Яків Павлович Фрумкін (1902–1978)

Заслужений діяч науки, доктор медичних наук, професор Яків Павлович Фрумкін протягом 43 років, з 1932 до 1975 рр. очолював кафедру психіатрії Київського медичного інституту.

Яків Павлович народився в сім'ї інженера-хіміка в Москві, де прожив перші 30 років свого життя. Брат Якова Павловича – Анатолій Павлович Фрумкін (1897–1962) – видатний хірург-уролог, головний уролог радянської армії в роки Другої світової війни, з 1946 р. – незмінний голова Всесоюзного товариства урологів. Одна з сестер – інженер-хімік, інша – лікар-кардіолог. Дружина – лікар-невропатолог. Одна з дочок – кандидат медичних наук, зав. лабораторією біомеханіки, інша – інженер.

Якова Павловича відрізняли висока загальна культура в галузі літератури, живопису, музики і різнобічна власна художня обдарованість: він малював і писав вірші. Протягом декількох років він, навчаючись на медичному факультеті Московського університету, був студентом Московського училища ліплення, живопису та архітектури.

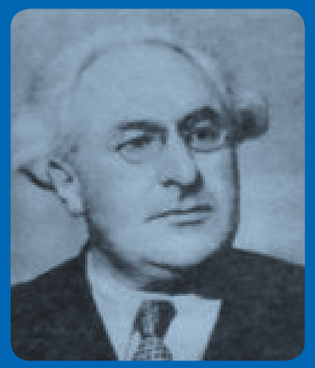
Київська кафедра психіатрії була заснована в 1884 р. вихідцем із Санкт-Петербурзької психіатричної школи, учнем І.М. Балінського та І.П. Мержеєвського – І.А. Сікорським (1845–1918), старшим товаришем В.М. Бехтерєва (1857–1927). У 1903 р. кафедра розділилася на кафедру невропатології, яку очолив учень І.А. Сікорського М.М. Лапінський, і кафедру психіатрії, якою після І.А. Сікорського з 1918 р. керував інший його учень – В.В. Селецький, а з 1925 р. – В.М. Гаккебуш (1881–1931). Його і змінив в 1932 р. учень П.Б. Ганнушкіного Я.П.Фрумкін.

Таким чином, київська психіатрія стала сплавом санкт-петербурзької, московської та власної оригінальної психіатричних шкіл. Це означає, що тут селилися організаційне, експериментально-лабораторне та клінічне спрямування. Яків Павлович забезпечив інтеграцію цього міждисциплінарного підходу завдяки співпраці з видатним невропатологом акад. Б.М. Маньковським і видатним фізіологом акад. О.О. Богомольцем, а також терапевтами, інфекціоністами, ендокринологами, біохіміками та іншими фахівцями. Ця співпраця дозволила домогтися значного просування багатьох розділів психіатрії, особливо геронтопсихіатричного та геріатрії в цілому, клініки епілепсії, шизофренії, судинних, інфекційних та алкогольних психозів. Яків Павлович описав типи перебігу психозів, зробив великий внесок у теорію і практику психіатричного діагнозу. Яків Павлович – автор понад 150 наукових робіт і 4 монографій, які були настільними книгами кількох поколінь психіатрів: «Психіатрична термінологія» (1939), «Коротка диференціальна діагностика деяких психічних захворювань» (1950), «Навчальний атлас психіатрії» (1962) і «Психіатрія: таблиці та схеми»(1977). Ці змістовні книги відображають особливу увагу і любов Якова Павловича до педагогічного процесу, які вирізняли його серед інших. Спогади багатьох, навіть далеких від психіатрії фахівців відзначають рідкісний артистизм його лекцій, виразні клінічні розбори пацієнтів. Під керівництвом Якова Павловича було виконано 9 докторських і 38 кандидатських дисертацій. Серед його учнів – проф. І.Є. Сливко, проф. І.А. Мізрухін, проф. І.Я. Завілянський, проф. Г.Л. Воронков, який успадкував його кафедру.

Добре серце, відкритість, захопленість своєю справою при різнобічності натури, привабливість у спілкуванні, дбайливе і чуйне ставлення до хворих і повсякчасна доступність для них, захоплення від його лекцій, успішна допомога сильним світу цього забезпечили йому стійке положення навіть у складний період часу.



Колектив кафедри та базового відділення



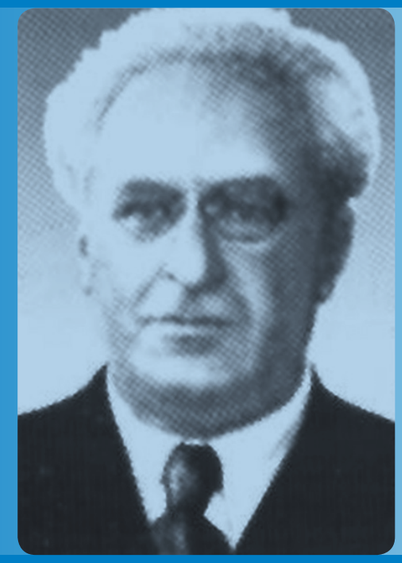
Фрумкін Яків Павлович

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • Т. 20, 2 (77)' 2014

Т. 20, 2 (77)' 2014

Науково-практичний журнал

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ



Завідуючий кафедрою психіатрії Фрумкін Яків Павлович

SANOFI в психіатрії та неврології

Соліан*

амісульприд



При гострих психотичних епізодах:
400–800 мг на добу (не більше 1 200 мг)

Для пацієнтів зі змішаними негативними та позитивними симптомами:
400–800 мг на добу

Для пацієнтів із переважно негативною симптоматикою:
50–300 мг на добу

Якщо добова доза не перевищує 400 мг, препарат слід приймати 1 раз на добу. Дозу понад 400 мг слід розподілити на 2 прийоми на добу.

UA.AMS.14.02.03

Показання.
Лікування шизофренії.[1]
Лікування психозів, особливо гострих або хронічних шизофренічних порушень, що супроводжуються позитивними та/або негативними симптомами, у тому числі у пацієнтів із переважно негативною симптоматикою.[2]

Протипоказання.
Підвищена чутливість до діючої речовини або до іншого компонента лікарського засобу. Діагностована або підозрювана феохромоцитома. Дитячий вік (через відсутність клінічних даних). Період годування грудью. Діагностовані або підозрювані пролактинзалежні пухлини, наприклад, пролактинома гіпофіза та рак молочних залоз. Тяжка ниркова недостатність (кліренс креатиніну <10 мл/хв.). Комбінація з такими лікарськими засобами, які здатні провокувати torsades de pointes. Одночасне застосування з алкоголем, леводопою, сультопридом і дофамінергічними агоністами, крім хворих на хворобу Паркінсона. Уроджена галактоземія, синдром порушення абсорбції глюкози або галактози, дефіцит лактази (через вміст у складі препарату лактози).

Побічні реакції.
Порушення з боку нервової системи, з боку шлунково-кишкового тракту, з боку серцево-судинної системи, порушення метаболізму та харчування, порушення з боку імунної системи, психічні та ендокринні порушення, лабораторні зміни.[3]

* Соліан 100 мг/1 мл (розчин для перорального застосування 60 мл), Р.П. МОЗ України UA/4292/02/01 від 15.02.2010, Соліан 200 мг (30 таблеток), Р.П. МОЗ України UA/4292/01/03 від 29.10.2010.

[1] Інструкція для медичного застосування препарату Соліан. Наказ МОЗ України від 07.12.12 № 995.
Реєстраційне посвідчення № UA/4292/02/01. Наказ МОЗ України від 15.02.10 № 107.

[2] Інструкція для медичного застосування препарату Соліан 100 мг, Соліан 200 мг. Наказ МОЗ України від 31.08.12 № 673.
Реєстраційне посвідчення № UA/4292/01/02, UA/4292/01/03. Наказ МОЗ України від 29.10.10 № 929.

[3] Інформація подана скорочено. З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату.

Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників, призначена для розповсюдження на науково-практичних конференціях. Інформація подана скорочено. З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату.

ТОВ «Санофі-Авентіс Україна», Київ, 01033, вул. Жилянська, 48–50а, тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01. **www.sanofi.ua**

SANOFI

РисполептКОНСТА®

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 акатизія.
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

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Johnson&Johnson

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНОЇ І СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ
ТА НАРКОЛОГІЇ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Науково-практичний журнал
Том 20, № 2 (77) '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. Табачніков С.І., Чабан О.С, Шум С.С, Ціомік 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. Напрєєнко (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. Табачніков (Україна), Е. Тейлор (США), О. Цицкарідзе (Грузія), Б.А. Шахметов (Казахстан), Л.М. Юр'єва (Україна), О.О. Фільц (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 № 5 від 30 квітня 2014 р.).
Здано до друку 25.06.2014 р. Підп. до друку 08.07.2014 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. № 265.
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

© Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ, 2014

ЗМІСТ

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

Г.А. Пріб
ОСНОВИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ ВІД ПСИХІЧНОГО РОЗЛАДУ 6

О.С. Осуховська, Н.М. Степанова
СТРАТЕГІЧНА ПАРАДИГМА РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ 11

С.С. Шум
ЗАКОНОДАВЧЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ: ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ 16

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

О.О. Хаустова, О.В. Бушинська, О.В. Прохорова, С.Г. Сахно
ОПИТУВАЛЬНИК PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ) ЯК СТАНДАРТИЗОВАНА МЕТОДИКА ВИЯВЛЕННЯ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ 22

А.В. Ревунец
ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ 26

Є.Я. Пшук, Н.Г. Пшук
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНЯ СОЦІАЛЬНОГО ІНТЕЛЕКТУ ТА ТИПУ СТАВЛЕННЯ ДО ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ РЕФЕРЕНТНИХ РОДИЧІВ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ШИЗОФРЕНІЄЮ 28

О.О. Хаустова, О.В. Бушинська, О.В. Прохорова, С.Г. Сахно
ДІАГНОСТИКА АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ 32

И.В. Калугин, Е.А. Хаустова
СТАРЕНИЕ ОРГАНИЗМА И ПОЛИМОРБИДНОСТЬ 36

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

Н.М. Юр'єва
НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПІДХОДІВ ДО ГЕНДЕРНОСПЕЦИФІЧНОЇ ТЕРАПІЇ Й ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ 44

О.И. Осокина
СМЫСЛ ОПЫТА ПЕРЕНЕСЕННОГО ПСИХОЗА И СВЯЗАННАЯ С НИМ СТРЕССОГЕННОСТЬ СИТУАЦИИ: ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ПАРАДИГМА 48

О.Г. Буздиган
ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК, ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ 54

О.А. Ревенок, Я.Ю. Марункевич
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З УРАХУВАННЯМ СУПУТНЬОЇ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ 58

К.І. Клебан
ВПЛИВ ЦИРКАДНОЇ ДИСРЕГУЛЯЦІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ Х 62

Д.Н. Сапон
ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ФІБРОМІАЛГІЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО НЕВРОПАТИЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ 65

О.П. Романів
ХАРАКТЕРИСТИКА БІПОЛЯРНОГО СПЕКТРА АФЕКТИВНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕНЕСЕНИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА ОСІБ, ЩО ВЧИНИЛИ СУЇЦИДАЛЬНУ СПРОБУ 69

О.О. Хаустова, В.О.Тещенко
БОРОТЬБА З ДЕМЕНЦІЯМИ: ПЕРСПЕКТИВИ ТА НАПРЯМИ 72

М.М. Пустовойт
ПАТОҐЕНЕЗ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ІНВОЛЮЦІЙНИМ ПСИХОЗОМ ЗГІДНО З ДАНИМИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОДІЯ-ПОВ'ЯЗАНИХ ВИКЛИКАНИХ ПОТЕНЦІАЛІВ 76

Г.М. Вербенко
КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З БІПОЛЯРНИМ АФЕКТИВНИМ РОЗЛАДОМ 82

О.М. Авраменко
ЕФЕКТИВНІСТЬ СТАНДАРТНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ І СУПУТНІМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ З ПОЗИЦІЇ ХВОРОБЛИВОЇ ПОВЕДІНКИ 86

І.Я. Пінчук, Ж.Г. Дудіна, Н.М. Степанова
МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ТЯЖКУ ДЕМЕНЦІЮ 89

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

О.О. Літвінов
ПЕРВАЗИВНІ ПОРУШЕННЯ РОЗВИТКУ ТА ШИЗОФРЕНІЯ: АСПЕКТИ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ 96

К.В. Аймедов
ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПІДЛІТКІВ, СХИЛЬНИХ ДО АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ 100

CONTENTS

ORGANIZATION OF MENTAL HEALTH SERVICES

G. Prib
BASICS OF ENSURING MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION FOR PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS 6

O. Osuhovska, N. Stepanova
STRATEGIC HEALTH DEVELOPMENT PARADIGM MENTAL HEALTH IN UKRAINE 11

S. Shum
LEGISLATIVE REGULATION COMPULSORY MEDICAL MEASURES: PROBLEMS AND SOLUTIONS 16

SOCIAL PSYCHIATRY

O. Khaustova, O. Bushinska, O. Prokhorova, S. Sahno
PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ) IS A STANDARDART DIAGNOSTIC METHOD TO ELISIT PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC NONINFECTIOUS DISEASES IN PRIMARY HEALTH CARE 22

G.V. Revunets
QUALITY OF LIFE RESEARCH IN INFERTILE WOMEN 26

Y.Y. Pshuk, N.G. Pshuk
CORRELATION OF THE LEVEL OF SOCIAL INTELLIGENCE AND TYPE RELATION TO MAINTENANCE THERAPY REFERENCE RELATIVES OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA 28

O. Khaustova, O. Bushinska, O. Prokhorova, S. Sahno
AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES 32

I.V. Kalugin, E.A Khaustova
AGING AND POLYMORBIDITY 36

CLINICAL PSYCHIATRY

N.M. Yrieva
SCIENTIFIC RATIONALE OF APPROACHES TO GENDER SPECIFIC EXCLUSION OF THERAPY AND PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF WOMEN AFFLICTED WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA 44

O. Osokina
THE SENSE OF PSYCHOTIC EXPERIENCE AND ASSOCIATED STRESSFUL SITUATION: EXISTENTIAL PARADIGM 48

O. Buzdygan
FEATURES OF A FUNCTIONAL STATE OF THE AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM IN MEN AND WOMEN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA 54

O.A. Revenok, Ya. Yu Marunkevych.
MODERN APPROACH TO TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH CONCOMITANT SOMATIC PATHOLOGY 58

K.I. Kleban
THE INFLUENCE OF CIRCADIAN DYSREGULATION ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME X 62

D.M. Sapon
ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH FIBROMYALGIA WITH CHRONIC NEUROPATHIC SYNDROME OF TRAUMATIC GENESIS 65

A.P. Romaniv
CHARACTERISTICS OF BIPOLAR SPECTRUM AFFECTIVITY IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AND THOSE WHO COMMITTED SUICIDE ATTEMPTS 69

E.A. Khaustova, V.O. Teshchenko
THE FIGHT AGAINST DEMENTIA: PERSPECTIVES AND DIRECTIONS 72

M.M. Pustovoyt
THE PATHOGENESIS OF COGNITIVE DISODER OF PATIENTS WITH INVOLUTION PSYCHOSES ACCORDING TO RESEARCHED DATA ABOUT EVENT-RELATED EVOKED POTENTIALS (EREP) 76

G.M. Verbenko
COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER 82

O.N. Avramenko
EFFECTIVENESS OF STANDARD TREATMENT FOR PATIENTS WITH CHRONIC PAIN AND CONCOMITANT 86

I. Pinchuk, Zh. Dudina, N. Stepanova
INTERNATIONAL EXPERIENCE ON QUESTIONS OF PROVIDING OF PALLIATIVE HELP TO THE PATIENTS WITH A SEVERE DEMENTIA 89

CHILD'S PSYCHIATRY

A.A. Litvinov
PERVASIVE DEVELOPMENTAL DISORDERS AND SCHIZOPHRENIA: ASPECTS OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS 96

K.V. Aymedov
PERSONALITY FEATURES IN ADOLESCENTS WITH AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR 100

О.В. Погорелко
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ І СПЕЦИФІКА РЕАЛІЗАЦІЇ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ 103

Н.Ю. Веньовцева
ОСОБЛИВОСТІ БІОПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ ПІДЛІТКІВ ІЗ СОМАТОФОРМНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ЯК МІШЕНІ ЇХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ 106

О.В. Чернышев
КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КОМОРБИДНОСТЬ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ И ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ 110

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

А.М. Кушнір
КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З НЕГАТИВНО-ОСОБИСТІСНИМ МЕХАНІЗМОМ РЕАЛІЗАЦІЇ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЯНЬ 113

А.В. Каніщев, О.А. Ревенок, О.П. Олійник
СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ЕКСПЕРТИЗА АЛКОГОЛЬНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЦИВІЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ: ДАНІ ГАЛУЗЕВОЇ СТАТИСТИЧНОЇ ЗВІТНОСТІ 118

С.С. Шум, О.О. Суховій, Ю.Б. Поліщук, Г.А. Інджикулян
ЗАСТОСУВАННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ У ВИДІ НАДАННЯ АМБУЛАТОРНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ПРИМУСОВОМУ ПОРЯДКУ (СТАНОМ НА 2010–2012 РР.) 122

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

С.О. Галникіна
ПСИХІАТРИЧНІ АСПЕКТИ ДЕРМАТОЛОГІЧНОЇ ПРАКТИКИ 128

С.В. Мєрліч
ВПЛИВ ОНКОЛОГІЧНОЇ ХВОРОБИ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ.. 131

І.В. Онищенко
ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ХВОРИХ НА ПСОРІАЗ 133

А.О. Камінська
ОСОБЛИВОСТІ КОМУНІКАТИВНОЇ УСТАНОВКИ У ЛІКАРІВ ХІРУРГІЧНОГО ТА ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛІВ 136

О.О. Хаустова, С.Г. Сахно
МЕХАНІЗМИ ВПЛИВУ КОМУНІКАЦІЇ ЛІКАР–ПАЦІЄНТ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ 140

Б.М. Ворник, А.А. Дмитренко, Е.В. Харчук
ОСОБЕННОСТИ СИМПТОМОКОМПЛЕКСА МАСКУЛИННОСТИ–ФЕМИНИННОСТИ У ЖЕНЩИН С ТРАНССЕКСУАЛИЗМОМ И ЖЕНЩИН РАЗНОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ 143

Б.М. Ворник, Е.В. Харчук, А.А. Дмитренко .....
ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ТРАНССЕКСУАЛИЗМОМ 146

М.В. Коваленко
ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ ТА ЙОГО ДИНАМІКИ У СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ У ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ 149

Н.О. Ришковська
НАДЛИШКОВА ВАГА ТА ОБРАЗ ВЛАСНОГО ТІЛА: ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ 153

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

С.І. Табачніков, Є.М. Харченко, Т.В. Синіцька, А.М. Чепурна, О.В. Кіосєва, О.В. Вороніна
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ОСОБАМИ МОЛОДОГО ВІКУ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ 156

КОНФЕРЕНЦІЇ. СИМПОЗІУМИ. ШКОЛИ

Ю.А. Войтенко
ШКОЛА ЕВРОПЕЙСЬКОГО КОЛЕДЖУ НЕЙРОПСИХОФАРМАКОЛОГІЇ «НЕЙРОПСИХОФАРМАКОЛОГІЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДИТЯЧОМУ ТА ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ» 160

О. Сувало
КУРС ЛІДЕРСТВА ТА ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ДЛЯ МОЛОДИХ ПСИХІАТРІВ У М. ТІМІШОАРА (РУМУНІЯ) 164

А.В. Чайка
ТРЕНІНГОВИЙ КУРС ДЛЯ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ І ПСИХОЛОГІВ «OUT OF THE BOX» 164

ТЕЗИ

С.И. Табачников, М.А. Соловьева
ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У СЛУЖАЩИХ ФИНИНСОВО-КРЕДИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ 165

ДАЙДЖЕСТ 166

O. Pohorelko
MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL FOUNDATIONS AND SPECIFIC OF MULTILEVEL TREATMENT CORRECTION AND PSYCHOPROPHYLAXIS PROGRAM OF AUTOAGRESSIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENTS 103

