в більшості випадків мають середній рівень стресостійкості, тільки 10% мали високий рівень тривожності, високий рівень фрустрації, низьку самооцінку, намагалися уникати труднощів та боялися невдач. Найбільш стресогенною була сфера побуту та внутрішнього спокою. Серед причин виникнення стресів найбільш типовими були: відмінності від загальноосвітньої школи організації навчального процесу, підвищений темп навчальної діяльності, великий обсяг навчального матеріалу, зміна звичного середовища [3].

Я.Г. Евдокимова (2008), досліджуючи інтерперсональні фактори емоційної дезадаптації студентів, виявила, що студентська популяція має високий рівень емоційної дезадаптації, що проявлялося у високих рівнях депресії, тривоги, суїцидальної спрямованості та рівня стресу. У виникненні емоційної дезадаптації значну роль відігравали інтерперсональні чинники – рівень соціальної підтримки, розміри соціальної мережі, особливості сімейних комунікацій [4].

Дослідження тривожних та депресивних станів у студентів медичних ВНЗ, проведене в 2003 році К.Р. Брагіною, показало закономірність між невротичними реакціями, реакціями адаптації та тривалістю навчання: рівень тривожності та депресії виходив за межі психо-

логічної норми у 81,82% студентів 1-го курсу, 42,63% – 4-го курсу, 46,17% – 6-го курсу [5].

Ю. Форня (2013) при аналізі стану здоров'я студентів-стоматологів 2-го курсу з урахуванням життєвих подій, рівня психологічної кризи було встановлено, що у понад 50% показник життєвих змін визначено як серйозна криза, при цьому 75% студентів обирали асоціальну стратегію подолання стресу [6].

Л.А. Данилевич (2010) при дослідженні перфекціонізму академічно обдарованих студентів в українському контексті було виявлено специфічність структури даної якості. Результати типологічного аналізу показали, що функціональний перфекціонізм та низький рівень дисфункціональних компонентів перфекціонізму сприяють прояву академічної обдарованості. Дисфункціональні тенденції перфекціонізму у поєднанні з орієнтацією на високі стандарти при певному відставанні організованості перешкоджає прояву академічної обдарованості. Важливим став висновок, що не проявили академічну обдарованість студенти без ознак перфекціонізму як такого [7].

Високий рівень перфекціонізму, як правило, притаманний студентам ВНЗ, має пряму кореляцію з різними психологічними та психіатричними проблемами (Гаранян Н.Г. та співавт., 2009) [8].

Г.Б. Абасова та співавтори (2012) при дослідженні студентів-медиків виявили, що в середньому 79% студентів мали тривожно-депресивні розлади або ризик виникнення депресії. Порівняльний аналіз показав переважання тривожно-депресивних розладів у студентів 1-го курсу (93%) порівняно з 4-м (78%) та 6-м курсом (65%), що автори пояснюють реакцією періоду адаптації на зміну образу життя, підвищенням розумових, емоційних та фізичних навантажень [9, 10].

У студентів-медиків у Великій Британії психічні розлади було виявлено у 25% випадків, показники поширеності депресії – в діапазоні 14–24% [11].

Також ряд авторів вважає, що психічні розлади під час навчання прогнозують у подальшому проблеми у лікарів [12].

Адаптивні можливості організму є інтегральним критерієм здоров'я, тому що адаптація відображує зв'язок організму з оточуючим середовищем та визначає ризик розвитку захворювань та рівень здоров'я [13]. Великі інформаційне навантаження, гіподинамія, нер-

вово-емоційне напруження, несприятливі екологічні умови впливають на функціональний стан, працездатність та здоров'я студентів. Здоров'я багато в чому залежить від соціокультурних та психологічних факторів [14]. Тривала дестабілізуюча дія соціально-фруструючих факторів формує напруження адаптивних механізмів і часткову дезадаптацію (передхвороба), що при не ефективних стратегіях подолання стресу і відсутності соціальної підтримки призводить до тотальної психічної дезадаптації (хвороби) і як наслідок – до зниження якості життя. Протягом останніх 10 років загальна захворюваність студентської молоді збільшилася більше ніж на третину, за роки навчання у ВНЗ число здорових студентів скорочується в середньому на 25,9%, а хронічно хворих – збільшується на 20% [15].

М. Sevelev, К. Rice (2010) провели дослідження ролі перфекціонізму в психологічній адаптації студентів долікарської підготовки, які мають більший рівень психологічного стресу через високі вимоги навчання порівняно з однолітками. Було досліджено дві форми перфекціонізму – з переважанням встановлення особистих стандартів та з переважанням самокритичності. Дослідники пов'язують високі рівні депресії та тривоги у студентів-медиків з самокритичністю в структурі перфекціонізму, при цьому перфекційна конструкція характеризується самокритичною поведінкою або думками, нездатністю визнати досягнення та успіхи, побоюваннями з приводу очікувань інших людей. Автори виявили взаємозв'язок депресії, тривоги та перфекціонізму з переважанням самокритичності, що, на думку авторів, може пояснити психологічне неблагополуччя у студентів [16]. На відміну від самокритичності, установка високих стандартів і цілей зумовлює особисту досконалість стандартів [17]. Відсутність самокритики позитивно корелює з ефективністю навчання та академічною інтеграцією в коледжі [18].

Л. Bimanand, К. Sayehmiri, Н. Payman, А. Khosravi (2012) провели дослідження перфекціонізму, депресії та академічної успішності 200 студентів медичних ВНЗ Ірану. При дослідженні депресії не виявлено статистично значимих відмінностей залежно від статі, галузі освіти, факультету та семестру. При вивченні феномену перфекціонізму виявлено значимі взаємозв'язки між статтю та деякими підшкалами перфекціонізму. Виявлено негативну кореляцію між депресією та батьківським критицизмом, що суттєво впливало на академічну успішність [19].

В дослідженні R. Tyssen та соавторів (2007) доведено, що студенти з підвищеною сумлінністю та невротизацією були особливо схильні до ризику стресів під час медичного навчання [20]. Крім того, сумлінність була пов'язана з адаптивним перфекціонізмом, а невротизм – з неадекватним перфекціонізмом. Неадаптивний перфекціонізм у студентів-медиків корелював з такими психологічними розладами, як депресія, безнадія та суїцидальні думки [21].

Було проведено дослідження впливу медитації на прояви стресу, тривожності, депресії, перфекціоністського мислення у студентів медичного коледжу. Групи

медитації показали значне зниження за всіма параметрами [22].

М.В. Ларских, С.В. Ларских (2012) провели дослідження зв'язку перфекціонізму та депресії у 100 студентів 5-го курсу Воронежської державної медичної академії. При цьому було виявлено, що за шкалою MPS-H високі рівні перфекціонізму мали 60% студентів, середній – 30%, низький – 10%; симптоми депресивних розладів за шкалою Бека виявлено у 80% досліджуваних; виявлено помірний кореляційний зв'язок між перфекціонізмом та депресією; показники депресії корелювали з такими параметрами перфекціонізму, як сприйняття інших людей як таких, що делегують високі очікування (при постійному порівнянні себе з іншими), селектування інформації про власні невдачі і помилки, соціально зумовлений перфекціонізм, поляризоване мислення – «все або нічого». Чинниками дезадаптивних депресивних станів студентів були: з одного боку – виражена дисгармонійна потреба відповідати очікуванням оточуючих людей і отримувати таким чином їх схвалення і прийняття; з іншого – у всіх ситуаціях ревниво і вороже порівнювати свої результати з досягненнями інших людей; не вміння радіти успіхам оточуючих, які служать для них лише нагадуванням про власну нікчемність; виражена тенденція до застрягання на негативних переживаннях зі схильністю довго пам'ятати свої промахи і невдачі; фіксація на своїх недоліках, забуваючи про достоїнства і досягнення; виражена тенденція до дихотомічності оцінки результату власної діяльності та до її планування за типом «все або нічого», схильність відмовлятися від нових починань через страх не зробити все «ідеально». Дослідники отримали також неочікуваний результат, що перфекціонізм, спрямований на інших, у студентів мав негативний кореляційний зв'язок з депресією, тобто чим більш високі вимоги пред'являв студент до інших людей – тим менше був показник депресії. Автори дійшли висновку, що чинниками розвитку депресивних станів у студентів-медиків є не високі вимоги до себе і оточуючих людей, а наявність дисфункціональних когнітивних схем і спотворення соціальної перцепції інших людей [23]. В подальшому автори розробили психокорекційну програму з використанням православної психології про формуванні духовного компоненту конструктивного типу перфекціонізму студента медичної академії [24].

Стан здоров'я студентів, шляхи його збереження та поліпшення – актуальна проблема, що потребує комплексного підходу [13]. Дослідження перфекціонізму у студентів-медиків були проведені вченими з позицій багатовимірних моделей. Дослідження в цій галузі, як правило, зосереджені на проблемі нормальних та патологічних перфекційних особистісних тенденцій та їх взаємозв'язку з адаптаційними механізмами і можливістю подолання стресів, притаманних навчальному процесу студентів медичних ВНЗ.

## Список використаної літератури

1. Кожина А.М. та співав., Гуляс І.А., 2007,2012, Ковальова Л.М.,2010
2. Туркова И.В. Самоактуализация личности студентов в период обучения в медицинском вузе: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.13. – СПб., 2005. – 204 с.

3. Ковалева Л.М. Исследование особенностей проявления стрессовых состояний студентов медицинских колледжей в период их профессиональной подготовки. Психологические аспекты педагогики и освіти. Вісник СевНТУ. Вип. 104: Педагогіка: зб. наук. пр. – Севастополь: Вид-во СевНТУ, 2010. – С. 103–107.
4. Евдокимова Я.Г. Интерперсональные факторы эмоциональной дезадаптации у студентов: дис. ... канд психол. наук. – М., 2008. – 175с.
5. Брагина К.Р. Тревожная и депрессивная симптоматика в рамках невротических и адаптационных расстройств у студентов-медиков на разных этапах обучения // Вісник Вінницького держ. мед. ун-ту. – 2003. – Т. 7, вип. 2/2. – С. 849–851.
6. Форня Ю. Исследование психического и социального здоровья студентов стоматологического факультета ГУМФ им. Николая Тестемичану // Матер. XLVII Междунар. науч.-практ. конф. «Человек в условиях интенсификации межличностных взаимоотношений». – Лондон, 2013. – С. 11–14.
7. Данилевич Л.А. Перфекціонізм як особистісний чинник академічної обдарованості студентів : автореферат дис. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології». – К., 2010. – 20 с.
8. Гаранян Н.Г., Андрусенко Д.А., Хломов И.Д. Перфекціонізм как фактор студенческой дезадаптации // Психологическая наука и образование. – 2009. – №1. – С. 72–81.
9. Абасова Г.Б., Диханбаева Г.А., Абдирахидова А. Проблема тревожно-депрессивных расстройств у студентов высшего учебного медицинского заведения. – Шимкент, 2012.
10. Трапезникова М.В. Системный подход в оценке адаптации студентов 1–2-го курса медицинского вуза: дисс. ... канд. мед. наук. – Рязань, 2011. – 196 с.
11. Dahlin M.E., Runeson B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study // BMC Medical Education. – 2007. – Vol. 7. – P. 6.
12. Firth-Cozens J. Individual and organizational predictors of depression in general practitioners // Br. J. Gen. Pract. – 1998. – Vol. 48. – P. 1647–1651.
13. Бусловская Л.К., Рыжкова Ю.П. Адаптация и дезадаптация студентов-первокурсников университета // Вопросы современной науки и практики. – 2007. – №4 (10). – С. 106–116.
14. Осипова Е.В. Социокультурные различия мотивации здоровьесберегающего поведения: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – М., 2011. – 26 с.
15. Кирушин В.А., Лобанов С.П., Стунеева Г.И. Динамика психофизиологических показателей у студентов // Гигиена и санитария. – 2003. – №1. – С. 47–49.
16. Sevelev M., Rice K. Perfectionism, Depression, Anxiety and Academic Performance in Premedical Students // Canadian Medical Education Journal. – 2010. – Vol. 1 (2). – P. 96–104.
17. Dunkley D., Zuroff D., Blankstein K. Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping // J. Pers. Soc. Psychol. – 2003. – Vol. 84. – P. 234–252.
18. Rice K., Mirzadeh S. Perfectionism, attachment, and adjustment // J. Couns. Psychol. – 2000. – Vol. 47. – P. 238–250.
19. Bimanand L., Sayehmiri K., Payman H., Khosravi A. The Relationship between Perfectionism and Depression with Academic Achievement among the Students of Ilam University of Medical Sciences // Life Science Journal. – 2012. – Vol. 9 (2). – P. 567–570.
20. Tyssen R., Dolatowski F., Rovik J. et al. Personality traits and types predict medical school stress: a six-year longitudinal and nationwide study // Med. Ed. – 2007. – Vol. 41. – P. 781–787.
21. Enns M., Cox B., Sareen J., Freeman P. Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation // Med. Ed. – 2001. – Vol. 35. – P. 1034–1042.
22. Burns J.L., Lee R.M., Brown L.J. The Effect of Meditation on Self-Reported Measures of Stress, Anxiety, Depression and Perfectionism in a College Population // J. of College Student Psychotherapy. – 2011. – Vol. 25. – P. 132–144.
23. Ларских М.В., Ларских С.В. Связь между перфекционизмом и депресией у студентов ВГМА // Прикладные информ. аспекты медицины. – 2012. – Т. 15, №1. – С. 10.
24. Ларских М.В., Ларских С.В. Использование православной психологии при формировании конструктивного перфекционизма студента медицинской академии // Прикладные информ. аспекты медицины. – 2013. – Т. 16, №1.

### К ПРОБЛЕМЕ ФОРМИРОВАНИЯ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У СТУДЕНТОВ С ПЕРФЕКЦИОНИЗМОМ В МЕДИЦИНСКИХ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ

Н.Г. Пшук, М.В. Коваленко, И.В. Коваленко

Перфекционизм является личностным фактором, который влияет на адаптацию студентов, определяет уровень стрессоустойчивости, формирования адаптивных или дезадаптивных копинг-стратегий, развитие тревожных и депрессивных расстройств, приводит к социальной фрустрации.

**Ключевые слова:** перфекционизм, копинг-стратегия, стресс.

### CONCERNING THE PROBLEM OF THE FORMATION OF COPING STRATEGIES STUDENTS WITH PERFECTIONISM IN MEDICAL UNIVERSITY

N.G. Pshuk, M.V. Kovalenko, I.V. Kovalenko

Perfectionism is a personality factor which affect the adaptation of students, determines the level of resistance to stress, the formation of maladaptive coping or adaptive strategies, the development of anxiety and depression, leads to social frustration.

**Key words:** perfectionism, coping strategy, stress.

УДК 616.89 – 008.454-055.2:615.851

## Л.О. Герасименко СУЧАСНИЙ ПІДХІД ТА ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ПРИ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ У ЖІНОК ІЗ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Вивчено ефективність використання когнітивно-поведінкової психотерапії у комплексі терапевтичних заходів у жінок з тривожно-депресивним розладом та соматичною патологією на фоні призначення стандартних процедур лікування. Оцінка відбувалась шляхом порівняння ефективності лікування та частоти рецидивів протягом року в осіб, які отримували різний обсяг психотерапевтичної допомоги. Доведено, що комплексне лікування пацієнтів, спрямоване насамперед на усунення тривожно-депресивної симптоматики, відновлення їх соціально-психологічного функціонування сприяло покращенню загальної ефективності лікування, зменшило ризик виникнення рецидивів тривожно-депресивного розладу.

**Ключові слова:** тривожно-депресивний розлад, раціональна психотерапія, когнітивно-поведінкова психотерапія.

Останнім часом серед науковців спостерігається зростання зацікавленості проблемою тривожних і депресивних розладів, у тому числі серед пацієнтів терапевтичного профілю [10]. Щороку у світі кількість де-

пресій зростає, що призводить до економічних збитків та надає цій проблемі, поряд із медичним, важливого соціального значення [2, 6]. Зацікавленість проблемою розладів тривожно-депресивного спектра при різнома-



нітній соматичній патології визначається їх поширеністю, соціальною значимістю, впливом на працездатність, а також результатами наявних клінічних, нейрохімічних, нейрофізіологічних досліджень, які свідчать про спільність деяких патогенетичних механізмів цієї патології [4].

Окрім клінічної значимості тривожно-депресивної симптоматики важливим є її негативний вплив на перебіг соматичних захворювань та серйозні соціально-економічні наслідки внаслідок росту поширеності і тяжкості відповідних захворювань. Згадані тенденції відображені в актуальних клінічних і фармакоепідеміологічних дослідженнях, покликаних детальніше дослідити клінічні аспекти цієї патології та знайти нові шляхи терапії, які будуть здатні підвищити її ефективність і безпечність [3].

Депресія – психопатологічний стан, який характеризується поєднанням пригніченого настрою, зниженням психічної та рухової активності із соматичними вегетативними симптомами.

Тривога – це негативне емоційне переживання, обумовлене очікуванням чогось небезпечного, яке має дифузний характер та не пов'язано з конкретною подією.

Все більшу увагу привертає поєднання тривоги та депресії. У сучасній Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) та Керівництві з діагностики і статистики психічних розладів (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, DSM-IV) це відтворюється як два різні клінічні феномени, але водночас наявне існування тривожно-депресивного розладу (рубрика F41 у МКХ-10). За даними останніх досліджень вітчизняних та зарубіжних вчених, тривога та депресія є коморбідними [7, 8]. За даними ВООЗ, на початок ХХІ сторіччя питома частка депресивних та тривожних розладів складає близько 40% в загальній структурі психічної патології [1].

Тривога є невід'ємною складовою клінічної картини багатьох психічних, неврологічних та соматичних розладів. Відомо, що на тривожно-депресивні розлади частіше хворіють жінки. Такі розлади впливають на якість життя пацієнтів, порушують сімейні стосунки, сексуальну гармонію, фізичну, психічну та соціальну адаптацію, негативно впливають на перебіг супутньої соматичної патології. Це зумовлює необхідність подальших наукових розробок з цієї проблеми для своєчасного виявлення, призначення та вдосконалення комплексної терапії у пацієнтів з тривожно-депресивними розладами [5, 9, 11].

Метою цього дослідження стало напрацювання і вивчення ефективності використання комплексу діагностичних, терапевтичних та психотерапевтичних заходів із застосуванням когнітивно-поведінкової психотерапії при тривожно-депресивних розладах у жінок із різноманітною соматичною патологією.

На базі Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О.Ф. Мальцева проведено комплексне клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне та соціологічне обстеження 88 пацієнтів-жінок з діагнозом тривожно-депресивний розлад (F41.2). Усі пацієнти дали письмову інформовану згоду

на участь у дослідженні. З метою оцінки вираженості депресивної симптоматики використовували шкалу депресії Гамільтона, а для вивчення тривожної симптоматики – шкалу Спілбергер-Ханіна. Соціально-демографічний метод (розподіл за сімейним станом, рівнем освіти, професійною діяльністю, матеріально-побутовими умовами тощо) використовували для аналізу впливу даних чинників на формування депресивних та тривожних розладів.

Вік пацієнтів коливався від 29 до 57 років включно. Переважали хворі у віці 32–44 роки. Більшість обстежених проживали у місті – 56,8%, у сільській місцевості мешкали 43,2% обстежених. За сімейним статусом пацієнти розподілилися таким чином: перший шлюб – 45,6%, повторний шлюб – 33,6%, громадянський шлюб – 11,7%, самотні (розлучені, вдови) – 9,1%. Значна частина обстежених мали середню та середню спеціальну освіту – 27,9% і 29,3%, вищу та неповну вищу освіту мали 14,9% та 27,9% обстежених відповідно. Працювали 79,2%, пенсіонерів було 14,9%, безробітних – 5,9%.

На патологію травної системи страждали 56,8% обстежених, 34,1% мали захворювання серцево-судинної системи, у 9,1% пацієнтів були порушення дихальної системи.

Пацієнти були поділені на основну (60 жінок) та контрольну (28 жінок) групи із максимально можливим збереженням співвідношень соматичної патології та соціально-демографічних показників. Пацієнти контрольної групи отримували стандартне комплексне лікування, а в основній групі, окрім комплексу стандартних методів лікування, використовували когнітивно-поведінкову психотерапію.

Ми прагнули дослідити та оцінити ефективність використання когнітивно-поведінкової психотерапії у комплексі терапевтичних заходів у жінок з тривожно-депресивним розладом та соматичною патологією на фоні призначення стандартних процедур лікування. Оцінювання відбувалось шляхом порівняння ефективності лікування та частоти рецидивів протягом року в осіб, які отримували різний обсяг психотерапевтичної допомоги.

Лікування пацієнтів було спрямовано насамперед на усунення тривожно-депресивної симптоматики, відновлення їх соціально-психологічного функціонування.

Когнітивна психотерапія, запропонована Аароном Беком у 1979 році (Aaron Beck, 1979), є короткочасною структурованою терапією, що активно використовує співпрацю між лікарем та пацієнтом для досягнення терапевтичних цілей. Завдяки цьому вона стала одним із ключових елементів у роботі з цими пацієнтами. У процесі нашої співпраці з пацієнтами особлива увага зверталась на такі основні процеси.

1. Усвідомлення впливу думок на емоції та поведінку.

2. Навчання виявленню негативних автоматичних думок і спостереженню за ними.

3. Дослідження негативних автоматичних думок і аргументів, їх підтвердження і спростування («за» і «проти»).

Таблиця. Ефективність застосування когнітивно-поведінкової психотерапії при тривожно-депресивних розладах у жінок із соматичною патологією

Результат обстеження	Ремісія, %	Виражене покращення, %	Незначне покращення, %	Відсутність ефекту, %
Після завершення терапії, основна група	85,0	13,3	1,7	0
Після завершення терапії, група порівняння	71,4	17,9	10,7	0
Через 6 місяців після завершення терапії, основна група	78,3	16,7	1,7	3,3
Через 6 місяців після завершення терапії, група порівняння	53,6	32,2%	7,1	7,1
Через 12 місяців після завершення терапії, основна група	76,7	15,0	3,3	5,0
Через 12 місяців після завершення терапії, група порівняння	50,0	28,6	14,3	7,1

4. Заміна помилкової когніції на раціональніші думки.

5. Виявлення і зміна дезадаптивних переконань, які формують сприятливий ґрунт для когнітивних помилок.

Психотерапію застосовували у комплексі лікувальних впливів патогенетично і індивідуально обґрунтовано, із поєднанням індивідуальних та групових форм роботи. Поставлені завдання реалізовували у певній послідовності, що забезпечувала максимально ефективно поєднання елементів раціональної та когнітивно-поведінкової психотерапії.

I етап. «Оцінка психоемоційного стану».

II етап. «Формування психотерапевтичного альянсу».

III етап. «Медико-психологічна реабілітація».

IV етап. «Психологічний супровід та аналіз ефективності можливого позитивного результату». Провідним призначенням цього етапу було закріплення досягнутого позитивного результату, формування навичок психічної саморегуляції, формування системи життєвих цілей, цінностей, ставлення до захворювання та навколишнього середовища.

Із пацієнтами проводили сеанси індивідуальної раціональної психотерапії, у тому числі за умови зустрічей у процесі повсякденних контактів лікаря із пацієнтом. Такі обставини психотерапевтичного процесу мали бути покликани сприяти максимально активній участі пацієнта у лікувально-діагностичних заходах, підвищувати особисту відповідальність пацієнта за ефективність здійснюваних впливів.

Базовими елементами тривожно-депресивного синдрому, як правило, є невпевненість у собі і атрибуція ворожості, негативне ставлення до себе і навколишнього. Тому психотерапевтичні заняття мали важливе значення, виконуючи для пацієнтів стимулюючу роль, впливаючи на такі переживання як неспроможність і втрата самоконтролю. Велика увага надавалась підвищенню самоповаги хворих, створенню умов для відчуття ними своєї активної позиції у лікувально-реабілітаційному процесі, потенціювання готовності до ще ретельнішого виконання вимог терапевтичного режиму. Важливим результатом було набуття ефективних прийомів опосередкованого психокорекційного впливу як на родичів хворого, так і на пацієнтів із схожими проблемами, які його оточують, особливо зарахованих до однієї психотерапевтичної групи.

Заняття у психотерапевтичних групах сприяли виникненню і закріпленню у пацієнтів почуття належності до групи. Такі відчуття породжують ефект захищеності, безпеки через належність до доброзичливо налаштованої групи. Окрім того, відбувається зміна уявлень про неповторність і винятковість свого захворювання. Таким чином, психотерапевтичний ефект спрямовується на базові елементи тривоги, внаслідок чого відбувається зменшення пов'язаного із цим напруження, формується переоцінка ставлення до своєї хвороби, зміцнення віри в успіх лікування, підвищення самооцінки, формування адекватних життєвих планів.

Психотерапевтична стратегія реалізовувалась не лише стосовно самого хворого, а й спрямовувалась на найближче соціальне оточення, особливо сім'ю, котра стає однією із головних мішеней дезадаптації, що є наслідком соматичної і психічної патологій пацієнтів. Окрім корекції актуального стану відбувалось моделювання, спрямоване на профілактичні цілі, ретельно враховувалась динаміка психопатологічних розладів і пов'язаних із ними змін внутрішньої картини хвороби та стереотипів поведінки у соціальному оточенні.

Тривалість психотерапевтичної роботи складала в середньому близько 6 місяців. Протягом цього часу, використовуючи прийоми, які покладені на перетині когнітивізму, біхевіоризму і психоаналізу, ми прагнули допомогти пацієнтам здобути навички отримання задоволення, закріплення нових знань та здобуття самоповаги. Широко використовували методи відволікання та роліві гри. Ці методики ми застосовували із поступовим ускладненням та закріпленням завдань. Пацієнтам також пропонували домашні завдання у вигляді «щоденників», що сприяло розвитку самоконтролю та напрацюванням навичок самостійного подолання труднощів.

Комплекс обстежень проводили на консультативному огляді, після закінчення лікування та у віддаленому періоді (через 6 та 12 місяців). Для поточної оцінки клінічного ефекту застосованої терапії обстежували пацієнтів за допомогою шкали Гамільтона на 0, 7, 14, 28, 35, 42 день від моменту початку терапії. Редукцію симптоматики до 9 і менше балів оцінювали як рівень ремісії, редукцію балів на 50% та більше – як виражене покращення, редукцію симптоматики на 25–49% – як незначне покращення, редукцію симптоматики менше ніж 25% – як відсутність ефекту або ж рецидив захворювання (таблиця).

Внаслідок проведеної психокорекційної роботи змінилися показники за шкалою Спілберґера–Ханіна та за шкалою Гамільтона: вирівнялися критерії співвідношення суб'єктивної та об'єктивної оцінок, знизився рівень показників, які вказували на позитивне встановлення комплаєнсу між пацієнтом і лікарем, підвищилася мотивація до діяльності у хворих.

Необхідно зазначити, що використання когнітивно-поведінкової психотерапії у комплексному лікуванні тривожно-депресивного розладу сприяє покращенню загальної ефективності лікування. Дані проведеного дослідження свідчать, що використання когнітивно-поведінкової психотерапії зменшує ризик виникнення рецидивів тривожно-депресивного розладу, що необхідно враховувати при подальшому лікуванні цієї категорії пацієнтів.

## Список використаної літератури

1. Александров А. А. Современная психотерапия : курс лекций / А. А. Александров. – СПб. : Академический проект, 1997. – 335 с.

2. Венгер О. П. Вплив соціальних факторів на розвиток неврастенії, дисоціативних та тривожно-фобічних розладів : автореф. дис на здобуття наукового ступеня канд. медичн. наук : 14.01.16 / О. П. Венгер – Харків, 2003. – 20 с.
3. Кожина Г. М. Сучасні підходи до терапії депресивних розладів / Г. М. Кожина, К. О. Зеленська // Український вісник психоневрології. – 2013. – № 21 – С. 90–94.
4. Патопсихологические особенности формирования депрессивных расстройств у женщин с сексуальными нарушениями / Е. В. Кришталь [и др.] // Медицинская психология. – 2012. – № 7 – С. 8–11.
5. Проскурина Т. Ю. Особенности лечения депрессивных невротичных расстройств, коморбидных с тревожностью, у подростков / Т. Ю. Проскурина // Украинский вестник психоневрологии. – 2009. – № 17 – С. 48–52.
6. Психотерапія при неспихотичних психічних розладах тривожно-депресивного спектра (когнітивно-реверсивний підхід) / М. В. Маркова [та ін.] // Журнал психіатрії і медичинської психології. – 2008. – № 2 (19). – С. 25–31.
7. Психотерапія / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, С. И. Витенко, В. В. Чузунов. – Харьков : ОКО, 2002. – 761 с.
8. Пушкарёва Т. Н. Распространённость и клинико-психопатологические характеристики депрессивных и тревожных расстройств неспихотического уровня у женщин в период беременности / Т. Н. Пушкарёва // Архив психіатрії. – 2005. – № 11 – С. 59–65.
9. Табачников А. Е. Бихевиоризм и поведенческая терапия (философская и психологическая модели) / А. Е. Табачников, В. С. Табачникова // Архив психіатрії. – 2010. – № 15, Т. 2 (61) – С. 181–188.
10. Уманский С. В. Организация психотерапевтической помощи в общесома-тической клинике / С. В. Уманский // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 2011. – № 111 (3) – С. 67–72.
11. Чузунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз / В. В. Чузунов – Харьков : Наука, 2010. – 304 с.

### СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД И ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ЖЕНЩИН С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Л. А. Герасименко

Изучена эффективность использования когнитивно-поведенческой психотерапии в комплексе терапевтических мероприятий у женщин с тревожно-депрессивным расстройством и соматической патологией на фоне назначения стандартных процедур лечения. Оценка происходила путем сравнения эффективности лечения и частоты рецидивов в течение года у лиц, получавших различный объем психотерапевтической помощи. Доказано, что комплексное лечение пациентов направлено прежде всего на устранение тревожно-депрессивной симптоматики, восстановление их социально-психологического функционирования способствовало улучшению общей эффективности лечения, уменьшило риск возникновения рецидивов тревожно-депрессивного расстройства.

**Ключевые слова:** тревога, депрессия, рациональная психотерапия, когнитивная психотерапия.

### MODERN APPROACH AND FEATURES OF COGNITIVE & BEHAVIORAL THERAPY FOR ANXIETY & DEPRESSIVE DISORDERS IN WOMEN WITH SOMATIC PATHOLOGY

L. Herasymenko

Effectiveness of the use of cognitive & behavioral therapy in the complex therapeutic interventions in women with anxiety & depressive disorder and somatic pathology background on purpose standard treatment procedures was researched. Assessment was realized by comparing the effectiveness of treatment and the frequency of relapses during the year in individuals receiving different amounts of psychotherapeutic help. It was proved, that a complex treatment of patients is primarily aimed at eliminating anxiety and depressive symptoms, restore their social & psychological functioning contributed to improving the overall effectiveness of treatment, reduced the risk of recurrence of anxiety & depressive disorder.

**Key words:** anxiety, depression, rational psychotherapy, cognitive psychotherapy.

## СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.891:615.015.6

С. А. Маляр

### ПРОБЛЕМА ДВОЙНОГО ДИАГНОЗА ДЕПРЕССИИ И АЛКОГОЛИЗМА

Центр психосоматики и депрессий Универсальной клиники «Обериг»

Алкоголизм и депрессия являются одними из самых распространенных психиатрических расстройств, по данным клинических и эпидемиологических исследований. Обе болезни порождают массу проблем как лично для пациента, его семьи, так и для общества в целом. Алкоголизм маскирует проявления депрессии, влияет на ответ пациента на проводимую терапию и ее эффективность в целом, усиливает риск суицида и приводит к повторной госпитализации пациента. Полагают, что дисфункция серотонинергической системы является общим фактором риска развития обоих заболеваний как депрессии, так и алкоголизма, агрессивного поведения вследствие алкоголизма, суицидального и насильственного поведения. Пациент с коморбидной депрессией и алкоголизмом нуждается в многоуровневой помощи. Наиболее важной целью поддерживающей терапии таких пациентов является редукция потребления алкоголя.

**Ключевые слова:** суицид, депрессия, алкоголизм, агрессивное поведение

Депрессивные состояния и алкоголизм являются одними из наиболее часто встречающихся расстройств как в общей популяции населения, так и в общемедицинской практике [27]. Эти расстройства (как по отдельности, так и в сочетании) ведут к многочисленным соматическим осложнениям, негативным индивидуально-психологическим изменениям, нарушениям семейного и социального функционирования. В рамках психиатрической службы больные с подобной сочетанной патологией относительно часто обращаются к специалистам, в подавляющем большинстве – нуждаются в продолжительном стационарном лечении и отличаются высоким уровнем повторных обострений, несоблюдением терапевтического режима и устойчивости к терапии [4].

### Распространенность

Не вызывает сомнений факт преобладания алкоголизма у мужчин и депрессивных расстройств у женщин [12]. Весьма показательными являются современные эпидемиологические данные о сочетании этих расстройств. Уровень распространенности депрессивного расстройства среди мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, составляет 24%, что в 3 раза выше, чем в общей популяции мужского населения (у женщин этот показатель еще выше и составляет 48,5%) [17]. В рамках психиатрической службы до 35% мужчин, наблюдаемых по поводу депрессивных расстройств, имеют в той или иной степени явления алкоголизации, соответствующие нозологическим критериям. С другой стороны, у 25–59% наркологических больных в процессе противо-

алкогольной терапии отмечаются депрессивные состояния [25].

### Проблемы, связанные с двойной патологией

Осложнения, возникающие при наличии двойной патологии, проявляются на всех уровнях функционирования – личностном, семейном и социальном. Алкоголизм проявляет выраженное патопластическое влияние на клиническую картину и динамику депрессивного расстройства, отрицательно сказывается на качестве соблюдения терапевтического режима и терапевтическом эффекте медикаментозной терапии, существенно увеличивает риск суицидального поведения и является одним из основных факторов, определяющих частоту повторных госпитализаций [31, 10]. Эти явления приводят к существенному нарушению семейных и социальных взаимоотношений.

### Клинические явления и проблемы, связанные с сочетанной депрессивной и алкогольной патологиями:

- высокий риск суицидального и агрессивного поведения;
- полиморфизм симптоматики;
- высокая вероятность пагубного употребления других психоактивных веществ;
- наличие преморбидных расстройств личности;
- наличие сочетанной соматической патологии;
- выраженное снижение социального (семейного, трудового и др.) функционирования;



- высокая частота госпитализаций;
- значительное увеличение сроков стационарного лечения;
- плохая переносимость лекарственной терапии;
- резистентность к традиционным схемам терапии;
- увеличение риска обострений депрессивного расстройства;
- высокая вероятность обострения алкогольной патологии.

### Проблема суицидального поведения

Вероятность суицидального поведения у больных с коморбидными депрессией и алкоголизмом является наиболее высокой среди всей популяции психически больных [30]. Риск совершения суицидальной попытки среди больных алкогольной зависимостью в 60–120 раз выше, чем в общей популяции населения, а основным фактором, коррелирующим с завершенностью суицидальной попытки депрессивных больных является наличие сочетанной алкогольной патологии [20]. В некоторых публикациях указывается на компульсивность (насиленный характер) суицидального поведения как наиболее характерный признак подобной двойной патологии, отличающий ее от клинически самостоятельных депрессии или алкогольной зависимости [10]. Прием алкоголя, как правило, предшествует совершению суицидальной попытки депрессивными больными (в том числе и не страдающими алкоголизмом) [29]. С другой стороны, для лиц, злоупотребляющих алкоголем (проблемные пьяницы) риск совершения суицидального поступка в 6 раз выше, чем в общей популяции.

### Связь между депрессией и алкоголизмом

Исследования последних десятилетий по изучению проблемы сочетания аффективных расстройств и злоупотребления алкоголем указывают как на варианты причинно-следственных отношений между ними, так и на возможные общие механизмы их возникновения.

В первом варианте возможны следующие взаимоотношения:

- пациент в депрессивном состоянии прибегает к употреблению алкоголя с нарастающей частотой и количеством в попытке ложного «самолечения» с целью получения временного облегчения и в связи с потерей контроля поведения как проявления дисфорически-импульсивного реагирования;
- первичное злоупотребление алкоголем вызывает:
  - снижение стрессоустойчивости (повышение подверженности стрессовым воздействиям и ограничение возможностей адаптационного поведения) с формированием фрустрации и аффективных нарушений;
  - нарушение нейрофизиологических процессов в лимбической системе с формированием патологического «киндлинга» и дальнейшим проявлением пароксизмальной симптомати-

ки в виде панических приступов и вторичных депрессии и тревоги.

Во втором варианте речь может идти об общих предрасполагающих генетических факторах и подверженности одним и тем же отрицательным экзогенным факторам, включая социальные.

В настоящее время принято считать, что в основе таких явлений, как депрессия, алкоголизм, склонность к насилию на фоне и вследствие приема алкоголя, суицидальность, импульсивность и агрессивность, значительную роль играет нарушение активности как дофаминергической, так и серотонинергической систем [8]. Нарушение механизмов взаимодействия гамма-аминомасляной кислоты и глутамата ведет к потере контроля над освобождением дофамина, что приводит к повреждению нейрофизиологических процессов подкрепления-вознаграждения и насыщения/удовлетворения. Эти механизмы лежат в основе таких клинических элементов, как импульсивность, дисфоричность и, частично, ангедония. Серотонин можно рассматривать как «ингибитор поведенческих нарушений». При преобладающей дисфункции этой нейромедиаторной системы можно отметить формирование компульсивности и дисфорического характера реагирования в виде приступов ярости и гнева [28]. Снижение активности серотонина коррелирует с возрастанием компульсивности, агрессивности и импульсивности. На животных моделях было также продемонстрировано повышение чувствительности к малым дозам алкоголя и появление агрессивности на фоне снижения активности серотонина. Эти патофизиологические процессы и клинические нарушения наблюдаются как при депрессивных состояниях, так и при зависимости от психоактивных веществ. Для клинициста не секрет, что динамику депрессии и алкогольной зависимости можно представить в виде изменяющегося соотношения импульсивности и компульсивности в поведении пациента.

### Диагностика

В данном разделе нет цели воспроизвести диагностические критерии депрессивных расстройств и алкогольной зависимости. Следует отметить некоторые практические особенности сбора и оценки клинических данных.

В большинстве случаев пациенты с коморбидными депрессией и алкогольной патологией охотнее обсуждают признаки эмоционального расстройства, нежели особенности употребления алкоголя и связанные с этим нарушения поведения. Скорее, они склонны отрицать или приуменьшать пагубный характер употребления алкоголя.

Анамнестическая оценка алкоголизации предполагает сбор сведений о количестве и частоте употребления алкоголя, обоснование свидетельств повышения толерантности к алкоголю (включая историю формирования запойного употребления), подтверждения явления синдрома отмены (в прошлом и в рамках текущего состояния).

Оценка депрессивного состояния предполагает выявление не только аффективной симптоматики, но и характерных соматических признаков, сочетающихся с явлениями ангедонии, а также поведенческих и других психопатологических нарушений. Пациенты, страдающие депрессивным расстройством, не столько сосредоточены на оценке своего настроения, сколько готовы обсуждать изменение работоспособности или характера реагирования на внешние обстоятельства в связи со своим самочувствием. Именно как способ поддержания микросоциальной адаптации в состоянии депрессии они описывают свои поступки, связанные с употреблением алкоголя и отличающиеся импульсивностью, раздражительностью, нетерпимостью и агрессивностью. Такие описания наиболее характерны для пациентов с сочетанной аффективной и наркологической патологиями. В целом, дисфоричность является стержневым клиническим проявлением сочетанной аффективной и алкогольной патологий.

В общемедицинской практике часто получается, что сама постановка вопроса о злоупотреблении алкоголем означает для врача-терапевта очевидное отсутствие другой психической патологии у данного больного. Но на самом деле можно говорить, что значительная часть больных, злоупотребляющих алкоголем и некоторыми лекарственными веществами, пытается таким образом притупить имеющиеся у них депрессивные переживания. Такое ложное «самолечение» алкоголем, который сам по себе является достаточно мощным депрессантом, часто приводит к формированию порочного круга, когда депрессивная симптоматика по мере увеличения употребляемого алкоголя становится более выраженной, что приводит к более интенсивному злоупотреблению алкоголем. При этом, несомненно, на фоне депрессивного расстройства с течением времени могут формироваться и признаки алкоголизма. Следовательно, выявление злоупотребления алкоголем влечет за собой и особое внимание к диагностике возможной депрессивной симптоматики [16].

В рамках обсуждаемой проблемы вполне естественно указать на сложность определения первичности (и соответственно нозологической самостоятельности) имеющейся депрессивной симптоматики на фоне текущего употребления алкоголя и явления алкогольной зависимости. В результате, диагностика этих расстройств бывает весьма затруднительной, так как общие для этих заболеваний клинические проявления могут накладываться друг на друга.

Клинические исследования больных алкоголизмом в состоянии депрессии помогают определить некоторые терапевтические подходы. Brown и соавт. в изучаемой ими группе больных с двойным диагнозом алкогольной зависимости и аффективного расстройства показали, что выраженность депрессивной симптоматики и положительная терапевтическая динамика у этих больных не отличается от аналогичных показателей у больных с диагнозом только одного из этих заболеваний [6]. Разнообразие депрессивной симптоматики проявляется как в особенностях соотношения отдельных признаков, так и во влиянии на характер употребления алко-

голя и степени связанного с клиническим состоянием нарушения социального функционирования. У одних пациентов депрессивная симптоматика уменьшается или исчезает вовсе спустя несколько недель после курса интенсивной дезинтоксикации и в первые недели абстиненции. У других депрессивная симптоматика может усиливаться на фоне продолжающегося отказа от алкоголя.

Депрессивные симптомы, вторичные по отношению к употреблению алкоголя, как правило, редуцируются к 3–4 неделе отказа от алкоголя [6]. Например, Dackis и соавт. (1986) показали, что у 80% из 49 больных алкоголизмом с выраженными депрессивными признаками после 2 недель воздержания от употребления алкогольных напитков наступала ремиссия без применения медикаментозных средств [11]. Авторы пришли к выводу, что во многих случаях тяжелые депрессивные симптомы являются органическими аффективными синдромами, спровоцированными употреблением алкоголя. При этом происходит спонтанное улучшение состояния больных на фоне отмены алкоголя.

Тем не менее, достаточно сложно судить о том, являются ли определяемые аффективные признаки составной частью расстройства в виде алкогольной зависимости или же представляют собой нозологически самостоятельное заболевание. Ниже мы приводим практические рекомендации для решения этой диагностической проблемы.

### Критерии первичности и самостоятельности депрессивного расстройства:

- временные соотношения:
  - указания на формирование депрессивной симптоматики до появления признаков злоупотребления алкоголем;
  - длительное существование депрессивной симптоматики на фоне продолжительного периода трезвости;
  - на фоне текущей абстиненции и положительной динамики синдрома отмены депрессивная симптоматика существует свыше 3–4 недель;
  - указания на депрессивные расстройства в семейном анамнезе;
- клинические явления:
  - выраженность депрессивной симптоматики не соответствует тяжести злоупотребления алкоголем;
  - наличие выраженных и устойчивых клинических показателей суицидального поведения;
  - наличие психопатологической симптоматики нехарактерной для алкогольной зависимости (напр., конгруэнтна депрессии параноидная симптоматика).

Далее необходимо подчеркнуть, что, даже при подтвержденном диагнозе рекуррентного депрессивного расстройства, он не может быть выставлен в качестве основного текущего расстройства до тех пор, пока у больного наблюдаются признаки алкогольной инток-

сикации или синдрома отмены. Это связано с тем, что большинство депрессивных симптомов могут являться клиническими признаками отдельных состояний в рамках алкоголизма. Таким образом, диагноз депрессивного расстройства может быть выставлен после относительно продолжительного периода абстиненции.

## Терапия

В данной статье рассмотрено только возможности психотерапии при сочетанной аффективной и наркологической патологиях. При этом обязательно использование комплексной лекарственной терапии, психотерапевтических мероприятий и реабилитационных средств в лечении таких больных.

В первую очередь, необходимо подчеркнуть, что применение антидепрессантов позволяет купировать депрессивную симптоматику вне зависимости от первичности или вторичности ее возникновения [9]. К наиболее общим принципам назначения психотропных средств на фоне клинических явлений злоупотребления алкоголем относятся: использование лекарств с низким потенциалом злоупотребления; применение средств с широким терапевтическим индексом (степень различия между терапевтически эффективной и токсической дозировками); более частые встречи с врачом.

В активной фазе лечения вначале осуществляют дезинтоксикационные мероприятия с целью предотвращения или уменьшения синдрома отмены и связанных с ним осложнений. Основными психотропными препаратами на этом этапе являются бензодиазепины с продолжительным или средним периодами полувыведения (напр., феназепам, хлордiazепоксид или diaзепам, лоразепам, соответственно). Необходимо помнить, что чем короче период полувыведения применяемого бензодиазепинового средства, тем больший риск быстрого формирования зависимости к этому средству.

Время начала антидепрессивной терапии должно определяться исключительно в индивидуальном порядке. При этом необходимо помнить, что вторичная по отношению к алкоголизму депрессивная симптоматика редуцируется спустя 3–4 недели, а время появления первичного антидепрессивного эффекта у большинства антидепрессантов составляет 2–4 недели. Соответственно целесообразным является назначение антидепрессантов с первой недели терапии.

Основной целью назначения антидепрессантов, конечно, является купирование депрессивной симптоматики. Тем не менее, можно смело утверждать, что этот класс психотропных средств положительно влияет на основные проявления алкогольной зависимости.

Применение трициклических антидепрессантов у больных алкоголизмом с сопутствующей депрессивной симптоматикой обычно ограничивалось коротким периодом времени, непосредственно следующим за отменой алкоголя. Исследования этой проблемы связаны с определенными методологическими сложностями, включая:

- недостаток разграничения различных подтипов депрессивных состояний;

- неадекватное применение лекарственного мониторинга в этих исследованиях;
- трудности при одновременном дифференцированном наблюдении изменений эмоционального состояния и стереотипов алкогольного поведения в процессе терапии [7].

Многие исследования, несмотря на эти методологические недостатки, подтверждают эффективность применения трициклических антидепрессантов в терапии депрессивных проявлений, связанных с абстинентным синдромом. В клинической практике, однако, это может находить ограниченное применение, так как эти препараты по своей эффективности к концу 3-й недели их применения не превосходят эффективность плацебо. В этом плане среди всех антидепрессантов наиболее изучены имипрамин и дезипрамин [19]. Однако эти антидепрессанты с преимущественно норадренергической активностью не влияют на основные показатели пагубного употребления алкоголя (частота, количество, тяга, компульсивное поведение).

Но важнейшим практическим соображением является токсический, потенциально вплоть до летального, эффект сочетания средне-высоких дозировок трициклических антидепрессантов и алкоголя. Именно это делает применение трициклических антидепрессантов в подобных ситуациях неприемлемым.

С появлением препаратов селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (эсциталопрам, пароксетин, флуоксетин, флувоксамин, сертралин и циталопрам) открылись совершенно новые возможности в этой области.

В фундаментальных работах по изучению действия этих лекарственных веществ отмечается, что у животных они вызывают снижение влечения и потребления алкоголя, тогда как прием неспецифических блокаторов захвата моноаминов (напр., амитриптилина, доксепина) не производит этого эффекта [15]. Серотонин играет основную роль в формировании патологического механизма алкогольного условно рефлекторного подкрепления [3]. Так, степень активности серотониновой системы обратно пропорциональна частоте и количеству потребления алкоголя. Также можно утверждать, что серотонин имеет непосредственное отношение к формированию компульсивности в проявлении пристрастия и тяги к алкоголю. Gorelick, используя животные модели, показал, что повышение активности серотонина в головном мозге вызывает снижение влечения и потребления алкоголя. Экстраполируя эти результаты на клиническую сферу, Gorelick и Parades изучали действие флуоксетина на динамику потребления алкоголя у 20 больных мужского пола с установленными признаками алкогольной зависимости [14]. После 2-недельного двойного слепого исследования с плацебо-контролем они установили, что в группе больных, принимавших флуоксетин, только в течение 1-й недели потребление алкоголя снизилось на 14%. Этот эффект проявлялся как в меньшем количестве просьб со стороны больных, так и в самом влечении к алкоголю. Gorelick и Parades, несмотря на то, что механизм действия СИОЗС при терапии алкогольной зависимости остается неизвестным, предположили, что этот

эффект не связан с общей седацией или подавлением двигательной активности. Они высказали уверенность в том, что это может быть результатом «снижения аппетита в связи с изменением чувства насыщения пищей или изменения условно-рефлекторных вкусовых привычек, вызванных повышением активности серотонина в головном мозге». В обзоре Tomas обобщаются другие теории действия серотонинергических антидепрессантов, включая:

- антидепрессивное и анксиолитическое действие;
- снижение импульсивности;
- ослабление механизма условно-рефлекторного подкрепления [34].

В нескольких амбулаторных исследованиях СИОЗС применялись при лечении хронически больных алкоголизмом и лиц с ранними проявлениями алкоголизации в виде бытового пьянства. В этих работах также было продемонстрировано снижение ряда показателей проявлений алкогольного поведения на протяжении различных периодов времени [2, 21–23].