N. Venovtseva
PECULARITIES OF BIOPSYCHOSOCIAL STATE OF INPATIENTS ADOLESCENTS WITH SOMATOFORM VEGETATIVE DYSFUNCTION OF CARDIOVASCULAR SYSTEM IN CASE OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT 106

O.V. Chernyshev
CLINICAL PATHOGENETIC COMORBIDITY OF SOMATOFORM DISORDERS AND DEPENDENCE BEHAVIOUR IN ADOLESCENCE 110

FORENSIC PSYCHIATRY

A.N. Kushnir
CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL DESCRIPTION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH NEGATIVE-PERSONALITY MECHANISM OF REALIZATION ESPECIALLY DANGEROUS ACTS 113

A.V. Kanishchev, O.A. Revenok, O.P. Oliynyk
FORENSIC PSYCHIATRIC EXPERTISE OF ALCOHOL-RELATED MENTAL DISORDERS IN CIVIL CASES: DATA OF BRANCH STATISTICAL REPORTS ..118

S. Shum, O. Sukhovii, Yu. Polishchuk, G. Indzhykulyan
APPLICATION OF COMPULSORY MEDICAL MEASURES IN THE FORM OF COMPULSORY OUTPATIENT MENTAL HEALTH CARE IN 2010-2012 122

MEDICAL PSYCHOLOGY

S.O. Halnykina
PSYCHIATRIC ASPECTS OF DERMATOLOGICAL PRACTICE 128

S.V. Merlich
THE ONCOLOGICAL DISORDER INFLUENCE ON PATIENTS' QUALITY OF LIFE 131

I.V. Onishchenko
RESEARCH EMOTIONAL OF STATE OF PATIENTS WITH PSORIASIS 133

A. Kaminska
CHARACTERISTICS OF COMMUNICATIVE SETTING IN SURGICAL AND THERAPEUTIC PROFILE DOCTORS 136

O.O. Khaustova, S.G. Sakhno
MECHANISMS OF THE COMMUNICATION EFFECT IN BETWEEN DOCTOR AND PATIENT FOR PATIENT PSYCHOPHYSIOLOGICAL WELLBEING 140

B.M. Vornyk, O.A. Dmytrenko, Ye.V. Harchuk
MASCULINITY-FEMININITY SYMPTOM COMPLEX IN WOMEN WITH TRANSSEXUALISM AND WOMEN WITH DIFFERENT PSYCHOSEXUAL ORIENTATION 143

B.M. Vornyk, Ye.V. Harchuk, O.A. Dmytrenko
PATHOCHARACTEROLOGICAL FEATURES OF WOMEN WITH TRANSSEXUALISM 146

M.V. Kovalenko
STUDY LEVEL PERFECTIONISM AND ITS DYNAMICS VNMU THE STUDENTS IN THE LEARNING PROCESS 149

N. Ryshkovska
OVEWEIGHT AND IMAGES OF THEIR OWN BODIES: REVIEW OF THE PROBLEM 153

SOCIAL AND CLINICAL NARCOLOGY

S. Tabachnikov, E.N. Kharchenko, T. Sinitskaya, A. Chepurnaya, E. Kioseva, A. Voronina
FEATURES OF PSYCHOCORRECTION WORK WITH YOUNG ADULTS WHO CONSUME PSYCHOACTIVE SUBSTANCES 156

CONFERENCE. SYMPOSIA. SCHOOLS

Y.A. Voytenko
EUROPEAN SCHOOL COLLEGE OF NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY «NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY OF MENTAL DISORDERS IN CHILDHOOD AND ADOLESCENSE AGE» 160

O. Suvalo
LEADERSHIP AND PROFESSIONAL DEVELOPMENT COURSE FOR YOUNG PSYCHIATRIST IN TIMISOARA (ROMANIA) 164

A.V.Chayka
TRAINING COURSE FOR SOCIAL SERVICE PROVIDER AND PSYCHOLOGIST «OUT OF THE BOX» 164

THESES

S.I. Tabachnikov, M.A. Solovyov
DEVELOPMENT OPPORTUNITIES RESEARCH OF ADDICTIVE DISORDERS INEMPLOYEES OF FINANCE AND CREDIT INSTITUTIONS .. 165

DIGEST 166

Шановні колеги!



Від усієї душі і з великою повагою вітаю вас із професійним святом – Днем медичного працівника!

Так, нині ми переживаємо нелегкі часи перетворень, які вимагають від всієї медичної громадськості щоденної кропіткої праці над виконанням масштабних завдань! І при цьому ми, лікарі, продовжуємо виконувати свою високу місію: дбати про найцінніше, що є у людини, – її здоров'я. Завдяки вашому професіоналізму, неймовірним зусиллям, особистій відповідальності та громадянському сумлінню поєднується досягнення медичної науки зі щирою турботою та вболіванням за здоров'я кожного пацієнта.

Медичний працівник – це більше, ніж просто професія. Це ще й особливий тип мислення, душевної організації, в основі якої – прагнення допомагати людям.

Від щирого серця вітаю усіх, хто стоїть на варті охорони здоров'я. Прийміть сердечну подяку за вашу самовіддану працю на благо народу України, за громадську відповідальність, високу моральність та інтелігентність, працьовитість і професійність, за врятовані життя та здоров'я тисяч пацієнтів, за віру та надію, яку ви даруєте людям. Ваші відповідальність, мужність і самопожертва заслуговують на глибоке визнання та вдячність із боку держави. Зичу всім, хто є вірним клятві Гіппократа, міцного здоров'я, творчих здобутків, невичерпної енергії у вашій надзвичайно потрібній людям праці. Нехай радість життя, яку ви даруєте людям, повертається сімейним теплом, щастям та благополуччям до ваших домівок.

У цей святковий день усім лікарям, медсестрам, молодшому медичному персоналу, ветеранам охорони здоров'я ми шлемо палкі вітання з професійним святом та бажаємо вам, вашим родинам, вашим пацієнтам міцного здоров'я, безмежних життєвих можливостей, сімейного затишку, щирої поваги близьких, колег та суспільства!

Бажаю вам наснаги і подальших успіхів у вашій нелегкій, проте дуже важливій та відповідальній справі.

З повагою,
Ірина Пінчук

Директор
Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України,
доктор медичних наук



Вітаємо колег з Днем медичного працівника!

Шановні колеги, працівники психіатричної служби. У цей складний для країни час пам'ятаймо про нашу професійну та людську єдність, взаємопідтримку, порозуміння і толерантність. Ви віддаєте своїм пацієнтам часточку своєї душі, ділитеся з ними теплом свого серця. Часто лише ваше слово значно полегшує душевні страждання та допомагає побачити світ трішки кращим, ніж зазвичай він є під тягарем психічного розладу. Бажаємо вам, шановні колеги, міцного здоров'я, життєвого щастя, наснаги та витримки у вашій нелегкій праці.

Адміністрація та профспілковий комітет Обласної психіатричної лікарні м. Берегово



Глубокоуважаемые коллеги!

Пользуясь предоставленной редакцией журнала «Архив психиатрии» возможностью, разрешите поздравить всех нас с профессиональным праздником – Днем медицинского работника. Хочется пожелать свежести восприятий, силы мотиваций, стабильно позитивного настроения, экзистенциальной наполненности бытия, отточенных когниций на многие годы, гармонии с собой и окружающим миром. Отдельно – крепкого здоровья. Руководителям и издателям журнала «Архив психиатрии» – гениальных авторов, благодарных читателей, быстрейшей полной интеграции в мировую науку.

С уважением, Олег Левада, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий курсом психиатрии кафедры семейной медицины ГЗ «ЗМАПО МОЗ Украины»



Шановні колеги, дорогі друзі!

Щиро вітаю вас із професійним святом – Днем медичного працівника!
Бажаю вам щастя і здоров'я, успіхів у роботі, тепла і любові ваших рідних. Нехай успіх супроводжує ваші задуми та починання! Безмежного вам оптимізму, гармонії, миру і віри у краще майбутнє!

З повагою, Мирон Мулик



Шановні та дорогі колеги!

Наш День – День медика – знаменує собою середину літа, себто зрілості природи у її повному розквіті. Це символічно. І не лише тому, що медики святкують день своєї пошани саме у цю пору року. А тому що найважливішим у нашій роботі є не боротьба проти хвороби, а підтримка здоров'я, тобто допомога силам природи на шляху до природного одужання. Для нас, для психіатрів, почувати себе приналежними до медицини – це професійний обов'язок, але на відміну від інших лікарських спеціальностей ми є сьогодні чи не останнім фахом, що пов'язує медицину з гуманітарними дисциплінами, для яких предметом вивчення і діяння є насамперед індивідуальна особистість та її душевний світ. Це свято повинно мати для нас – і має – подвійний вимір: знати і розуміти. Отож, хочемо привітати себе з Днем медичного працівника і побажати з цієї нагоди взаємного порозуміння і впевненості у тому, що завтра ми знатимемо про себе і дбатимемо про наших пацієнтів більше, ніж учора.

З повагою, професор О.О. Фільц



Вельмишановні колеги!

Користуючись нагодою, як активному читачу та прихильнику журналу «Архів психіатрії», що має безпосереднє відношення до тематики науково-практичної спрямованості Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, дозвольте привітати вас та всю Асоціацію медичних працівників психіатричних закладів України з Днем медичного працівника та подякувати всьому товариству за діяльність щодо поліпшення психічного здоров'я та психічного благополуччя населення України, які згідно з рішенням Європейської конференції Всесвітньої організації охорони здоров'я з охорони психічного здоров'я (2005) були проголошені найважливішими складовими високої якості життя, що дозволяє всім нам відчувати себе активними, повноцінними та важливими членами соціуму. А також побажати вам та всім спеціалістам ваших трудових колективів творчого натхнення та довголіття, нових досягнень у клінічній, теоретичній психіатрії та адиктології.

З повагою, Головний лікар Миколаївської обласної психіатричної лікарні № 2, головний позаштатний спеціаліст УОЗ Миколаївської ОДА за фахом «Психіатрія», кандидат медичних наук А.А. Педак



Шановні медичні працівники!

Сердечно вітаю вас із професійним святом! Здоров'я – головне багатство, без якого неможливе щасливе і повноцінне життя, тому ваша праця завжди була і залишається затребуваною і шанованою. Від вашої кваліфікації та професіоналізму багато що залежить у справі збереження здоров'я людей. Бажаю вам, всім вашим колегам здоров'я, благополуччя в родині, стабільності і миру в нашому суспільстві, щоб медичні працівники з найбільшою віддачею могли застосовувати свій досвід, знання та вміння в справі захисту здоров'я та життя людей.

З повагою, А. Волощук



З Днем медичного працівника

День медичного працівника –
Це, справді, свято всенародне.
На честь людей, в чиїх руках
Священне діло, благородне.

Здоров'я нації, народу –
Державна справа
нелегка,
Але ця справа звіку-зроду
Є суттю й медпрацівника.

І в день, і в ніч, в мороз і в спеку
Медпрацівник з людьми завжди,
В дорогу ближню чи далеку
Він хворим йде допомогти.

Медпрацівник не Бог – людина.
Але від нього, як від Бога,
Для зцілення украй потрібна
Недужим людям допомога.

І дай нам, Боже, всім надовго
Здорового, безхмарного
життя.
Ми людям віддаєм для цього
Свої знання, і сили,
й почуття.

З повагою, А.П. Левицька, Обласний позаштатний спеціаліст департаменту охорони здоров'я та цивільного захисту населення Чернівецької обласної державної адміністрації зі спеціальності «Психіатрія»

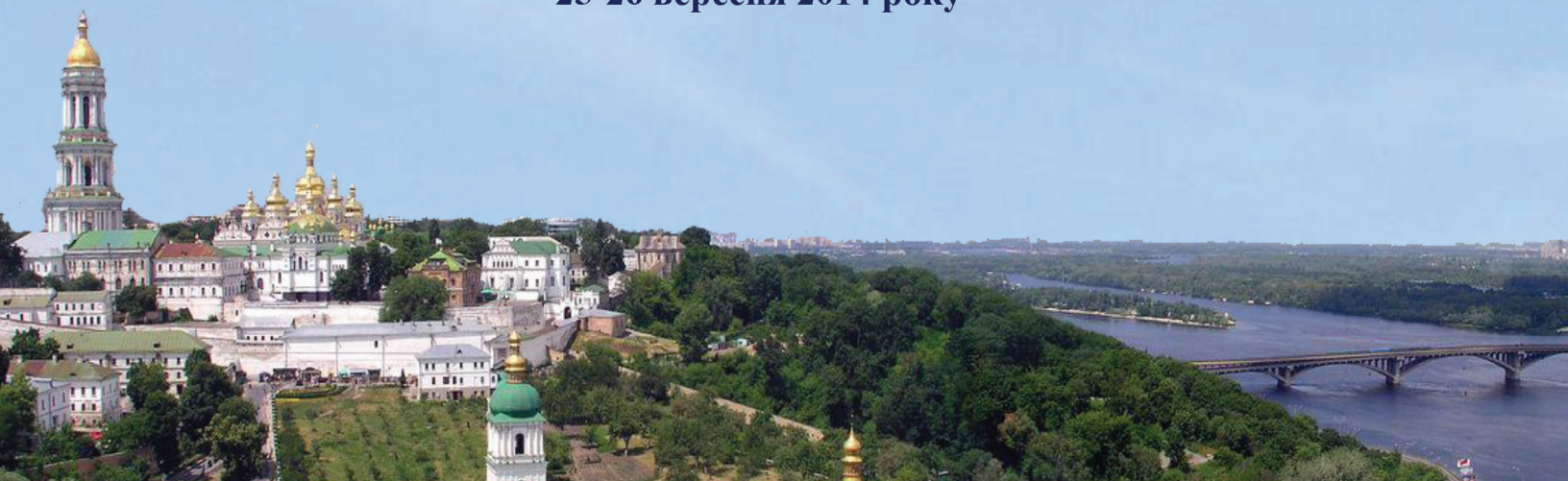
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНОЇ І СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ МОЗ УКРАЇНИ

Науково-практична конференція

«Актуальні питання соціальної і судової психіатрії XXI століття»

м. Київ
25-26 вересня 2014 року



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

Співробітники інституту (професори, доктори та кандидати медичних наук) зі спеціальностей «психіатрія», «дитяча психіатрія», «наркологія», «медична психологія», «психотерапія» на базі консультативно-поліклінічного відділення надають дорослим та дітям консультативно-діагностичну та лікувальну допомогу при психічних та поведінкових розладах.

Ви можете дістатися до нас за такими маршрутами:

- Від станції метро «Дорогожичі» тролейбус № 27 до зупинки «Лікарня ім. Павлова»
- Від залізничного вокзалу маршрутне таксі № 18+7 до зупинки «Лікарня ім. Павлова»
- Від станції метро «Петрівка» тролейбус № 27 до зупинки «Кирилівська церква»
- Від станції метро «Контрактова площа» трамвай № 11, № 12 до зупинки «Стадіон Спартак»



Як нас знайти:

Україна, 04080, м. Київ,
вул. Фрунзе, 103,
Телефон: 044-468-32-58
e-mail: undisspn@ukr.net

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНОЇ І СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Конференція організована за підтримки: **Міністерства охорони здоров'я України** за сприяння низки державних органів, міжнародних організацій, навчальних закладів, наукових установ, громадських організацій

ЗАПРОШУЄ

науковців, молодих вчених, докторантів, аспірантів, лікарів-психіатрів, сімейних лікарів, організаторів охорони здоров'я, соціальних працівників, медсестер, психологів взяти участь у науково-практичній конференції з міжнародною участю

«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ І СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ XXI СТОЛІТТЯ»,

яка відбудеться 25–26 вересня 2014 року в м. Київ

Конференція входить до реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій, які проводитимуться у 2014 році.

УВАГА! Змінено дату та місце проведення конференції – з 9-10 жовтня в м. Чернігів на 25-26 вересня в м. Київ

Заїзд учасників науково-практичної конференції планується 24-25 вересня 2014 року

Робочі мови Конференції: українська, російська, англійська.
Основні наукові напрямки конференції:

- Європейські підходи у реформуванні судової, пенітенціарної, дитячої психіатрії.
- Європейські підходи у реформуванні судово-психіатрична експертиза.
- Медичний менеджмент в галузі охорони психічного здоров'я.
- Психічні і поведінкові розлади у хворих з хімічною та нехімічною адикціями.
- Етичні та організаційно-правові аспекти надання допомоги особам з залежностями.
- Актуальні питання дитячої психіатрії.

Участь у конференції є **безкоштовною,** але за умови обов'язкової попередньої реєстрації:
Заповнити реєстраційну форму можна на сайті **www.undisspn.org.ua**
Форми діяльності конференції:

- Усна доповідь російською або українською мовами (10 хв.) без публікацій.
- Усна доповідь з публікацією тез.
- Пленарні засідання
- Круглі столи
- Презентації
- Стендові доповіді

Вказівки щодо підготовки тез, статей
Тези доповідей повинні відповідати тематиці конференції «Актуальні питання соціальної і судової психіатрії XXI століття», яка відбудеться 25-26 вересня 2014 року, і будуть **надруковані в журналі «Архів психіатрії», № 3 за 2014 рік.**
Мови публікації – українська, російська, англійська.
Роботи друкуються шрифтом Times New Roman, кеглем 14, через 1,5 інтервал, з полями: зліва – 3,5 см, справа – 1,5 см, зверху та знизу – по 2,5 см.
Стандартний обсяг текстового матеріалу (без назви, прізвищ авторів та даних авторів) не має перевищувати 2 сторінок (11 000 друкованих знаків з пробілами).
Структура тез, статей:

а) назва публікації (ПРОПИСНИМИ літерами, **напівжирним** шрифтом);

б) прізвища та ініціали авторів (прізвище основного доповідача підкреслюється);

в) текст тез (усі абревіатури повинні мати розшифровку).

Текст тез обов'язково повинен включати: а) мету дослідження; б) матеріали та методи дослідження; в) результати та обговорення; г) висновки.
Останній термін подання матеріалів – 25 серпня 2014 р.

Будемо вдячні за поширення інформації про конференцію серед широкого загалу практичних лікарів, з якими Ви співпрацюєте.

НАДАННЯ МАТЕРІАЛІВ

Назва надісланого електронного файлу з тезами – латиницею, за прізвищем першого автора.
У випадку невиконання зазначених вище вимог тези, статті публікуватися не будуть.
Вартість публікації наукових тез до 3000 знаків складає 100 грн, за кожні додаткові 2000 знаків – плюс 50 грн.

ВИМОГИ ДО ОПУБЛІКУВАННЯ СТАТЕЙ

До опублікування в журналі «Архів психіатрії» приймаються проблемні статті, оригінальні дослідження, огляди, лекції, спостереження з практики, дискусійні статті, короткі повідомлення, рецензії.
У журналі розміщуються роботи з проблем соціальної, судової психіатрії та наркології, медичної психології, психотерапії та сексології. Публікуються роботи з питань організації та управління психіатричною службою, інформаційні повідомлення про минулі та майбутні з'їзди, науково-практичні конференції та семінари.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ:

1. До розгляду редакційною колегією журналу приймаються роботи, що не публікувалися раніше.
2. Оригінал роботи подається до редакції українською, російською або англійською мовами.

До статті слід додати офіційне направлення від установи, в якій виконано роботу. На першій сторінці статті має стояти підпис наукового керівника, завірений круглою печаткою установи. На останній сторінці статті мають стояти підписи всіх авторів.
Титульний аркуш має містити таку інформацію:

1) код УДК;
2) назва статті, сформульована максимально інформативно та лаконічно;
3) прізвище, ім'я по батькові кожного з авторів;
4) повна назва установи й відділу (кафедри), де виконано роботу;
5) прізвище, ім'я, по батькові, повна поштова адреса, номери телефону й факсу автора, електронні адреси автора, відповідального за контакти з редакцією, та співавторів.