Таким образом, серотонинергические антидепрессанты с успехом применяются:

- для купирования истинной депрессивной симптоматики, коморбидной с алкоголизмом;
- для устранения отдельных депрессивных признаков, являющихся клиническим проявлением алкогольной зависимости;
- для уменьшения интенсивности различных проявлений алкогольной зависимости (характер и количество потребления психоактивного вещества, а также элементы аддиктивного поведения), что принципиально их отличает от старого поколения антидепрессантов – трициклических соединений.

Как и при лечении депрессивных расстройств СИОЗС могут обладать значительной эффективностью при лечении подобной популяции больных и в меньшей степени, чем трициклические антидепрессанты, оказывать побочное действие.

Типичные жалобы больных на тревогу практически всегда осложняют большинство наркологических заболеваний. Коморбидность тревоги и алкоголизма оценивается различными авторами от 20% до 50%. Больные мужского пола в большей степени склонны к самолечению сопутствующей тревоги [5, 26, 32]. Существует тенденция к раннему развитию панического расстройства у больных с алкогольной или лекарственной зависимостями, а повторные состояния отмены могут являться пусковым механизмом для возникновения состояния панической атаки [13, 33]. И, наконец, бензодиазепины, в основном применяемые как средства для лечения этих расстройств, могут сами становиться причиной злоупотребления и иногда вызывать формирование синдрома тревоги, особенно после прекращения их применения [3]. В настоящее время доказано, что серотонинергическим антидепрессантам присущ самостоятельный анксиолитический эффект.

Таким образом, оптимальный антидепрессант для пациентов с двойным диагнозом должен обладать следующими свойствами:

- эффективный при обоих состояниях;
- безопасный с точки зрения побочных эффектов;

- низкий потенциал к зависимости и злоупотреблению;
- не потенцирует эффекты алкоголя на центральную нервную систему;
- имеет низкий потенциал взаимодействия с другими препаратами или алкоголем;
- низкий потенциал летальности и передозировки;
- эффективно купирует проявления агрессивности и насильственного поведения;
- эффективно улучшает сон, тревогу и контролирует импульсивное поведение.

Следует также отметить, что злоупотребление алкоголем ведет к повышению активности печеночных ферментов цитохромного комплекса P450. Из этого следует, что серотонинергические антидепрессанты следует назначать в максимально допустимых дозировках, а наиболее оптимальными являются те препараты, которые слабо взаимодействуют с цитохромными ферментами. Таким препаратом несомненно является эсциталопрам – наименее взаимодействующий с энзимами P450 и обладающий наилучшим соотношением эффективности и переносимости. Высокоселективный в отношении обратного захвата серотонина эсциталопрам является эффективным средством стабилизации ремиссии в субпопуляции больных алкоголизмом с депрессивными нарушениями легкой и умеренной степени выраженности, которые весьма часто встречаются на начальных этапах формирования ремиссии алкоголизма.

Эсциталопрам достоверно снижал уровень тревоги у этих пациентов по шкале Гамильтона, причем достоверно быстрее, чем в группе плацебо.

Более быстрая и существенная редукция тревоги и депрессии в группе больных, получавших эсциталопрам, сопровождалась достоверной редукцией интенсивности патологического влечения к алкоголю по всем трем шкалам оценки, использованных в исследовании, в то время как в контрольной группе достоверные изменения отсутствовали. Таким образом, эсциталопрам обнаружил отчетливое антикрэйвинговое действие при алкоголизме [1].

С учетом высокой вероятности обострений у больных с сочетанной алкогольной и аффективной патологиями рекомендуемая продолжительность применения антидепрессантов составляет от 6 до 12 месяцев.

В некоторых случаях относительно умеренных проявлений алкогольной патологии коморбидной с депрессией серотонинергические антидепрессанты могут быть ведущим терапевтическим средством вплоть до монотерапии (после периода интенсивной дезинтоксикации).

Однако, в большинстве случаев выраженной алкогольной патологии назначается комбинированная терапия с применением собственно средств терапии зависимости (дисульфирам, налтрексон) и стабилизаторов настроения, направленных на предотвращение фазового характера обострений и компенсацию поведенческих нарушений.

Дисульфирам является препаратом, вызывающим отвращение к алкоголю. Он применим только у больных, которые могут соблюдать терапевтический ре-



жим, включая поддержание абстиненции, и не имеют тяжелых соматических (напр., сердечно-сосудистых заболеваний) или психических расстройств. Хорошо известны токсические психоневрологические эффекты дисульфирама в виде психотической симптоматики и нарушений сознания. Прием дисульфирама может приводить к обострению психопатологических проявлений у пациентов с аффективной симптоматикой. Достаточно неблагоприятный профиль побочного действия дисульфирама и высокая вероятность лекарственного взаимодействия ограничивают возможность его применения в комбинированной терапии больных с сочетанной психической и наркологической патологиями.

Налтрексон – опиоидный антагонист – в эксперименте уменьшал потребление алкоголя животными с выработанным пристрастием к этому веществу [35]. В нескольких исследованиях было дополнительно показано, что опиоидная система может участвовать в регуляции потребления алкоголя животными. Два недавних контролируемых исследования с применением налтрексона у людей продемонстрировали выдающиеся терапевтические результаты [24]. При этом можно говорить, что существующие данные свидетельствуют о высокой эффективности этого препарата при лечении терапевтически сложных больных с двойным диагнозом алкоголизма и шизофрении или аффективного расстройства, а также о возможном положительном действии опиоидных антагонистов на клинические проявления шизофрении и аффективного расстройства без сопутствующих признаков алкоголизма.

Одними из наиболее перспективных средств в лечении алкогольной патологии, особенно в продолжительной терапии, считаются психотропные препараты – стабилизаторы настроения. К ним относятся препараты солей лития и некоторые антиконвульсанты (карбамазепин, вальпроаты).

При выработке стратегии терапии больных с сочетанной аффективной и наркологической патологиями в последнее время обсуждается возможность последовательного достижения абстиненции по мере снижения риска обострения аффективной патологии. Дело в том, что депрессия является самостоятельным фактором риска возобновления злоупотребления:

- опосредует эффект стресса на рецидив алкоголизма;
- воздействует на адаптационные способности, которые предотвращают рецидив;
- ухудшает функционирование;
- ухудшает самоконтроль;
- не позволяет проявиться социальной поддержке;
- искажает когнитивное восприятие;
- является причиной иррационального верования.

Ангедоническая демотивированность депрессивно-го пациента делает малореалистичным для него одномоментное достижение полной абстиненции. При разработке индивидуализированного варианта терапии для подобного пациента уменьшение употребления алкоголя может оказаться приемлемой практической альтернативой ориентированного на абстиненцию лечения [18]. Уменьшение употребления алкоголя, как дополнительная цель лечения, предоставляет возмож-

ность гибкого лечения с низким порогом и отсутствием стигматизации. Многие пациенты, у которых первоначально цель лечения заключалась в уменьшении употребления алкоголя, после обретения такого опыта приняли решение перестать употреблять алкоголь.

Подробный план лечения следует выработать совместно с больным и (если это возможно) его близкими. Следует поставить конкретные цели и сделать так, чтобы больной почувствовал себя ответственным за их достижение. При составлении плана лечения необходимо принять важное решение: стремиться ли к полному прекращению употребления алкоголя или к ограничению его употребления (контролируемое употребление алкоголя)? Вопрос о полном отказе от алкоголя по сравнению с контролируемым его употреблением следует решать с учетом всех социальных и клинических обстоятельств. Распространена такая точка зрения: контролируемое употребление алкоголя может стать достижимой целью для людей до 40 лет, чья проблема была вовремя обнаружена, причем их зависимость от алкоголя и нанесенный им вред не были столь велики; прекращение потребления алкоголя должно стать целью для людей после 40 лет с выраженной зависимостью, у которых пьянство привело к серьезным соматическим нарушениям, а попытки добиться контролируемого потребления алкоголя были безуспешными (Ritson, 1982).

Информирование больного о последствиях чрезмерного употребления алкоголя – первый важный шаг в лечении. Сообщаемая информация должна касаться личных проблем больного как уже возникших, так и тех, которые могут возникнуть при продолжительном употреблении алкоголя.

Подобная постановка вопроса становится актуальной в связи с вхождением в практику различных галенических форм налтрексона, с применением которых связывают возможность контроля над нейропсихологическими процессами вознаграждения/подкрепления и тяги к употреблению алкоголя. Перспективным также считается применение налтрексона в комплексной терапии психической, включая аффективную, патологии.

Так, в современных рекомендациях предлагается:

1. Европейское агентство по лекарственным средствам (ЕМА):
  - «В случае, когда алкогольно-зависимый пациент не способен или не желает абстиненции незамедлительно, клинически значимое уменьшение употребления алкоголя с последующим уменьшением негативных последствий также является обоснованной, хотя и промежуточной целью в лечении, поскольку у этих больных также признается явная медицинская необходимость».
2. Национальный институт США по проблемам алкогольной зависимости и алкоголизма (NIAAA):

– «...наилучшим является определение индивидуальных задач для каждого пациента. Некоторые больные могут не желать соглашаться на абстиненцию как цель, особенно поначалу. И если больной с алкогольной зависимостью соглашается существенно уменьшить употребление алкоголя, наилучшим будет привлечь его или ее к достижению этой цели, продолжая напоминать, что абстиненция остается оптимальным результатом».

3. Национальный институт здравоохранения и совершенствования медицинской помощи (NICE):

– «...Людям, злоупотребляющим алкоголем, предлагайте вмешательства, способствующие достижению абстиненции или умеренного употребления алкоголя в зависимости от ситуации».

Вместо заключения хотелось бы призвать к объединению усилий психиатров и наркологов в помощи пациентам, страдающим аффективными расстройствами и алкогольной зависимостью.

Парадокс заключается в том, что уже несколько десятилетий существует экспертное убеждение о необходимости доступа для таких пациентов к одновременной психиатрической и наркологической помощи, а существующее разделение психиатрии и наркологии как в плане организации, так и в подготовке специалистов делает такую интегрированную помощь малореальной. Основания для создания интегрированной помощи для пациентов с такой коморбидностью следующие:

- высокая распространенность сочетанной психической патологии и зависимости к психоактивным веществам, в первую очередь, к алкоголю;
- социальное бремя такой коморбидной патологии является очевидным и его трудно недооценить;
- пациенты с подобной коморбидной психической и наркологической патологиями требуют доступную, эффективную, интегрированную и неотложную помощь не в меньшей степени, чем больные с другими тяжелыми, хроническими и инвалидизирующими заболеваниями;
- существуют многообещающие в своей эффективности, доступности и возможности формы одновременного применения лекарственных средств и реабилитационных технологий, но информированность как общества, так и специалистов и пациентов об этих возможностях минимальна.

## Список использованной литературы

1. Крупицкий У. М. Двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности применения эсциталопрама для коррекции аффективных расстройств у больных с алкогольной зависимостью в ремиссии / У. М. Крупицкий, С. М. Ериш, В. А. Бернцев и др. // Вопросы наркологии. – № 6, 2009. – С. 17–34.
2. Amit Z., Brown Z., Sutherland Z., et al. Reduction in alcohol intake in humans as a function of treatment with zimeclidine: implications for treatment. In: Naranjo C. A., Sellers E. M., eds. Research advances in new psychopharmacological treatments for alcoholism // Amsterdam: Excerpta Medica, 1985: 189–198.
3. Anton R. F. Neurobehavioral basis for the pharmacotherapy of alcoholism // Alcohol and Alcoholism 1996; 31: S43–S53.
4. Ayd F. J. Jr, Janicak P. G., Davis J. M., Preskorn S. H. Advances in the pharmacotherapy of anxiety and sleep disorders. In: Janicak P. G., ed. // Principles and practice of psychopharmacotherapy. Update Vol. 1, No. 4. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.
5. Berkson J. Limitations of the application of fourfold table analysis to hospital data // Biometric bulletin 1946; 2: 47–53.
6. Bowen R. C., Cipywnyk D., D'Arcy C., et al. Alcoholism, anxiety disorders, and agoraphobia // Alcohol. Clin. Exp. Res. – 1984; 8: 48–50.

## ПРОБЛЕМА ПОДВІЙНОГО ДІАГНОЗУ ДЕПРЕСІЇ І АЛКОГОЛІЗМУ

С.О. Маляров

**Ключові слова:** депресія, алкоголізм, самогубство, агресивна поведінка.

Найпоширенішими психіатричними розладами як за результатами клінічних, так і епідеміологічних досліджень є депресія та алкоголізм. Обидва захворювання породжують надзвичайну кількість проблем для людини особисто, її сім'ї та суспільства в цілому. Алкоголізм маскує прояви депресії, впливає на здатність пацієнта дотримуватися режиму терапії та на її ефективність в цілому, збільшує ризик самогубної поведінки та є фактором повторної госпіталізації. Дисфункція серотонінергічної системи, за даними досліджень, є одним із спільних факторів, що спричиняють депресію, алкоголізм, агресивну поведінку, індуковану алкоголем, самогубство та насилля. Серотонінергічні антидепресанти виявляють ефективність у лікуванні як депресивних симптомів, так і ведуть до зменшення споживання алкоголю пацієнтами з коморбідною алкогольною залежністю. Есциталопрам серед них є збалансованим з точки зору ефективності та безпеки антидепресантом. Допомога пацієнтам з подвійним діагнозом має бути багатосторонньою. Зменшення споживання алкоголю є невід'ємною умовою та метою підтримувальної фази терапії пацієнтів з коморбідною депресією та алкоголізмом.

7. Brown S. A., Inaba R. K., Gillin J. C., et al. Alcoholism and affective disorder: clinical course of depressive symptoms // Am. J. Psychiatry. – 1995: 152: 45–52.
8. Ciraulo D. A., Jaffe J. H. Tricyclic antidepressants in the treatment of depression associated with alcoholism // J. Clin. Psychopharmacol. – 1981: 1: 146–150.
9. Coccaro E. F., Murphy D. L. Serotonin in Major Psychiatric Disorders // American Psychiatric Press: Washington DC, 1990.
10. Cornelius J. R., Salloum I. M., Ehler J. G. et al. Fluoxetine in depressed alcoholics. A double blind placebo-controlled trial // Archives of General psychiatry 1997; 54: 700–5.
11. Cornelius J. R., Salloum I. M., et al. Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism // American Journal of Psychiatry 1995; 358–64.
12. Dackis C. A., Gold M. S., Pottash A. L. C., Sweeney D. R. Evaluating depression in alcoholics // Psychiatry Res 1986; 17: 105–109.
13. Daley D. C., Thase M. E. Dual Disorders Recovery Counseling // Independence Press: Missouri, 1994.
14. George D. T., Nutt D. J., Dwyer B. A., et al. Alcoholism and panic disorder: is the comorbidity more than coincidence? // Acta Psychiatr. Scand. 1990; 81: 97–107.
15. Gorelick D. A., Paredes A. Effect of fluoxetine on alcohol consumption in male alcoholics // Alcohol. Clin. Exp. Res. 1992; 16 (2): 261–265.
16. Gorelick D. A. Serotonin uptake blockers and the treatment of alcoholism // Recent Dev. Alcohol. 1989; 7: 267–281.
17. Johnson J. G., Spitzer R. L., Williams J. B., et al. Psychiatric comorbidity, health status, and functional impairment associated with alcohol abuse and dependence in primary care patients: findings of the Prime-MD study // J. Consult Clin. Psychol. 1995; 63: 133–140.
18. Kessler R. C., Crum R. M., Warner L. A. et al. Lifetime co-occurrence of alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National comorbidity survey // Archives of General Psychiatry 1997; 54: 313–21.
19. Marlatt & Witkiewitz, Addictive Behaviors 2002.
20. McGrath P. J., Nunes E. V. et al. Imipramine treatment of alcoholics with primary depression. Archives of General psychiatry 1996; 53: 232–40.
21. Murphy G. E., Wetzel R. D. The lifetime risk of suicide in alcoholism. Archives of General Psychiatry 1990; 47: 383–92.
22. Naranjo C., Kadlic K., Sanhueza P., Woodley-Rimus D., Kennedy R., Sellers E. Fluoxetine differentially alters alcohol intake and other consummatory behaviors in problem drinkers // Clin. Pharmacol. Ther. 1990; 47: 490–498.
23. Naranjo CA, Sellers EM, Jullivan JT, et al. The serotonin uptake inhibitor citalopram attenuates ethanol intake. Clin Pharmacol Ther 1987;41:266–274.
24. Naranjo C. A., Sellers E. M., Roach C. A., et al. Zimeclidine-induced variations in alcohol intake by non-depressed heavy drinkers // Clin. Pharmacol. Ther. 1984; 35: 374–381.
25. O'Malley S. S., Jaffe A., Chang G., Schottenfeld R. S., Meyer R. E., Rounsaville B. Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence: a controlled study // Arch. Gen. Psychiatry. 1992; 49: 881–887.
26. Powell B. J., Penick E. C., et al. Prevalence of additional psychiatric syndromes among male alcoholics // Journal of clinical Psychiatry 1982; 43: 404–7.
27. Reich J., Chaudhry D. Personality of panic disorder alcohol abusers // J. Nerv. Ment. Dis. 1987; 175: 224–228.
28. Reiger D. A., Farmer et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse // JAMA 1990; 264: 2511–8.
29. Rosenbaum J. F., Fava M., Pava J. A., et al. Anger attacks in unipolar depression // American Journal of Psychiatry. 1993; 150: 1164–8.
30. Roy A., Lamparski D., et al. Characteristics of alcoholics who attempt suicide // American Journal of Psychiatry. 1990; 147: 761–5.
31. Roy A. Suicide and psychiatric patients // Psychiatric clinics of North America 1985; 8: 227–41.
32. Schukit M. A. Alcohol and depression: a clinical perspective // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1994; 37: S28–S32.
33. Small P., Stockwell T., Canter S., et al. Alcohol dependence and phobic anxiety states I. A prevalence study // Br. J. Psychiatry. 1984; 144: 53–57.
34. Starcevic V., Uhlenhuth E. H., Kellner R., et al. Comorbidity in panic disorder: II. Chronology of appearance and pathogenic comorbidity // Psychiatry Res. 1993; 46: 285–293.
35. Thomas R. Fluvoxamine and alcoholism // Int. Clin. Psychopharmacol. 1991; 6 (3): 84–92.
36. Volpicelli J. R., Davis M. A., Olgin J. E. Naltrexone blocks the post-shock increase of ethanol consumption // Life Sci. 1986; 38: 841–847.
37. Volpicelli J. R., Alterman A. L., Hayashida M., O'Brien C. P. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence // Arch. Gen. Psychiatry. 1992; 49: 876–880.

THE PROBLEM OF DUAL DIAGNOSIS OF DEPRESSION AND ALCOHOLISM  
S.O. Malyarov

**Key words:** depression, alcoholism, suicide, aggressive behavior.

Depression and alcoholism are among the most frequent disorders found in community surveys and clinical studies. Many individual, family and societal problems are associated with depression, alcoholism and/or violence. Alcoholism confounds the diagnostic picture of depression, interferes with treatment compliance, completion and response to medications or therapy, increases the risk of suicidal behavior and is a factor of rehospitalization. Serotonergic system dysfunction is thought to underlie depression, alcoholism, alcohol-induced aggression, suicide and violence. SSRIs could be useful in decreasing both depressive symptoms and excessive drinking in patients with alcohol dependence. Among them escitalopram is optimal balanced antidepressant both in efficacy and tolerability. Multiple levels of care may be needed for the effective treatment of depression and alcoholism. Reducing drinking level is utmost important goal of the maintenance phase of treatment patients with dual diagnosis.

УДК: 616.89-08.12-055.2+343.914

**Н.Ю. Васильєва**  
**ВПЛИВ АЛКОГОЛЮ ТА ІНШИХ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН**  
**НА ФОРМУВАННЯ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК**  
Київський міський центр судово-психіатричної експертизи, м. Київ

**Ключові слова:** жіноча злочинність, алкоголь, наркотична залежність, психоактивні речовини (ПАР), суспільно-небезпечні дії (СНД), алкоголізація, судово-психіатрична експертиза, підекспертні.

У статті представлено результати дослідження 353 підекспертних з метою виявлення впливу алкоголю та інших психоактивних речовин на формування агресивної поведінки жінок. Продемонстровано вплив зазначених факторів на формування агресивної поведінки досліджуваного контингенту.

**Актуальність теми.** Зловживання психоактивними речовинами передбачає спосіб використання будь-якої хімічної речовини для модифікації настрою або поведінки, який відрізняється від соціально схвалюваної практики лікування або відпочинку.

У DSM-IV Американської психіатричної асоціації наводяться 4 критерії діагнозу зловживання психоактивними речовинами: повторюваність зловживання; повторюване вживання в станах, пов'язаних з ризиком; періодичні проблеми з правоохоронними органами внаслідок зловживання психоактивними речовинами; триваюче вживання, незважаючи на викликані цим соціальні проблеми.

На даний час доведено загальний патогенетичний механізм формування різних залежностей, в першу чергу – відповідно до їх хімічних форм [1]. Щодо цих речовин в літературі укорінився термін «психоактивні речовини» (ПАР), хоча пропонується використовувати й інші терміни, наприклад «психомодифікуючі речовини» [2]. Вживання психоактивних речовин призводить до серйозних проблем зі здоров'ям і до соціальних проблем серед людей, що вживають їх, а також членів їх сімей та окремих спільнот. Так, вживання алкоголю зі шкідливими наслідками є глобальною проблемою, що ставить під загрозу як індивідуальний, так і суспільний розвиток, щорічно призводить до 2,5 млн випадків смерті. Алкоголь є третім за значимістю чинником ризику передчасної смерті, інвалідності і втрати здоров'я у світі; це перший за значимістю фактор ризику в регіонах Західної частини Тихого океану та Америки і другий за значимістю – в Європі [3].

Зловживання алкоголем пов'язано з багатьма серйозними соціальними аспектами і проблемами роз-

витку, включаючи насильство, бездоглядність дітей і жорстоке поводження з ними. Пов'язана з алкоголем шкода виходить далеко за межі фізичного і психологічного здоров'я питущої людини. Алкоголь заподіює шкоду благополуччю і здоров'ю тих, хто оточує питущих людей [4].

Шкідливе вживання алкоголю є однією з основних детермінант психоневрологічних розладів, таких як розлади, зумовлені вживанням алкоголю, та епілепсія [5].

За даними Медико-демографічного обстеження населення України 2007 року в середньому 62% жінок щонайменше один раз вживали алкоголь протягом останніх 30 днів; при цьому ця частка варіює від 45% у віці 15–19 років до 70,1% у віці 40–44 роки. Щодня або майже щодня вживають алкоголь 1,5% жінок, 1–2 рази на тиждень – 8,7% [6].

Увага до шкоди, викликаній вживанням алкоголю, в усьому світі підвищилася, особливо після публікації Доповіді Комітету експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) 13 жовтня 2006 року з проблем, пов'язаних зі споживанням алкоголю, в якій підкреслено роль вживання алкоголю як значного фактора ризику для здоров'я населення всього світу. Наявні дані свідчать, що проблеми здоров'я та соціальні проблеми, викликані пагубним вживанням алкоголю, збільшуються в багатьох країнах світу в результаті підвищення рівнів або зміни структур вживання, особливо серед жінок і молодих людей [7].

З'являється все більше даних про роль алкоголізації при скоєнні злочинів, пов'язаних із різними формами насильства, хоча цей зв'язок значно різниться в країнах

і культурах. В цілому, чим вище рівень споживання алкоголю – тим більш серйозним є насильство [8].

У 2010 році Всесвітня асамблея охорони здоров'я прийняла резолюцію, що затвердила глобальну стратегію скорочення шкідливого вживання алкоголю.

Наркотична залежність у жінок має свої особливості, а саме: швидший (порівняно з чоловіками) перехід від епізодичного до систематичного вживання наркотиків, прискорене формування залежності та толерантності до наркотику, тобто більш злюкисний перебіг хвороби.

В умовах соціальних проблем, що загострюються на фоні підвищення рівня злочинності серед жінок, стрімко зростає кількість агресивних суспільно-небезпечних дій, скоєних ними під впливом вживання ПАР. Кожна десята жінка, що вчиняє злочин, залежна від наркотиків, кожна п'ята – від алкоголю. Це значно швидше, ніж у чоловіків, спричиняє соціально-психологічну деградацію їх особи, як наслідок – становлення на шлях злочинності. Так, майже 40% злочинів вчиняється жінками у нетверезому стані.

За даними Департаменту України з виконання покарань лікуванню від алкоголізму і наркоманії підлягають 29,8% засуджених жінок, які перебувають у місцях позбавлення волі. Загрозливим є значне збільшення кількості осіб серед такої категорії, які потребують лікування від наркоманії, питома вага яких становить 66,5% [9].

До речі, згідно з даними спеціального перепису засуджених до позбавлення волі в 1989 році примусове лікування від алкоголізму було призначене 26,3% жінок, від наркоманії – 3,4% жінок [10].

**Мета дослідження:** вивчення впливу алкоголю та інших ПАР на формування агресивної поведінки жінок, які скоїли злочини проти життя та здоров'я особи.

**Матеріали та методи дослідження**

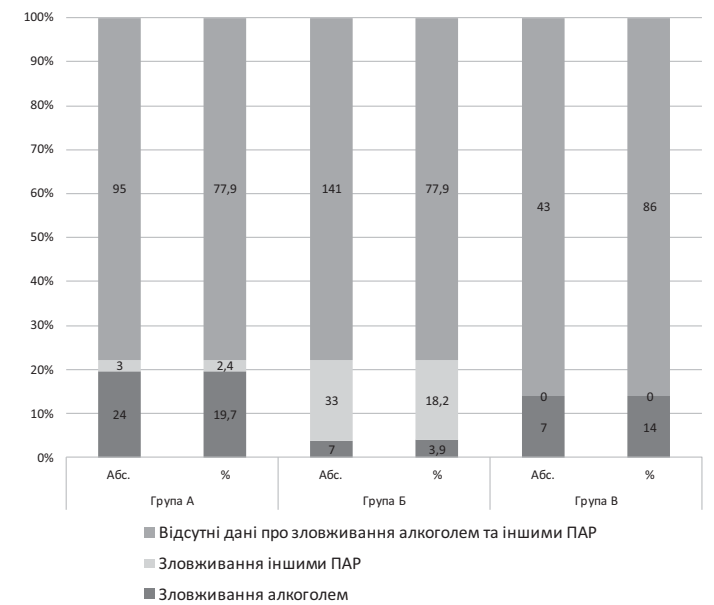
Проведене дослідження ґрунтується на основі аналізу повного обсягу (суцільної вибірки) випадків проведення стаціонарних судово-психіатричних експертиз (СПЕ) жінкам в Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи протягом 10 років (2002–2011), які були розподілені на дві групи:

- основна (група А) – 122 підекспертні, звинувачувані у скоєнні суспільно-небезпечних дій (СНД) проти життя та здоров'я особи (ст. 115–119, 121–128 Кримінального кодексу [КК] України);
- група порівняння (група Б) – 181 підекспертна, звинувачувана у скоєнні СНД, передбачених іншими статтями КК України.

Для отримання порівняльних характеристик розвитку досліджуваного явища в часі була проаналізована ретроспективна вибірка – група В, що складається з 50 жінок, аналогічна за параметрами до основної групи А: підекспертні жінки, звинувачувані у скоєнні СНД проти життя та здоров'я (ст. 115–119, 121–128 КК України) та щодо яких були проведені стаціонарні СПЕ в Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи в період 1981–1986 рр.

Збір інформації проводився шляхом копіювання даних з різних офіційних документів – медичних карт стаціонарного хворого, матеріалів кримінальної справи, актів СПЕ – в спеціально розроблену карту обстеження, яка містить загальні відомості про підекспертну та експертизу, анамнестичні, соціально-демографічні, клінічні та індивідуально-психологічні особливості жінок, дані про особу потерпілого, кримінал та посткримінальну ситуацію, поведінку підекспертної в період проведення СПЕ.

Для досягнення поставленої в дослідженні мети використовували такі методи: анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, експериментально-психологічний, метод експертного



**Рисунок. Порівняльна характеристика кількості осіб, які зловживають алкоголем та іншими психоактивними речовинами (ПАР), в досліджуваних групах**

дослідження документації, судово-психіатричного аналізу генезу СНД, статистичний.

При порівнянні груп спостереження за допомогою t-коефіцієнту достовірності було прийнято, що  $p_1$  – це інтервал достовірності при порівнянні групи А з групою Б,  $p_2$  – при порівнянні групи А з групою В. При показнику  $p > 0,05$  перевага вважалася недостовірною і значення  $p$  не відмічалось.

**Таблиця 1. Розподіл підекспертних, які зловживають психоактивними речовинами, за віком**

Вік, роки	Група А		Група Б		Група В		Разом	
	п	%	п	%	п	%	п	%
До 18	1	3,7	1	2,5	–	–	2	2,7
18–29	7	25,9	14	35	3	42,9	24	32,4
29–40	6	22,2	16	40	–	–	22	29,7
40–49	10	37	6	15	3	42,9	19	25,7
50–59	3	11,1	3	7,5	1	14,2	7	9,5
Понад 60	–	–	–	–	–	–	–	–
<b>Всього</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>100</b>



Таблиця 2. Розподіл підекспертних, які зловживають психоактивними речовинами, за освітою

Освіта	Група А		Група Б		Група В		Разом	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Без освіти	1	3,7	–	–	–	–	1	1,4
Початкова	3	11,1	–	–	1	14,3	4	5,4
Середня	10	37	27	67,5	3	42,9	40	54,1
Середня спеціальна	9	33,3	10	25	3	42,9	22	29,7
Незакінчена вища	1	3,7	–	–	–	–	1	1,4
Вища	2	7,4	3	7,5	–	–	5	6,8
Заклади для розумово відсталих	1	3,7	–	–	–	–	1	1,4
<b>Всього</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

Таблиця 3. Розподіл підекспертних, які зловживають психоактивними речовинами, за сімейним станом

Сімейний стан	Група А		Група Б		Група В		Разом	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Заміжня	11	40,7	8	20	2	28,6	21	28,4
Розлучена	4	14,8	7	17,5	5	71,4	16	21,6
Незаміжня	12	44,4	25	62,5	–	–	37	50
<b>Всього</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

Таблиця 4. Розподіл підекспертних, які зловживають психоактивними речовинами, за ставленням до праці

Трудова діяльність	Група А		Група Б		Група В		Разом	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Працює	3	11,1	4	10	3	42,9	10	13,5
Інвалід	–	–	2	5	–	–	2	2,7
Інше/навчається	1	3,7	–	–	–	–	1	1,4
Не працює	23	85,2	34	85	4	57,1	61	82,4
<b>Всього</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

Таблиця 5. Розподіл підекспертних за видом зловживання психоактивними речовинами (ПАР)

Вид зловживання ПАР	Група А		Група Б		Група В		Разом	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Зловживання алкоголем	24	88,9	7	17,5	7	100	38	51,3
Зловживання опіоїдами	–	–	20	50	–	–	20	27
Зловживання психостимуляторами	1	3,7	3	7,5	–	–	4	5,4
Зловживання летючими розчинниками	1	3,7	–	–	–	–	1	1,4
Поєднане зловживання наркотичними та іншими ПАР	1	3,7	10	25	–	–	11	14,9
<b>Всього</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

### Результати та їх обговорення

Перш за все, автори визначили кількість підекспертних, які зловживали алкоголем та іншими ПАР в досліджуваних групах (рисунком).

Розрахунок продемонстрував, що в групі А достовірно ( $p_1 < 0,001$ ) порівняно з групою Б переважали особи, які зловживали алкоголем, – 24 (19,7%) випадки, тоді як в групі Б достовірно ( $p_1 < 0,001$ ) переважали ті, що зловживали іншими ПАР. В групі В не спостерігалось жодного випадку зловживання підекспертними будь-якими ПАР, окрім алкоголю, – 7 (14%) випадків.

Особлива криміногенність, а також специфічна вразливість щодо інтоксикаційних чинників у жінок пов'язана з ендокринно-фізіологічними особливостями, притаманними деяким віковим групам. Для виявлення цього зв'язку було проаналізовано розподіл підекспертних, що зловживають ПАР, за віком (табл. 1).

Аналіз наведених даних свідчить, що серед всіх підекспертних, які зловживали ПАР, частіше до криміналь-

ної відповідальності притягувалися жінки віком 18–29 років – 32,4% досліджених, особи віком 29–40 років – 29,7%, підекспертні віком 40–49 років – 25,7%.

Спостерігалася достовірна ( $p_1 < 0,02$ ) перевага осіб віком 40–49 років у групі А – 10 (37%) випадків порівняно з групою Б – 6 (15%) випадків. Слід зазначити, що в групі В підекспертних молодше 18 років та у віковому діапазоні 29–40 років виявлено не було.

Рівень освіти, безперечно, впливає на правосвідомість, формування світогляду, здатність вибору того чи іншого варіанту поведінки. Авторами було з'ясовано розподіл підекспертних, які зловживають ПАР, за рівнем освіти (табл. 2).

Аналіз даних демонструє, що в цілому серед підекспертних переважали особи із середньою освітою – 40 (54,1%) випадків, на другому місці за кількістю – особи із середньою спеціальною освітою – 22 (29,7%), на третьому – особи з вищою освітою – 5 (6,8%). Жінки з початковою освітою спостерігалися в 4 (5,4%) випадках. Виявилось, що особи без освіти, з незакінченою вищою освітою та ті, що навчалися в закладах для розумово відсталих, становили по 1 (1,4%) випадку. Слід зазначити, що в групі Б відсутні особи без освіти, ті що мають початкову, незакінчену вищу освіту, та особи, що навчалися в закладах для розумово відсталих. В групі В не спостерігалось жінок без освіти, з вищою та незакінченою вищою освітою а також тих, хто навчався у закладах для розумово відсталих. У групі Б достовірно ( $p_1 < 0,001$ ) порівняно з групою А переважали особи з середньою освітою – 27 (67,5%) випадків.

Складний комплекс сімейних відносин окреслює коло специфічних стресових ситуацій – одного з факторів у системі, детермінуючої агресію, що в комплексі зі впливом інтоксикаційних чинників призводить до послаблення вольових механізмів, а також порушення критичних та прогностичних функцій жінок.

Дані про розподіл під експертних, які зловживають ПАР, за сімейним станом наведено в таблиці 3.

Серед дослідженого контингенту підекспертних переважали незаміжні особи – 37 (50%) випадків. Співставлення даних дає змогу стверджувати, що в групі А достовірно ( $p_1 < 0,03$ ) порівняно з групою Б переважали заміжні особи – 11 (40,7%) випадків. В групі В кількість розлучених жінок достовірно ( $p_2 < 0,001$ ) переважала таких у групі А – 5 (71,4%) випадків.

Як відомо, соціально незайнятими скоюється більша частина злочинів. Ця обставина відіграє істотну негативну роль, оскільки трудовий колектив є тим елементом середовища, який найбільшою мірою сприяє включенню особистості в позитивну взаємодію з широким соціальним середовищем. Зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами призводить до соціальної дезадаптації, втрати роботи, соціальних зв'язків тощо. Розподіл підекспертних, які зловживають ПАР, за ставленням до праці представлено у таблиці 4.

Таблиця 6. Розподіл підекспертних за наявністю стану сп'яніння під час скоєння суспільно-небезпечних дій (СНД)

Стан сп'яніння на момент СНД	Група А		Група Б		Група В		Разом	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Прояви сп'яніння відсутні	3	11,1	36	90	–	–	39	52,7
Алкогольне сп'яніння (за показаннями свідків)	21	77,8	3	7,5	5	71,4	29	39,2
Наркотичне сп'яніння (за показаннями свідків)	1	3,7	–	–	–	–	1	1,4
Алкогольне сп'яніння (згідно з актом медичного обстеження)	2	7,4	1	2,5	2	28,6	5	6,8
<b>Всього</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

Таблиця 7. Розподіл підекспертних, які зловживають алкоголем та іншими психоактивними речовинами, за структурою скоєних ними суспільно-небезпечних дій згідно зі статтями Кримінального кодексу України

Стаття КК України	Група А		Група Б		Разом	
	п	%	п	%	п	%
115	16	59,3	6	85,7	21	61,8
119	1	3,7	0	0	1	2,9
121	8	29,6	0	0	8	23,5
122	0	0	1	14,3	1	2,9
125	1	3,7	0	0	1	2,9
127	1	3,7	0	0	1	2,9
<b>Всього</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Згідно з наведеними даними кількість неправуючих осіб серед дослідженого контингенту становила 61 (82,4%) випадок, працюючих підекспертних – 10 (13,5%), інвалідів – 2 (2,7%), осіб, що навчаються, – 1 (1,4%). В групі А достовірно ( $p_2 < 0,001$ ) порівняно з групою В переважали неправуючі – 23 (85,2%) особи. В групі В достовірно ( $p_2 < 0,03$ ) порівняно з групою А переважали працюючі підекспертні – 3 (42,9%).

Дані про розподіл підекспертних за видом зловживання ПАР наведені в таблиці 5.

Співставлення отриманих даних свідчить, що в 38 (51,3%) випадках досліджені особи зловживали алкоголем, в 20 (27%) – у них мало місце зловживання опіоїдами, в 11 (14,9%) – поєднане зловживання наркотичними та іншими ПАР. Зловживання психостимуляторами виявлялося в 4 (5,4%) випадках, а летючими розчинниками – в 1 (1,4%).

В групі А достовірно ( $p_1 < 0,001$ ) порівняно з групою Б переважали підекспертні, які зловживали алкоголем. В групі Б достовірно ( $p_1 < 0,001$ ) порівняно з групою А переважали особи із поєднаним зловживанням наркотичними та іншими ПАР. Слід зазначити, що в групі А були відсутні жінки, які зловживали опіоїдами. Показовим є факт відсутності в ретроспективній групі підекспертних, які зловживали будь-якими наркотичними речовинами.

Загальновідомо, що стан сп'яніння підвищує емоційність сприйняття подій та імпульсивність реагування на них, тому найбільш тяжкі та агресивні СНД жінки здійснювали безпосередньо після вживання алкоголю та інших ПАР (табл. 6).

Аналізуючи наявність стану сп'яніння у підекспертних, автори дійшли висновку, що кількість підекспертних у групі А, які на момент скоєння ними СНД перебували в стані алкогольного сп'яніння – 23 (85,2%)

випадки, достовірно ( $p_1 < 0,001$ ) перевищувала таких у групі Б – 4 (10%) випадки. Всі підекспертні групи В під час скоєння СНД перебували у стані алкогольного сп'яніння. В групах Б та В були відсутні особи з ознаками наркотичного сп'яніння на період вчинення ними правопорушення.

Слід зазначити, що стан алкогольного сп'яніння на момент скоєння жінками СНД у підекспертних групи А в 7,4% випадків був об'єктивно зафіксований в акті медобстеження, тоді як у 77,8% – про наявність стану сп'яніння експерти могли дізнатися із показань свідків. В групі В у 28,6% випадків стан сп'яніння був об'єктивізований наявним у матеріалах кримінальної справи актом медобстеження. Цей факт висвітлює недоліки роботи слідчих органів в теперішній час, ускладнюючи проведення СПЕ, впливаючи на повноту та об'єктивність її висновків.

Наприкінці, аналізуючи дані про структуру скоєних підекспертними, які зловживають алкоголем та іншими ПАР, злочинів проти життя та здоров'я особи, згідно зі статтями КК України (табл. 7), робимо висновок, що переважна більшість СНД – умисні вбивства (ст. 115 КК України) (група А – 59,3%, група В – 85,7%) та нанесення тілесних ушкоджень різного ступеня тяжкості.

### Висновки

В результаті аналізу впливу алкоголю та інших ПАР на формування агресивної поведінки жінок можна зробити такі висновки.

1. В основній групі достовірно переважали підекспертні, які зловживали алкоголем. Слід зазначити, що в групі А були відсутні жінки, які зловживали опіоїдами. Показовим є факт відсутності в ретроспективній групі підекспертних, які зловживали будь-якими наркотичними речовинами.

2. Найбільш тяжкі злочини проти життя та здоров'я особи були скоєні жінками, які зловживали алкоголем та іншими ПАР, у віковому діапазоні 40–49 років.

3. В групі А серед досліджених достовірно порівняно з групою Б переважали заміжні особи. В групі В кількість розлучених жінок достовірно переважала таких у групі А.

4. В групі А достовірно порівняно з групою В переважали неправуючі, водночас у групі В достовірно порівняно з групою А переважали працюючі підекспертні.

5. Кількість підекспертних у групі А, які на момент скоєння ними СНД перебували в стані алкогольного сп'яніння, достовірно перевищувала таких у групі Б. Всі підекспертні групи В під час скоєння СНД були у стані алкогольного сп'яніння.

6. В структурі СНД, скоєних жінками, які зловживали алкоголем та іншими ПАР, переважали умисні вбивства та нанесення тяжких тілесних ушкоджень.

Виявлені розбіжності між основною та ретроспективною групами можуть бути пояснені соціальними змінами та етичними цінностями сучасного суспільства.

## Література

1. Анохина И.П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез). Лекции по клинической наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Российский благотворительный фонд «Нет алкоголизму и наркомании», 1995. – С. 16–39.
2. Теоретические и практические подходы к созданию системы медицинской профилактики наркоманий и токсикоманий среди молодежи: Медико-биологические проблемы алкоголизма / А.Г. Врублевский, М.Г. Цетлин, Л.А. Кирилова. – М., 1988. – 44 с.

3. Употребление алкоголя с вредными последствиями. – Женева: ВОЗ, 2010.
4. Явучновская Т.М. Влияние алкоголизма как вида психической аномалии на преступность среди женщин. – Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1981. – С. 63–71.
5. Center for Disease Control and Prevention: Quick Stats Binge Drinking. – Atlanta: CDC, 2008.
6. Левчук Н.М. Асоціальні явища в Україні у демографічному вимірі: монографія / Н.М. Левчук. – К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М. Птухи НАН України, 2011.
7. Стратегии и мероприятия по снижению вреда, связанного с алкоголем, основанные на фактических данных. Глобальная оценка проблем общественного здравоохранения, вызываемых вредным употреблением алкоголя. – Женева: ВОЗ, 2007.
8. The Epidemiology of At-Risk and Binge Drinking Among Middle-Aged and Elderly Community Adults: National Survey on Drug Use and Health Dan / G. Blazer, Li-Tzy Wu // Am. J. of Psychiatry. – 2009. – Vol. 166 (10). – P. 1162–1169.
9. Меркулова В.О. Жінка як суб'єкт кримінальної відповідальності. – Одеса: Одеський юридичний інститут Національного університету внутрішніх справ, 2003. – 280 с.
10. Михлин А.С. Общая характеристика осужденных. – М., 1991. – С. 54.

### ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ И ДРУГИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ФОРМИРОВАНИЕ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН Н.Ю. Васильева

В статье предоставлены результаты исследования 353 подэкспертных с целью выявления влияния алкоголя и других психоактивных веществ на формирование агрессивного поведения женщин. Продемонстрировано влияние указанных факторов на формирование агрессивного поведения изучаемого контингента.

**Ключевые слова:** женская преступность, алкоголь, наркотическая зависимость, психоактивные вещества, общественно-опасные действия, алкоголизация, судебно-психиатрическая экспертиза, подэкспертные.

### THE EFFECTS OF ALCOHOL AND OTHER PSYCHOACTIVE SUBSTANCES ON THE FORMATION OF AGGRESSIVE BEHAVIOR OF WOMEN N. Y. Vasilyeva

The article presents the results of a study of the subject 353 to identify the influence of alcohol and other psychoactive substances in the aggressive behavior of women. Show the influence these factors on the aggressive behavior of the studied population.

**Key words:** female criminality, alcohol and drug dependence, psychoactive substances, socially dangerous acts, alcoholism, forensic psychiatric examination of the subject.

## ТЕЗИ

E.V. Krishtal, K.V. Shkoda

### NEED FOR CREATION OF AN ACTIVE PSYCHOSOCIAL SUPPORT FOR FAMILIES WITH MENTALLY ILL RELATIVES

Kharkiv Medical Academy of Post-graduate Education, Kharkiv

According to current research, one of four families in the world has one member who suffers from a mental disorder. Mental disorder (particularly schizophrenia or a disease in schizophrenic range) is a serious psychosocial stress for the patient and his family.

There is no doubt that the family in which one of its members is mentally ill suffers from his position.

Available in the scientific literature data indicate a high incidence of emotional stress and neurotic conditions in relatives of patients with psychosis, including schizophrenia. This is obviously due to the high degree of psychological and physical stress, which affected people who care about the patient. Researchers have shown that family members suffer from insanity, emotional distress, anxiety and anger, and in some cases, characterize themselves as «completely destroyed». Among parents of mentally ill children such feelings as distress, loss, fear and guilt are prevailing; these parents often feel embarrassment and sadness.

According to D. Schultz more than a third of people who care their relatives with dementia, experiencing excessive stress, suffer from depression or other mental disorder of nonpsychotic register.

In the Swedish study, which was attended by 162 relatives of the mentally ill, M. Ostman and L. Kjellin, found out that among family members of mentally ill people, 40 % of the surveyed believed that mental illness in their relatives led to mental disorders in themselves, 30 % – had suicidal thoughts and 26 % – sometimes thought that their mentally ill family member would die.

The degree of subjective burden for family members of patients with schizophrenia is influenced by many factors. D. G. Dyck, R. Short and P. P. Vitaliano identified that the severity of the patient with schizophrenia had negative symptoms, tendency of relatives to restrain their anger and blame themselves for what is happening, and level of social support for the family.

In many cases family members exhibit personal care and provide not only practical help but also emotional support for relatives with insanity, moreover, very often there are certain changes in the nature of old emotional ties. Thus, changing the usual characteristics of former relationships can be either transient (during an acute attack of mental disorder) or long (in the case of chronic disease). When serious illness comes to family, it forms a homeostasis disturbing family system (roles, boundaries, expectations, wishes and aspirations). Both genetic and psychosocial paths of patient's family are important. Ignoring changes in family system can negate the efforts of doctors by prejudicing the family members, their stigma, ambivalence, wrong attitude. Only the timely intervention of a family to adapt to the disease decreases the pathological process, which adversely affected both a mental patient and other family members.

Creating a system of measures of psychosocial support for families with mentally ill relatives is an essential leveling impact of psychological factors associated with psychological causes of stigma and family members of those who suffer from mental disorders.

### К.В. Аймедов, А.Є. Волощук, О.В. Кривоногова ОСОБЛИВОСТІ СТОСУНКІВ БАТЬКІВ У РОДИНАХ З ДИТИНОЮ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ Одеський національний медичний університет, м. Одеса

**Метою** даного дослідження стало визначення типу батьківського ставлення до дитини з особливими потребами.

**Матеріали та методи.** Дослідження було проведено в 4 групах батьків. До першої увійшли 32 особи, які мали дітей з синдромом Дауна. До другої увійшли 29 батьків, які мали дітей з розладами аутичного спектра. До третьої – 33 особи, які були батьками дітей, що мали гіперкінетичний розлад з переважним порушенням активності та уваги. Контрольну групу було сформовано з 28 батьків, діти яких були відносно здоровими. У дослідженні використовували тестування за методиками: 1. Опитувальник батьківського ставлення (А.Я. Варга, В.В. Столін); 2. Методика діагностики ставлення до хвороби дитини (В.Є. Каган, І.П. Журавльова).

**Результати.** У результаті дослідження було виявлено, що батьки, які виховують дітей з синдромом Дау-

на, відмічають особисту неспроможність своєї дитини, але проявляють позитивне емоційне ставлення до неї, прагнуть до симбіотичних стосунків з дитиною та відчують відповідальність за хворобу дитини. Емоційне «відкидання», авторитаризм у ставленні, гіпнозогнозію та екстернальний тип батьківського контролю було виявлено у батьків, які мають дітей з гіперкінетичним розладом. Батьки, діти яких хворі на аутизм, прагнуть до симбіотичних відносин з ними, відчують свою відповідальність за хворобу дитини, але відмічають її особисту неспроможність. Усі досліджувані групи батьків проявляли тенденцію до встановлення для дитини максимальних обмежень її активності.

**Висновок.** Всі батьки дітей з особливими потребами мали ознаки неадекватного типу ставлення до дитини.



В.А. Вербенко

## СИНДРОМ ВІДМІНИ ДІЇ АНТИДЕПРЕСАНТІВ

ДУ «Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського», м. Сімферополь

Синдром відміни дії антидепресантів (Antidepressant Discontinuation Syndrome – 995.29 in DSM-5, 2013), особливо якщо лікування припинили раптово, є звичним явищем, але донині цей синдром не має достатньої доказової бази.

За даними патофізіологічних досліджень, синдром відміни дії антидепресантів може виникати внаслідок тимчасового дефіциту синаптичної трансмісії серотоніну або порушень взаємодії інших систем нейромедіаторів, таких як норадреналін, дофамін, гама-аміномасляна кислота (С. Damsa, А. Bumb, F. Bianchi-Demicheli, et al., 2004).