Текст. Обсяг оригінальної статті не повинен перевищувати 10-12 сторінок формату А4 у редакторі Microsoft Word 1997-2003, обсяг коротких повідомлень і заміток з практики – 3-4 сторінки. Обсяг лекцій та оглядів не має перевищувати 12-15 сторінок. Текст статті має бути набраний у форматі .doc.
Роботи друкуються шрифтом Times New Roman, кеглем 14, через 1,5 інтервали, з полями: зліва – 3 см, справа – 1,5 см, зверху та знизу – по 2 см.
Викладення робіт повинно бути чітким і послідовним, містити такі розділи:

- Назві статті повинні передувати: індекс УДК (розширений; УДК виду: 616.89 – не допускаються).
- Ініціали та прізвища авторів.
- Назва статті.
- Місце роботи авторів.
- Ключові слова.
- **Вступ з постановкою проблеми.**
- **Актуальність.** Обґрунтувати актуальність дослідження, коротко висвітлити ситуацію щодо проблеми, з посиланнями на вітчизняні та іноземні публікації за останні 5-10 років.
- **Мета.**
- **Матеріали та методи дослідження.** Навести кількісні та якісні характеристики досліджених груп осіб, зазначити методи досліджень, застосованих у роботі, включаючи методи статистичного аналізу даних.
- **Результати та їх обговорення.**
- **Висновки та перспективи подальших досліджень.** Результати мають бути викладені у логічній послідовності в тексті, таблицях і на рисунках. Дані з таблиць і рисунків не мають дублюватись у тексті, слід зазначати тільки найбільш важливі серед них. У рисунках не слід повторювати дані, наведені в таблицях. Підписи до рисунків та опис деталей на них подавати під рисунками, з відповідною нумерацією. Одиниці вимірювання мають відповідати Міжнародній системі одиниць (СІ).
- **Таблиці** повинні бути компактними, мати назву, що відповідає змісту, бути пронумерованими, заголовки граф мають точно відповідати їхньому змістові, а дані в таблицях – посиланням на них у тексті. Всім рисункам та таблицям у тексті повинні передувати відповідні посилання, зазначені в дужках, наприклад: (рис. 1), (табл. 1). Слід зазначати статистичні методи, використані для відображення варіабельності даних і достовірності відмінностей. Не припускаються скорочення в графах, окрім визначених ДСТУ 3582-97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги і правила». На кожну таблицю в тексті статті мають бути посилання. Всі роз'яснення, включаючи розшифрування абревіатур, слід подавати у виносках.
- **Ілюстрації** (рисунки, діаграми, фотографії) надаються у 2 примірниках. Зі зворотного боку рисунків олівцем слід зазначити прізвище першого автора, номер рисунка, позначення верху рисунка. Рисунки не мають бути перевантажені текстовими написами. Якщо ілюстрації подаються в електронному вигляді, вони мають бути збережені в форматі JPG (300-600 dpi). Ілюстрації (графіки, діаграми, формули) мають бути чіткими, фотографії – контрастними. Малюнки й таблиці не повинні дублювати одні одного. У графіках і діаграмах має бути зазначено, що дано на осях координат, на наведених кривих тощо.
- **Скорочення.** Не є припустимим скорочення слів, назв (крім загальноприйнятих скорочень мір фізичних, хімічних, а також математичних одиниць і термінів, та скорочень, визначених ДСТУ 3582-97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги і правила» та ГОСТ 7.12.93 «Библиографическая запись. Сокращения слов на русском языке. Общие требования и правила»). Міри подаються за Міжнародною системою одиниць (СІ) в українському / російському позначенні.
- **Список використаної літератури** формується одним із таких способів: 1) у порядку появи посилань у тексті; 2) в алфавітному порядку прізвищ перших авторів або заголовків; 3) у хронологічному порядку.

Бібліографічний опис джерел складають відповідно до чинних стандартів з бібліотечної та видавничої справи, міжнародних і державного стандартів з обов'язковим наведенням назв праць. Зокрема, потрібну інформацію можна одержати із таких міждержавних і державних стандартів:

ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 «Система стандартів з інформації, бібліотечної та видавничої справи. Бібліографічний запис. Бібліографічний опис. Загальні вимоги та правила складання (ГОСТ 7.1–2003, IDT)»;

ДСТУ 3582–97 «Інформація та документація. Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила»;

ДСТУ 6095:2009 «Система стандартів з інформації, бібліотечної та видавничої справи. Правила скорочення заголовків і слів у заголовках публікації (ГОСТ 7.88–2003, MOD)»;

ДСТУ 7093:2009 «Системи стандартів з інформації, бібліотечної та видавничої справи. Бібліографічний запис. Скорочення слів і словосполук, поданих іноземними європейськими мовами»;

ГОСТ 7.12–93 «СИБИД. Библиографическая запись. Сокращение слов на русском языке. Общие требования и правила»;

ГОСТ 7.11–78 «СИБИД. Сокращение слов и словосочетаний на иностранных европейских языках в библиографическом описании».

✓ **Резюме** має бути структурованим: а) мета дослідження; б) матеріали й методи; в) результати; г) висновок. Обсяг має становити 150-250 слів. На цій самій сторінці слід подати «ключові слова» (до 5 слів), що сприяють індексуванню статті в інформаційно-пошукових системах. Резюме та ключові слова мають бути викладені трьома мовами (українською, російською та англійською).

ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ПУБЛІКАЦІЙ.

- Редакційна колегія правомірна відправити статтю на рецензування.
- Відхилені у процесі рецензування рукописи авторам не повертаються. Статті, що оформлені без дотримання вказаних правил, не розглядаються.
- Редакційна колегія правомірна здійснювати наукове та літературне редагування матеріалів, що надійшли, при необхідності скорочувати їх, за погодженням з автором, або, якщо тематика статті становить інтерес для журналу, направляти статтю на доопрацювання автору.
- Редакційна колегія залишає за собою право відхилити статтю, яка не відповідає встановленим вимогам або тематиці журналу, – без додаткових повідомлень або роз'яснень.

ВАРТІСТЬ ПУБЛІКАЦІЙ:

Вартість публікації статей складає 120 грн за журнальну друковану сторінку (5000) знаків.

УВАГА! Оплата за публікацію тез і статей здійснюється у безготівковій формі шляхом переказу коштів на розрахунковий рахунок громадської організації **винятково від імені автора.** Відсканована копія квитанції надсилається на електронну адресу senatos@health-medix.com після отримання статті редакцією і її розгляду протягом одного-двох робочих днів.

БАНКІВСЬКІ РЕКВІЗИТИ:
Отримувач
ВГО «Асоціація превентивної та антиейджинг медицини»
Код ЄДРПОУ отримувача
35892676
р/р 26001000604734
ПАТ «Універсал Банк» у м. Києві МФО 322001
Призначення платежу:
благодійна безповоротна фінансова допомога
Сума: _____

*У разі виникнення додаткових запитань та отримання інформації щодо вартості та публікації статей, тез – звертатися до **Сніжани Володимирівни Сенатос** за телефонами: 0(44)486-15-57, 0(44)486-17-79 або за електронною адресою: senatos@health-medix.com.*

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

УДК:616.89–036.865

Г.А. Пріб

ОСНОВИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ ВІД ПСИХІЧНОГО РОЗЛАДУ

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

Ключові слова: медико-соціальна експертиза (МСЕ), обмеження життєдіяльності (ОЖ), соціальна недостатність (СН).

У статті розглянуто теоретичні погляди забезпечення медико-соціальної реабілітації хворих, які страждають від психічних розладів.

Міжнародне законодавство з питань реабілітації та адаптації інвалідів внаслідок психічних розладів базується на Конвенції «Про права інвалідів», прийнятій Генеральною асамблеєю ООН 24.01.2007 р. [6]. Національне законодавство України з питань реабілітації інвалідів ґрунтується та складається із законів України «Про державні соціальні стандарти і державні соціальні гарантії» [8], «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» [14], «Про соціальні послуги» [18], «Про реабілітацію інвалідів в Україні»[17], «Про психіатричну допомогу» [16], «Про охорону праці» [15], «Про зайнятість населення» [9].

Іншими нормативно-правовими актами, що регулюють правовідносини у сфері реабілітації, є Указ Президента України від 13.06.01 р. № 59 «Національна програма професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001–2005 рр.» [12], Постанови Кабінету Міністрів України від 12.12.1994 р. № 837 «Про створення Ради у справах інвалідів» [20], «Про надання щомісячної грошової допомоги малозабезпеченій особі, яка проживає разом з інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, на догляд за ним» від 02.08 2000 р. № 1192 [11], «Про витрати, спрямовані на соціально-трудову та медичну реабілітацію працюючих інвалідів» від 29.12.1995 р. № 1066 [7], «Про організацію робочих місць та працевлаштування інвалідів» від 3.05.1995 р. № 314 [13], Постанова Верховної Ради України від 20.02.03 №560-IV "Про стан забезпечення в Україні встановлених чинним законодавством соціальних, економічних, правових і конституційних гарантій у сфері соціального захисту та реабілітації інвалідів» [19], Інструкція про встановлення груп інвалідності, затверджена Наказом МОЗ України від 07.04.2004 р. № 183 [5], Державна типова програма реабілітації [2], Індивідуальна програма реабілітації інваліда, затверджена наказом МОЗ від 08.10.2007 р. № 623 [4] та інші.

Перераховані законодавчо-нормативні акти визначають основні засади створення правових, соціально-економічних та організаційних умов для усунення або компенсації ОЖ, викликаних порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму, а також функціонування системи підтримання інвалідами фізичного, психічного, соціального благополуччя, сприяння їм у досягненні соціальної та матеріальної незалежності.

Аналіз досліджень і публікацій та виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячена стаття. Державною політикою України у сфері реабілітації інвалідів визначено наступне: по-перше – забезпечення координації системи реабілітації, що реалізується через своєчасність, безперервність та комплексність відновлювальних заходів і методик, а також доступність технічних та інших засобів реабілітації і виробів медичного призначення, реабілітаційних послуг, відповідність їх змісту, рівня та обсягу фізичним, розумовим, психічним можливостям і стану здоров'я інваліда, дитини-інваліда. По-друге, держава регламентує правові, економічні, соціальні умови надання інвалідам реабілітаційних послуг з урахуванням їх функціональних можливостей, потреби у виробах медичного призначення, технічних та інших засобах реабілітації, а також гарантує матеріально-технічне, фінансове, кадрове і наукове забезпечення системи реабілітації. По-третє, держава визначає умови для відновлення або здобуття трудових навичок, отримання освіти, професійної перепідготовки і працевлаштування з урахуванням функціональних можливостей осіб з інвалідністю, сприяння виробничій діяльності підприємств та організацій, громадських організацій інвалідів, а також забезпечує реабілітаційним установам, незалежно від їх відомчого підпорядкування, типу і форми власності, рівні умови для здійснення реабілітації інвалідів.

Метою дослідження є визначеня інструктивно-законодавчого забезпечення медико-соціальної реабілітації хворих, які страждають від психічного розладу. Завдання дослідження – спираючись на сучасні моделі інвалідності дослідити забезпеченість медико-соціальної реабілітації пацієнтів із психічним розладом.

Матеріал та методи дослідження

Обстежено 527 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділеннях активної реабілітації № 2 та № 10 Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні № 1. Обстежені пацієнти верифіковані за наступними діагностичними категоріями МКХ–10: F07, F20, F21, F23, F25, F41, G40. Дослідження проводили за принципом випадкового вибору, коли усі одиниці генеральної сукупності мали рівну можливість потрапити до вибірки. Методи дослідження: структуроване інтерв'ю у

рамках клініко-психопатологічного підходу, соціально-експертний, статистичні.

Результати та їх обговорення

Реалізація державної політики у сфері реабілітації інвалідів покладається на органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, які у співпраці та партнерстві з громадськими організаціями інвалідів забезпечують розробку і виконання програм для запобігання виникненню інвалідності, компенсації вад і розладів функцій організму особи, створення умов для їх усунення шляхом медичної, психолого-педагогічної, психологічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, соціальної реабілітації інвалідів.

Виходячи із мети державної політики у сфері реабілітації, а також згідно зі ст. 3 Закону України «Про реабілітацію інвалідів» [17], можна визначити основні завдання законодавства України з питань реабілітації інвалідів:

1. Створення умов для усунення ОЖ інвалідів, відновлення і компенсації їх порушених або втрачених здатностей до побутової, професійної, суспільної діяльності;

2. Визначення основних завдань системи реабілітації інвалідів, видів і форм реабілітаційних заходів.

Інвалідом вважають особу зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності, викликає в особи потребу в соціальній допомозі і посиленому соціальному захисті, а також виконання з боку держави відповідних заходів для забезпечення її законодавчо визначених прав. В свою чергу, інвалідність – це міра втрати здоров'я та ОЖ, що перешкоджає або позбавляє конкретну особу спроможності чи можливості здійснювати діяльність у спосіб та в межах, які вважаються для особи нормальними залежно від вікових, статевих, соціальних і культурних факторів. Таке визначення інвалідності відповідає Декларації про права інвалідів ООН від 09.1975 р. [1], Малайській декларації міністрів «Про заходи з досягнення прогресу у галузі повноправної участі інвалідів у житті громадського суспільства» від 08.05.2003 р. [10], яка поклала основу розробки Європейського плану дій на національних та міжнародному рівнях [3].

Реабілітаційні послуги визначаються як послуги, спрямовані на відновлення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності особи з метою сприяння її інтеграції в суспільство. Реабілітаційні послуги базуються на реабілітаційних заходах, якими здійснюється реабілітація інвалідів.

В Україні система реабілітаційних заходів складається з медичної, професійної (професійна орієнтація, професійний відбір, професійна адаптація), трудової, фізичної та фізкультурно-спортивної, соціальної, психолого-педагогічної, психологічної реабілітації, соціальної допомоги, психологічної підтримки й абілітації.

Під медичною реабілітацією розуміють систему лікувальних заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи, на виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою забезпечення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності, на профілактику ускладнень та рецидивів захворювання. Під професійною реабілітацією розуміють систему заходів, спрямованих на підготовку особи до професійної діяльності, відновлення чи здобуття професійної працездатності шляхом адаптації, реадаптації, навчання, перенавчання чи перекваліфікації з можливим подальшим працевлаштуванням та необхідним соціальним супроводом з урахуванням особистих схильностей та побажань особи. Трудова реабілітація визначається як система заходів, розроблених з урахуванням схильностей, фізичних, розумових і психічних можливостей особи, спрямованих на оволодіння трудовими навичками, забезпечення трудової діяльності та адаптацію у виробничих умовах, у тому числі шляхом створення спеціальних чи спеціально пристосованих робочих місць. Соціальна реабілітація – це система заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі у житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації, соціального обслуговування задоволення потреби у забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації. Психологічна реабілітація – система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей особи, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження особистості. Невід'ємною складовою психологічної реабілітації є психологічна адаптація, яка спрямована на формування в особи здатності пристосовуватися до існуючих у суспільстві вимог та критеріїв за рахунок присвоєння їй норм і цінностей даного суспільства. Досі новим підходом у реабілітаційному процесі, який відповідає міжнародним засадам реабілітації психічно хворих, є абілітація як система заходів, спрямованих на опанування особою знаннями та навичками, необхідними для її незалежного проживання в соціальному середовищі: усвідомлення своїх можливостей та обмежень, соціальних ролей, розуміння прав та обов'язків, уміння здійснювати самообслуговування.

Для виконання завдань, які поставлені перед системою реабілітації, в Україні визначена структура системи реабілітації інвалідів, яка забезпечує своєчасність, комплексність і безперервність медичної, психолого-педагогічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, соціальної реабілітації, досягнення інвалідами, дітьми-інвалідами оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності. Ця структура передбачає надання реабілітаційних послуг у різних типах реабілітаційних установ залежно від змісту реабілітаційних заходів. Типи реабілітаційних установ поділяють на заклади медичної реабілітації, медико-соціальної реабілітації, соціальної реабілітації, психолого-педагогічної реабілітації, фізичної реабілітації, професійної реабілітації, трудової реабілітації, фізкультурно-спортивної реабілітації. Реабілітаційні установи можуть бути також змішаного типу.

Реабілітація психічно хворих в Україні базується на державних соціальних нормативах. Ці нормативи встановлюють вимоги до змісту та обсягу реабілітаційних заходів з відновлення та компенсації обмежених функціональних можливостей інваліда з урахуванням оцінки

стану його здоров'я щодо здатності до самообслуговування, самостійного пересування, спілкування, контролю за своєю поведінкою, навчання і заняття трудовою діяльністю. Державні соціальні нормативи розробляють центральні органи виконавчої влади у межах своїх повноважень за участю реабілітаційних та відповідних науково-дослідних установ на основі наукових досліджень.

Державні соціальні нормативи є базисом, який забезпечує організацію реабілітаційного процесу. Так, згідно зі ст. 17 «Організація реабілітаційного процесу «Закону України «Про реабілітацію інвалідів» [17], реабілітаційний процес включає: а) відновлювальні медичні заходи; б) медичну, медико-соціальну, соціальну, психологічну, психолого-педагогічну, фізичну, професійну, трудову, фізкультурно-спортивну реабілітацію та соціальну адаптацію; в) забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації; г) освіту, професійну орієнтацію, сприяння в працевлаштуванні, виробничу адаптацію; д) фізкультурно-спортивні заходи, оздоровлення. Для підвищення ефективності організації реабілітаційного процесу законодавчо-інструктивна база припускає створення реабілітаційних комісій, до складу яких входять провідні фахівці реабілітаційної установи та представники місцевих органів виконавчої влади відповідно до типу реабілітаційної установи. На реабілітаційні комісії покладається:

- планування навчально-виховної та корекційно-відновлювальної роботи, контроль за її ефективністю;
- визначення реабілітаційних технологій, строків і тривалості проходження реабілітації інвалідом, дитиною-інвалідом відповідно до їх індивідуальної програми реабілітації з урахуванням реабілітаційного потенціалу інваліда та реабілітаційного прогнозу;
- контроль за виконанням індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда;
- забезпечення послідовності, комплексності і безперервності виконання реабілітаційних заходів, оцінка їх результатів та ефективності;
- внесення змін до індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда у разі необхідності її оперативного коригування;
- затвердження висновку про виконання індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда.

Наукове і методичне забезпечення реабілітаційних установ здійснюють центральні органи виконавчої влади та їх територіальні органи, які в межах своїх повноважень беруть участь у формуванні і реалізації державної соціальної політики та/або здійснюють заходи з реабілітації інвалідів.

Базуючись на міжнародних нормативних актах, які ратифікувала Україна, види реабілітаційних заходів поділяють відповідно до Державної типової програми реабілітації інвалідів [2]. Ця програма, як обов'язкова для виконання, передбачає наступні види реабілітаційних заходів:

- медичні, які передбачають медикаментозне лікування та інше;
- фізичні, які передбачають відновлення, покращення, стабілізацію, координацію рухових дій та спрямовані на поліпшення самообслуговування та адаптацію в суспільному житті;
- психологічні, які мають на меті психокорекцію якостей і функцій інваліда, його мотивації до життєдіяльності та праці, профілактику негативних психічних станів, навчання прийомів і методів психологічної саморегуляції;
- професійні, які передбачають сприяння у професійному навчанні і професійній адаптації;
- трудові, які передбачають раціональне працевлаштування і психологічну підтримку в процесі професійної адаптації до виробничих умов;
- соціальні, які передбачають соціально-побутову адаптацію і соціально-середовищну орієнтацію, соціальне обслуговування;
- психолого-педагогічні, які передбачають психологічну і педагогічну корекцію розвитку.

Наведені види реабілітаційних заходів, передбачені у законодавстві, пропонуються інвалідам. Проте, за результатами власних досліджень визначено, що для профілактики інвалідності ці заходи потрібно проводити також і не інвалідам. Крім того, як для інвалідів, так і для не інвалідів, за формою реабілітаційні заходи повинні включати: надання реабілітаційних послуг у повному обсязі, забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення.

Як визначено у міжнародних документах, які стосуються інвалідів, держава повинна забезпечити розробку, виробництво, закупівлю технічних та інших засобів реабілітації, спеціального автотранспорту, виробів медичного призначення для соціальної адаптації, полегшення умов праці і побуту, спілкування інвалідів, дітей-інвалідів, поширювати інформацію про таку продукцію. До виробів також належать комплекси та системи, призначені для діагностики, лікування та профілактики захворювань. Рішення про забезпечення інвалідів цими виробами приймають медико-соціальна експертна комісія (МСЕК) та лікувально-консультативна комісія (ЛКК) на підставі медичних показань і протипоказань, а також соціальних критеріїв. За медичними показаннями встановлюється необхідність надання інваліду засобів реабілітації, які забезпечують компенсацію або усунення стійких ОЖ інваліда. У свою чергу, за соціальними критеріями встановлюється необхідність надання інваліду засобів реабілітації для відновлення втрачених або набуття нових професійних знань, навичок та умінь, соціальної адаптації, задоволення духовних потреб, дозвілля.