Небажані явища після припинення лікування і після зниження дози спостерігали у клінічних дослідженнях приблизно в 31–40% пацієнтів, які отримували інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну, і у 17% пацієнтів, що приймали плацебо (S. Hosenbocus, R. Chahal, 2013; P. Andrews, S. Kornstein, L. Halberstadt, 2011; P. Haddad, 2001). Найбільш частими реакціями були запаморочення, порушення чутливості (включаючи парестезії), порушення сну (включаючи безсоння і яскраві сни), ажитація, тривога, нудота, тремор і головний біль. Як правило, ці симптоми були легкими, однак у деяких пацієнтів вони були дуже серйозними. Зазвичай вони виникали протягом перших декількох днів після припинення лікування, але були повідомлення про наявність таких симптомів у пацієнтів, які випадково пропустили дозу.

Симптом відміни при припиненні лікування селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну також є поширеними при зупинці лікування, особливо при різкому припиненні. У деяких клінічних випробуваннях несприятливі події, які спостерігалися при припиненні лікування, відбувалися приблизно

у 25% пацієнтів, які приймали селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну і 15% пацієнтів, які приймали плацебо. Ризик появи симптому відміни залежав від декількох факторів, включаючи тривалість, дозу терапії і швидкість зменшення дози. Про такі реакції, як запаморочення, сенсорні порушення (у тому числі парестезії, візуальні порушення та відчуття удару електричним струмом), порушення сну, хвилювання і тривога, дратівливість, сплутаність, емоційна нестабільність, нудота або блювання, діарея, пітливість і серцебиття, головний біль і тремор найчастіше повідомляли пацієнти (K. Black; C. Shea, S. Dursun 2000; T. Renoir, 2013; L. Chang, 2013).

У дослідженні K. Black, C. Shea, S. Dursun (2000) було виділено діагностичні критерії синдрому відміни СИЗС, які враховували не тільки соматичні та психічні симптоми але й зниження соціального, професійного та іншого функціонування.

Слід відмітити, що довготривалий синдром відміни антидепресантів, що включає психічні розлади: збудження, тривогу, акатизію, панічні напади, дисфоричні реакції, парестезії, порушення концентрації уваги, втомлюваність, когнітивні порушення донині недостатньо вивчений та не має доказової бази (G. Fava, M. Bernardi, E. Tomba, 2007, С. Belaise, 2012). Але такі симптоми за даними С. Belaise (2012) можуть тривати від місяця до шести років.

**Висновки.** У зв'язку з відсутністю діагностичних критеріїв необхідне подальше вивчення короткотривалого та довготривалого синдрому відміни дії різних класів антидепресантів з позицій сучасної доказової медицини та розробка методичних рекомендацій стосовно застосування антидепресантів з метою профілактики синдрому відміни та його купірування.

Д.В. Возний

## ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА СТІЙКІСТЬ АЛКОГОЛЬНОЇ РЕМІСІЇ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

**Метою** нашого дослідження стало виявлення чинників «зриву» алкогольної ремісії у хворих чоловічої статі.

Проведено архівний аналіз більше однієї тисячі історій хвороб тих пацієнтів, які звернулися за допомогою повторно, та огляд госпіталізованих у відділеннях (216 осіб) впродовж 2009–2011 років і співбесіду з їх родичами.

Найбільшою виявилася група хворих, в яких «зрив» мав випадковий характер, 72,69% всіх випадків (157 хворих). Були виділені основні чинники рецидиву – це випадкове вживання алкоголю: свята, запрошення в гості

тощо – 96 хворих (61,15% випадків); вживання алкоголю як реакція на психологічні навантаження: проблеми на роботі чи в родині – 39 хворих (24,84% випадків); вживання алкоголю у результаті прагнення перевірити ефективність лікування – 17 пацієнтів (10,83% випадків) та інші 5 залежних виявили інші домінуючі чинники (3,18%). При аналізі також виявлено: при зриві ремісії до трьох місяців питома частка чинника впливу «компанії» складала 47,8% та була вищою за показник цього чинника у групі з ремісіями понад шість місяців, де він склав 38,6%, та понад рік, де цей показник склав лише 31,4 % випадків. У групі з короткими ремісіями

ми більшою, ніж в інших, виявилася частота випадків рецидиву «психологічної залежності» (26,7% та 14,9% і 11,2% відповідно). Водночас при порівняно хороших ремісіях більшого значення набував чинник негативних

психогенних впливів; він зустрічався в 34,1% випадків у групі з ремісіями понад рік, частіше ніж у першій (21,5%) та другій групах випадків (24,6%).

Л.В. Косовська, О.М. Біло

## ВАМ ПОТРІБНА ДЕПРЕСІЯ І ТРИВОГА? НЕ ЗАБОРОНЯЙТЕ СОБІ ЖИТИ ЩАСЛИВО

Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня, м. Тернопіль

Дослідження останніх років показали зростання депресивних розладів у різних верств населення і «одягання» різноманітних депресивних масок, які утруднюють діагностику та лікування.

**Метою** цього дослідження була оцінка психологічних особливостей депресії у різних вікових груп населення, вивчення маскованої клінічної картини та «атиповості депресії».

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням перебувало 28 хворих на депресивні розлади, які проходили курс лікування в Тернопільській обласній комунальній клінічній психоневрологічній лікарні. На момент обстеження пацієнти перебували у віці від 22 до 48 років. Серед обстежених було 17 жінок та 11 чоловіків. За медичною допомогою вперше звернулися 9 осіб, вдруге – 16, втретє – 3 людей. Нами проведено соціально-психологічне дослідження, яке містило соціологічне опитування і патопсихологічне тестування. Ми використовували суб'єктивні (заповнені пацієнтом) і об'єктивні (заповнені лікарем) шкали: депресії Гамільтона (Ham – D); Монтгомери – Асберга (MADRS), шка-

лу самооцінки рівня реактивної і особистісної тривоги Spielberg C.D.

**Результати.** У 2–3% людей розвиток депресії не залежить від зовнішніх обставин – ендогенна депресія, а у інших вона виникає, як реакція на стрес – психогенна депресія. Депресія у жінок – це засіб захисту від відчуття самотності. Велику вразливість до цього захворювання мають матері маленьких дітей. Жінки і чоловіки в однаковій мірі страждають депресією, але чоловіки вміють маскувати свої відчуття і симптоми, а також знімати стрес. Депресія часто поєднувалася з артеріальною гіпертензією (30–40%), ішемічною хворобою серця (5–10%), виразковою хворобою (6–10%), бронхіальною астмою (1–5%), цукровим діабетом (5–7%), ревматоїдним артритом (1%), ожирінням і маскувалася за цими захворюваннями.

**Висновки.** Виявлено, що жінки, як і чоловіки, в однаковій мірі страждають депресією. Найбільший ризик виникнення досягає віку 44 роки. Для того, щоб позбутися депресії і бути щасливим, просто потрібно набиратися досвіду і знань один від одного.

Є.В. Кришталь, М.В. Маркова, О.В. Погорелко

## БІОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ПРЕДИСПОЗИЦІЙНІ ЧИННИКИ В ГЕНЕЗІ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків

З дотриманням принципів біоетики та деонтології протягом 2010–2013 років на базі дитячого психіатричного відділення Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О.Ф. Мальцева було обстежено 100 підлітків віком від 14 до 17 років зі змішаними розладами емоцій і поведінки F 92, з них у 50 осіб виявлені прояви аутоагресивної поведінки (АП) у вигляді суїцидальних думок, задумів, намірів, рішень (36 осіб, 72%) або суїцидальні спроби в анамнезі (14 осіб, 28%).

Аналіз і узагальнення отриманих результатів дозволили виділити контекстуальні біологічні та психосоціальні предиспозиційні чинники в генезі АП у підлітків, серед яких за вагомістю впливу переважають психосоціальні фактори.

Біологічними контекстуальними предиспозиційними чинниками АП визначені: спадкова обтяженість за

психічними і поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю, або АП, адиктивна поведінка у вигляді неодноразового вживання алкоголю зі шкідливими наслідками, куріння похідних канабісу та інгаляції токсичних речовин.

Психосоціальними контекстуальними предиспозиційними чинниками АП встановлені: дисфункціональна конфліктна родина, деструктивне виховання за типами «емоційне відкидання», «гіпер- або гіпоопіки», наявність проблем у школі та у взаємодії з референтним середовищем однолітків, а також у сфері гендерної комунікації.

Отримані дані було покладено нами в основу розробки системи заходів психокорекції та психопрофілактики АП у підлітків.

**Є.В. Кришталь, М.В. Маркова, М.В. Закладний**  
**ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ**  
**ЕМОЦІЙНИХ І КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ**  
**НА НЕВРОТИЧНІ І НЕВРОЗОПОДІБНІ ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ**  
 Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків

Тривожні розлади (ТР) належать до найпоширеніших форм психічної патології. Епідеміологічні дослідження свідчать про виникнення тривожних станів протягом життя більш ніж у чверті популяції, а від різноманітних видів тривожних розладів страждає від 15 до 18% дорослого населення у світі. За даними медичної статистики МОЗ України за 2010 рік, у загальній захворюваності на психічні розлади перші три місця посідає патологія психіки алкогольного, органічного та невротичного генезу, у структурі кожної з яких питомо частку займають ТР.

Хворі на ТР складають не менше 30% осіб, які звертаються до лікарів загальної медичної практики. Несприятливою тенденцією також є збільшення частки молодих осіб, які страждають від ТР невротичного та неврозоподібного генезу. Пов'язані з цією патологією втрата працездатності та витрати на лікування, зокрема через ризик формування різних форм хімічної залежності та обтяження перебігу соматичних захворювань, створюють серйозну проблему не тільки для охорони здоров'я, але й для суспільства в цілому.

Багатофакторність етіопатогенетичних механізмів ТР підтверджує необхідність мультидисциплінарного підходу до їх дослідження з позицій біопсихосоціального підходу. Такі особливості тривоги, як реактивність, нестабільність проявів і динаміки, насамперед, в емоційній та когнітивній сферах, визначають варіабельність форм тривожних розладів невротичного та неврозоподібного генезу, що потребують розробки нових ефективних і безпечних терапевтичних заходів.

Найпоширенішою та науково обґрунтованою є психофармакологічна корекція ТР з використанням транквілізаторів, антидепресантів і малих нейролептиків. Проте, як справедливо зазначають багато авторів, при всій важливості та перспективності застосування

медикаментозних засобів, їх використання вирішує не стратегічні, а лише тактичні завдання, що визначається переважно психогенною природою соціальної дезадаптації особистості, без врахування специфіки генезу тривоги.

До того ж, маловивченою залишається проблема взаємозв'язку та патогенетичних механізмів формування емоційних і когнітивних порушень у структурі ТР залежно від їх генезу, що значно утруднює розробку диференційованих, з урахуванням патогенетичної специфічності терапевтичних заходів, відсутність яких на теперішній час обумовлює низьку ефективність лікування пацієнтів з ТР.

Враховуючи вищевказане, ми здійснюємо роботу з вивчення клінічних проявів і закономірностей формування емоційних і когнітивних порушень у хворих на невротичні і неврозоподібні ТР з метою розробки заходів їх медико-психологічної корекції. Робота складається з таких етапів: встановлення особливостей емоційних порушень при ТР невротичного та органічного генезу; визначення особливостей когнітивного функціонування хворих з невротичними і неврозоподібними ТР; дослідження індивідуально-психологічних й психосоціальних властивостей хворих з ТР невротичного та органічного генезу; виявлення провокуючих та превентивних факторів у генезі емоційних і когнітивних порушень при ТР невротичного і органічного генезу; наукове обґрунтування та розробка специфічних заходів медико-психологічної корекції емоційних і когнітивних порушень у хворих на невротичні і неврозоподібні ТР, які ґрунтуються на ідентифікації диференційованих мішеней медико-психологічного впливу, впровадження яких у клінічну практику дозволить підвищити ефективність лікування цього контингенту пацієнтів.

**Є.В. Кришталь, М.В. Маркова, О.О. Чистова**  
**ТИПОЛОГІЯ СЕКСУАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЖІНОК,**  
**ХВОРИХ НА ГЕНІТАЛЬНИЙ ЕНДОМЕТРІОЗ**  
 Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків

Протягом 2010–2013 рр. з дотриманням принципів біоетики та деонтології ми обстежили 150 подружніх пар (ПП), з них 100 – основна група – в яких дружини хворіли на ендометріоз (N80.0) і 50 – контрольна група, у якій жінки мали гострі запальні захворювання органів малого тазу (N70.0). Подружжя були віком від 27 до 53 років і у кожній парі, яка входила до однієї вікової групи, вікова різниця не перевищувала 5 років. Тривалість шлюбу в обстежених ПП становила від 3 до 15 років.

При опитуванні більшість ПП основної групи відзначали напруженість своїх внутрішньосімейних стосунків, пояснюючи це невмінням партнера вирішувати побутові проблеми, несприятливими для спілкування рисами характеру один одного: у чоловіків – збудливість, нерідко агресивність, конфліктність, запальність, небажання прислухатися до думки дружини, у жінок – дратівливість, емоційна лабільність, тривожність, схильність до

зайвої драматизації обставин, що відбуваються, а також наявністю проблем у сексуальному житті.

При вивченні стану реалізації сексуальної функції у всіх ПП основної групи діагностовано клінічно виражені розлади сексуальності (що відповідають критеріям МКХ–10). Так, у всіх жінок виявлена відсутність сексуального задоволення F 52.1 (100%), у 91% – оргазмічна дисфункція F52.3. Чоловікам були притаманні відсутність сексуального задоволення (56%), відносна втрата статевого потягу до партнерки (29%) і сексуальна аверсія (24%). У ході подальшого вивчення встановлено, що в обстежених ПП основної групи мали місце суттєві відмінності у клінічних проявах порушень сексуальності, а також у механізмах їх виникнення. У 69 ПП (перша підгрупа) спостерігали порушення комунікації чоловіків і жінок внаслідок наявності внутрішньоособистісного та міжособистісного конфліктів, порушень взаємин і невміння контактувати, висловлювати свої потреби і очікування, зокрема в сексуальній сфері. Ці розлади мали високий рівень позитивної кореляції, формуючи як клінічно, так і статистично єдиний феномен – комунікативну форму сексуальної дезадаптації. В інших випадках (31 ПП, друга підгрупа) діагностована насам-

перед невідповідність діапазонів прийнятності, обумовлена розбіжністю типів сексуальної мотивації, мотивів статевого акту, невідповідністю техніки сексу, що не відповідає очікуванням або бажаній моделі партнера. Отримані дані мали середній рівень ( $p \leq 0,05$ ) позитивної кореляції. Це стало підставою для констатації факту наявності сексуально-еротичної форми дезадаптації.

Поглиблене клініко-анамнестичне дослідження дозволило встановити, що у всіх випадках, незалежно від форми сексуальної дезадаптації, у всіх ПП основної групи порушення реалізації сексуальності виникли раніше, ніж захворювання на ендометріоз у дружини.

Системно-структурний аналіз сексуального здоров'я за його компонентами та складовими дозволив виявити їх поєднане ураження як причину розвитку сексуальних розладів і сексуальної дезадаптації у ПП основної групи, причому найчастіше психологічного, соціально-психологічного компонентів, а також нейрогуморальної та психічної складових біологічного компонента.

Отримані дані взято за основу при розробці заходів медико-психологічної допомоги даній категорії пацієнтів.

**І.І. Кутько, Г.С. Рачкаускас, І.Ф. Терьошина**  
**ВПЛИВ МЕТАБОЛІЧНО АКТИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА РІВЕНЬ ПОКАЗНИКІВ МЕТАБОЛІЗМУ**  
**ОКСИДУ АЗОТУ У ХВОРИХ НА РЕКУРЕНТНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ**  
 ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»  
 ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Рекурентні депресивні розлади (РДР) є актуальною проблемою сучасної медицини, що обумовлено поширеністю цього захворювання, тенденцією до рекурентного перебігу, значним терміном тривалості депресивних розладів, інвалідизацією населення працездатного віку та високими показниками смертності внаслідок високого ризику суїцидальної поведінки. Тому можна вважати актуальним детальне вивчення особливостей патогенезу РДР та розробку на підставі отриманих даних раціональних підходів до корекції виявлених порушень. При розробці патогенетично обґрунтованих підходів до лікування хворих на РДР нашу увагу привернула можливість застосування метаболічно активного препарату цитофлавін, зокрема дослідження можливого його впливу на показники системи оксиду азоту, який вважають універсальним внутрішньоклітинним месенджером біохімічних реакцій та важливим нейротрансмітером в так званих неадренергічних-нехолінергічних нейронах.

**Мета дослідження:** вивчити вплив метаболічно активного препарату цитофлавін на рівень показників системи оксиду азоту у хворих на РДР.

**Матеріали та методи.** Проведено клініко-психопатологічне та клініко-психодіагностичне обстеження 192 хворих на РДР. Діагноз «РДР, епізод легкого ступеня, який триває» (F33.00) було встановлено у 63 (32,8%)

хворих, «РДР, епізод помірного ступеня, який триває» (F33.1) – у 68 (35,4%) хворих і «РДР, епізод тяжкий без психотичних симптомів, який триває» (F33.2) – у 61 (31,8%) хворого. Обстежені пацієнти були поділені на дві рандомізовані групи (основну та зіставлення) по 98 і 94 особи відповідно. Хворі на РДР отримували загальноприйнятну підтримувальну терапію антидепресантами та антипсихотиками в амбулаторних умовах. Крім того, хворі основної групи у ході підтримувальної терапії отримували додатково цитофлавін по 2 таблетки внутрішньо 2 рази на добу протягом 20–25 днів поспіль. Для аналізу стану обміну NO вивчали вміст у крові нітратів/нітритів (Н/Н) як кінцевих продуктів метаболізму оксиду азоту за допомогою реактиву Гріса. Статистичну обробку одержаних результатів здійснювали за допомогою дисперсійного аналізу із застосуванням стандартних пакетів прикладних програм Microsoft Office 2010, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof та Statistica.

**Результати.** При проведенні біохімічних досліджень було встановлено, що вміст Н/Н у сироватці крові до початку терапії в обох групах хворих (основній та зіставлення) був нижче показників норми. Так, в основній групі пацієнтів рівень Н/Н становив в середньому  $(5,49 \pm 0,07)$  мкмоль/л, що було менше норми, яка дорівнює  $(8,4 \pm 0,08)$  мкмоль/л, в середньому у 1,53 разу ( $P < 0,01$ ); у групі зіставлення – в середньому  $(5,52 \pm 0,06)$



мкмоль/л, що було нижче норми в 1,52 разу ( $P < 0,01$ ). При біохімічному дослідженні на момент завершення курсу терапії було встановлено, що в основній групі пацієнтів вивчені показники практично наблизилися до значень норми та становили в середньому ( $8,34 \pm 0,06$ ) мкмоль/л, тоді як у групі зіставлення, незважаючи на позитивну динаміку, вміст Н/Н залишався нижче норми, а саме в 1,24 разу, та дорівнював у цей період дослідження в середньому ( $6,8 \pm 0,05$ ) мкмоль/л.

**Висновок.** Включення сучасного метаболічно активного препарату цитофлавін до комплексу лікування хворих на РДР обумовлює позитивну динаміку, яка характеризується нормалізацією вмісту метаболітів оксиду азоту – Н/Н у крові пацієнтів. Використання цитофлавіну можна вважати патогенетично обґрунтованим, доцільним та клінічно перспективним у комплексі підтримувальної терапії в амбулаторних умовах у хворих на РДР.

А.М. Кушнір

### ТИПОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПАТОЛОГІЇ РОЗУМОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З ПРОДУКТИВНО-ПСИХОТИЧНИМ МЕХАНІЗМОМ РЕАЛІЗАЦІЇ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЯНЬ

Державний заклад «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України», м. Дніпропетровськ

**Мета дослідження:** встановлення типових особливостей порушень розумової діяльності у хворих на шизофренію з продуктивно-психотичним (П-П) механізмом реалізації (МР) особливо суспільно небезпечних діянь (СНД).

**Результати.** У структурі генеральної сукупності хворих на шизофренію, які вчинили СНД проти життя особи (ПЖО) на теренах України, пацієнти з П-П МР СНД складають практично половину випадків (251 особа, 49,12%).

Завдяки дослідженню вичерпно повної вибірки таких хворих одержані результати вже на рівні частотних співвідношень показників проведеного клініко-психопатологічного обстеження є надійними і інформативними. Тому особливості порушень розумової діяльності, які були притаманні більшості хворих, умовно визначали як типові.

Переважаючу кількість (248 осіб, 98,80%) склали хворі на параноїдну шизофренію (F20.0) з безперервним перебігом захворювання (230 пацієнтів, 91,63%). Розвиток дефектних станів (головним чином параноїдний та психопатоподібний дефекти особистості) зареєстровано у 113 (45,02%) обстежених.

Встановлено недостатнє усвідомлення обстеженими власного психічного та емоційного стану вже за 30 днів до вчинення СНД, що підтверджується, по-перше, запереченням психоемоційних проблем за 30 днів до делікту більшістю пацієнтів з підтвердженням їх наявності протягом життя, а по-друге, даними щодо критичності обстежених. Збережену критику до свого стану виявлено лише у 6 (2,39%) осіб.

У 77,29% (194 особи) обстежених інтелект відповідав віку, отриманому рівню освіти та досвіду.

Мислення у більшості пацієнтів було паралогічним (189 осіб, 75,30%). Інші форми мислення представлені переважанням аутичного (55 хворих, 21,91%), наочно-дієвого (15 обстежених, 5,98%), егоцентричного (12 осіб, 4,78%). У 32 хворих (12,74%) паралогічне мислення поєднувалося з аутичним, у 12 (4,78%) – з егоцентричним, у 10 (3,98%) – з релігійним та у 5 (1,99%) – з містичним.

Найбільша частка піддослідних мала порушення динаміки мислення у вигляді брадифренії. Порушення

зв'язності мислення (розірваність) зареєстровано практично у п'ятої частини обстежених, воно супроводжувалося переходом суджень з одного логічного плану на інший та поєднувалося з паралогічним мисленням.

Односторонній, упереджений напрям розумової діяльності (хворі брали до уваги лише окремі факти або випадкові сторони явищ, що відповідали їх домінуючій настанові), яка преформувала стійкі хибні цільові уявлення у пацієнтів з паралогічним мисленням, – проявлявся у 127 обстежених (50,59%) у вигляді марновірності (51 особа, 20,32%), символічного мислення (43 пацієнти, 17,13%), порушеннями ідентифікації (26 обстежених, 10,36%).

Окрім паралогічності, патологія логічного мислення включала його розпливчастість (нецілеспрямованість з ігноруванням часових та просторових меж подій, нездатність притримуватися домінуючої ідеї, розпливчастість асоціативної структури мислення), формалізм, надмірну деталізацію, резонерство (тангенціальне мислення), у 1/5 хворих виявлений пріоритет власного мислення (58 осіб, 23,11%). Марення було представлено переважно персекуторними ідеями (245 хворих, 97,61%). Здебільшого це – ідеї відношення (89 осіб, 35,46%), переслідування (61 особа, 24,30%), фізичного впливу (53 особи, 21,12%), збитку (23 особи, 9,16%), ревнощів (9 осіб, 3,59%). Меншу питому частку склали експансивні ідеї.

Аномальна активність лобних ділянок головного мозку обстежених також обумовлювала зміни мислення під впливом емоцій, настанов та фантазій (31,87%, 29,88%, 2,79% відповідно), а також їх малозрозумілі, імпульсивні та реактивні дії (17,13%, 15,54% та 8,37% відповідно).

Таким чином, дисоціація між відносно збереженим інтелектуальним функціонуванням та специфічним дефіцитом окремих когнітивних функцій на тлі патологічного сприйняття та інтерпретації навколишньої дійсності у хворих на шизофренію з продуктивно-психотичним механізмом реалізації деліктів сприяє підвищенню їх суспільної небезпеки.

### М.В. Маркова, К.А. Косенко ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, ПРИ РІЗНИХ МОДЕЛЯХ РОДИННОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків

**Мета роботи** – оцінка особливостей сімейної взаємодії у жінок, хворих на параноїдну шизофренію (ПШ), при різних моделях родинного функціонування.

Обстежено 150 жінок, хворих на ПШ. Залежно від моделі родинного функціонування пацієнок було поділено на 4 групи: основна група – 1 (ОГ1) – 35 жінок, які страждають на ПШ та мають здорового чоловіка; основна група – 2 (ОГ2) – 40 жінок, які страждають на ПШ, мають здорового чоловіка та дитину / дітей; основна група – 3 (ОГ3) – 35 жінок, які страждають на ПШ, проживають із батьками (власної родини та дітей не мають); основна група – 4 (ОГ4) – 40 жінок, які страждають на ПШ, проживають із дорослими дітьми.

Встановлено, що серед ідентифікованих родин емоційно-відчужений тип (за В.А. Абрамовим, 2009) спостерігався в ОГ1 – у 14,3%, ОГ2 – у 12,5%, ОГ3 – у 11,4%, ОГ4 – у 12,5% ( $p < 0,05$ ); гіперпротективний: ОГ1 – у 11,4%, ОГ2 – у 10,0%, ОГ3 – у 45,7%, ОГ4 – у 12,5% ( $p < 0,05$ ); напружено-дисоціюваний: ОГ1 – у 17,1%, ОГ2 – у 15,0%, ОГ3 – у 8,6%, ОГ4 – у 40,0% ( $p < 0,05$ ); симбіотичний: ОГ1 – у 14,3%, ОГ2 – у 12,5%, ОГ3 – у 11,4%, ОГ4 – у 12,5% ( $p < 0,05$ ); гармонічний: ОГ1 – у 28,6%, ОГ2 – у 37,5%, ОГ3 – у 11,4%, ОГ4 – у 12,5% ( $p < 0,05$ ). Жінки, які мали здорового чоловіка та дітей, мали більш гармонічну родинну взаємодію (ОГ1 – 28,6%, ОГ2 – 37,5%). Водночас жінки, які мешкали із дорослими дітьми або із власними батьками, мали більш деструктивні типи родинної взаємодії (ОГ3 – 45,7% гіперпротективний тип, ОГ4 – 40,0% напружено-дисоціативний тип).

За типом ставлення у членів родини до хвороби родича (за В.А. Абрамовим, 2009), адекватний тип виявлено у ОГ1 – 51,4%, ОГ2 – 57,5%, ОГ3 – 20,0%, ОГ4 – 17,5% ( $p < 0,05$ ); драматизуючий: ОГ1 – 28,6%, ОГ2 – 22,5%, ОГ3 – 28,6%, ОГ4 – 60,05% ( $p < 0,05$ ); негативно-деструктивний: ОГ1 – 20,0%, ОГ2 – 20,0%, ОГ3 – 51,4%, ОГ4 – 22,5% ( $p < 0,05$ ). В цілому, жінки зі здоровими чоловіками та/або без дітей мали до себе більш сприятливе ставлення, порівняно із жінками, які проживали із дорослими дітьми або з батьками.

Достатній ресурс сімейної підтримки (за В.А. Абрамовим, 2009) виявлено: ОГ1 – 42,9%, ОГ2 – 70,0%, ОГ3 –

14,3%, ОГ4 – 15,0% ( $p < 0,05$ ). Обмежений ресурс сімейної підтримки: ОГ1 – 28,6%, ОГ2 – 15,0%, ОГ3 – 20,0%, ОГ4 – 67,5% ( $p < 0,05$ ). Низький ресурс сімейної підтримки: ОГ1 – 28,6%, ОГ2 – 15,0%, ОГ3 – 65,7%, ОГ4 – 17,5% ( $p < 0,05$ ). Жінки зі здоровими чоловіками та/або без дітей мали більший ресурс сімейної підтримки, порівняно із жінками, які проживали із дорослими дітьми або з батьками.

За структурою типу ставлення родини до терапії психотропними препаратами (за Н.Б. Лутовою, О.В. Макаревич, 2011), за оцінюванням жінок в цілому, переважав підтримувальний її тип: ОГ1 – 48,6%, ОГ2 – 47,5%, ОГ3 – 42,9%. Маніпулятивний тип виявлено усього у 19,5% ( $p < 0,05$ ). За оцінкою родичів, тип ставлення родини до терапії психотропними препаратами в усіх групах був класифікований як підтримувальний: ОГ1 – 77,1%, ОГ2 – 75,0%, ОГ3 – 74,3%, ОГ4 – 47,5% ( $p < 0,05$ ).

Узагальнено характеристику варіантів ставлення родичів до медикаментозного лікування. 1. Ворожий тип – покладання відповідальності за небажані явища (поведінка жінки, яка не влаштовує рідних, її психопатологічні симптоми і психологічні проблеми) на наслідки терапії. Родичі знецінюють значення медикаментозної терапії та перешкоджають їй. 2. Відсторонений – «відхід» родичів від проблем, пов'язаних з медикаментозним лікуванням. Родичі оцінюють дії ліків нейтрально, а відповідальність (контакти з лікарем, придбання ліків, регулярність їх прийому) покладається на хвору або лікаря. 3. Маніпулятивний – усунення відповідальності членів родини, покладання результату лікування на ліки або лікаря. Родичі зайво розширюють можливості терапії, намагаючись за їх допомогою усунути будь-які суперечності, напруженість та психологічні проблеми жінки. 4. Підтримувальний – характеризується позитивною оцінкою рідними дії ліків відносно зменшення проявів психопатологічної симптоматики, розуміння необхідності прийому медикаментів і надання підтримки в їх придбанні.

Отримані дані взято за основу при розробці системи психотерапевтичних заходів у комплексному лікуванні жінок, хворих на ПШ, залежно від рівня їх родинної взаємодії.

С.В. Мерліч  
ОСОБЛИВОСТІ СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ  
З ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

**Метою дослідження** було вивчення типу ставлення до хвороби в пацієнтів, які перенесли хірургічне втручання з формуванням кишкової стоми.

**Матеріали та методи.** Обстежено 311 осіб, які перенесли хірургічне втручання з формуванням кишкової стоми. Ставлення до хвороби у групах досліджених вивчали з використанням опитувальника ЛОБІ (Ленінградський опитувальник Бехтеревського інституту).

**Результати.** За даними обстеження було зроблено такі висновки. У переважній більшості випадків серед хворих обох груп дослідження виявили тривож-

ний (Г1 – 29 осіб, 18,83%; Г2 – 25 осіб, 15,92%;  $p > 0,05$ ); іпохондричний (Г1 – 22 особи, 14,29%; Г2 – 21 особа, 13,38%;  $p > 0,05$ ); неврастенічний (Г1 – 21 особа, 13,64%; Г2 – 19 осіб, 12,10%;  $p > 0,05$ ); меланхолічний (Г1 – 19 осіб, 12,34%; Г2 – 21 особа, 13,38%;  $p > 0,05$ ); апатичний (Г1 – 20 осіб, 12,99%; Г2 – 23 особи, 14,65%;  $p > 0,05$ ); та сенситивний (Г1 – 14 осіб, 9,09%; Г2 – 22 осіб, 14,01%;  $p > 0,05$ ) типи ставлення до хвороби.

**Висновки.** Тип ставлення до хвороби слід враховувати при складанні психокорекційних та реабілітаційних програм для хворих з онкологічною патологією.

Г.В. Морванюк  
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА  
ДЕЗАДАПТАЦІЯ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

**Мета дослідження.** Визначення задоволеності хворих на параноїдну форму шизофренії власним соціальним функціонуванням у різних сферах життя.

**Матеріали та методи.** Всі обстежені особи були поділені на 2 групи: до першої групи (Г1) увійшло 92 чоловіки, до другої групи (Г2) – 90 жінок, хворих на параноїдну форму шизофренії.

**Результати.** За результатами анкетування виявлено, що загальний рівень незадоволення соціальним функціонуванням був значно вищим в Г2, порівняно з Г1. У родинній сфері кількість незадоволених в Г1 була більшою, ніж у Г2. Рівень незадоволення функціонуванням у сфері комунікації з друзями, знайомими був високим в обох групах. Більшість відмічали зменшення кількості знайомих, з якими підтримували дружні стосунки, з моменту прогресування захворювання (38,3%

в Г1; 42,2% в Г2). Значна кількість досліджених взагалі заперечували факт наявності дружніх стосунків будь з ким (21,5% в Г1; 19,4% в Г2). Хворі з Г2 були задоволені своїм власним функціонуванням у професійній сфері більше, ніж хворі з Г1. Психодіагностичне дослідження виявило у хворих на шизофренію різної статі незадоволеність багатьма категоріями соціального функціонування. У Г1, порівняно з Г2, більшим був рівень незадоволеності характером взаємовідносин з дружиною, а також з адміністрацією на роботі.

**Висновки.** Проведене дослідження чоловіків та жінок, хворих на параноїдну шизофренію, визначило високий рівень незадоволеності власним функціонуванням в родинній, професійній сферах, а також у сфері комунікації.

О. М. Мишаківська  
ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА У ПСИХІАТРІЇ. ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА ЯК НОВИЙ НАПРЯМ  
ОРГАНІЗАЦІЇ ДОПОМОГИ У ПСИХІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

На сьогодні все більшого значення набуває доказова медицина, метою якої є оптимізація якості надання медичної допомоги з погляду ефективності та вартості.

У психіатрії принципи доказової медицини широко застосовують при впровадженні у клінічну практику нових лікарських засобів. Та у клінічній психіатрії не завжди можна застосувати доказову медицину, яка вимагає стандартизації лікування до відповідного діагнозу. Ці особливості зумовлені неможливістю передбачити клінічний перебіг та прогноз захворювання, ефект та переносимість лікування, частий розвиток резистентної

симптоматики. Проте принципи доказової медицини можуть виявитися корисними для оптимізації надання психіатричної допомоги населенню та зменшення державних витрат. При тривалих та хронічних психіатричних захворюваннях, коли пацієнт стає дезадаптованим і потребує сторонньої опіки, тягар догляду за пацієнтом часто лягає на заклади охорони здоров'я. При цьому виділяються кошти на утримання пацієнта у стаціонарі та виплачуються кошти з приводу втрати працездатності.

Сучасні світові тенденції у психіатрії спрямовані на оптимізацію та зменшення витрат на систему охорони

здоров'я, що досягається скороченням тривалості перебування хворого у стаціонарі, розвитком амбулаторної допомоги населенню. Принципи доказової медицини широко використовують для пошуку нових способів надання психіатричних послуг. У країнах ЄС та у Японії започатковано новий напрям медичних послуг у геронтопсихіатрії – впровадження паліативної медицини для надання допомоги хворим на деменцію.

**Метою дослідження** є розробка нового для України алгоритму надання допомоги хворим на деменцію у позалікарняних умовах і оцінка його економічної доцільності та ефективності.

Під час виконання роботи планується обстежити 200 пацієнтів з деменцією, серед них 100 осіб, які перебувають у позалікарняних умовах – основна група, та 100 осіб, які перебувають у лікувальному закладі. Контрольна та основна групи будуть репрезентативні за ступенем тяжкості деменції. Під час виконання роботи будуть використані різні методи дослідження, серед яких метод системного підходу – для аналізу наявних моделей організації та надання медичної і соціальної допомоги пацієнтам з деменцією; соціологічний метод – для визначення суб'єктивних оцінок щодо організації,

результатів та якості надання допомоги населенням та медичними працівниками; метод концептуального моделювання – для створення нової альтернативної моделі надання соціально-психіатричної допомоги хворим на деменцію; метод експертних оцінок – для оцінки ефективності та дієвості створеної моделі; метод клінічного інтерв'ю – для отримання суб'єктивної та об'єктивної інформації від пацієнта та його помічника (родича).

Очікується, що створений у процесі дослідження алгоритм з догляду за хворими на деменцію у домашніх умовах виявиться ефективним, економічно доцільним та зручним для використання, що дозволить зменшити навантаження на заклади охорони здоров'я, надасть можливість пацієнту не бути ізольованим від суспільства, продовжувати жити у родині, у звичному для нього середовищі.

**Висновки.** У сучасній світовій медицині відбувається пошук нових альтернативних моделей надання допомоги пацієнтам з деменцією, які б відповідали сучасним принципам доказової медицини, забезпечували комфортні умови для пацієнта та залучали родичів до опіки над хворим.

І.В. Онищенко  
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТРЕНІНГ В СИСТЕМІ КОМПЛЕКСНОЇ ПСИХОКОРЕКЦІЇ  
ДЕЗАДАПТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

**Мета дослідження:** поновлення гармонійного рівня функціонування хворих на псоріаз за допомогою соціально-психологічного тренінгу.

**Матеріали та методи.** Дослідження було проведено у групі, яку склали 114 осіб віком від 18 до 55 років, у яких було діагностовано псоріаз

**Результати.** У результаті проведеного дослідження визначено, що дезадаптація хворого на псоріаз складається з порушень у психоемоційній, особистісній сферах та сфері соціального функціонування. Внаслідок проведення соціально-психологічного тренінгу, який містив 4 блоки: організаційний, корекції емоційно-вольових порушень, корекції дисгармонійних рис особистості, відновлення соціальної адаптації, вдалося

знижити або взагалі нівелювати прояви дезадаптації на психологічному та соціальному рівнях у хворих на псоріаз в (93,33±9,65)% випадків.

**Висновки.** Дезадаптація особи, хворої на псоріаз, є комплексним явищем, яке включає соматичні, психічні та соціальні аспекти і проявляється істотним зниженням якості життя пацієнта.

Проведення соціально-психологічного тренінгу, який враховує мультифакторність дезадаптації хворого на псоріаз, дозволяє знизити або взагалі нівелювати прояви дезадаптації на психологічному та соціальному рівнях в даній категорії хворих в (93,33±9,65)% випадків.

О.А. Панченко, Е.А. Пугач, Т.Э. Чумак, Л.В. Панченко, С.М. Радченко  
ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ  
Государственное учреждение «Научно-практический медицинский реабилитационный диагностический центр  
МЗ Украины», г. Константиновка

Понятие «психической болезни» не исчерпывается только «психозами», которые составляют от 1,5% до 2%, а включает в себя также пограничные психические расстройства, встречающиеся у 20–25% населения. За последние 10 лет наблюдается рост пограничных психи-

ческих расстройств, преимущественно депрессивных, более чем на 10%, (Александровский Ю.А., 2006).

Изменение названия психиатрического учреждения, оказывающего помощь больным с этими расстройствами, будет способствовать преодолению психологических барьеров и упростит обращение больного к психи-



атру. Например, название «психиатрическая больница» следует изменить на название, отражающее меры психиатрической помощи («реабилитационный центр»). Условия пребывания больных с пограничными психическими расстройствами в указанных заведениях психиатрической помощи не должны иметь даже намеков на изоляцию, наоборот, должны быть приближены к обычному образу жизни, позволять общаться с семьей и окружающей средой, что способствует ускорению выздоровления пациентов и возвращению их к труду.

Решение нормативно-правовых вопросов по организации работы психолога в учреждениях здравоохранения и его профессионального роста – это и есть путь к изменению ментальности и стигматизации, существующих в нашем обществе по отношению к психиатру, и улучшению взаимодействия между врачом-психиатром и семейным врачом. Роль психолога в системе медико-психологической реабилитации заключается в минимизации инвалидизирующих факторов в структуре психики, предотвращении или уменьшении стойких психических последствий заболевания, в восстановлении прежнего или становлении нового социального личностного и трудового статуса больного, «встраивании» в психическую деятельность адекватных конструкции индивидуальности компенсаторных механизмов и стратегий адаптивного поведения, способствующих ауторегуляции больным своих отношений с окружающей средой и самим собой.

В ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины» оказание психиатрической помощи пациентам с пограничными психическими расстройствами в амбулаторных условиях строится в два этапа: консультативный прием врачей-психиатров клиничко-диагностического отделения, по

показаниям – лечение в дневном стационаре психоневрологического отделения.

На этапе консультативной помощи проводится диагностика психического и психологического состояния с применением современных методов клинических, параклинических, экспериментально-психологических методов диагностики, функциональной диагностики. Для уточнения диагноза и степени тяжести заболевания больным по показаниям проводится электроэнцефалография, нейровизуализационное обследование (ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга и экстракраниальных отделов головного мозга) в отделении нейрофизиологии и нейрореабилитации. Также оказывается высококвалифицированная помощь при участии докторов медицинских наук и кандидатов медицинских наук.

Пациенты с пограничными психическими расстройствами проходят курс реабилитационно-восстановительного лечения в условиях дневного стационара. С 2011 по 2013 гг. основной контингент больных составляли пациенты трудоспособного возраста – 873 человека (66,3%). Преобладающая патология – органические расстройства головного мозга (784 человека, 59,6%), на втором месте – невротические и соматоформные расстройства (292 человека, 22,2%), на третьем месте – расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (168 человек, 12,8%).

Созданная система оказания психиатрической помощи в амбулаторных условиях является адекватной, эффективной, позволяет осуществлять индивидуальный подход в назначении больному комплекса лечебных мероприятий, создание мотивации на оздоровление и повышение качества жизни.

**В.Я. Пішель, М.Ю. Полив'яна, В.В. Сотніченко**  
**МІЖНАРОДНА КЛАСИФІКАЦІЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ: ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИ РОЗЛАДАХ СПЕКТРА АУТИЗМУ**

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

Проблема вибору стандартизованого, валідного та надійного інструментарію для оцінки рівня функціонування пацієнтів із психічними розладами, в тому числі з розладами спектра аутизму (РСА), залишається надзвичайно актуальною для сучасної психіатричної науки та практики. Як такий інструментарій ВООЗ у 2001 р. запропонувала Міжнародну класифікацію функціонування, обмеженої життєздатності та здоров'я (МКФ), яка, на жаль, недостатньо відома серед фахівців.

**Мета роботи** – висвітлити основні положення МКФ та оцінити перспективи її використання при РСА.

Згідно з МКФ, фізичний та психічний стан будь-якої людини можна проаналізувати за загальною шкалою – шкалою здоров'я та обмеження життєдіяльності з акцентом на ступені здоров'я.

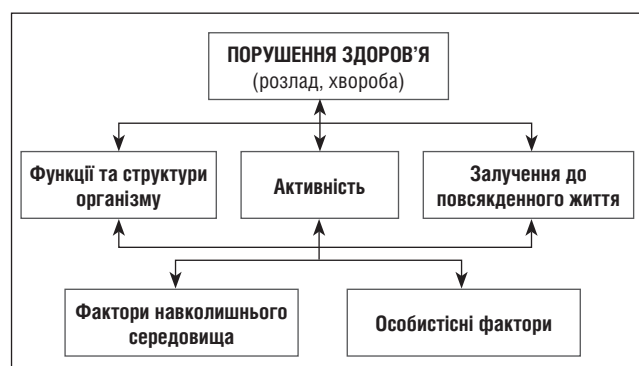


Рисунок. Взаємодія між компонентами МКФ.

МКФ побудована на основі таких принципів: універсальність, утилітарність, нейтральність, достовірність, валідність, порівнянність, акцент на позитивних аспектах, взаємодія з факторами навколишнього середовища, інтерактивність.

ВООЗ рекомендує широко застосовувати МКФ в різних сферах діяльності людини та суспільства загалом: для розробки державної політики у сфері реабілітації; для економічного аналізу здоров'я, захворюваності, інвалідизації населення; для статистичного аналізу; при проведенні медико-соціальної експертизи; як дослідницький інструментарій; а також у клінічній практиці для розробки терапевтичних стратегій, спрямованих на окремі компоненти функціонування.

МКФ не моделює процес функціонування та обмеження життєдіяльності. Вона забезпечує «будівельними блоками» користувачів, які бажають створювати моделі та вивчати різноманітні аспекти цих процесів. У цьому сенсі МКФ можна розглядати як мову: тексти, створені за її допомогою, залежать від користувачів, їх творчості, наукової спрямованості. Взаємодію різних компонентів МКФ представлено на рисунку.

Наразі ряд провідних міжнародних наукових центрів почав розробку окремих розділів (блоків) МКФ для РСА. На даному етапі роботи визначаються параметри

для кількісної оцінки функціонування та здоров'я осіб з РСА відповідно до блоків МКФ.

При оцінці стану структури та функцій організму осіб з РСА пропонується застосовувати такі показники: м'язовий тонус (гіпотонія), підвищення рухливості суглобів, апраксія, порушення моторного контролю та сенсорної інтеграції. Оцінка активності суб'єкта повинна враховувати такі параметри, як незграбна хода, недостатність імітації, скоординованість навичок та умінь. У блоці «залучення до повсякденного життя» пропонують оцінювати затримку розвитку, активність способу життя, навички самообслуговування, довільну або регламентовану ігрову активність. «Особистісні фактори» включають увагу, пам'ять, емоції, мотиваційні фактори, вербальний та невербальний інтелект. У блоці «фактори навколишнього середовища» пропонують розглядати такі особливості режиму: шаблонність, передбачуваність, звичність, закритість.

Подальша адаптація МКФ для застосування при РСА передбачає проведення досліджень в 4 напрямках: вивчення існуючих методик та стандартів; залучення експертів; вивчення думки пацієнтів, родичів, опікунів; аналіз клінічного досвіду з урахуванням соціально-економічних та культурних реалій різних країн.

**О.В. Радзевілова**  
**ВПЛИВ СОЦІАЛЬНИХ ТА СИТУАЦІЙНИХ ФАКТОРІВ У СТРУКТУРІ ЖІНОЧОЇ ЗЛОЧИННОСТІ**

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

**Мета роботи:** дослідити вплив соціальних та ситуаційних факторів у структурі жіночої злочинності.

**Матеріали та методи.** Проведене дослідження ґрунтується на аналізі 47 актів стаціонарних комплексних судових психолого-психіатричних експертиз із результатами психологічного обстеження жінок, які вчинили суспільно-небезпечне діяння (ст. 115, ст. 119, ст. 121, ст. 128 КК України). Вік жінок на момент скоєння злочину коливався від 20 до 47 років. В усіх випадках виносило експертне рішення, згідно з яким підекспертну особу визнавали здатною усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними. Інструментом дослідження була розроблена карта обстеження, яка включає в себе декілька блоків. У дослідженні використовували якісний аналіз даних акту стаціонарної експертизи: характеристика вчиненого злочину, психологічне обстеження підекспертних та матеріали кримінальної справи (соціально-демографічні показники, наявні характеристики, надані покази підекспертних на досудовому слідстві стосовно інкримінованого діяння тощо).

**Результати.** Під час скоєння злочину у стані алкогольного сп'яніння перебували 53% жінок. У цих випадках під час експертного психологічного обстеження виявляли: збіднення інтересів та спрощеність ціннісних орієнтирів (64%), егоцентричність (24%), зовнішньо-обвинувачувальний радикал (47%); поверхневе ставлен-

ня до життєвих подій (23%); здатність дотримуватись власних інтересів (38%), низьку сформованість морально-етичної сфери (78%), в переважній більшості (78%) домінували певні властивості збудливого кола (імпульсивність, дратівливість, невірноваженість, схильність до самоафектації тощо). У 72% випадків під час стаціонарної експертизи була виявлена захисна позиція щодо скоєного правопорушення. Характер стосунків із потерпілим по справі визначався як формальний, тобто конфліктна ситуація передувала тільки вчиненню злочину, у 44% випадків; у 76% випадків потерпілий із підекспертною спільно вели асоціальний спосіб життя. Незакінчену середню освіту мали 12% осіб, середню-спеціальну – 84%, вищу – 4%. Збережену трудову адаптацію (працювали) мали 48% осіб; в 52% випадків підекспертні не працювали. В анамнезі асоціальну поведінку (крадіжки, бійки, примітивно-споживацький спосіб життя) мали 64% осіб.

Іншу категорію підекспертних склали особи, які вчинили злочини за наявності в анамнезі конфліктних стосунків із потерпілим – 47% випадків. Для них характернішими були невисокий рівень активності (38%), емотивність (26%), намагання уникати конфліктних ситуацій (74%), обмеженість інтересів побутовим рівнем (42%), переважання гальмівних реакції (63%), емоційна виразність (60%), контроль зовнішніх емоційних про-

явів (69%), пасивність у відстоюванні власних інтересів (47%), позитивна соціальна спрямованість (59%). Середню освіту (11 класів) мали 23% осіб, середню-спеціальну освіту здобули 64%, вищу освіту – 13%. Збережену трудову адаптацію (працювали) мали 87% осіб; у 13% випадків підекспертні не працювали, займались хатнім господарством.

Під час вчинення злочину у більшості випадків відмічався стан алкогольного сп'яніння, що виступає як пусковий механізм реалізації збудливих рис особистос-

ті, як типове реагування в конфліктних ситуаціях. У цих випадках умови мікросоціального середовища, соціальна орієнтація, система життєвих цінностей відображається у структурі вчиненого злочину. Агресивна мотиваційна спрямованість жінок, які мали індивідуальні особливості за типом гальмівних реакцій, не є типовою для таких осіб (з урахуванням позитивної соціальної спрямованості підекспертних) та більшою мірою залежить від ситуаційно обумовлених форм реагування.

### К.В. Рябухін ОСОБЛИВОСТІ АЛКОГОЛЬНОЇ МОТИВАЦІЇ У ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ ВІД АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ Одеський національний медичний університет, м. Одеса

**Мета дослідження.** Визначити провідні мотиви споживання алкоголю жінками, які страждають на алкогольну залежність.

**Матеріали та методи.** Для проведення обстеження було сформовано дві групи дослідження. До основної групи (ОГ) увійшли 78 жінок, хворих на алкогольну залежність, у віці 23–46 років. Групу порівняння (ГП) склали 69 чоловіків з алкогольною залежністю. Клініко-психологічне обстеження проводили з використанням методів спостереження, клінічного інтерв'ю, психологічного тестування за допомогою методики визначення мотивації вживання алкоголю (МВА) за В.Ю. Зав'яловим.