Треба зазначити, що на рівних підставах учасниками реабілітаційного процесу є як педагогічні, медичні, соціальні працівники, психологи, психотерапевти, спортивні тренери, майстри виробничого навчання реабілітаційної установи, реабілітологи та інші фахівці, пов'язані з реабілітаційним процесом, так і інваліди та їх законні представники. У зв'язку з цим прийняті основні права інвалідів при здійсненні їм реабілітаційних заходів, які включають право на поважне і гуманне ставлення з боку працівників реабілітаційних установ, вибір виду реабілітації і реабілітаційної установи, отримання інформації про свої права, обов'язки, умови та форми здійснення реабілітаційних заходів, відмову від реабілітаційних заходів, конфіденційність інформації особистого характеру, в тому числі стосовно особливостей і характеру ураження здоров'я, захист своїх прав і законних інтересів,

у тому числі в судовому порядку. Інваліди та їх законні представники мають право брати участь у розробці реабілітаційних заходів.

Усі вище визначені види реабілітації зазначаються у індивідуальній програмі реабілітації (ІПР), яка представляє собою комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, термінів реабілітаційних заходів з визначенням порядку і місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здатності конкретної особи до виконання видів діяльності, визначених у рекомендаціях МСЕК.

Першим етапом при розробці реабілітаційної програми є визначення в умовах МСЕК ступеня ОЖ. Огляд повнолітніх хворих проводять за направленням відповідного лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ) після виконання діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів за наявності даних, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлене захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють ОЖ.

На етапі МСЕ проводять експертизу професійної придатності, де до роботи МСЕК залучаються відповідні спеціалісти та психологи професійного відбору, педагогічні працівники, які займаються навчанням і професійною підготовкою інвалідів, спеціалісти державної служби зайнятості. Висновок МСЕК щодо професійної придатності включається в ІПР інваліда і є підставою для здійснення професійної орієнтації, професійної освіти і наступного працевлаштування з урахуванням побажань і думки інваліда.

Базуючись на міжнародному досвіді в Україні запроваджено психологічну підтримку інвалідів в реабілітаційних установах, яка забезпечує: єдність психолого-педагогічних і медико-соціальних рекомендацій, професійного відбору та професійного навчання; діагностику та сприяння розвитку здібностей до професії; свідомий підхід до вибору (зміни) професії, спеціальності, виду та місця трудової діяльності відповідно до стану здоров'я, індивідуальних особливостей; створення сприятливих психологічних умов для розвитку здібностей та професійно важливих якостей особистості; психологічний супровід та систематичну психологічну підтримку в процесі професійної адаптації після працевлаштування.

Кінцевою метою МСЕ є складання ІПР інваліда з зазначенням реабілітаційних заходів. ІПР інваліда розробляють відповідно до Державної типової програми реабілітації інвалідів [2]. У ній визначають обсяг, методи і термін проведення реабілітаційних заходів, а також контроль за виконанням ІПР інваліда. Обсяг реабілітаційних заходів не може бути меншим від передбаченого Державною типовою програмою реабілітації інвалідів [2]. ІПР інваліда є обов'язковою для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними установами, підприємствами, установами, організаціями незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу і форми власності. Проте ІПР має рекомендаційний характер, тому інвалід має право відмовитися від будь-якого виду, форми та обсягу реабілітаційних заходів, передбачених його ІПР, або від усієї програми в цілому.

Узагальнюючи основні засади надання реабілітаційної допомоги хворим треба визначити суть та основні види реабілітації, які повинні здійснюватися у реабілітаційних та ЛПЗ для психічно хворих.

Медична реабілітація. Включає всі види відновного лікування у стаціонарних, амбулаторних умовах, диспансерне спостереження, профілактичні заходи. При виникненні у хворих дефекту здоров'я в результаті захворювання або травми, у тому числі при переході захворювання в хронічну стадію, МСЕК та ЛКК або реабілітаційні установи складають відповідний розділ ІПР інваліда, в якому вказують обсяг, методи, місце реалізації і строки проведення реабілітаційних заходів.

Фізична реабілітація. Передбачає відновлення та/або компенсацію втрачених функцій організму, досягнення фізичної самостійності та активності, покращення фізичного стану життєдіяльності. Здійснюється відповідно до ІПР, яку розробляють на підставі фізичного обстеження та визначає комплекс фізичних вправ і рекомендацій інвалідам стосовно їх послідовності, дозованості, тривалості тощо, спрямованих на поліпшення діяльності організму і координації вправності рухів, відновлення фізичної дієздатності, підтримання нормального рівня життєдіяльності.

Психологічна реабілітація. Здійснюється за наявності психологічних проблем, пов'язаних з інвалідністю особи, у тому числі у сім'ї, та у випадках виявлення порушень та/або відхилень у психічній діяльності, поведінці інваліда. МСЕК, ЛКК або реабілітаційні установи проводять психологічну діагностику особистості, визначають в ІПР інваліда методи, засоби, строки і процедуру його психологічної реабілітації (консультування, корекції, профілактики, професійної освіти), організовують психопрофілактичну та психокорекційну роботу з сім'ями, навчають прийомам, методам саморегуляції, самовиховання, самонавчання з метою зниження в реальних умовах життєдіяльності негативних психічних станів, формування позитивних мотивацій, соціальних установок на життя та професію.

Соціальна реабілітація (абілітація) спрямована на оптимізацію і коригування ставлення інвалідів до своїх вад, становища в сім'ї та суспільстві, виховання навичок до самообслуговування, адаптації в навколишньому середовищі. Передбачає навчання соціальних навичок (особиста гігієна, самообслуговування, пересування, спілкування тощо), пристосування побутових умов, соціально-побутове облаштування та обслуговування, педагогічну корекцію з метою вироблення та підтримання навичок автономного проживання, стереотипів безпечної поведінки, опанування навичками захисту власних прав та інтересів, самоаналізу та отримання навичок позитивного сприйняття себе та оточуючих, навичок спілкування, забезпечення автономного проживання у суспільстві з необхідною підтримкою (соціальний, медичний, юридичний супровід, побутові послуги). Інваліди з тяжкими формами інвалідності, які, згідно з медичним висновком, потребують постійного стороннього догляду, забезпечуються соціальним, педагогічним і психологічним патронажем (повсякденною допомогою) за місцем проживання. Соціальна реабілітація здійснюється відповідно до ІПР та при необхідності супроводжується медичним спостереженням.

Професійна реабілітація. Передбачає відновлення знижених або втрачених професійних функцій, вибір

професії та адаптацію до неї, поновлення трудової діяльності інваліда в колишній або в новій професії. Включає заходи із забезпечення зайнятості інвалідів, експертизи потенційних професійних здібностей, професійної орієнтації, професійної підготовки, підготовки робочого місця, професійно-виробничої адаптації, раціонального працевлаштування, динамічного контролю за раціональністю працевлаштування і успішністю професійно-виробничої адаптації. Спрямовується на забезпечення конкурентноспроможності інваліда на ринку праці і його трудового влаштування як у звичайних виробничих умовах, так і у спеціально створених умовах праці. Здійснюється відповідно до ІПР інваліда для підвищення його конкурентноспроможності на ринку праці, визначення можливостей до професійної підготовки, перепідготовки і наступного працевлаштування та в разі необхідності супроводжується медичним спостереженням.

Трудова реабілітація. Передбачає тренування відновленої моторної здатності з використанням засобів реабілітації з метою створення умов для праці по можливості у звичайному виробничому середовищі за допомогою індивідуальних заходів. Індивідуальні заходи, які розробляють з урахуванням здібностей, повинні передбачати: створення умов для отримання найвищої можливої професійної кваліфікації, працевлаштування (професійну освіту, професійні підготовку, перепідготовку, перекваліфікацію) з виконанням професійних обов'язків; пристосування робочого місця (місця навчання) з урахуванням безпеки та особливих потреб інваліда. Здійснюється відповідно до ІПР та при необхідності супроводжується медичним спостереженням.

Висновки

Сьогодні в Україні запроваджена сучасна законодавчо-нормативна база, яка відповідає міжнародним критеріям та підходам щодо ставлення суспільства до інвалідів та осіб, які можуть стати інвалідами. Законодавче забезпечення визначає засади створення правових, соціально-економічних, організаційних умов для усунення або компенсації ОЖ, викликаних порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму, а також функціонування системи підтримання інвалідами фізичного, психічного, соціального добробуту, сприяння їм у досягненні соціальної та матеріальної незалежності. Надання реабілітаційної допомоги хворим, які страждають на психічні та поведінкові розлади, повинно базуватися на обов'язковому комплексному визначенні складових, які обмежують життєдіяльність та призводять до СН, як це визначено у законодавстві.

Список використаної літератури

1. *Декларация о правах инвалидов: резолюция Генеральной Ассамблеи ООН №3447 от 01.09.1975 г. [Электронный документ]. – Путь доступа: URL: http://www.un.org/russian/documen/declarat/disabled.htm . – Заглавие з екрана.*
2. *Державна типова програма реабілітації інвалідів [Електронний документ]. – Шлях доступу: URL: http://www.kmu.gov.ua/control/publish/ article?art_id=58216260. – Заголовок з екрана.*
3. *Європейський план дій на національних та міжнародному рівнях [Електронний документ]. – Шлях доступу: URL: www.expertsoft.com.ua . – Заголовок з екрана.*
4. *Індивідуальна програма реабілітації інваліда . Наказ МОЗ України № 623 від 08.10.2007 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: URL: http://www.kmu.gov.ua . – Заголовок з екрана.*
5. *Інструкція про встановлення груп інвалідності, затверджена Наказом МОЗ України №183 від 07.04.2004 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: URL: http://www.dcp.org.ua/publicaions/zakon/6080.html . – Заголовок з екрана.*
6. *Конвенція про права інвалідів: резолюція Генеральної асамблеї ООН №61/106 [Електронний документ]. – Шлях доступу: URL: http://www.un.org.ua/files/File/conv_ukr.pdf . – Заголовок з екрана.*
7. *Про витрати, спрямовані на соціально-трудову та медичну реабілітацію працюючих інвалідів: постанова Кабінету Міністрів України №1066 від 29.12.1995 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: URL: http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1066-95-%EF . – Заголовок з екрана.*
8. *Про державні соціальні стандарти і державні соціальні гарантії: закон України № 2017-III від 05.10.2000 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: URL: http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2017-14 . – Заголовок з екрана.*
9. *Про зайнятість населення: закон України №803-XII від 01.03.1991 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: URL: http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=803-12 . – Заголовок з екрана.*
10. *Про заходи по досягненню прогресу у галузі повноправної участі інвалідів у житті громадянського суспільства: Малайська декларація міністрів від 08.05.2003 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: URL: www.expertsoft.com.ua. – Заголовок з екрана.*
11. *Про надання щомісячної грошової допомоги малозабезпеченій особі, яка проживає разом з інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, на догляд за ним: постанова Кабінету Міністрів України №1192 від 02.08.2000 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: URL: http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1192-2000-%EF . – Заголовок з екрана.*
12. *Про Національну програму професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001–2005 роки: указ Президента України №519 від 13.07.2001 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: URL : http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=519%2F2001 Заголовок з екрана.*
13. *Про організацію робочих місць та працевлаштування інвалідів: постанова Кабінету Міністрів України №314 від 03.05.1995 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: URL: http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=314-95-%EF . – Заголовок з екрана.*
14. *Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні: закон України № 875–XII від 21.03.91 р. // Права інвалідів в Україні. – 2-е вид., доп. і перероб. – К.: Сфера, 2002. – С. 56–64.*
15. *Про охорону праці: закон України №2694-XII від 14.10.1992 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: URL: http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2694-12 . – Заголовок з екрана.*
16. *Про психіатричну допомогу: закон України №1489-III від 22 лют. 2000 р. // Права інвалідів в Україні. – 2-е вид., доп. і перероб. – К.: Сфера, 2002. – С. 169–181.*
17. *Про реабілітацію інвалідів в Україні: закон України №2961-IV від 06.10.2005 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: URL: http://naiu.org.ua/index.php?option=content&task=view&id=84. – Заголовок з екрана.*
18. *Про соціальні послуги: закон України №966-IV від 19.06.2003 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: URL: http://www.legal.com.ua/document/kodeks/000000966-15.html . – Заголовок з екрана.*
19. *Про стан забезпечення в Україні встановлених чинним законодавством соціальних, економічних, правових і конституційних гарантій у сфері соціального захисту та реабілітації інвалідів: постанова Верховної Ради України №560-IV від 20.02.03 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: URL: www.expertsoft.com.ua . – Заголовок з екрана.*
20. *Про створення при Кабінеті Міністрів України Ради у справах інвалідів: постанова Кабінету Міністрів України №837 від 12.12.1994 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: URL: http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=837-94-%EF . – Заголовок з екрана.*

ОСНОВЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Г.А. Приб

В статье рассматриваются теоретические взгляды на обеспечение медико-социальной реабилитации больных, стадающих психическим расстройством.

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

BASICS OF ENSURING MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION FOR PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

G. Prib

The article covers theoretical notions on ensuring medical and social rehabilitation for patients with mental disorders.

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

УДК 616.89

О.С. Осуховська, Н.М. Степанова

СТРАТЕГІЧНА ПАРАДИГМА РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

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

На сучасному етапі стала очевидною висока чутливість суспільства до ситуації в медичній сфері. Психічне здоров'я населення України, будучи невід'ємною частиною галузі охорони здоров'я, вимагає змін, які повинні істотно трансформувати надання психіатричної допомоги громадянам України. Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології виконує науково-дослідну роботу «Розвиток принципів управління реформи охорони здоров'я в області психічного здоров'я в Україні», в ході якої будуть розроблені концептуальні схеми формування та оцінки державного регулювання психіатричної, медичної та психологічної допомоги в медичних установах різних форм власності; рекомендації для ефективного розподілу і використання бюджету з урахуванням попиту на медичні послуги. Основні положення і висновки будуть представлені у вигляді практичних рекомендацій медичним установам, органам місцевого самоврядування. Результати дозволять сформувати принципи розвитку охорони психічного здоров'я, які визначають стандарти кадрової, ресурсної політики, що вплине на розрахунок фінансового забезпечення установ, які надають психіатричну допомогу населенню. Таким чином, стратегія розвитку в галузі психічного здоров'я в Україні повинна стати гарантією якісного розвитку нації в цілому.

Ключові слова: розвиток охорони психічного здоров'я, стратегічна парадигма.

На сучасному етапі стала очевидною висока чутливість суспільства до становища у медичній галузі, якісне поліпшення якої не лише безпосередньо впливатиме на покращення умов та якості життя широких верств населення України, а й сприятиме зменшенню витрат громадян на отримання неякісних послуг з охорони здоров'я та втрат від погіршення генофонду нації [5].

Основними принципами охорони здоров'я в Україні є:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним із головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш уразливих верств населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в галузі охорони здоров'я;
- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обгрунтованість, матеріально технічна і фінансова забезпеченість;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в галузі охорони здоров'я;
- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;
- багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

Для розробки адекватних сучасним потребам суспільства програм розвитку, удосконалення, реформування медичної, зокрема психіатричної, галузі необхідно визначити **критерії необхідності проведення зазначених змін**, які, на нашу думку, можуть бути представлені наступним чином:

1. Громадська думка щодо стану здоров'я нації (джерело інформації – владні структури, громадські організації, ЗМІ, думка населення).

2. Наявність епідеміологічних та клінічних потреб (джерело інформації – показники смертності, захворюваності, інвалідності, фізіологічні показники тощо).

3. Недостатня поширеність медичних технологій, доступних для населення (низька ефективність фінансування програм з модернізації, наявність досвіду застосування сучасного медичного обладнання, визначення етичної прийнятності, економічних можливостей використання).

4. Виникнення актуальності створення професійних стандартів діяльності (використання досвіду позитивних

практичних результатів, досягнутих в кращих медичних організаціях).

5. Необхідність перегляду та оптимізації витрат на систему охорони здоров'я, як прямих, так і непрямих (індивідуальних, сімейних, громадських).

6. Відсутність значних поліпшень якості життя протягом тривалого часу.

7. Необхідність оновлення стандартів обслуговування населення у медичних організаціях з урахуванням пріоритетів, бюджетних обмежень, селективності попиту.

Ці критерії є цілком прийнятними як для медицини взагалі, так і для психіатричної галузі зокрема.

Державна політика в охороні психічного здоров'я і подальша розробка конкретних програм потребують визначення завдань і пріоритетів, оскільки в умовах обмежених ресурсів розвиток одного напрямку галузі неминуче відбувається на шкоду іншим. Визначення пріоритетів, в свою чергу, залежить від оцінки стану психічного здоров'я населення і його найпроблемніших аспектів.

План розвитку охорони психічного здоров'я, на нашу думку, повинен включати:

1. Постанову завдань, що конкретизують цілі і пріоритети концепції розвитку.

2. Модель прогнозування кінцевих та проміжних результатів та індикаторів досягнення поставлених цілей.

3. Інтеграційну схему комплексу заходів, які забезпечують вирішення завдань.

5. Обґрунтування термінів реалізації завдань.

6. Методи та форми використання організаційних структур, відповідальних за виконання заходів.

7. Аналіз джерел ресурсів, необхідних для реалізації запланованих заходів.

Програму поетапного впровадження в практичну психіатрію здобутої концепції розвитку охорони психічного здоров'я населення України.

Розробка самої концепції вищезазначеного розвитку повинна здійснюватися за таким алгоритмом:

1. Проведення аналізу ситуації в галузі охорони психічного здоров'я населення країни з виділенням основних проблем із застосуванням розроблених критеріїв.

2. Визначення:

- причин, що породжують зазначені проблеми; причинно-наслідкової моделі стану галузі охорони психічного здоров'я; оцінка інтенсивності впливу виявлених причин на виникнення проблем ;
- домінуючих причин в залежності від інтенсивності впливу на виникнення тієї чи іншої проблеми ;
- завдань для усунення домінуючих причин;
- способів і механізмів вирішення поставлених завдань.

Пілотне впровадження, експертиза, коригування та надання розробленій концепції розвитку охорони психічного здоров'я населення правового статусу.

На сучасному етапі проблеми системи охорони здоров'я в Україні мають багатоаспектний комплексний характер, що зумовлює необхідність оновлення політики охорони здоров'я, розроблення та реалізації нових стратегій і програм [6]. Завдання для національної системи охорони здоров'я в умовах економічної нестабільності мають визначатися сучасними українськими реаліями затяжної медико-демографічної кризи, економічною ситуацією в країні, реальним станом медичної сфери й одночасно відповідати міжнародному баченню шляхів розвитку медицини, постійно вдосконалюватися та оновлюватися відповідно до суспільних змін і наукових досягнень. Успішна боротьба з реальними загрозами для здоров'я населення зумовлюється застосуванням інтегрального міжсекторального підходу на програмно-цільовій основі [1, 2]. Вирішення проблем громадського здоров'я потребує поліпшення визначальних його детермінант, скорочення поширеності чинників ризику, впровадження сучасних стратегій профілактики та формування здорового способу життя.

Необхідно сформувати такі пріоритети розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я [4]:

1. Оновлення політики охорони здоров'я, розроблення та реалізація нових стратегій і програм.

2. Формування завдань для національної системи охорони здоров'я в умовах економічної нестабільності, які мають визначатися сучасними українськими реаліями затяжної медико-демографічної кризи, економічною ситуацією в країні, реальним станом медичної сфери й одночасно відповідати міжнародному баченню шляхів розвитку медицини, постійно вдосконалюватися та оновлюватися відповідно до суспільних змін і наукових досягнень.

3. Зумовлення успішної боротьби з реальними загрозами для здоров'я населення застосуванням інтегрального міжсекторального підходу на програмно-цільовій основі.

4. Поліпшення визначальних детермінант здоров'я українців, скорочення поширеності чинників ризику виникнення хвороб, впровадження сучасних стратегій профілактики та формування здорового способу життя.