**Результати.** За допомогою методу інтерв'ювання було виявлено, що досліджувані ОГ віддавали перевагу таким алкогольним напоям: слабоалкогольні напої-коктейлі (джин-тонік, ром-кола, бренді-кола

тощо) – (23,08±6,03)%; вино, вермути – (17,95±4,27)%; міцні спиртні напої: лікер – (12,82±3,22)%, горілка – (11,54±3,79)%, а в ГП переважає вживання таких спиртних напоїв: горілка – (27,53±5,82)%, пиво – (18,84±4,47)%, віскі – (13,04±3,26)%. Також відмічено, що в ОГ переважають такі мотиви прийому алкоголю, як мотиви компульсивного потягу – (16,66±4,17)%, атарактичні мотиви – (14,10±3,92)% та мотиви гіпермотиваційного напруження – (12,82±3,22)%. У ГП провідними мотивами були також мотиви компульсивного потягу – (17,39±3,87)%, гедоністичні мотиви – (15,94±3,11)% та адиктивні мотиви – (14,49±3,02)%.

**Висновки.** Жінки, хворі на алкогольну залежність, вживають переважно слабоалкогольні напої. Головними мотивами вживання алкоголю у жінок є мотиви компульсивного потягу, атарактичні та мотиви гіпермотиваційного напруження.

### Л.В. Рахман<sup>1</sup>, М.В. Маркова<sup>2</sup> ПАРАМЕТРИ КОГНІТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ХВОРИХ ІЗ ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИМИ ДЕПРЕСІЯМИ

<sup>1</sup>Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького, м. Львів

<sup>2</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Висока поширеність депресій привертає до себе увагу багатьох дослідників. На сьогодні встановлено, що близько 30–60% депресивних станів мають ознаки резистентності до терапії, що проводиться. Дані багатьох авторів вказують на істотну роль когнітивних порушень при депресивних розладах, розглядають їх як обумовлюючі механізми соціальної дезадаптації та достовірних показників ефективності терапії.

**Мета дослідження:** вивчити характеристики когнітивного функціонування у хворих, які страждають на терапевтично резистентні депресії.

**Матеріали та методи.** До проведеного дослідження на основі інформованої згоди залучено 87 пацієнтів, чоловіків (24) та жінок (63), віком 27–40 років, з верифікацією діагнозу згідно з критеріями МКХ-10: депресивний епізод у структурі біполярного афективного

розладу різного ступеня важкості (F31.3 – F31.5), депресивний епізод (F32), рекурентний депресивний розлад (F33), дистимія (F34.1), з ознаками резистентності (відсутність або частковий ефект від терапії, що проводиться). Клініко-психопатологічний метод ґрунтувався на принципах проведення психіатричного обстеження пацієнтів згідно з клінічними критеріями МКХ-10. У ході дослідження було проведено оцінку психічного стану шляхом оцінки скарг пацієнтів, їх анамнестичних даних, вивчення симптомів, синдромів, їх психопатологічну інтерпретацію і співвідношення з класифікаційними характеристиками МКХ-10. З метою стандартизованої оцінки клінічних проявів депресивного розладу і ступеня його вираженості використовували шкалу Гамільтона-НАМД-21 (Hamilton M., 1960). За допомогою шкали Гамільтона-21 пункт (НАМД-21) було проведено

оцінку ТРД за ступенем важкості, при цьому показник 7–16 балів розцінювався як легкий ступінь вираженості, 17–27 балів – як середньої важкості, важкі депресії кваліфікувалися при показнику більше 27 балів. Депресію вважали резистентною, якщо впродовж двох послідовних курсів (по 3–4 тижні) адекватної монотерапії фармакологічно відмінними препаратами відмічалася відсутність або недостатність клінічної ефективності (редукція симптоматики за шкалою Гамільтона становила менше 50%). Для оцінки когнітивної функції пацієнтів використовувалася шкала MMSE – Mini-Mental State Examination (коротка шкала оцінки психічного статусу). Результат отримували шляхом сумачі балів (максимальна кількість – 30). Про відсутність порушень когнітивних функцій свідчив результат 28–30 балів, когнітивні порушення мали місце при сумі 24–27 балів, причому легка когнітивна дисфункція діагностувалася при 26–27 балах, а помірна – при 24–25. Результат нижче 24 балів кваліфікувався як деменція. Критеріями виключення із дослідження слугували дані про перенесені органічні захворювання центральної нервової системи, залежність від психоактивних речовин, наявність ознак метаболічних захворювань, передозування лікарськими засобами, а також пацієнти, які мали в анамнезі черепно-мозкову травму.

**Результати та обговорення.** Аналіз отриманих результатів у ході проведеного дослідження встановив, що в обстеженій групі хворих із терапевтично резистентними депресіями переважавав важкий ступінь вираженості депресивної симптоматики у 63 хворих, що становило 72,4%, помірний рівень виявлено у 21 хворого (24,1%), легкий ступінь вираженості був притаманний 4 хворим (3,5%). Отримані дані в ході виконання шкали MMSE у 12 пацієнтів (13,8%) засвідчили відсутність когнітивних порушень. Когнітивний дефіцит відмічався у 75 хворих, що становило 86,2%. При цьому легкий ступінь когнітивного зниження виявлено у 22 пацієнтів (25,3%), у 51 пацієнта (58,6%) встановлено помірний рівень когнітивної дисфункції, а у 2 випадках (2,3%) зареєстровано початкову деменцію. Якісна характеристика когнітивних порушень при терапевтично резистентних депресіях засвідчила неоднорідність їхньої структури. В основному вони носять характер нейрокогнітивного дефіциту і проявляються порушеннями виконавчих

функцій, уваги, пам'яті, швидкості перебігу психомоторних процесів та оптико-просторових здібностей. Також вивчено особливості когнітивних порушень залежно від психопатологічного варіанту депресивного синдрому. Так, у пацієнтів із тривожним (ажитованим) варіантом виявлено істотні ускладнення під час виконання завдань, зростання кількості помилок, порушення психомоторної координації, зорово-просторової функції та довготривалої пам'яті. Також відмічено коливання продуктивності психічної діяльності, імпульсивність психічних процесів. Астено-анергічний варіант характеризувався загальмованістю темпу психічної активності, інертністю та спустошеністю психічних процесів. Когнітивна дисфункція характеризувалася порушенням стійкості та зниженням концентрації уваги, зниженням як короткотривалої, так і довготривалої пам'яті. При апатико-адинамічному клінічному варіанті терапевтично резистентних депресій феноменологія когнітивного дефіциту вирізняється вираженою психомоторною загальмованістю, втратою здібності отримувати задоволення, зниженням мотивації, труднощами в зосередженні та прийнятті рішень, у структурі переважають порушення динамічного праксису, уваги, розлади зорово-просторової функції та пам'яті. У значній мірі на пізнавальну сферу пацієнтів із терапевтично резистентними депресіями впливають афективно-когнітивні викривлення, які сприяють виникненню нерелістичних уявлень, оцінок та суджень у хворих. Також характерними рисами когнітивного дефіциту є такі складові депресивного синдрому, як порушення самооцінки та саморегуляції психічних процесів (пам'яті, мислення, уваги) – метакогнітивні порушення. Причому, чим важчий прояв депресивної симптоматики, тим більше в генезі когнітивних порушень відіграють роль афективно-когнітивні викривлення та метакогнітивні зсуви.

**Висновок.** Таким чином, проведене дослідження виявило високу частоту когнітивної дисфункції (порушення уваги, труднощі у прийнятті рішень, порушення пам'яті, дефіцит обробки інформації, порушення психомоторних функцій, порушення виконавчих функцій), а також встановило складний характер співвідношень між депресивною симптоматикою та когнітивними порушеннями при терапевтично резистентних депресіях.

### А.И. Рыкова КОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С НЕЙРОСИФИЛИСОМ ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск

Под наблюдением находилось 50 пациентов, которые перенесли нейросифилис. В ходе исследования проводился анализ особенностей проявления психических расстройств у подопытной группы пациентов. Применялись следующие психометрические методики: MMSE, HDRS, опросник Шихана.

На первом этапе тестирования по шкале MMSE – 46% опрошенных набрали от 11 до 19 баллов, что соответствует деменции умеренной степени, 24% – тяжелой

деменции и 30% – деменции легкой степени. Аффективные расстройства оценивались путем тестирования по шкале HDRS: 62% – легкое депрессивное расстройство, 38% – депрессивное расстройство тяжелой степени. В клинической картине доминировали следующие психопатологические симптомы: транзиторная спутанность сознания (85%), несистематизированные бредовые идеи отношения, обкрадывания (90%), ранее описанные в литературе мегаломанические бредовые идеи



отмечались лишь в 15% случаев, при этом были достаточно нестойкими. В фабуле доминировал бытовой характер (владелец автопарка, водитель известного человека, миллионер), истинные зрительные обманы восприятия (65%), конфабуляторные расстройства (80%), у 100% отмечалось снижение критичности, недержание аффекта и интеллектуально – мнестическое снижение в различной степени выраженности. В 8% отмечался эпизиндром. Характерной особенностью контрольной группы пациентов, страдающих нейросифилисом, являлось отсутствие характерной симптоматики в неврологическом статусе: патологических зрачковых рефлексов, резко неравномерных сухожильных рефлексов, монопарезов. Наряду с этим в неврологическом статусе отмечались неврологическая микросимптоматика в виде нерезкого экзофтальма (35%), нерезкая ассиметрия носогубных складок (20%), хваткость в позе Ром-

берга (100%). Во время осмотра окулистом глазного дна у 96% патологических изменений не отмечалось, и лишь у 2% – положительный симптом Робертсона, 2% – атрофия дисков зрительного нерва. Летальность в группе составила 4%.

Повторно тестирование пациентов проводилось после применения комбинированного лечения: специфической пеницилинотерапии согласно протоколам лечения нейросифилиса, в сочетании с симптоматической терапией ноотропными препаратами, дегидратационных методов, применения нейролептиков, антидепрессантов.

Наиболее быстро уменьшались параноидная и аффективная симптоматика – у 75% пациентов на 4–5 недели лечения. Тестирование по шкале MMSE: у 29% – деменция умеренной степени, у 24% – тяжелая деменция и у 47% – деменция легкой степени.

Д.Н. Сапон

### К ВОПРОСУ О КОМОРБИДНОСТИ ФИБРОМИАЛГИИ С БОЛЕВОЙ НЕВРОПАТИЕЙ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины, г. Киев

Фибромиалгия – заболевание, с которым сталкиваются врачи разных специальностей: терапевты, неврологи, ревматологи, психиатры. Ведущей жалобой является боль различной, но характерной локализации. Очень часто клинические особенности боли при фибромиалгии по количественным и качественным характеристикам аналогичны с болями при других заболеваниях, в частности при болевой невропатии травматического генеза, что является существенной проблемой как при диагностике, так и последующем лечении.

**Цель исследования:** изучить современные диагностические подходы к болевой невропатии органического генеза в сочетании с фибромиалгией.

**Материалы и методы.** Нами было обследовано 126 пациентов с жалобами на наличие болевого синдрома различной интенсивности и длительности. Проведено комплексное обследование больных с использованием клинико-инструментальных и нейропсихологических методов с целью подтверждения фибромиалгии (ЭЭГ-мониторирование, Р300 когнитивные потенциалы) и выявления коморбидной болевой невропатии травматического генеза (МРТ, ЭНМГ).

**Результаты.** Разработанный комплекс диагностических мероприятий в виде сочетания клинико-инструментальных и нейропсихологических методов позволил с высокой степенью достоверности выявить фибромиалгию у 76 (60,3%) пациентов с болевыми невропатиями органического генеза. У 50 (39,7%) больных манифестирующая форма фибромиалгии маскировала органическое поражение периферической нервной системы. Кроме того, при наличии у пациента сочетанной патологии повышался риск возникновения психических расстройств тревожного и депрессивного спектра, более выражено снижалась трудоспособность, социальная адаптация и качество жизни в целом.

**Выводы.** Наличие двух сочетанных заболеваний: фибромиалгии и болевой невропатии органического генеза требует применения диагностических методик, подтверждающих двухкомпонентность механизма развития болевого синдрома, что имеет решающее значение при выборе тактики и методов дальнейшего лечения пациентов с этими патологиями.

В.В. Строевский

### ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь

Предыдущий опыт работы коллег в области депрессивных расстройств в первичной медицинской сети, а также многочисленные публикации обосновывают необходимость разработки определенной последователь-

ности этапов взаимодействия с пациентами, страдающими депрессией в первичной медицинской сети.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии

с курсом общей и медицинской психологии ГУ «Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского» и городской поликлиники № 2.

Объект исследования – пациенты, обратившиеся в поликлиническое отделение с соматическими жалобами, с выявленными симптомами депрессивных расстройств, но не состоявшие ранее на диспансерном учете. Работу осуществляла междисциплинарная бригада (психиатр, терапевт, медсестра) в несколько этапов.

**Результаты.** На первом этапе симптомы депрессии и тревоги выявлены у 65% опрошенных. 16% пациентов обнаружили наличие алкогольных проблем; 4% пациентов имели нарушения пищевого поведения, 48% обследуемых обнаружили симптомы соматизации, депрессии, тревоги.

По данным опросника Спитзера и первичного скринингового опросника В.Н. Краснова, у 70% пациентов были выявлены отдельные симптомы депрессии. Более трети пациентов оценили свое здоровье как «слабое», остальные – как «удовлетворительное» и «хорошее».

В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 – 22,5% (27 чел.) обследуемых имели клинические проявления аффективных расстройств (депрессивного эпизода, рекуррентного депрессивного

расстройства, дистимии), 27,5% (33 чел.) отвечали критериям расстройства адаптации.

49,4% пациентов оценили свое здоровье как «слабое»; симптомы тревоги выявлялись у 63,6% обследованных; 10,4% человек указали на наличие проблем при сексуальных отношениях; 66,2% пациентов имели симптомы более двух расстройств по опроснику Спитзера; отказавшихся от лечения оказалось 33,7%.

Большинство пациентов считали естественным угнетенное состояние и рассматривали его как реакцию на тяжелое соматическое страдание, не требующее терапевтического вмешательства. Качество комплайенса зависело от образовательного уровня пациентов, отношения к психиатрии, деморализации вследствие депрессии и алекситимии, а также этнокультуральных особенностей. 8% (31 чел.) высказали свое недоверие психиатрии.

**Выводы.** Выявленные особенности обусловили необходимость разработки этапов терапевтического альянса, позволяющих повысить уровень партнерских и доверительных отношений, организовать социально-психологическую поддержку и повысить качество жизни пациентов, с учетом их личностных и социальных особенностей.

О.А. Ревенок<sup>1</sup>, О.Ю. Плевачук<sup>2</sup>, О.Б. Сувало<sup>3</sup>

### ПРОБЛЕМЫ ОЦІНКИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ВНАСЛІДОК ОРГАНІЧНОГО УРАЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ СУДИННОГО ГЕНЕЗУ ПРИ ПОСМЕРТНІЙ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНІЙ ЕКСПЕРТИЗІ

<sup>1</sup>Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

<sup>2</sup>Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів

<sup>3</sup>КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня», м. Львів

У зв'язку зі зміною ставлення громадян до власного майнового статусу та збільшенням кількості судових майнових суперечок, однією з найважливіших на даний час проблем судово-психіатричної експертизи є проведення посмертних судово-психіатричних експертиз у цивільному судочинстві. Враховуючи світові прогнози стосовно зростання кількості літніх людей, у яких часто наявні супутні розлади психічної діяльності, можна передбачити збільшення кількості судово-психіатричних оцінок їх психічного стану при укладанні тих чи інших правочинів

У судово-психіатричній експертній діяльності окремих практичних та наукових інтерес викликають особливості посмертної діагностики та визначення здатності усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними особами з психічними розладами внаслідок органічного ураження головного мозку судинного генезу, які при житті уклали правочини.

Широкий поліморфізм проявів психічних розладів, які виникають внаслідок органічного ураження головного мозку судинного генезу, охоплює діапазон порушень від легких неврозоподібних розладів до вираженої деменції. Різний ступінь вираженості симптоматики, що часто супроводжується малоінформативними описами психічного стану, зумовлюють складність діагно-

тики розладів психічної діяльності в осіб з психічними розладами внаслідок органічного ураження головного мозку судинного генезу, які уклали правочини. Особливі діагностичні труднощі у кваліфікації психічного стану виникають при виконанні посмертних судово-психіатричних експертиз з метою визначення ступеня здатності осіб усвідомлювати значення своїх та керувати ними у періоди укладання цивільних актів.

Однією з передумов якісного проведення посмертної діагностики психічних порушень є повноцінна прижиттєва кваліфікація та опис психічних розладів внаслідок органічного ураження головного мозку судинного генезу. Як правило, під час перебування під спостереженням лікарів первинної ланки надання медичної допомоги, психічні розлади внаслідок органічного ураження головного мозку судинного генезу не завжди можуть бути помічені та описані відповідно до критеріїв Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10). В Україні на сьогодні активно продовжують використовувати діагноз «дисциркуляторна енцефалопатія» (ДЕП). Рідше лікарі використовують інші поняття, якими описують клінічні стани при ДЕП, такі як «хронічна недостатність мозкового кровообігу», «хронічна судинно-мозкова недостатність», «ішемічна хвороба головного мозку», «повільно прогресуюча

недостатність мозкового кровообігу», «цереброваскулярна недостатність», «постінсультний стан». Поза межами пострадянського простору для визначення пізніх стадій хронічної ішемії мозку використовують термін «судинна деменція». Неповнота або відсутність описів психічних порушень лікарями психіатрами ускладнює або унеможливує ретроспективне (посмертне) дослідження психічного стану осіб та кваліфікацію психічних розладів з метою встановлення здатності особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними під час укладання правочину.

У результаті аналізу випадків судово-психіатричних експертиз як посмертних, так і живих осіб, яким було діагностовано ДЕП та які уклали правочини, нами виділено кілька проблем, які значно ускладнюють проведення судово-психіатричних експертиз відповідно до сучасних стандартів медичної науки, доказової медицини та експертології, та потребують глибшого дослідження та нагального вирішення:

1. Поняття ДЕП відсутнє в МКХ-10, натомість, 3 нозології класифікації (за деякими авторами – 5 і більше) частково відповідають опису цього поняття.

2. Діагноз ДЕП встановлюється переважно лікарями загальної практики (невропатологи, сімейні лікарі, дільничні терапевти), які, не будучи спеціалістами в галузі психіатрії, в своїх записах фіксують розлади психічної діяльності різного спектру та ступеня вираженості, не кваліфікуючи їх відповідно до критеріїв МКХ-10.

3. При встановленні діагнозу ДЕП, що супроводжується психічними розладами в осіб, які уклали правочини, в зв'язку з відсутністю кваліфікації даних розладів та визначення ступеня їх вираженості, значно ускладнюється можливість ретроспективного встановлення здатності особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними в періоди, які цікавлять суд при вирішенні цивільних суперечок.

Базуючись на методологічній (формально логічній, діалектичній та системній методи дослідження) та методичній (принцип презумпції, відповідності даних та обґрунтованості) основах судово-психіатричної експертної діяльності, дослідження об'єктів при виконанні судово-психіатричних експертиз та надання відповідей, на запитання, які цікавлять суд, потребує чіткої критерійності, валідності, достовірності та достатньої доказовості.

Враховуючи особливості проведення посмертної судово-психіатричної експертизи, коли об'єктом дослідження є носії інформації про психічний стан особи з різних джерел (матеріали справи, медична документація, відеозаписи, свідчення різних осіб), при відсутності можливості проведення безпосереднього психіатричного огляду особи, нагальною необхідністю є розроблення критеріїв оцінки психічних розладів, які внаслідок органічного ураження головного мозку судинного генезу при проведенні посмертних судово-психіатричних експертиз.

### С.І. Табачников, Є.Н. Харченко, Т.В. Синіцька, А.Н. Чепурна ХАРАКТЕРИСТИКА АДИКТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ, ЩО ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ, ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ  
Миколаївська обласна психіатрична лікарня № 1 МОЗ України, м. Миколаїв

Серед низки значних медико-соціальних проблем сучасності, що постають не тільки перед профільними фахівцями більшості країн світу, а й державними структурами, питання поширеності та неухильного збільшення наркоманії, особливо серед підлітково-молодого віку, є одним з першорядних.

**Метою** дослідження було вивчення етіопатогенетичних і психопатологічних характеристик формування наркотичної залежності у підлітків, що приймають психоактивні речовини (ПАР).

**Матеріали і методи.** Досліджувалось 1576 осіб підлітково-молодого віку з числа учнів шкіл та студентів ВНЗ. Із загального числа була відібрана група (184 осіб), що вживають ПАР, яка досліджувалась за допомогою спеціально розробленої «уніфікованої карти», що включає соціально-демографічні, патопсихологічні, клініко-психопатологічні характеристики. Матеріал систематизований, статистично оброблений і проаналізований.

**Результати.** Ідентифіковано біологічні, психологічні та психосоціальні фактори ризику розвитку адиктивної поведінки при вживанні ПАР, які ранжовані за інтенсивністю впливу на загальні та специфічні. Предиспонує чинники – молодий вік, екзистенційний вакуум, відсутність сенсу життя і цілей, висока схильність до аномальної поведінки і наявність психологічного делінквентного потенціалу. Сприятливими факторами є: синдром дефіциту уваги і гіперактивність в анамнезі, більш виражена компретація комунікативної сфери

особистості, порівняноз емоційно-вольовою та інтелектуальною сферами; домінування серед особистісних властивостей безтурботності, імпульсивності, спонтанності в поведінці, невпевненості в собі, що поєднується з відсутністю самоаналізу. Підтримуючі фактори: наявність рис акцентуації характеру (демонстративного, збудливого, емотивного, нестійкого, конформного та інших типів); неможливість досягнення бажаного соціального статусу і становища в суспільстві; розрив соціальних зв'язків; знижена самооцінка з суб'єктивною можливістю її компенсації у процесі споживання ПАР; аномальність сімейних устоїв; вади виховання; низький рівень моральних критеріїв тощо. Виявлено, що характерними ознаками адиктивних розладів при вживанні ПАР є високий рівень особистісної та ситуаційної тривожності, та домінування дистимічно-дисфоричної симптоматики зі зверхцінною ідеєю – суб'єктивною компенсацією стану шляхом перебування в особливому зміненому настрої. Динаміка симптомів адиктивної поведінки має високу кореляцію зі специфічними мотивами вживання ПАР (комунікативні, гедоністичні, компульсивні).

Отримані дані виявилися високо результативними у проведенні психотерапевтичної корекції, спрямованої як на первинну, так і на вторинну профілактику залежних станів при адиктивних розладах у підлітків, що вживають ПАР.

### О.В. Чернышев АСПЕКТЫ СОМАТОФОРМНЫХ ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Николаевская областная психиатрическая больница №1, г. Николаев

В последние годы у подростков все чаще диагностируют вегето-сосудистую дистонию, которая в свою очередь маскирует психическую патологию. Это полиэтиологическая патология, в генезе которой могут участвовать различные психические нарушения, прежде всего соматоформные расстройства (F45.30).

**Цель исследования:** провести дифференциально-диагностическое исследование этиологии психопатологических расстройств, проявляющихся в виде синдрома ВСД в подростковом возрасте.

**Материалы и методы.** Было обследовано 44 подростка: 26 девушек (59,1%) и 18 юношей (40,9%) в возрасте 16–17 лет. Все дети впервые обследованы психиатром после длительного неэффективного лечения по поводу ВСД.

**Результаты.** Было установлено, что чаще всего в группе обследованных подростков наблюдалась соматоформная вегетативная дисфункция с цефалгическим синдромом (F45.30) – в 14 случаях (31,8%), – у 9 (34,6%) девушек и 5 (27,8%) юношей. Ипохондрическое расстройство (F45.2) было зафиксировано у 6 подростков (13,6%), вдвое чаще у девушек, чем у юношей: соответственно 4 (15,4%) и 2 случая (11,1%). У 5 подростков (11,4) было диагностировано паническое расстройство

(F41): у 4 девушек (15,4%) и у 1 юноши (5,5%). Хроническое болевое расстройство (F45.4) было диагностировано только у 4 подростков (9,1%) – по два случая у девушек и юношей (11,1 и 7,7% соответственно). В 3 случаях (6,8%) среди обследованных подростков и только у девушек (11,5%) наблюдалась депрессивная реакция в рамках расстройства адаптации с выраженным цефалгическим синдромом (F43.21). Среди обследованных подростков более чем в половине случаев синдром ВСД был ведущим соматизированным проявлением при соматоформных расстройствах. Это было выявлено в 54,5% случаев (у 24 подростков): у 15 девушек (57,7%) и 9 юношей (50,0%).