Нині потреби в амбулаторній терапевтичній і спеціалізованій консультативній допомозі задовольняються в середньому на 47,0%; у реабілітаційному поліклінічному лікуванні – на 81,0%; в організації стаціонарів удома – на 71,1%; у швидкій медичній допомозі – на 32,5%; стаціонарному інтенсивному лікуванні – на 26,2%; у соціально-побутовому обслуговуванні – на 20,5%. Крім того, диспропорційність у фінансово-організаційній структурі сфери охорони здоров'я виявляється у зміщенні акценту з первинної на вторинну і третинну ланки; в розподілі коштів між медичними закладами залежно від ресурсних показників (кількості ліжок, штатних посад, тощо), що зумовлює екстенсивний розвиток цих закладів; кошторисному фінансуванні медичних закладів, яке призводить до відсутності мотивації їхнього керівництва щодо підвищення якості діяльності та ефективного використання фінансів.

Розвиток сфери охорони громадського здоров'я в Україні відбувається з урахуванням положень Європейської політики в охороні здоров'я «Здоров'я–2020», зверненої до всіх структур державного управління та всього суспільства на міжнародному, національному та місцевому рівнях.

У сучасних умовах перед системами охорони здоров'я постали нові завдання зі зміцнення профілактичних служб, підвищення доступності та якості медичного обслуговування, вдосконалення первинної медико-санітарної допомоги, поліпшення кадрового забезпечення,

скорочення нерівності та забезпечення справедливості в охороні здоров'я; завдання модернізації інфраструктури, її адаптації до потреб у наданні допомоги при хронічних неінфекційних хворобах.

Актуальне відпрацьовування кроків щодо реформування вітчизняної сфери охорони здоров'я в пілотних регіонах, формування розгалуженої мережі первинної ланки медичної допомоги: створення центрів первинної медико-санітарної допомоги в усіх пілотних регіонах, розробки нових механізмів фінансування закладів охорони здоров'я, які дали б змогу розпорядникам коштів спрямовувати їх на найбільш нагальні потреби лікувальних закладів; задля наближення якісної медичної допомоги та раннього виявлення захворювань до населення сільських районів організувати виїзні консультації в селах пілотних регіонів.

Перед медициною сьогодні також постають такі проблеми:

- первинній ланці катастрофічно не вистачає кадрів, деякі населені пункти не мають жодного працюючого пункту медичної допомоги, а поліклінічна та стаціонарна допомога віддаляються від сільського населення на 30–40 км і більше;
- доступність медичної допомоги знижується через непродумані дії окремих посадових осіб, які зводять оптимізацію мережі закладів охорони здоров'я до ліквідації частини з них;
- служба швидкої медичної допомоги працює в умовах тотального недофінансування (особливо в непілотних регіонах), що, відповідно, призводить до погіршення показників її роботи (запізнення на виклики, неможливість надати потрібну допомогу, кадровий голод тощо).

Крім того, незважаючи на постійне підвищення посадових окладів протягом 2010–2012 рр., середня заробітна плата медичних працівників залишається однією з найнижчих по Україні. Так, у 2012 р. вона становила 2201 грн., що на 37% менше за середню заробітну плату у промисловості, на 63% менше, ніж у фінансовому секторі, на 13% – ніж у працівників освіти.

Загострюється проблема забезпеченості кадрами, особливо на рівні первинної ланки: укомплектованість лікарями склала 80,6% (від 85,1% на рівні обласних лікарень до 69,2% у селищних лікарських амбулаторіях). Розрив між потребами за чисельністю населення та наявними штатними посадами лікарів становить 47,1 тис. одиниць. Особливо гострою ця проблема є для первинної ланки. Через недофінансування поточних і капітальних видатків закладів охорони здоров'я доступність безоплатної медичної допомоги в повному обсязі за медичними стандартами стала неможливою. Вартість лікарських засобів та їх невідповідність стандартам якості створюють значні труднощі у призначенні адекватного лікування.

Для підвищення ефективності реформування системи охорони здоров'я необхідно вжити таких заходів:

- в усіх регіонах активізувати розширення мережі первинної медичної допомоги, зокрема у психіатричній галузі, забезпечити доступність закладів згідно з визначеним МОЗ України нормативом доступності, провівши (з урахуванням досвіду пілотних регіонів) реорганізацію первинної медичної допомоги та створивши центри первинної медичної допомоги як юридичні особи;
- продовжити зміцнення первинної ланки надання медичної допомоги та популяризацію інституту сімейного лікаря, підвищити мотивацію медичних працівників для перекваліфікації за спеціальністю «сімейна медицина», у тому числі завдяки реалізації місцевих програм стимулювання;
- модернізувати регіональні системи екстреної медичної допомоги згідно з Законом України «Про екстрену медичну допомогу» (в тому числі затвердити регіональний план функціонування та розвитку системи екстреної медичної допомоги, а також регіональний план заходів щодо будівництва, реконструкції, ремонту й утримання в належному стані вулиць і доріг, функціонування яких є пріоритетним для системи екстреної медичної допомоги), приділивши першочергову увагу розширенню мережі пунктів базування бригад та оновленню санітарного автотранспорту, у тому числі за рахунок місцевих джерел;
- активізувати підготовку і затвердження медичних стандартів та уніфікованих клінічних протоколів для захворювань і станів, що найчастіше трапляються в роботі лікаря загальної практики – сімейної медицини, у практиці надання екстреної медичної допомоги;
- розпочати модернізацію вторинної (спеціалізованої) ланки медичної допомоги, у тому числі завдяки апробації в окремих закладах охорони здоров'я нової моделі бюджетного фінансування на основі вартості медичної допомоги для груп пацієнтів, пов'язаних із певними захворюваннями;
- змінити принцип визначення нормативів забезпеченості закладів охорони здоров'я, насамперед штатними одиницями, лікарняними ліжками, що впливають на розрахунок фінансової забезпеченості у сфері охорони здоров'я;
- здійснити перехід до визначення обсягів ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, на підставі планів-схем госпітальних округів, планів перспективного розвитку кожного закладу охорони здоров'я, результатів аналізу, оцінки медичних потреб і обсягу надання медичної допомоги, кадрового забезпечення;
- передати у власність відповідних територіальних громад державні заклади охорони здоров'я, що належать до сфери управління Мінінфраструктури України, МОЗ України та надають медичну допомогу населенню, у тому числі, за професійною, не пов'язаною зі станом здоров'я людини, ознакою;
- продовжити в межах Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства» розбудову мережі сучасних перинатальних центрів (у кожному регіоні) для надання високоспеціалізованої медичної допомоги вагітним, породіллям і новонародженим;
- запровадити заходи щодо забезпечення населення доступними і якісними лікарськими засобами та виробами медичного призначення, в тому числі шляхом удосконалення нормативно-правової бази фар-

мацевтичної галузі, її гармонізації з міжнародними та європейськими стандартами, надання підтримки вітчизняним виробникам лікарських засобів, стимулювання розроблення та виробництва основних лікарських засобів із застосуванням сучасних технологій для виробництва препаратів із вищим рівнем ефективності, модернізації технологічних процесів;
- розробити основні засади державної політики стосовно громадян похилого віку в Україні, які охоплюватимуть різні сфери життєдіяльності цієї категорії громадян (зайнятість, медицина, освіта протягом життя, соціальний захист) і регулюватимуть взаємодію медичних і соціальних служб (зокрема щодо надання хоспісної та паліативної допомоги).

Охорона психічного здоров'я населення України, яка є невід'ємною частиною медичної галузі, на сучасному етапі також потребує вищезазначених змін, які повинні якісно змінити надання психіатричної допомоги та інтегрувати набуті досягнення в інші напрями медицини.

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України в рамках Комплексного плану у сфері психічного здоров'я, що розглядався на 66 сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я та Європейського плану дій з охорони психічного здоров'я, прийнятий на 63 сесії Європейського комітету ВООЗ 19 вересня 2013 року та Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» виконує дослідження «Розробка принципів реформування системи медичного менеджменту в галузі охорони психічного здоров'я населення України».

Впровадження рекомендованих ВООЗ принципів надання кваліфікованої мультидисциплінарної медичної допомоги потребує розвитку нових форм управління, медичного менеджменту, зокрема, в галузі охорони психічного здоров'я; системи освіти кадрових ресурсів; оптимізації та приведення відповідно до світових стандартів збору статистичної інформації; реалізації розробленої програми у відповідності до отриманих статистичних даних; впровадження удосконалених механізмів менеджменту якості надання психіатричної допомоги та освіти у зазначеній галузі.

Незважаючи на високий науковий рівень публікацій стосовно цих важливих питань, багато аспектів державного регулювання охорони здоров'я залишаються недостатньо вивченими і вимагають поглибленого цілеспрямованого дослідження.

Успішне розв'язання таких проблем зумовлюється застосуванням інтегрального міжсекторального підходу на програмно-цільовій основі. Вирішення проблем громадського здоров'я потребує поліпшення визначальних його детермінант, скорочення поширеності чинників ризику, впровадження сучасних стратегій профілактики та формування здорового способу життя.

Отже, особливої уваги заслуговують питання організації медичного менеджменту в галузі охорони психічного здоров'я населення України, оскільки, як свідчить міжнародний та вітчизняний досвід, раціонально організована система медичного обслуговування дає змогу забезпечити суспільство доступною, якісною та економічно ефективною медичною допомогою з урахуванням в ній пріоритетів і економічно виважених етапів реформування з належним законодавчо-правовим, організаційно-управлінським, фінансовим та науковим забезпеченням.

Вибір для науково-дослідної роботи саме цього кола питань обумовив актуальність розробок, які в теперішній час ще не проводились на сучасному рівні в Україні.

Мета роботи – на основі системного міждисциплінарного підходу обґрунтувати та розробити теоретично-методичні складові засади нормативно-законодавчої бази щодо удосконалення механізмів державного регулювання системи надання медичної допомоги населенню України в умовах формування ринкових відносин в галузі охорони психічного здоров'я населення з урахуванням світового та вітчизняного досвіду.

Для досягнення зазначеної мети поставлені такі задачі:
- вивчити вітчизняний та зарубіжний досвід надання психіатричної та медико-психологічної допомоги населенню в умовах сьогодення;
- здійснити на основі системно-історичного та порівняльного підходів аналіз організаційної та фінансової структури функціонуючої бази надання такої допомоги;
- виявити й охарактеризувати особливості функціонування системи медичного менеджменту в галузі охорони психічного здоров'я населення України;
- дослідити й конкретизувати тенденції, закономірності та принципи реформування системи медичного менеджменту в системі охорони здоров'я;
- обґрунтувати та запропонувати комплекс алгоритмічного реформування системи медичного менеджменту в галузі охорони психічного здоров'я населення України на локальному, місцевому та державному рівнях;
- оцінити медико-соціальну, організаційну та економічну ефективність розробленого комплексу реформування.

Об'єкт дослідження – система медичного менеджменту в галузі охорони психічного здоров'я населення України.

Предмет дослідження – організаційні та фінансові аспекти медичного менеджменту в галузі охорони психічного здоров'я населення України.

Матеріали та методи дослідження

В процесі виконання роботи планується:
- провести аналіз стану психічного здоров'я населення за даними Держкомстату;
- визначити проблеми організації медичної допомоги;
- порівняти ефективність окремих видів допомоги з позицій вартості медичних послуг і ціноутворення;
- оцінити фактори розвитку ринкових відносин в охороні здоров'я та динаміку економічних перетворень в галузі психічного здоров'я;
- розробити нормативні та законодавчі акти щодо вдосконалення механізмів державного регулювання системи надання медичної допомоги населенню України в галузі охорони психічного здоров'я в умовах формування ринкових відносин, визначити їх ефективність.

Методи дослідження:
- **метод математичної обробки статистичних матеріалів** – при оцінці стану здоров'я населення;

- **метод експертних оцінок показників роботи лікувальних закладів** – при порівнянні ефективності наданого лікування;
- **графічний аналіз** – при визначенні першочергової значущості рішення проблем організації медичної допомоги;
- **кваліметричний метод** – при оцінці факторів розвитку ринкових відносин в охороні здоров'я;
- **маркетинговий метод дослідження** – при розрахунку вартості медичних послуг і ціноутворення;
- **системно-структурний аналіз** – при удосконаленні механізмів державного управління галуззю, динаміки економічних перетворень.

Новизна, наукова і практична значимість результатів дослідження.

У роботі вперше розроблено принципи медико-соціального та економічного реформування системи менеджменту в галузі охорони психічного здоров'я населення України та запропоновано вдосконалення механізмів державного регулювання системи надання медичної допомоги на основі реальної бази лікувально-профілактичних закладів в умовах формування ринкових відносин.

Буде розроблено концептуальну схему формування та оцінки державного регулювання системи надання психіатричної та медико-психологічної допомоги населенню в лікувально-профілактичних закладах різних форм власності; розроблені рекомендації щодо ефективного розподілу, використання державного та альтернативного бюджетів в сучасних ринкових умовах з урахуванням попиту населення на медичні послуги. Основні положення та висновки роботи будуть представлені у вигляді практичних рекомендацій для вдосконалення господарської роботи лікувальних закладів, органів місцевого самоврядування.

Результати та їх обговорення

Результати дослідження також передбачають формування у сфері охорони психічного здоров'я принципів визначення нормативів забезпеченості закладів штатними одиницями, лікарняними ліжками, що буде впливати на розрахунок фінансової забезпеченості; здійснення переходу до визначення обсягів фінансування установ, що надають спеціалізовану медичну психіатричну та медико-психологічну допомогу, на підставі планів-схем госпітальних округів, планів перспективного розвитку кожного закладу охорони здоров'я, результатів аналізу, оцінки медичних потреб і обсягу надання медичної допомоги, кадрового забезпечення; розробку складових щодо охорони психічного здоров'я у проектах законів України «Про особливості діяльності закладів охорони здоров'я» та «Про затвердження Загальнодержавної програми «Здоров'я–2020: український вимір».

Висновки

Усе вищенаведене дасть змогу шляхом деталізованого поетапного алгоритму впровадити на державному рівні кінцеві результати даної науково-дослідної роботи. Надійні медичні гарантії у державній системі охорони здоров'я є фундаментом, на якому будується вся сучасна система державної моделі управління галуззю.

Стратегія розвитку охорони психічного здоров'я в Україні повинна стати запорукою якісного розвитку нації в цілому.

Список використаної літератури

1. *Акопян А. С. Экономические проблемы здравоохранения / А. С. Акопян, Б. А. Райзберг, Ю. В. Шиленко ; под ред. Н. Ф. Герасименко, В.З. Кучеренко. – М. : ИНФА–М, 2000.*
2. *Венедиктов Д. Д. Очерки системной теории и стратегии здравоохранения / Д. Д. Венедиктов. – М. : Медицина, 2007.*
3. *Управление здравоохранением на современном этапе: проблемы, их причины и возможные решения / под ред. В. И. Стародубова, Д. В. Пивеня. – М. : ИД «Менеджер здравоохранения», 2006.*
4. *Фундаментальные основы политики здравоохранения / под ред. О. П. Щепина. – М. : Эскиз, 1999.*
5. *http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-%D0%BF*
6. *http://www.amnu.gov.ua/home/1/*

СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ПАРАДИГМА РАЗВИТИЯ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В УКРАИНЕ

Е.С. Осуховская, Н.М. Степанова

На современном этапе стала очевидна высокая чувствительность общества к ситуации в медицинской сфере. Психическое здоровье населения Украины, являясь неотъемлемой частью отрасли здравоохранения, требует изменений, которые должны существенно трансформировать предоставление психиатрической помощи гражданам Украины. Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии выполняет научно-исследовательскую работу «Развитие принципов управления реформы здравоохранения в области психического здоровья в Украине», в ходе которой будут разработаны концептуальные схемы формирования и оценки государственного регулирования психиатрической, медицинской и психологической помощи в медицинских учреждениях различных форм собственности; рекомендации для эффективного распределения и использования бюджета с учетом спроса на медицинские услуги. Основные положения и выводы будут представлены в виде практических рекомендаций медицинским учреждениям, органам местного самоуправления. Результаты позволят сформировать принципы развития охраны психического здоровья, определяющие стандарты кадровой, ресурсной политики, что повлияет на расчет финансового обеспечения учреждений, оказывающих психиатрическую помощь населению. Таким образом, стратегия развития в области психического здоровья в Украине должна стать гарантией качественного развития нации в целом.

Ключевые слова: развитие охраны психического здоровья, стратегическая парадигма.

STRATEGIC HEALTH DEVELOPMENT PARADIGM MENTAL HEALTH IN UKRAINE

O. Osuhovska, N. Stepanova

At this stage it became apparent high sensitivity of society to the situation in the medical field. Mental health of the population of Ukraine, which is an integral part of the healthcare industry at the present stage requires changes that should significantly change the provision of mental health care and to integrate acquired achievements in other areas of medicine. Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Addiction performs research «Development of principles of health reform management in the field of mental health in Ukraine.» Will be developed conceptual scheme formation and evaluation of state regulation of psychiatric, medical and psychological care in medical institutions of various forms of ownership; recommendations for effective distribution and use of state budget alternative to the current market conditions, taking into account demand for medical services. Key provisions and conclusions will be presented in the form of practical recommendations improvement chore medical institutions, local self-government. The survey results also provide formation in the field of mental health principles determining standards of security institutions staff units, hospital beds, which will affect the calculation of financial security; the transition to determine funding agencies that provide specialized medical and mental health and psychological care under Layout hospital districts, perspectives of each health facility, test results, evaluations of medical needs and scope of health care personnel support; components on the development of mental health law projects in Ukraine. Development Strategy for Mental Health in Ukraine should be a guarantee of quality of the nation as a whole.

Key words: development of mental health, strategic paradigm.

УДК:616.89–036.865

С.С. Шум

ЗАКОНОДАВЧЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ: ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

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

Ключові слова: лікарі-психіатри, примусові заходи медичного характеру, дотримання законодавства, особи з розладами психічного здоров'я, кримінальне провадження.

У статті висвітлено недоліки у питаннях законодавчого врегулювання захисту прав осіб з розладами психічного здоров'я, піднята проблема дотримання лікарями-психіатрами законодавства, що забезпечує права і свободи осіб.

Автор пропонує для розгляду своє бачення змін до законодавства та нормативно-правових актів, які регулюють застосування примусових заходів медичного характеру. Зазначено, що Україна не запобігає випадкам порушення прав людини при застосуванні примусових заходів медичного характеру. З метою урегулювання недоліків законодавства запропоновано зміни, які приведуть до поліпшення якості повсякденної роботи лікарів-психіатрів та дозволять особам, до яких застосовано примусові заходи медичного характеру, бути повноцінними учасниками кримінального провадження.

Вже не вперше в Україні підіймається питання захисту прав осіб з розладами психічного здоров'я. Як правило, предметом розгляду є стан дотримання лікарями-психіатрами законодавства, що забезпечує права і свободи осіб. Аналіз нормативно-правових актів, які регулюють це питання, психіатричною спільнотою проводився в поодиноких випадках, що і обумовило необхідність комплексного дослідження норм права, які лікарі-психіатри повинні виконувати при застосуванні примусових заходів медичного характеру.

До вітчизняного законодавства, що регулює питання надання психіатричної допомоги хворим при застосуванні примусових заходів медичного характеру, належать Кримінальний кодекс України, Кримінальний процесуальний кодекс України, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Закон України «Про психіатричну допомогу», Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08.10.2001 № 397 «Про затвердження нормативно-правових документів з окремих питань щодо застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які страждають на психічні розлади», а також Постанова Пленуму Верховного Суду України від 03.06.2005 № 7 «Про практику застосування судами примусових заходів медичного характеру та примусового лікування», яка не є джерелом права, проте висвітлює судову практику.

У повсякденній практиці лікар-психіатр зіштовхується з різноманіттям проблем, які виникають при виконанні положень вищенаведених нормативно-правових актів. Питання, що виникають, як правило, пов'язані з матеріальним забезпеченням закладів охорони здоров'я. Найпоширенішою проблемою є виконання вимог Державної служби охорони при Міністерстві внутрішніх справ України. Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 10.08.1993 № 615 «Про заходи щодо вдосконалення охорони об'єктів державної та інших форм власності», до об'єктів, що підлягають обов'язковій охороні підрозділами Державної служби охорони при Міністерстві внутрішніх справ за договорами, належать психіатричні лікарні з посиленим наглядом та спеціальні відділення лікарень, призначені для проведення судово-психіатричної експертизи осіб, які перебувають під вартою. Відповідно до п. 21 Положення про Державну службу охорони при Міністерстві внутрішніх справ, договір на охорону укладається після виконання власником обов'язкових вимог Державної служби охорони щодо інженерно-технічного укріплення об'єкта та обладнання його технічними засобами охоронного призначення. При цьому виконання в повному об'ємі вимоги Державної служби охорони є вкрай затратним, а в умовах недостатнього фінансування і проблематичним. Щодо охорони відділень лікарень, призначених для проведення судово-психіатричної експертизи осіб, які перебувають під вартою, то вимоги спільного наказу Міністерства внутрішніх справ України та Міністерства охорони здоров'я України від 04.11.1996 № 751/338 «Про затвердження Інструкції про порядок організації охорони приміщень і територій відділень судово-психіатричної експертизи та режиму тримання осіб, які перебувають під вартою і направлені на судово-психіатричну експертизу» є такими, що їх виконання в повному об'ємі також є проблематичним. Однак, проблеми охорони стосуються фінансових можливостей закладів охорони здоров'я та експертних установ. Більш проблемним питанням є особливість законотворчої діяльності в Україні. Яскравим прикладом неузгодженості діючої законодавчої бази в Україні є механізм продовження, зміни виду та припинення застосування примусових заходів медичного характеру (табл. 1).

На практиці трапляються випадки, коли керуючись Кримінальним кодексом України, Законом України «Про психіатричну допомогу», Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08.10.2001 № 397 «Порядок

застосування примусових заходів медичного характеру в психіатричних закладах до осіб, які хворі на психічні розлади і вчинили суспільно небезпечні діяння», лікар-психіатр подає до суду **заяву**, а суд, посилаючись на вимоги Кримінального процесуального кодексу України, відповідно до якого до суду необхідно надавати **подання**, її не приймає. У той же час, в інших регіонах у разі, коли лікар-психіатр керуючись вимогами Кримінального процесуального кодексу України подає до суду **подання**, суд його відхиляє, посилаючись на вимоги Кримінального кодексу України, Закону України «Про психіатричну допомогу», Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 08.10.2001 № 397 «Порядок застосування примусових заходів медичного характеру в психіатричних закладах до осіб, які хворі на психічні розлади і вчинили суспільно небезпечні діяння». В таких ситуаціях лікар-психіатр стає заручником «плідної» праці суб'єктів законодавчої ініціативи.

Не менш проблемним є виконання іншої новели Кримінального процесуального кодексу України. Європейський суд з прав людини у справі «Кучерук проти України» 06.09.2007 виніс рішення, яким одноголосно постановив, що Україною було порушено статтю 3 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод, у зв'язку з незабезпеченням заявнику належної медичної допомоги та лікування.

З метою запобігання подібним порушенням Кримінальним процесуальним кодексом України передбачено (стаття 508), що до особи, стосовно якої передбачається застосування примусових заходів медичного характеру або вирішується питання про їх застосування, можуть бути застосовані судом такі запобіжні заходи:

1) передання на піклування опікунам, близьким родичам чи членам сім'ї з обов'язковим лікарським наглядом;

2) поміщення до психіатричного закладу в умовах, що виключають її небезпечну поведінку.

Передбачені частиною першою цієї статті запобіжні заходи застосовуються судом до особи з моменту встановлення факту розладу психічної діяльності чи психічної хвороби.

Таблиця 1

Кримінальний кодекс України	**Кримінальний процесуальний кодекс України**	**Закон України «Про психіатричну допомогу»**	**Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08.10.2001 № 397 «Порядок застосування примусових заходів медичного характеру в психіатричних закладах до осіб, які хворі на психічні розлади і вчинили суспільно небезпечні діяння»**
Стаття 95. Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру 1. Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюється судом за **заявою** представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра), який надає особі таку психіатричну допомогу, до якої додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який обґрунтовує необхідність продовження, зміни або припинення застосування таких примусових заходів	Стаття 514. Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру 3. Розгляд питання про продовження, зміну чи припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюється за **поданням** представника медичного закладу (лікаря-психіатра), де тримається дана особа, у передбаченому статтею 95 Кримінального кодексу України та статтею 512 цього Кодексу порядку. До **подання** додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який обґрунтовує необхідність продовження, зміни або припинення застосування таких примусових заходів	Стаття 19. Примусові заходи медичного характеру Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюються судом за **заявою** представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра), який надає особі таку психіатричну допомогу, на підставі висновку комісії лікарів-психіатрів	Пункт 15. Продовження, зміна або припинення примусових заходів медичного характеру здійснюються судом за **заявою** представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра), який надає особі психіатричну допомогу. До заяви додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який обґрунтовує необхідність продовження, зміни або припинення застосування таких примусових заходів. У висновку вказуються зміни психічного стану особи та ступеня її суспільної небезпечності. Висновок викладається в акті психіатричного огляду, копія якого додається до картки стаціонарного хворого

Застосування передбачених запобіжних заходів здійснюється згідно із загальними правилами, передбаченими цим Кодексом.

При прийнятті Кримінального процесуального кодексу України законодавча гілка влади, звісно ж, керувалась принципами гуманізму та європейського розуміння захисту прав осіб з розладами психічного здоров'я. Однак, прийнята в такому вигляді 508 стаття не дає відповіді на питання: передбачений запобіжний захід є видом психіатричної допомоги (як, наприклад, інший вид державного примусу – примусові заходи медичного характеру) чи лише заходом обмеження прав і свобод громадянина? Під час дискусій особи, що здійснюють нагляд за додержанням законів при виконанні судових рішень у кримінальних справах, а також при застосуванні інших заходів примусового характеру, пов'язаних з обмеженням особистої свободи громадян, наголошували на обмежувальній функції вказаних запобіжних заходів. Аргументом в цих дискусіях було положення частини 3 статті 508 «Застосування передбачених запобіжних заходів здійснюється згідно із загальними правилами, передбаченими цим Кодексом». В такому разі виникає низка питань.

По-перше, загальні правила застосування запобіжних заходів визначені в Главі 18 КПК України. Відповідно до статті 177 КПК України, метою застосування запобіжного заходу є забезпечення виконання підозрюваним, обвинуваченим покладених на нього процесуальних обов'язків, а також запобігання спробам:

1) переховуватися від органів досудового розслідування та/або суду;

2) знищити, сховати або спотворити будь-яку із речей чи документів, які мають істотне значення для встановлення обставин кримінального правопорушення;

3) незаконно впливати на потерпілого, свідка, іншого підозрюваного, обвинуваченого, експерта, спеціаліста у цьому ж кримінальному провадженні;

4) перешкоджати кримінальному провадженню іншим чином;

5) вчинити інше кримінальне правопорушення чи продовжити кримінальне правопорушення, у якому підозрюється, обвинувачується.

Підставою застосування запобіжного заходу є наявність обґрунтованої підозри у вчиненні особою кримінального правопорушення, а також наявність ризиків, які дають достатні підстави слідчому судді, суду вважати, що підозрюваний, обвинувачений, засуджений може здійснити дії, передбачені частиною першою цієї статті. Слідчий, прокурор не мають права ініціювати застосування запобіжного заходу без наявності для цього підстав, передбачених цим Кодексом.

Якщо прийняти, що передбачені статтею 508 запобіжні заходи не є видом психіатричної допомоги, то зіставлення статті 177 КПК із статтею 508 КПК зводить нанівець саму ідею відокремлення осіб з розладами психічного здоров'я від інших категорій підозрюваних та обвинувачених. Адже підставою застосування запобіжного заходу, передбаченого статтею 508 КПК, є наявність психічної хвороби, а звідси випливає інша, ніж в статті 177 КПК, мета вказаного заходу, яка полягає в необхідності надання особі психіатричної допомоги. Крім того, така позиція не враховує причин, через які стаття 508 КПК з'явилась у вітчизняному кримінально-процесуальному законодавстві.

По-друге, якщо передбачені статтею 508 запобіжні заходи є лише різновидом обмеження, то в чому полягають ці обмеження при застосуванні запобіжного заходу у виді передання особи на піклування опікунам, близьким родичам чи членам сім'ї з обов'язковим лікарським наглядом? Що саме заважає спробі особи перешкоджати кримінальному провадженню, переховуватися від органів досудового розслідування та/або суду або вчинити інше кримінальне правопорушення? Піклування опікуна, близьких родичів, членів сім'ї чи обов'язковий лікарський нагляд?

На нашу думку, статтю 508 КПК України необхідно розуміти як вид психіатричної допомоги.

Останнім часом Генеральна прокуратура України та Уповноважений Верховної Ради України з прав людини наголошують на необхідності затвердження Міністерством охорони здоров'я України Порядку застосування запобіжного заходу у виді передання особи на піклування опікунам, близьким родичам чи членам сім'ї з обов'язковим лікарським наглядом та Порядку застосування запобіжного заходу у виді поміщення до психіатричного закладу в умовах, що виключають її небезпечну поведінку. Погоджуючись з необхідністю врегулювати ці питання, маємо зауважити, що МОЗ України видає накази, організовує та контролює їх виконання винятково в межах повноважень та на виконання Конституції і законів України, актів і доручень Президента України, актів Кабінету Міністрів України. На сьогодні запобіжні заходи, передбачені статтею 508 КПК України, не є видом психіатричної допомоги, а у МОЗ України немає повноважень затверджувати вищезазначені порядки. Для виправлення ситуації ми пропонуємо внести наступні зміни до Закону України «Про психіатричну допомогу» та Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (табл. 2).

Не менш значущим для українських судових психіатрів є й інше Рішення Європейського суду з прав людини. Майже дев'ять років тому, 08.11.2005, у справі «Горшков проти України» було зазначено, що в Україні участь особи, до якої вже застосовують примусові заходи медичного характеру, при розгляді справ про продовження, зміну виду чи припинення застосування примусових заходів медичного характеру, очевидно не є обов'язковою. Можливості пацієнта у такому провадженні обмежені, оскільки він не є стороною провадження. Суд повторював, що ключовою гарантією Конвенції є те, що особа, яка примусово утримується у психіатричному закладі, повинна мати право на судовий перегляд за її власним бажанням. Конвенція вимагає в першу чергу наявність незалежного правового засобу, за допомогою котрого особа, яка утримується, має можливість постати перед суддею, який визначить законність даного утримання. Доступ особи, яка утримується, до судді, не має залежати від доброї волі адміністрації закладу, де утримується особа, використовуватись за розсудом керівництва медичного

Таблиця 2

Закон України «Про психіатричну допомогу»	
Чинна редакція	**Редакція, що пропонується**
Відсутня	**Стаття 19-1 Запобіжні заходи до особи, стосовно якої передбачається застосування примусових заходів медичного характеру або вирішувалося питання про їх застосування.** **Запобіжні заходи до особи, стосовно якої передбачається застосування примусових заходів медичного характеру або вирішувалося питання про їх застосування, застосовуються за рішенням суду у випадках та в порядку, встановлених Кримінальним процесуальним кодексом України.** **За рішенням суду застосовуються такі запобіжні заходи:** **1) передання на піклування опікунам, близьким родичам чи членам сім'ї з обов'язковим лікарським наглядом;** **2) поміщення до психіатричного закладу в умовах, що виключають її небезпечну поведінку.** **Застосування запобіжного заходу до особи, стосовно якої передбачається застосування примусових заходів медичного характеру або вирішувалося питання про їх застосування, припиняється за рішенням суду в порядку, встановленому Кримінальним процесуальним кодексом України.** **Порядок застосування запобіжних заходів встановлюється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я разом з центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері захисту прав і свобод людини та громадянина.**
Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»	
Чинна редакція	**Редакція, що пропонується**
Стаття 9. Обмеження прав громадян, пов'язані із станом їх здоров'я … Застосування примусових заходів медичного характеру щодо осіб, які вчинили суспільно небезпечні діяння, обмеження прав інших громадян у вигляді примусового медичного огляду або примусової госпіталізації, а також у зв'язку з проведенням карантинних заходів допускається тільки на підставах і в порядку, передбачених законами України. …	Стаття 9. Обмеження прав громадян, пов'язані із станом їх здоров'я … Застосування примусових заходів медичного характеру щодо осіб, які вчинили суспільно небезпечні діяння, **запобіжного заходу до особи, стосовно якої передбачається застосування примусових заходів медичного характеру або вирішувалося питання про їх застосування**, обмеження прав інших громадян у вигляді примусового медичного огляду або примусової госпіталізації, а також у зв'язку з проведенням карантинних заходів допускається тільки на підставах і в порядку, передбачених законами України. …

закладу. Європейський суд з прав людини одноголосно вирішив, що Україною було порушено п. 4 ст. 5 Конвенції. Після Рішення Європейського суду з прав людини у справі «Горшков проти України» пройшов значний проміжок часу, але законодавчої ініціативи щодо зміни до законодавства задля запобігання таким випадкам не спостерігається. Більше того, представники Дніпропетровського обласного центру з надання безоплатної вторинної правової допомоги повідомляють, що їм не дозволяють спілкуватись наодинці з пацієнтами, інтереси яких вони представляють у суді. Особи, до яких застосовуються примусові заходи медичного характеру, є учасниками процесу лише у випадках, коли лікар-психіатр вважає, що цьому не перешкоджає їх психічний стан. Особи, до яких застосовуються примусові заходи медичного характеру, не мають змоги звернутись до суду із заявою про зміну виду чи припинення застосування примусових заходів медичного характеру. Ці питання неодноразово підіймались і в Урядового уповноваженого у справах Європейського суду з прав людини, і в Уповноваженого Верховної ради з прав людини. Однак суттєвого результату досі немає, законодавство, яке порушує права людини, залишається без змін. Не будучи суб'єктами законодавчої ініціативи, не маючи повноважень з реалізації політики у сфері адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу та не маючи відношення до звітів перед Комітетом міністрів Ради Європи про стан виконання рішень Європейського суду з прав людини у справах проти України, ми наважились запропонувати для розгляду своє бачення змін до законодавства, що покращать доступ пацієнтів до суду (табл. 3).

На практиці виникали ситуації, в яких взаємодія закладів охорони здоров'я та судової гілки влади при розгляді справ про продовження, зміну виду або при-

Таблиця 3

Кримінальний процесуальний кодекс України	
Чинна редакція	**Редакція, що пропонується**
Стаття 506. Права особи, яка бере участь у кримінальному провадженні щодо застосування примусових заходів медичного характеру … 2. Якщо характер розладу психічної діяльності чи психічного захворювання особи перешкоджає проведенню процесуальних дій за її участю або участі у судовому засіданні, прокурор, суд мають право прийняти рішення про проведення відповідних процесуальних дій без участі такої особи.	Стаття 506. Права особи, яка бере участь у кримінальному провадженні щодо застосування примусових заходів медичного характеру … 2. **Виключити**
Стаття 512. Судовий розгляд 1. Судовий розгляд здійснюється одноособово суддею в судовому засіданні за участю прокурора, законного представника, захисника згідно із загальними правилами цього Кодексу. Участь особи, стосовно якої передбачається застосування примусових заходів медичного характеру, не є обов'язковою і може мати місце, якщо цьому не перешкоджає характер розладу психічної діяльності чи її психічного захворювання. …	Стаття 512. Судовий розгляд 1. Судовий розгляд здійснюється одноособово суддею в судовому засіданні за участю прокурора, законного представника, захисника згідно із загальними правилами цього Кодексу. **Участь особи, стосовно якої передбачається застосування примусових заходів медичного характеру, є обов'язковою.** …
Стаття 514. Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру. … 3. Розгляд питання про продовження, зміну чи припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюється за поданням представника медичного закладу (лікаря-психіатра), де тримається дана особа, у передбаченому статтею 95 Кримінального кодексу України та статтею 512 цього Кодексу порядку. До подання додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який обґрунтовує необхідність продовження, зміни або припинення застосування таких примусових заходів	Стаття 514. Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру. … 3. Розгляд питання про продовження, зміну чи припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюється за **заявою** представника медичного закладу (лікаря-психіатра), де тримається дана особа, **або за заявою особи**, у передбаченому статтею 95 Кримінального кодексу України та статтею 512 цього Кодексу порядку. До **заяви** додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який обґрунтовує необхідність продовження, зміни або припинення застосування таких примусових заходів
Кримінальний кодекс України	
Чинна редакція	**Редакція, що пропонується**
Стаття 95. Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру. 1. Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюється судом за заявою представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра), який надає особі таку психіатричну допомогу, до якої додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який обґрунтовує необхідність продовження, зміни або припинення застосування таких примусових заходів.	Стаття 95. Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру. 1. Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюється судом за заявою представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра), який надає особі таку психіатричну допомогу, **або за заявою особи**, до якої додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який обґрунтовує необхідність продовження, зміни або припинення застосування таких примусових заходів.
Закон України «Про психіатричну допомогу»	
Чинна редакція	**Редакція, що пропонується**
Стаття 19. Примусові заходи медичного характеру. Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюються судом за заявою представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра), який надає особі таку психіатричну допомогу, на підставі висновку комісії лікарів-психіатрів.	Стаття 19. Примусові заходи медичного характеру. Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюються судом за заявою представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра), який надає особі таку психіатричну допомогу, **або за заявою особи** на підставі висновку комісії лікарів-психіатрів.
Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»	
Чинна редакція	**Редакція, що пропонується**
Стаття 6. Право на охорону здоров'я Кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає: … й) можливість проведення незалежної медичної експертизи у разі незгоди громадянина з висновками державної медичної експертизи, застосування до нього заходів примусового лікування та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я можуть бути ущемлені загальновизнані права людини і громадянина;	Стаття 6. Право на охорону здоров'я Кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає: … й) можливість проведення незалежної медичної експертизи у разі незгоди громадянина з висновками державної медичної експертизи, застосування до нього заходів примусового лікування, **примусових заходів медичного характеру, або запобіжного заходу до особи, стосовно якої передбачається застосування примусових заходів медичного характеру або вирішувалося питання про їх застосування**, та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я можуть бути ущемлені загальновизнані права людини і громадянина;

Таблиця 4

Кримінальний процесуальний кодекс України	Кримінальний кодекс України
Стаття 503. Підстави для здійснення кримінального провадження щодо застосування примусових заходів медичного характеру … 4. Примусові заходи медичного характеру застосовуються **лише до осіб, які є суспільно небезпечними**.	Стаття 94. Види примусових заходів медичного характеру … 4. Госпіталізація до психіатричного закладу з посиленим 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**.

пинення застосування примусових заходів медичного характеру була ускладнена. Останнім часом судді та лікарі-психіатри знаходять порозуміння в питаннях захисту прав та свобод осіб, до яких застосовані примусові заходи медичного характеру. Однак, без послідовного підходу до законодавчого врегулювання системи примусових заходів медичного характеру зі сторони законодавчої гілки влади, сумлінна праця лікарів-психіатрів та суддів зводиться нанівець, прикладам чого є порівняння деяких норм Кримінального та Кримінального процесуального кодексів України (табл. 4). На нашу думку, складно обґрунтувати у висновку лікарів-психіатрів необхідність продовження примусових заходів медичного характеру у виді госпіталізації до психіатричного закладу з посиленим наглядом особі, котра одночасно є суспільно небезпечною і такою, яка за своїм психічним станом не становить загрози для суспільства.

Висновки

Лікарі-психіатри зазвичай стають заручниками нормативно-правових актів, що регулюють застосування примусових заходів медичного характеру. Цей напрямок психіатрії, який у Європейських державах відокремлений від загальнопсихіатричної мережі й іменується «Судова психіатрія», не має структурованої законодавчої регуляції. Україна не виконує свої зобов'язання щодо приведення вітчизняного законодавства до норм законодавства Європейського Союзу. Україна не запобігає випадкам порушення прав людини при застосуванні примусових заходів медичного характеру. З метою урегулювання зазначених прогалин нами запропоновано зміни, які дозволять поліпшити повсякденну роботу лікарів-психіатрів та дозволять особам, до яких застосовано примусові заходи медичного характеру, бути повноцінними учасниками кримінального провадження.

ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

С.С. Шум

В статье освещены недостатки в вопросах законодательного урегулирования защиты прав лиц с расстройствами психического здоровья, поднята проблема соблюдения врачами-психиатрами законодательства, обеспечивающего права и свободы лиц.

Автор предлагает для рассмотрения свое видение изменений в законодательстве и нормативно-правовых актах, регулирующих применение принудительных мер медицинского характера. Отмечено, что Украина не предотвращает случаи нарушения прав человека при применении принудительных мер медицинского характера. С целью урегулирования недостатков законодательства предложены изменения, которые приведут к улучшению качества повседневной работы врачей-психиатров и позволят лицам, к которым применены принудительные меры медицинского характера, быть полноценными участниками уголовного производства.

Ключевые слова: врачи-психиатры, принудительные меры медицинского характера, соблюдения законодательства, лица с расстройствами психического здоровья, уголовное производство.

LEGISLATIVE REGULATION COMPULSORY MEDICAL MEASURES: PROBLEMS AND SOLUTIONS

S. Shum

The article highlights the shortcomings in matters of legislative regulation to protect the rights of persons with mental health problems, raised the issue of compliance with the psychiatrist legislation ensuring the rights and freedoms of individuals.

The author proposes to consider their vision changes in legislation and legal acts governing the application of compulsory medical measures. Noted that Ukraine does not prevent human rights abuses in the application of compulsory medical measures. To address the shortcomings of the legislation proposed changes that will improve the quality of daily work of psychiatrists and allow persons to whom coercive medical measures to be full participants in criminal proceedings.

Key words: psychiatrists, compulsory medical measures, compliance with the law, people with mental health problems, criminal proceedings.

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616. 12-08:616.8-085.851

О.О. Хаустова, О.В. Бушинська, О.В. Прохорова, С.Г. Сахно

ОПИТУВАЛЬНИК PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ) ЯК СТАНДАРТИЗОВАНА МЕТОДИКА ВИЯВЛЕННЯ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

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

У статті представлений аналіз статистичних даних щодо психічних розладів непсихотичного регістру в Україні, доведена необхідність всебічного вивчення психопатологічних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями на етапі первинної ланки медичної допомоги з використанням валідних і стандартизованих методів для виявлення депресії і тривоги. Авторами зроблений адаптований український переклад опитувальника Patient Health Questionnaire (PHQ) і наведений власний досвід його застосування. Зроблено висновок, що опитувальник PHQ є надійним інструментом для виявлення психопатологічних порушень у соматичній медицині і може використовуватися в клінічній практиці як психіатрами, так і лікарями загальної медицини.

Ключові слова: опитувальник Patient Health Questionnaire, депресія, тривога, хронічні неінфекційні захворювання, первинна медична допомога.

Актуальність. Психічні розлади є однією з головних проблем охорони здоров'я суспільства в Європейському регіоні з точки зору тяжкості захворювання або інвалідності. Є дані, що більше третини населення щорічно зазнає психічних розладів, найпоширенішими з яких є депресія і тривога. Депресивний розлад у жінок трапляється удвічі частіше, ніж у чоловіків. Аналіз психічного здоров'я населення України за 2008–2012 роки виявив наступні тенденції. Захворюваність на розлади психіки та поведінки зменшилася на 8,7% за 5-річний період, що може бути обумовлене гіподіагностикою психічних розладів, особливостями організації надання психіатричної допомоги, відсутністю статистичного обліку пацієнтів, які отримують допомогу у психіатрів недержавних закладів, ставленням населення до стану психічного здоров'я, культурою та традиціями ставлення до осіб із вадами психіки.

У структурі показників психічної захворюваності в Україні у 2012 році, як і в минулі роки, переважали розлади психіки непсихотичного характеру. Протягом останніх п'яти років поширеність розладів психіки та поведінки збільшилася на 0,3%. Аналіз структури поширеності розладів психіки та поведінки засвідчив збереження тенденції до зростання відсотка непсихотичних розладів – 49,9% [1].

Це явище можна пояснити зростанням рівня захворюваності на психічні розлади внаслідок церебральних та атрофічних процесів, соматичної патології. Дані численних популяційних досліджень свідчать, що значна частина осіб, які страждають на психічні розлади, залишається поза увагою фахівців-психіатрів. Насамперед ідеться про розлади непсихотичного рівня, оскільки психотичні розлади виявляються в 12 разів краще [1].

Первинна медична допомога для переважної більшості людей залишається першою точкою контакту з приводу проблем із психічним здоров'ям. Близько 50% осіб, які звертаються за допомогою, страждають від проблем, часто не діагностованих, із психічним здоров'ям. Звернення в систему первинної медичної допомоги не є стигматизацією, легкодоступне, і короткі втручання можуть бути ефективними, особливо для людей з такими поширеними проблемами психічного здоров'я, як тривога і депресія.

Психосоматична медицина, згідно з сучасними поглядами, є методом лікування та наукою про взаємовідношення психічних і соматичних процесів, які тісно пов'язують людину з навколишнім середовищем [2–7, 12–14]. Такий принцип, який опирається на єдність тілесного і душевного, є основою медицини та підґрунтям сучасної біопсихосоціальної парадигми. Очевидно, що межа між «органічними» і «функціональними» розладами діяльності внутрішніх органів і систем є досить невизначеною, і в клінічній медицині все більше утверджується точка зору, що коло суто «тілесних» порушень скорочується. Звідси закономірний інтерес до психологічних і соціальних аспектів клініки внутрішніх хвороб, емоційних факторів етіології і характеру перебігу хвороби. Хворого справедливо сприймають не тільки як «власника» хворого органа, але й як особистість, що функціонує у визначеному, нерідко патогенному, середовищі. Багато лікарів бачать у психосоматичному підході здорову реакцію на деперсоналізовану медицину, що стала результатом усе більш вузької спеціалізації і технізації, що глибоко змінюють відносини «лікар – хворий». До цього варто додати, що гуманізація медицини, впровадження в широку клінічну практику ідей і методів медичної психології і психотерапії, реалізація

загальномедичної концепції реабілітації орієнтує лікарів різного профілю і психологів на особистісний підхід до хворої людини. Остання обставина також припускає сприйняття хворого не тільки як об'єкт, але і суб'єкт лікування [8–11, 14–19].

Завдання психосоматичної медицини полягає в тому, щоб знайти зв'язок між психологічними показниками переживань і поведінки та соматичними процесами і отриману картину використати з терапевтичною метою. Психосоматика також вирішує питання прогнозу, які визначаються при лікуванні різними методами. Беручи початок із загальної медицини, психосоматика вимушена постійно розширювати свої межі, що неминуче приводить до пошуків нових шляхів дослідження. Сьогодні важливо те, що допускається плюралізм рівнів досвіду і що науково-дослідницькі підходи конкурують між собою водночас залишаючись відкритими один для одного [3, 9, 10, 20–22].

Нові соціальні техніки та технології ґрунтуються на суттєво іншому принципі суспільного розвитку, який передбачає радикальний поворот суспільства до особистості, захисту її життєвих (психічних та фізичних) сил. Якщо раніше в центрі уваги були інтереси суспільства, тобто особистість виявлялася підім'ятою суспільством і мала підпорядковувати свої інтереси суспільній необхідності, а суспільство, своєю чергою, «обслуговувало» державу, то зараз подальший прогрес суспільства залежить від того, наскільки успішним буде «перевертання піраміди», встановлення зворотного співвідношення – не суспільство й особистість для держави, яка привласнила необмежену владу над особистістю, а держава для суспільства і суспільство для особистості, для кожного окремого індивідуума.

Всебічне вивчення психопатологічних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями на етапі первинної ланки медичної допомоги потребує валідних та стандартизованих діагностичних підходів. Сучасні інтеграційні тенденції української психіатрії до світової науки спонукають до застосування зарубіжних методів діагностики.

Мета нашого дослідження – адаптувати спільний інструментарій діагностики психічних розладів непсихотичного регістра у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями на етапі первинної медичної допомоги з використанням опитувальника PHQ.

Матеріали та методи дослідження

Опитувальник PHQ є діагностичним інструментом для виявлення психічних розладів непсихотичного регістра у пацієнтів на етапі первинної медико-санітарної мережі. На сучасному етапі існує багато варіантів даного опитувальника. Для досягнення поставленої мети ми проаналізували різні модулі PHQ. В історичному аспекті попередником сучасного опитувальника був Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME–MD), розроблений в середині 90-х років L. Robert, M. D. Spitzer, B. W. Janet, D. S. Williams and Kurt Kroenke та ін. для скринінгу та діагностування в первинній медико-санітарній мережі п'яти типів найпоширеніших психічних розладів: депресії, тривоги, соматоформного розладу переїдання та зловживання алкоголем. Але суттєвим недоліком цього варіанта була його недостатня інформативність. На сьогодні його використовують лише в деяких видах досліджень, він не набув значного поширення.

В останнє десятиріччя значну популярність отримав модуль PHQ–9, який складається із 9 пунктів, зручний у використанні, але дозволяє оцінити вираженість та оцінити динаміку в процесі лікування лише депресії. PHQ–2, коротший варіант PHQ-9, містить два питання для оцінки наявності пригніченого настрою і втрати інтересу або задоволення в повсякденній діяльності. Інший варіант модуля PHQ, який складається із 7 пунктів, має назву Generalized Anxiety Disorder (GAD–7), було розроблено для діагностики генералізованого тривожного розладу, але він також має високу чутливість і при панічному розладі, і при посттравматичному стресовому розладі. Опитувальник GAD–2 – скорочений варіант, придатний лише для скринінгу тривоги, при наявності змін вирішується питання про детальніше обстеження. І нарешті PHQ–15, який використовують для діагностики соматоформного розладу. Кожен модуль може використовуватись самостійно, залежно від інтересів, які має на меті дослідник. Існує ще багато модифікованих варіантів PHQ, наприклад PHQ–A, розроблений для використання у підлітків, або ультракороткі варіанти PHQ–4, PHQ–8, використовуючи які дослідник може виявити лише деякі зміни, щоб виявити потребу в більш детальному обстеженні.

Опитувальник стану здоров'я PHQ призначений для полегшення визначення і діагностики найпоширеніших психічних розладів у пацієнтів на рівні первинної медичної мережі: депресії, тривоги, соматоформного розладу, розладів переїдання та зловживання алкоголем. Для пацієнтів з депресивними розладами оцінка індексу тяжкості депресії за PHQ може бути проведена повторно, через деякий час, для відстеження змін. PHQ має застосовуватись для усіх пацієнтів, які щойно поступили у відділення з підозрою на психічний розлад. Оскільки опитувальник надається для самозвітності пацієнта, він дозволяє виявити проблему, але остаточний діагноз повинен бути перевірений лікарем з урахуванням того, наскільки добре пацієнт зрозумів питання опитувальника, а також іншої відповідної інформації від пацієнта, його сім'ї та з інших джерел.

Для полегшення інтерпретації відповідей пацієнта, всі відповіді, які мають клінічне значення, можна знайти в колонці праворуч (окрім опитування щодо суїцидальних думок при діагностиці депресивного синдрому).

Відповідно до статті 27 Закону України «Про психіатричну допомогу», питання встановлення діагнозу психічного захворювання належать виняткова до компетенції лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів. Оцінка симптомів, вказаних в опитувальнику, дозволяє лікарю-психіатру встановити діагноз.

Адаптований протокол опитувальника стану здоров'я PHQ має такий вигляд (див. нижче).

1. Наскільки Вас турбували такі проблеми за останні 4 тижні?		**Мене це зовсім не турбувало**	**Незначно турбувало**	**Дуже турбувало**
A	Біль у животі			
B	Біль у спині			
C	Біль у руках, ногах або суглобах (колінах, тазостегнових суглобах)			
D	Менструальні болі або інші проблеми, пов'язані з менструаціями (тільки для жінок)			
E	Біль або інші проблеми під час статевого акту			
F	Головний біль			
G	Біль у грудній клітці			
H	Головокружіння			
I	Непритомність			
J	Посилене або прискорене серцебиття			
K	Задишка			
L	Запор, рідкі випорожнення або пронос			
M	Нудота, гази або відчуття дискомфорту у шлунку			

2. Як часто за останні 2 тижні Вас турбували такі проблеми?		**Жодного разу**	**Декілька днів**	**Більше половини днів**	**Майже кожен день**
A	Вам не хотілось нічого робити?				
B	У Вас був поганий настрій, Ви були пригнічені або відчували безнадійність?				
C	Вам було важко заснути, у Вас був переривчастий сон, або Ви достатньо багато спали?				
D	Ви були втомлені, або у Вас було мало сил?				
E	У Вас був поганий апетит, або Ви переїдали?				
F	Ви погано про себе думали: Ви вважали себе невдахою, або були в собі розчаровані, або вважали, що підвели свою родину?				
G	Вам було складно сконцентруватися (наприклад, на читанні газети або на перегляді телепередач)?				
H	Ви рухались або говорили настільки повільно, що навколишні це помічали? Або, навпаки, Ви були настільки метушливі або розбурхані, що рухались дещо більше звичайного?				
I	Ви думали про те, що Вам краще було б померти, аніж причинити собі якусь шкоду?				

		Ні	**Так**
A	Були у Вас за останні 4 тижні напади тривоги, при яких Ви відчували несподіваний страх або паніку?		
ЯКЩО ВИ ВІДПОВІДАЄТЕ «НІ», ПЕРЕХОДЬТЕ ДО ЗАПИТАННЯ № 5			
B	Чи траплялось це раніше?		
C	Чи трапляються деякі з цих нападів зовсім несподівано – тобто у таких ситуаціях, коли Ви начебто не повинні нервувати або відчувати себе некомфортно?		
D	Чи сильно Вас непокоять ці напади, чи боїтесь Ви, що у Вас буде новий напад?		

		Ні	**Так**
A	Чи була у Вас задишка?		
B	Чи було у Вас прискорене або сповільнене серцебиття?		
C	Чи був у Вас біль у грудній клітці або відчуття стиснення за грудиною?		
D	Чи пітніли Ви?		
E	Чи було у Вас відчуття ядухи?		
F	Чи відчували Ви припливи жару або озноб?		
G	Чи відчували Ви нудоту або дискомфорт у шлунку, або, можливо, у Вас було відчуття, що зараз почнеться пронос?		
H	Чи відчували Ви головокружіння, відчуття втрати рівноваги або стани непритомності?		
I	Чи відчували Ви поколювання або оніміння у будь-яких частинах тіла?		
J	Чи відчували Ви дрижання у тілі?		
K	Чи здавалося Вам, що Ви помираєте?		

5. Як часто за останні 4 тижні Вас турбували такі проблеми?		**Жодного разу**	**Декілька днів**	**Більше половини днів**
A	Ви нервували, тривожились або сильно переживали з різних причин?			
ЯКЩО ВИ ВІДПОВІЛИ «ЖОДНОГО РАЗУ», ПЕРЕЙДІТЬ ДО ЗАПИТАННЯ № 6				
B	Ви були збуджені, тому Вам було важко всидіти на місці.			
C	Ви дуже швидко втамувались.			
D	Ваші м'язи були напруженими, боліли або нили.			
E	Вам було складно заснути або у Вас був переривчастий сон.			
F	Вам було складно сконцентруватися (наприклад, на читанні книжки або перегляді телепередач).			
G	Ви легко роздратовувались або були нестримані.			

6. Запитання про харчування		**Ні**	**Так**
A	Чи часто Ви відчуваєте, що не можете контролювати, що і скільки Ви їсте?		
B	Чи часто Ви з'їдаєте протягом 2 годин порції їжі, які інші вважають незвичайно великими?		
ЯКЩО ВИ ВІДПОВІЛИ «НІ» НА ЗАПИТАННЯ «А» АБО «В», ПЕРЕЙДІТЬ ДО ЗАПИТАННЯ № 9			
C	Чи відбувалося це у середньому 2 рази на тиждень за останні 3 місяці?		

7. За останні 3 місяці чи робили Ви часто таке, щоб не набрати вагу?		**Ні**	**Так**
A	Чи викликали в себе блювання?		
B	Чи приймали надмірну дозу проносних засобів, перевищуючу рекомендовану дозу більш ніж у два рази?		
C	Чи утримувались Ви від їжі – зовсім нічого не їли принаймні 24 години?		
D	Чи займались фізичними вправами більше години спеціально для того, щоб не набрати вагу після надмірного вживання їжі?		

8. Якщо Ви відповіли «Так» на одне з попередніх запитань, дайте будь-ласка відповідь, чи робили Ви це в середньому два рази на тиждень?	**Ні**	**Так**

9. Чи вживаєте Ви алкогольні напої (в тому числі пиво або вино)?	**Ні**	**Так**
ЯКЩО ВИ ВІДПОВІЛИ «НІ», ПЕРЕЙДІТЬ ДО ЗАПИТАННЯ № 11		

10. Чи відбувалося з Вами що-небудь із нижченаведеного більше одного разу за останні 6 місяців?		**Ні**	**Так**
A	Чи вживали Ви алкогольні напої, хоча лікар Вам рекомендував припинити їх вживання через проблеми зі здоров'ям?		
B	Ви вживали алкогольні напої, були у стані сп'яніння або похмілля під час роботи, навчання, наглядаючи за дітьми або виконуючи інші обов'язки?		
C	Ви спізнились або не пішли на роботу, навчання або на інші заходи, тому що Ви пили алкогольні напої або у Вас було похмілля?		
D	У Вас були проблеми у спілкуванні з людьми, коли Ви випивали?		
E	Ви керували машиною після того, як випивали помірну або надмірну кількість алкоголю?		

11. Якщо Ви позитивно відповіли на будь-які пункти у даному опитувальнику, то оцініть, наскільки складно Вам було працювати, займатися домашніми справами або спілкуватися з людьми через ці проблеми?			
Зовсім не складно	**Трохи складно**	**Дуже складно**	**Надзвичайно складно**

Результати та їх обговорення

За допомогою опитувальника стану здоров'я PHQ ми досліджували поширеність депресії, тривоги, соматоформних розладів, розладів переїдання та зловживання алкоголем у 115 пацієнтів Дорожньої клінічної лікарні №2 ст. Київ-Пасажирський, м. Київ. Психосоматичні розлади були виявлені у 62 хворих, з яких 11,3% склали чоловіки до 55 років (7 осіб), після 55 років – 29,0% (18 осіб); жінок до 55 років – 25,8% (16 осіб), після 55 років – 33,9% (21 особа). Контрольну групу склали 53 пацієнти тієї ж самої лікарні, групи репрезентативні за статтю і віком: 12,5% – чоловіки до 55 років (6 осіб), після 55 років – 27,8% (15); жінки до 55 років – 26,3% (14), після 55 років – 33,4% (18 осіб). Супутня соматична патологія була наступною: захворювання серцево-судинної системи виявлено у 58% пацієнтів, шлунково-кишкового тракту – у 37%, захворювання дихальної системи – у 15%, сечостатевої системи – у 19 % (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів за супутньою соматичною патологією

Патологія	Абс.	%
Серцево-судинної системи	63	58,0
Шлунково-кишкової системи	35	37,0
Дихальної системи	23	15,0
Сечостатевої системи	14	19,0

При використанні шкали PHQ для діагностики депресивних, панічних, тривожних розладів та порушень харчування і зловживання алкоголем були отримані наступні показники: соматоформний розлад виявлений як у чоловіків, так і у жінок, але найбільше випадків – серед жінок як до 55, так і після 55 років (14,5% випадків, відповідно); панічний синдром та зловживання алкоголем частіше зустрічалися серед чоловіків після 55 років (8,1% випадків) (табл. 2).

Таблиця 2. Розподіл пацієнтів за психопатологічним синдромом

Розлади	Чоловіки		Жінки	
	до 55 років, %	після 55 років, %	до 55 років, %	після 55 років, %
Соматоформний розлад	1,6	8,1	14,5	14,5
Великий депресивний синдром	–	–	–	1,6 %
Інший депресивний розлад	–	–	–	1,6 %
Панічний синдром	–	8,1	1,6	–
Інший тривожний синдром	–	1,6	–	–
Невротична булімія	–	–	–	1,6
Переїдання	–	–	–	–
Зловживання алкоголем	1,6	8,1	–	–

Висновки

Результати дослідження показали, що запропонований діагностичний опитувальник PHQ має суттєві переваги відносно інших модулів тому, що:

- є комплексним інструментом для діагностики найпоширеніших психічних розладів серед пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями на етапі первинної медико-санітарної мережі, до яких належать депресивний, тривожний, соматоформний розлади та розлади переїдання і зловживання алкоголем;
- алгоритм діагностики подано у вигляді поетапних кроків, що дозволяє вирішити поставлені завдання;
- дозволяє оптимізувати терапевтичну тактику та контролювати ефективність лікування, що проводиться.