**Выводы.** Проведенное исследование выявило, что у всех обследованных подростков этиологическим базисом синдрома ВСД были различные психические расстройства, в которых он выступал ведущим соматизированным компонентом. Чаще всего у пациентов наблюдались различные виды соматоформных расстройств (54,5% случаев), а также депрессивные расстройства (20,5% случаев). Подростки, попадая к психиатру через месяцы, годы после возникновения синдрома ВСД, соответственно, не получают своевременной, адекватной и эффективной помощи.

### Н.М. Юрьева ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ В АСПЕКТЕ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь

**Материалы и методы.** На основе клинико-психопатологического и психометрического (шкала PANSS) обследования 120 женщин и 110 мужчин, больных параноидной шизофренией установлены гендерные клинико-психопатологические особенности течения и клинических проявлений параноидной шизофрении, влияющие на уровень их социального функционирования.

**Результаты.** Установлено, что при разработке мер психосоциальной реабилитации женщин, больных параноидной шизофренией, надо учитывать следующие гендерные клинико-психопатологические различия: большую, по сравнению с мужчинами, продолжительность ремиссии, меньшую выраженность и разнообразие позитивных (у женщин – галлюцинаторное поведение, у мужчин – бред, концептуальная дезорганизация, враждебность) и негативных синдромов (у женщин – трудности в абстрактном мышлении, не-

достаток спонтанности и плавности беседы, стереотипность мышления, у мужчин – уплощение аффекта, эмоциональная отгороженность, недостаточный рапорт, пассивно-апатичный социальный уход, трудности в абстрактном мышлении, недостаток спонтанности и плавности беседы, стереотипность мышления) и примерно равномерную распространенность обще-психопатологической симптоматики с преобладанием выраженной степени из всей совокупности установленных синдромов.

**Выводы.** Имеющиеся гендерные клинико-психопатологические различия обуславливают относительно меньшую социальную дезадаптацию женщин в обществе, по сравнению с мужчинами, что требует учета при обосновании подходов к гендерно специфичной терапии и психосоциальной реабилитации женщин, больных параноидной шизофренией.



## ДАЙДЖЕСТ

## ДОПАМІН ПРИ ПСИХОЗІ: ВІД ФАКТІВ ДО ТЕОРІЇ

Відомо, що порушення регуляції допаміну відіграє безпосередню роль у формуванні психозу. Це почасти підтверджує той факт, що блокада допамінових рецепторів покращує стан пацієнтів з психозом. Однак деталі формування позитивного ефекту до кінця не вивчені. Цікавий підхід, який пояснює роль допаміну в патогенезі психозу, запропонував Т.Т. Winton-Brown із колегами у своїй нещодавно опублікованій статті в журналі «Trends in Neurosciences».

У статті вчені концентруються на понятті «салієнтність» (saliency), що в когнітивній нейронауці тлумачиться як дія, спрямована на виокремлення значимих для індивіда стимулів. Іншими словами, на людину діє велика кількість стимулів у повсякденному житті. Т.Т. Winton-Brown з колегами використовують термін салієнтність в ролі «фільтра» або «надання переваги» одних стимулів над іншими. Цей процес медіюється допаміном у базальних гангліях. Вчені посилаються на різні виміри салієнтності – прогнозування винагороди та загрози, прогнозування помилок, виокремлення емоцій, новизни та експліцитне виокремлення атрибуції (виокремлення релевантних від нерелевантних стимулів) для відображення ролі стріатуму та його нейрональних зв'язків у обробці інформації, що надходить.

Дія страто-палідално-таламічного контуру, зв'язаного із префронтальним регіоном, є ключем до розуміння селективної обробки стимулів, що надходять, для створення когерентної версії реальності. На думку вчених, допамін в цьому процесі відіграє важливу роль.

## ОНОВЛЕНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО МІНІМАЛЬНИХ ЕФЕКТИВНИХ ДОЗ АНТИПСИХОТИКІВ

Дослідницька мультинаціональна група під керівництвом Stefan Leucht із відділу психіатрії та психотерапії Мюнхенського технічного університету провела перегляд мінімальних ефективних доз атипичних антипсихотиків.

Мінімальну ефективну дозу, поріг, при якому препарат більш ефективний порівняно з плацебо, проаналізували для 13 антипсихотиків та використали для підрахунку їх еквівалентної дози по відношенню до стандартних нейролептиків хлорпромазину і галоперидолу та для ранніх атипичних антипсихотиків – оланзапіну і рисперидону.

Базуючись на розширеному методі для визначення еквівалентних доз, початковий варіант якого було розроблено у 2003 році, вчені повторно оцінили ініціальні дози для 5 атипичних антипсихотиків та проаналізували дані ще для 8 агентів.

З іншого боку, психоз можна тлумачити як аберантну обробку стимулів, які надходять, що, таким чином, індукує переживання порушення цілісної картини, втрати зв'язку між окремими елементами.

Тваринні моделі шизофренії демонструють формування гіпердопамінергічного стану у нейрональних з'єднаннях між вентральною ділянкою покривки (ventral tegmental area) у середньому мозку та вентральним стріатумом і прилеглим ядром (nucleus accumbens) – мезолімбічні зв'язки, та між компактною частиною чорної речовини (substantia nigra pars compacta) і стріатумом – нігастріатальні зв'язки. Допамінергічна трансмісія, на думку вчених, супроводжується фазним (швидким) вивільненням допаміну в ситуаціях, коли стимул залучає когнітивні ресурси уваги. Водночас зниження фронтального контролю над лімбічним субстратом супроводжується підвищенням у фазній допаміновій трансмісії у відповідь на велику кількість стимулів, що надходять, без пріоритизації, іншими словами – хаотичними.

Winton-Brown T.T., Fusar-Poli P., Ungless M.A., Howes O.D. Dopaminergic basis of salience dysregulation in psychosis // *Trends in Neurosciences*. – 2014. – Vol. 37. – P. 85–94.

Vergne D.E. Dopamine in psychosis: are we on the right path? // *Medscape*. – 2014. – Epub. [http://www.medscape.com/viewarticle/820785\\_1](http://www.medscape.com/viewarticle/820785_1).

Дослідники повідомляють про такі мінімальні ефективні добові дози/еквіваленти по відношенню до оланзапіну: аріпіпразол 10 мг/1,33; азеналін 10 мг/1,33; клозапін 300 мг/40; галоперидол 4 мг/0,53; ілоперидон 8 мг/1,07; луразидон 40 мг/5,33; оланзапін 7,5 мг/1; паліперидон 3 мг/0,4; кветіапін 150 мг/20; рисперидон 2 мг/0,27; сертіндол 12 мг/1,60; зіпразидон 40 мг/5,33.

Як зазначає член дослідницької групи, доктор медицини John Davis із Іллінойського університету, роботи було розпочато з використанням методу, описаного Scott Woods у 2003 році, з деякими змінами у процесі відбору наукових робіт, оновленням даних оригінальних робіт та включенням до аналізованої літератури нових наукових робіт.

Першим критерієм для визначення мінімальної ефективної дози була найнижча доза препарату, що продемонструвало статистично значиму перевагу над

плацебо в 1 рандомізованому контрольованому дослідженні (РКД) по стандартизованих шкалах (PANSS, BPRS). Дослідники також використовували метааналітичні методи з метою визначити, чи були б більш ефективні за плацебо нижчі дози препарату, ніж ті, що вивчалися у дослідженні. Для перевірки чутливості своєї методології аналізували друге РКД, в якому було доведено ефективність дози.

Всього в аналіз включили 73 роботи. Виключали з аналізу дослідження у так званих «спеціальних популяціях», що проводилися на таких вибірках, як, наприклад, підлітки, люди похилого віку, пацієнти із першим психотичним епізодом, з переважанням негативної симптоматики, особи, що мали резистентність до лікування, та інші.

## ПРИ РЕФРАКТЕРНОМУ ДО ЛІКУВАННЯ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОМУ РОЗЛАДІ МОЖЕ ДОПОМОГТИ ГЛИБОКА СТИМУЛЯЦІЯ МОЗКУ

Pieter Ooms із медичного центру Амстердамського університету із співавторами провели оцінку ефективності одного з незвичних методів лікування для обсецивно-компульсивного розладу (ОКР) – глибокої стимуляції мозку. Цей метод відноситься до хірургічного лікування, при якому в мозок імплантують спеціальний пристрій, що посиляє електричні імпульси в специфічні ділянки мозку.

До терапії першої лінії ОКР відносять когнітивно-поведінкову терапію та фармакотерапію. Однак ці методи є не завжди ефективними – близько 10% випадків є рефрактерними до такого лікування. У зв'язку з цим пошук альтернативних методів лікування є актуальним завданням сьогодишньої медицини. Одним із таких альтернативних методів є глибока стимуляція мозку (ГСМ).

В даному дослідженні взяли участь 16 пацієнтів, що відповідали критеріям ОКР за DSM-IV та мали рефрактерність до лікування. Всіх пацієнтів обстежували декілька разів: за 1 місяць до проведення імплантації (Т0), через 8 місяців після імплантації (Т1) та ще раз через 3–5 років після імплантації (Т2). Головну увагу вчені сконцентрували на змінах в якості життя, що оцінювали за допомогою короткої версії шкали Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) по якості життя, яка включає оцінку 4 доменів функціонування – фізичний,

визначення ефективності доз проводили з урахуванням кількості, розміру вибірки та дизайну доступних робіт. В результаті отримано дещо інші дані, ніж у 2003 році. Так, визначення мінімальної ефективної дози аріпіпразолу, що в даній роботі становила 10 мг, ґрунтувалося на 7 плацебо-контрольованих дослідженнях, а мінімальна ефективна доза у дослідженні S. Woods, що становила 15 мг, визначалася на основі лише 5 робіт.

Leucht S., Samara M., Heres S. et al. Dose Equivalents for Second-Generation Antipsychotics: The Minimum Effective Dose Method // *Schizophrenia Bulletin*. – Vol. 40. – P. 314–326.

Bender K. Minimum effective doses for atypical antipsychotics updated // *Medscape*. – 2014. – Epub. <http://www.medscape.com/viewarticle/821839>.

психологічний, соціальний та того, що відноситься до навколишнього середовища.

Згідно з опублікованими результатами вчені відмічали статистично значиме покращення в Т1 та Т2 по загальній кількості балів шкали та окремо в 3 доменах – фізичному, психологічному та енвіронментальному. Між Т1 та Т2 відмічали подальше покращення у фізичному та психологічному доменах ( $p < 0,05$ ). В Т2 загальна кількість балів по шкалі якості життя покращилася на 90%, фізичний та психологічний домени – на 39,5%, а енвіронментальний – на 16%. Кількість балів по соціальному домену залишалася без змін.

Дослідники підкреслюють, що згідно з результатами попередніх робіт ГСМ продемонструвала ефективність у редукції симптомів ОКР із клінічною відповіддю згідно з обсецивно-компульсивною шкалою Йеля-Брауна у 50% пацієнтів.

Таким чином, згідно з отриманими даними цей метод ефективний не тільки щодо редукції симптомів, а й щодо покращення якості життя пацієнтів із резистентною до стандартних схем лікування ОКР.

Ooms P., Mantione M., Figuee M. et al. Deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder: long-term analysis of quality of life // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. – 2014. – Vol. 85. – P. 153–158.

## ПОРУШЕННЯ ІМІТАЦІЙНИХ НАВИЧОК – КЛЮЧОВИЙ ФАКТОР ПОРУШЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ?

Нейровізуалізаційне дослідження за участі пацієнтів із шизофренією, проведене у Вальдербільтському університеті, продемонструвало порушення зон мозку, що відповідають за навички імітування. Ці результати забезпечують новими доказами теорію, згідно з якою дефіцит базових когнітивних навичок є базою для розвитку порушення соціальної взаємодії, що характеризує цей розлад.

У цьому дослідженні, опублікованому в журналі «American Journal of Psychiatry», пацієнтів з шизофренією прохали імітувати прості рухи верхніми кінцівками і в цей час спостерігали за активністю їх мозку.

В цьому новому дослідженні використовували функціональну магнітно-резонансну томографію (МРТ), під час проведення якої картували рівень активності регіонів мозку, що забезпечувалося виміром змін кровообігу в цих регіонах, при виконанні пацієнтами базових імітаційних завдань. Всього функціональне МРТ провели 16 пацієнтам із шизофренією та 16 здоровим добровольцям. Під час сканування мозку добровольцям на комп'ютерному моніторі демонстрували відео руки, що натискала на одну із кількох розміщених поряд кнопок або літеру «X», яка рухалася під пальцями на нерухомому зображенні руки.

Учасникам надавали 3 різні інструкції: натиснути таку саму кнопку, що на відео; натиснути кнопку під пальцем, позначену як «X»; або просто спостерігати за відео на дисплеї. Як результат – вчені спостерігали за активацією регіонів мозку, асоційованих з імітаційними (натиснення кнопки під час спостерігання за відео з рухами руки) або неімітаційними діями (натиснення кнопки під час спостерігання за рухами кнопки «X»).

Дослідники помітили, що індивіди із шизофренією мають змінену активність мозку в ділянках, які відповідають за імітування. Під час імітування ці пацієнти демонстрували меншу активацію, ніж у здорових до-

бровольців, у ділянках, залучених у виявлення біологічних рухів, а також у ділянках, залучених у перетворення візуальної інформації на планування рухів. Водночас у цих самих ділянках мозку у осіб із шизофренією спостерігалось підвищення активності порівняно із здоровими добровольцями під час виконання неімітаційних завдань.

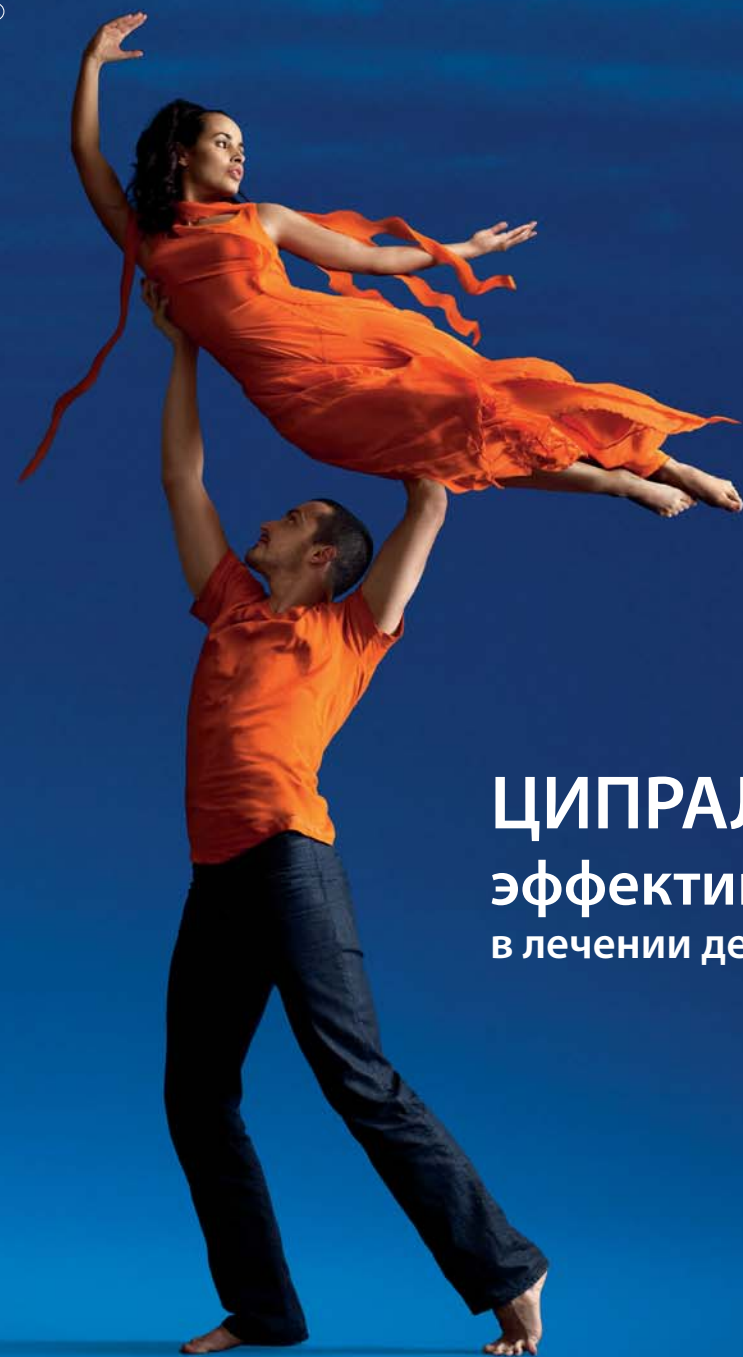
Як зазначають вчені, мозкові нейрональні мережі, що відповідають за імітування при шизофренії, менш пристосовані для обробки соціальної інформації.

Специфічні зони мозку, що стають гіпер- або гіпоактивними під час виконання таких завдань, асоційовані із «дзеркальними нейронами». Ці нейрони та їх мережа активуються як під час виконання певних дій, так і під час спостерігання за виконанням цих дій. Такі нейрони виявляли як у приматів, так і (за допомогою нейровізуалізації) у людей. Саме порушення функціонування цих нейронів і спостерігалось у осіб із шизофренією.

Однак член дослідницької групи Sohee Park скептично ставиться до можливості розробки ефективних фармацевтичних препаратів на основі отриманих даних. Натомість існує можливість розробки тренінгів для осіб із цим порушенням для покращення базових когнітивних навичок. Таким чином, на думку вчених, головний акцент слід роботи на розробку технологій, які б впливали на мозкову пластичність.

*Thakkar K.N., Peterman J.S., Park S. Altered Brain Activation During Action Imitation and Observation in Schizophrenia: A Translational Approach to Investigating Social Dysfunction in Schizophrenia // Am. J. Psychiatry. – 2014. – Published online ahead of print on 14 March. Vanderbilt University. Patients with schizophrenia have impaired ability to imitate, brain mapping confirms // ScienceDaily. – 2014. – Epub. [www.sciencedaily.com/releases/2014/03/140314093555.htm](http://www.sciencedaily.com/releases/2014/03/140314093555.htm).*





## ЦИПРАЛЕКС – оптимальное сочетание эффективности и переносимости в лечении депрессии и тревожных расстройств<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cipriani et al. Lancet. 2009; 373: 746–758

**Торговое название** – Ципралекс.  
**Регистрационное свидетельство** № UA/8760/01/01, Приказ МЗ Украины № 533 от 21.06.2013.  
**Состав:** 1 таблетка содержит 12,77 мг эсциталопрама оксалата, соответственно – 10 мг эсциталопрама.  
**Лекарственная форма:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой.  
**Фармакотерапевтическая группа:** антидепрессанты. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). АТС N06A B10.  
**Категория отпуска:** по рецепту врача.  
**Показания:** лечение больших депрессивных эпизодов, панических расстройств с или без агорафобии, социальных тревожных расстройств (социальная фобия), генерализованных тревожных расстройств, обсессивно-компульсивных расстройств.  
**Противопоказания:** повышенная чувствительность к эсциталопраму или другим компонентам препарата, одновременное лечение неселективными необратимыми ингибиторами моноаминоксидазы (ИМАО) или пимозидом.  
**Побочные реакции:** расстройства кроветворной и лимфатической систем: тромбоцитопения. Расстройства иммунной системы: анафилактические реакции. Расстройства эндокринной системы: нарушения секреции антидиуретического гормона. Расстройства

питания и обмена веществ: снижение или повышение аппетита, увеличение или уменьшение массы тела, гипонатриемия, анорексия. Психические расстройства: тревога, беспокойство, аномальные сны, снижение либидо у мужчин и женщин, аноргазмия у женщин, скрежет зубами, возбуждение, нервозность, панические атаки, спутанность сознания, агрессия, деперсонализация, галлюцинации, мания, суицидальные мысли, суицидальное поведение. Расстройства нервной системы: бессонница, сонливость, головокружение, парестезия, тремор, нарушение вкуса, нарушения сна, обморок, серотониновый синдром, дискинезия, двигательные расстройства, судороги, психомоторное беспокойство/апатия. Зрительные нарушения: расширение зрачка, затуманенность зрения. Слуховые расстройства: звон в ушах. Сердечные расстройства: тахикардия, брадикардия, удлинение интервала QT на ЭКГ. Сосудистые расстройства: ортостатическая гипотензия. Респираторные нарушения: синуситы, зевота, носовое кровотечение. Желудочно-кишечные нарушения: тошнота, диарея, запор, рвота, сухость во рту, желудочно-кишечные кровотечения. Нарушения со стороны печени и желчевыводящих путей: гепатит, изменение функциональных печеночных проб. Нарушения со стороны кожи и подкожной клетчатки: усиленное потоотделение, высыпания, облысение, крапивница, зуд, синяки, отеки. Скелетно-мышечные нарушения:

артралгия, миалгия. Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей: задержка мочеиспускания. Нарушение репродуктивной системы и грудных желез: расстройства эякуляции, импотенция, метроррагия, меноррагия, галакторея, приапизм. Общие расстройства: утомление, пирексия, отек.  
**Фармакологические свойства:** эсциталопрам является антидепрессантом, селективным ингибитором обратного захвата серотонина, что обеспечивает клинический и фармакологический эффекты препарата. Он обладает высокой аффинностью к основному сайту связывания и смежному с ним аллостерическому сайту транспортера серотонина и не имеет совсем или имеет очень слабую способность связываться с рядом рецепторов, включая серотониновые 5-HT<sub>1A</sub>-, 5-HT<sub>2</sub>-рецепторы, дофаминовые D<sub>1</sub>- и D<sub>2</sub>-рецепторы, α<sub>1</sub>-, α<sub>2</sub>-, β-адренергические, гистаминовые H<sub>1</sub>-, мускариновые холинэргические бензодиазепиновые и опиатные рецепторы.  
**Производитель:** Х. Лундбек А/С, Дания.  
 Полная информация о лекарственном средстве содержится в инструкции по медицинскому применению.  
**Информация о лекарственном средстве для профессиональной деятельности медицинских и фармацевтических работников.**

Представительство Лундбек Экспорт А/С в Украине:  
 г. Киев, 01001, ул. Крещатик, 19 а,  
 тел. (044) 490-29-10, факс (044) 490-29-11.  
[www.lundbeck.com](http://www.lundbeck.com)



# Рисполепт **КОНСТА**®

РИСПЕРИДОН

ПЕРВЫЙ ПРОЛОНГИРОВАННЫЙ АТИПИЧНЫЙ АНТИПСИХОТИК



### Скорочена інструкція для медичного застосування препарату Рисполепт Конста®

**Склад:** 1 флакон містить рисперидону 25 мг, 37,5 мг, 50 мг (1 г мікрогранул містить 381 мг рисперидону).

**Лікарська форма.** Порошок для приготування суспензії пролонгованої дії для внутрішньом'язових ін'єкцій.

**Фармакотерапевтична група.** Антипсихотичні засоби. Код АТС N05A X08.

**Показання.** Підтримуюча терапія для лікування шизофренії у пацієнтів, стабілізованих пероральними антипсихотичними засобами.

**Протипоказання.** Виражена гіперчутливість до рисперидону або до будь-якого іншого компонента препарату.

**Спосіб застосування та дози.** Див. Інструкцію для медичного застосування.

**Діти.** Препарат Рисполепт Конста® не застосовують дітям віком до 18 років внаслідок недостатності даних щодо безпеки та ефективності препарату.

**Побічні реакції.** Стосовно повного профілю безпеки препарату — див. Інструкцію для медичного застосування. Побічні реакції, які спостерігалися найчастіше (частота >1/10): безсоння, страх, головний біль, інфекції верхніх дихальних шляхів, паркінсонізм, депресія та атаксія.

**Упаковка.** Система з безголковим пристроєм Alaris™ Smart Site®. Один флакон з порошком, що містить мікрогранули пролонгованого вивільнення Рисполепт Конста®. Один заповнений у заводських умовах шприц з розчинником 2 мл. 1 безголковий пристрій Alaris™ Smart Site® для приготування суспензії. Одна голка Needle-Pro® (із захисним пристроєм) для внутрішньом'язової ін'єкції.

**Категорія відпуску.** За рецептом.

### Перед призначенням слід ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування.

Реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/1683/01/01, UA/1683/01/02, UA/1683/01/03 від 07.08.2009 по 07.08.2014 терміном на 5 років.  
 ID PHUA/RIC/0913/0001a

Текст складено у відповідності з Інструкцією для медичного застосування, яку затверджено МОЗ України 07.08.2009 зі змінами від 04.10.2013.

За додатковою інформацією звертайтеся за адресою:  
 04070 м. Київ, вул. Спаська, 30;  
 тел. (044) 490 64 64, факс (044) 490 64 65.

Рисполепт Конста — торгова марка, власність групи компаній Johnson&Johnson

©Johnson&Johnson 2012