Список використаної літератури

1. *Александровский Ю. А. Клиническая иммунология пограничных психических расстройств / Ю. А. Александровский, В. П. Чехонин. – М.: Гэотар Медицина – 2005. – 256 с.*
2. *Александровский Ю. А. О некоторых проблемах и особенностях современной пограничной психиатрии / Табачников С. И. // Арх. психіатрії. – 2003. – Т. 9. – № 2 (33). – С.4–7.*
3. *Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: учебное пособие / Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.*
4. *Андрющенко А. В. Клинико-статистическая модель психических расстройств в общей медицине / А. В. Андрющенко // Материалы XV Съезда Психиатров России, Москва – 2010. – С. 96–97.*
5. *Андрющенко А. В. Клинико-эпидемиологический анализ психических расстройств в общей медицине (по материалам программы «СИНТЕЗ») / Д. А. Бескова, А. Б. Смулевич, Д. В. Романов // В сб.: Материалы общероссийской конференции «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах». – М., Российское общество психиатров – 2009. – С. 4.*
6. *Березанцев А. Ю. Психосоматические и соматоформные расстройства: обзор / А. Ю. Березанцев // Рос. психиатрич. журн. – 2001. – № 3. – С. 61–69.*
7. *Березанцев А. Ю. Теоретические и клинические аспекты соматоформных расстройств и психосоматики / А. Ю. Березанцев // Рос. психиатрич. журн. – 2001. – № 6. – С. 4–8.*
8. *Кришталь В. В. Психосоматическая патология: генез и подход к коррекции / В. В. Кришталь // Междунар. мед. ж. – 2001. – Т. 7, № 1. – С. 37–40.*
9. *Портнов А. А. Общая психопатология / А. А. Портнов.– М.: Медицина, 2004. – 272 с.*
10. *Психологическая энциклопедия / под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха ; пер. с англ.– СПб.: Питер, 2003. – 1096 с.*
11. *Психосоматическая медицина: руководство для врачей / под ред. П. И. Сидорова. – М.: МЕДпрессинформ, 2006. – 568 с.*
12. *Психофармакотерапия генерализованной тревоги / А. Б. Смулевич, А. В. Андрющенко, Д. А. Бескова, Д. В. Романов // Психические расстройства в общей медицине – 2010. – № 1. – С. 33–36.*
13. *Смулевич А. Б. Клинико-эпидемиологические аспекты проблемы пограничных психических и психосоматических расстройства в общей медицине (обзор литературы) / А. Б. Смулевич, А. В. Андрющенко, Д. В. Романов // Психические расстройства в общей медицине – 2010. – № 2. – С. 23–42.*
14. *Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні. Інформаційно-аналітичний огляд за 2008–2012 рр. Київ. – 2013. – 202 с.*
15. *Хаустова О. О. Психосоматичні розлади в практиці сімейного лікаря / О. О. Хаустова // Ліки України – 2005. – № 39. – С. 15–18.*
16. *Чабан О. С. Невідкладна допомога в психіатрії та наркології / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, Я. М. Несторович. – К.: Медкнига, 2010. – 132 с.*
17. *Fava G. A. Psychological factor affecting medical condition: a new proposal for DSM-V / G. A. Fava, S. Fabbri, L. Sirril // Psychosomatics – 2007. – V. 48 (2) – P. 103–111.*
18. *Fava G. A. Psychosomatic assessment / G. A. Fava, N. Sonino // Psychother. Psychosom. – 2009. – Vol. 78. – P. 333–341.*
19. *Fava G. A. The biopsychosocial model thirty years later / G. A. Fava, N. Sonino // Psychother. Psychosom. – 2008. – Vol. 77. – P.1–2.*
20. *Karen A. Intensive Psychotherapy Helps Diabetes Control in Adolescents / A. Karen // JACC. – 2006. – Vol. 47 (6). – P. 1093–1100.*
21. *Stone N.J. Focus on lifestyle change and the metabolic syndrome / N. J. Stone // Endocrinol. Metab. Clin. North Am. – 2004. – Vol. 33 (3). – P. 493–508.*
22. *Wong N. D. Intensified screening and treatment of the Metabolic syndrome for cardiovascular risk reduction / N. D. Wong // Prev. Cardiol. – 2005. – Vol. 8 (1). – P. 47–54.*

ОПРОСНИК PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ) КАК СТАНДАРТИЗИРОВАННАЯ МЕТОДИКА ВЫЯВЛЕНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Е.А. Хаустова, Е.В. Бушинская, О.В. Прохорова, С.Г. Сахно

В статье представлен анализ статистических данных психических расстройств непсихотического регистра в Украине, доказана необходимость всестороннего изучения психопатологических расстройств у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями на этапе первичного звена медицинской помощи с использованием валидных и стандартизованных методов для выявления депрессии и тревоги. Авторами сделан адаптированный украинский перевод опросника Patient Health Questionnaire (PHQ) и приведен собственный опыт его применения. Сделан вывод, что опросник PHQ является надежным инструментом для выявления психопатологических нарушений в соматической медицине и может использоваться в клинической практике как психиатрами, так и врачами общей медицины.

Ключевые слова: опросник Patient Health Questionnaire, депрессия, тревога, хронические неинфекционные заболевания, первичное звено медицинской помощи.

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ) IS A STANDARDART DIAGNOSTIC METHOD TO ELISIT PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC NONINFECTIOUS DISEASES IN PRIMARY HEALTH CARE.

O. Khaustova, O. Bushinska, O. Prokhorova, S. Sahno

The article presents an analysis of statistical data register nonpsychotic mental disorders in Ukraine, proved the need for comprehensive study of psychopathology in patients with chronic noninfectious diseases at the stage of primary health care with the use of valid and standardized methods for the detection of depression and anxiety. The authors made an adapted Ukrainian translation Patient Health Questionnaire (PHQ), and provides its own experience of its application. Concluded that the PHQ is a reliable tool for the detection of psychopathological disorders in physical medicine and can be used in clinical practice as psychiatrists and doctors of general medicine.

Key words: Patient Health Questionnaire, depression, anxiety, chronic non-communicable diseases, primary health care.

УДК 618.177+616-055.25+159.9.018.2

А.В. Ревунец

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Киевский городской психоневрологический диспансер № 5,
Центр планирования семьи, сексологии и репродукции, г. Киев

Ключевые слова:
бесплодные женщины, качество жизни, ролевое функционирование.

Представлены результаты изучения уровня качества жизни женщин с бесплодием. Для исследования использовали опросник RAND Short Form–36 (SF–36). Было обследовано 97 женщин с бесплодием в возрасте от 23 до 40 лет. Показано, что качество жизни, как интегральная характеристика физического, психологического, социального и эмоционального состояния пациента, значительно ухудшается при таком заболевании, как бесплодие. Отмечена необходимость учитывать этот показатель при проведении диагностики и лечения, а также при психологическом сопровождении женщин в бесплодном браке и при разработке реабилитационных программ.

Бесплодие представляет собой серьезную комплексную проблему репродуктологии, сочетающую в себе социальное, психическое неблагополучие и практически всегда физическое нездоровье в семье. С точки зрения психологии, бесплодие можно определить как физиологическое воплощение психологических проблем в паре [4].

Проблема бесплодия – это проблема мирового масштаба: по официальным данным, в мире живут около 80 миллионов бесплодных пар, что составляет порядка 15% всех пар репродуктивного возраста [6], причем во многих культурах бездетные женщины страдают от дискриминации, стигматизации и остракизма; в некоторых странах стигматизация может достигать крайней степени [6], когда бесплодные люди рассматриваются как бремя для социально-экономического благополучия сообщества, а также распространяться на других членов семьи, включая братьев и сестер, родителей мужа и жены. Значимость данной проблемы подтверждается тем, что решением проблемы бесплодия уже несколько десятилетий занимается в том числе и Всемирная организация здравоохранения.

Необходимо подчеркнуть, что проблема бесплодия имеет более значительные социальные и психологические последствия, чем другие заболевания, так как наличие ребенка в семье большинство людей считают смыслом жизни.

Бесплодный брак, как правило, снижает качество жизни супругов, в частности женщин, тяжело переживается ими и нередко приводит к развитию невротических расстройств. Невротические расстройства, как личностная реакция на расстройство генеративной и/или сексуальной функции у одного или обоих супругов, нарушает психологическое и социальное функционирование семьи и может стать причиной развода [1]. Таким образом, проблема бесплодного брака имеет большое социальное значение, серьезно влияя на социально-демографическую ситуацию в мире [2].

Но, несмотря на все сказанное, детально изучены в основном биологические аспекты бесплодия, а психологические остаются в стороне. В связи с этим была поставлена цель изучить влияние бесплодия на качество жизни женщин, так как именно женщины в большей степени подвержены негативным последствиям этого заболевания, что обусловлено первоначальным предназначением женщины – зачать, родить и вырастить потомство, а значит большей чувствительностью к любым изменениям этих функций.

Качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии [3]. Такая интерпретация понятия качества жизни логично и структурно связана с дифиницией здоровья, данной ВОЗ: «Здоровье – это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания» [7].

Можно выделить три основных составляющих концепции качества жизни:

1. Многомерность изучаемых параметров. Качество жизни включает информацию об основных сферах

жизнедеятельности человека: физической, психологической, духовной, социальной. Качество жизни оценивает компоненты, не связанные с заболеванием и связанные с заболеванием, и позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного.

2. Изменяемость во времени. Показатели качества жизни изменяются во времени в зависимости от состояния больного, обусловленного рядом эндогенных и экзогенных факторов. Данные о качестве жизни, наряду с общепринятыми клиническими параметрами, позволяют осуществлять полноценный мониторинг состояния больного и при необходимости проводить коррекцию терапии.
3. Участие больного в оценке своего состояния. Качество жизни оценивает сам больной. По данным многочисленных исследований, оценка качества жизни, сделанная больным, часто не совпадает с оценкой качества жизни, данной врачом. Максимально точная и всесторонняя оценка состояния возможна на основании анализа объективных данных и спектра субъективных переживаний больного. Субъективная составляющая, получаемая с помощью больного, важна как на этапе первичной диагностики, так и при оценке результатов лечения.

Материалы и методы исследования

Для исследования использовался опросник RAND Short Form–36 (SF–36) для оценки качества жизни. Опросник отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияет состояние здоровья.

SF–36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале. Из них формируют два параметра: психологический и физический компоненты здоровья.

Было обследовано 97 женщин с бесплодием в возрасте от 23 до 40 лет. Стаж семейной жизни у 90% из них составлял больше 5 лет.

Результаты и их обсуждение

Исследование позволило определить, что у 100% обследуемых женщин качество жизни снижено. У 85,5% (83 чел.) качество жизни снижено за счет психического компонента здоровья, а именно в 75,9% (63 чел.) случаев – за счет снижения социального функционирования и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, в 20,4% (17 чел.) случаев – за счет снижения ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, в 3,6% (3 чел.) случаев – за счет снижения жизненной активности. У 14,5% (14 чел.) качество жизни снижено за счет снижения уровня общего состояния физического и психического здоровья.

В процессе беседы женщины с бесплодием часто использовали такие характеристики для обозначения качества своей жизни, как «неполноценная», «пустая», «ненужная».

Из результатов обследования видно, что все женщины находились в состоянии психологического дискомфорта, хотя бесплодие чаще рассматривается в контексте физиологических проблем. Это психоэмоциональное напряжение в значительной мере усиливает саму проблему, так как известно, что стресс способствует подавлению репродуктивной функции.

Исследование показало, насколько велико влияние бесплодия на выполнение социальной и ролевой функций женщины. Будучи бесплодной, женщина не может в полной мере самореализоваться. Работа или общественная деятельность не в состоянии закрыть этот «пробел». Социум, хоть и принимает эмансипированных женщин, которые умело выполняют мужские задачи, но он не исключает выполнение этими женщинами своей первоочередной функции, а именно материнства.

Выводы

Осознание своего бесплодия становится для женщины высокозначимым травмирующим фактором и может приводить к развитию внутриличностного конфликта. Ухудшается также процесс межличностных коммуникаций, нарушается гармония семейных отношений, снижается личностная и статусная адаптация супругов. Все это часто приводит к личностной замкнутости, излишней закрытости, дестабилизации отношений между супругами, отдалению друг от друга, что, в свою очередь, может привести к разводу супругов [5].

Так, бесплодие стоит рассматривать как особую область психологии репродуктивной сферы и как особую область психосоматики. Уникальность подхода к исследованию качества жизни бесплодных женщин заключается в возможности полноформатного описания влияния бесплодия на все составляющие функционирования организма женщины. Информация о физическом, психическом и социальном функционировании дается самими пациентками, и именно этот аспект является ключевым и значимым. Таким образом, традиционные клинические данные дополняются чрезвычайно ценной информацией, полученной от пациенток.

Соответственно, качество жизни, как интегральная характеристика физического, психологического, социального и эмоционального состояния пациента, значительно ухудшается при таком заболевании, как бесплодие. Ухудшение качества жизни, в свою очередь, усугубляет течение заболевания, продлевая его на долгие годы.

Выявленные в результате проведенного обследования женщин с бесплодием тенденции следует учитывать при проведении лечебно-диагностических мероприятий, в том числе при психологическом сопровождении бесплодной пары, при разработке реабилитационных программ.

На современном этапе развития медицины определение эффективности лечения должно быть ориентировано не только на стандартные клинические

критерии, но и на показатели качества жизни, полученные с помощью адекватных методов исследования.

Список использованной литературы

1. *Бесплодие в супружестве / под ред. И. Ф. Юнды. – К.: Здоровье, 1990. – 463 с.*
2. *Кришталь В. В. Сексология / В. В. Кришталь, С. Р. Григорян. – М.: Per Se, 2002. – 879 с.*
3. *Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – М.:ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 314 с.*
4. *Сгибов В. Н. Роль психотерапии и психокоррекции в комплексном подходе к решению проблемы бесплодного брака / В. Н. Сгибов, С. Н. Рогова, П. Н. Кочерганов // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии. – Сборник научных трудов. Выпуск 5. – Пенза, 2002. – 72 с.*
5. *Сексология и андрология / под ред. И. И. Горпинченко. – К.: Ин-т урологии АМН Украины, 2002. – 291 с.*
6. *Стать матерью во что бы то ни стало: муки бесплодия // Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. – Вып. 88, № 12, 12.2010.2*
7. *Word Health Organization. Basic Documents /26 ed. Genewa WHO. – 1976. – Vol 1.*

ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК З БЕСПЛІДДЯМ

Г.В. Ревунець

Наведені результати вивчення якості життя жінок з безпліддям. Для дослідження був використаний опитувальник RAND Short Form–36 (SF–36). Було обстежено 97 жінок з безпліддям у віці від 23 до 40 років. Показано, що якість життя, як інтегральна характеристика фізичного, психологічного, соціального та емоційного станів пацієнта, значно погіршується при такому захворюванні, як безпліддя. Зазначена необхідність враховувати цей показник при проведенні діагностики та лікування, а також при психологічному супроводі жінок у безплідному шлюбі.

Ключові слова: безплідні жінки, якість життя, рольове функціонування.

QUALITY OF LIFE RESEARCH IN INFERTILE WOMEN

G.V. Revunets

Level of quality of life infertile women was examined using questionnaire RAND Short Form–36 (SF–36). 97 infertile women aged 23 – 40 were included in the study. Reduced quality of life as an integral characteristic of the physical, psychological, social and emotional status of the patient was revealed. This indicator should be considered for diagnostics, treatment, psychological support of infertile women as well as for development of rehabilitation programs.

Key words: infertile women, quality of life, role functioning.

УДК 616.895.8-085.851:364.04.622

Є.Я. Пшук, Н.Г. Пшук

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНЯ СОЦІАЛЬНОГО ІНТЕЛЕКТУ ТА ТИПУ СТАВЛЕННЯ ДО ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ РЕФЕРЕНТНИХ РОДИЧІВПАЦІЄНТІВ ІЗ ШИЗОФРЕНІЄЮ

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

Ключові слова: соціальний інтелект, референтний родич, шизофренія, підтримувальна терапія.

Досліджені складові соціального інтелекту (історії з завершенням, групи експресії, невербальна експресія, історії з доповненням) референтних родичів пацієнтів з шизофренією як фактора психосоціальної адаптації в контексті типології ставлення референтних родичів до підтримувальної терапії.

Наявність хворого на шизофренію є тяжким випробуванням для його сім'ї, зважаючи на значну руйнівну силу соціальних наслідків цієї хвороби як для самих пацієнтів, так і для їх найближчого оточення – референтних родичів, в якості яких можуть бути один з подружжя (дружина, чоловік) та один з батьків. Наявність психічно хворого є потужним стресовим фактором для всього сімейного оточення.

Як свідчать дослідження деяких авторів [1, 3], референтні родичі, які проживають з хворим, негативно налаштовані щодо спілкування та надання допомоги пацієнтам. Однак рівень труднощів для сім'ї, які виникли як наслідок хвороби близької людини, залежить не стільки від клінічних проявів шизофренії, скільки від тривалості хвороби, ступеня та вчасності надання психіатричної допомоги, а також від рівня функціонування всіх суб'єктів соціально-терапевтичного процесу. Лише якнайраніше комплексне втручання лікаря та підтримка соціуму (сім'я, друзі та близькі) дозволяють пацієнтам підтримувати власний реадаптаційний потенціал та певний рівень соціального функціонування і якості життя [3].

Загальновідомо, що шизофренічний процес, який починається у підлітковому та юнацькому віці, значно погіршує мікроклімат у сім'ї, негативно впливає на її функціонування у соціумі загалом [3, 6]. Виокремлено два основні чинники, які характеризують стосунки в сім'ї, де проживає хворий на шизофренію – соціальне дистанціювання сім'ї та надто високі очікування з боку референтного родича, з яким проживає хворий на шизофренію [1].

Сім'я, як соціально-терапевтичне середовище, може чинити як адаптивний, так і дезадаптивний вплив. Саме сімейна та професійна допомога відіграють важливу роль у профілактиці повторних госпіталізацій хворих на шизофренію [2, 6].

Процес формування лікувальних взаємовідносин сім'ї та лікаря, як правило, є тривалим та складним, що зумовлено низкою чинників. Насамперед це різниця в уявленнях сім'ї та лікаря щодо сутності хвороби, її перебігу, можливостей терапії та прогнозу. Не маючи реальних знань про захворювання та його розвиток, сім'я формує хибне уявлення як про саме захворювання, так

і про методи та підходи до його лікування, при цьому можливе і переоцінювання значення медикаментозної терапії, і його нівелювання.

Метою нашого дослідження було визначення рівня взаємозв'язку між соціальним інтелектом та типом відношення до підтримувальної терапії референтних родичів пацієнтів з шизофренією.

Матеріали та методи дослідження

За умови інформованої згоди було обстежено 168 сімей, в яких проживає хворий на шизофренію, та, відповідно, 168 хворих (97 чоловіків та 71 жінка). Основними критеріями включення хворих в дослідження були: наявність загальних діагностичних критеріїв шизофренії (F20.0); наявність епізодичних проявів психозу з прогредієнтним розвитком «негативної» симптоматики у проміжках між психотичними епізодами; стан ремісії; наявність сім'ї, власної або ж батьківської; згода дружини, чоловіка або ж іншого референтного родича взяти участь у дослідженні. Критеріями виключення були: вік хворих менше 23 та понад 45 років з метою виключення вікових патопластичних впливів на прояв хвороби; домінування в клінічній картині неадекватності поведінки; наявність гострої продуктивної симптоматики або ж наявність гострого маніакального чи депресивного стану; наявність ознак шизофренічного дефекту. За діагностичними критеріями МКХ–10 у 77 пацієнтів діагностували епізодичний тип перебігу з наростаючим дефектом та у 91 – безперервний. Обстежені хворі були у віці від 23 до 45 років (в середньому (34,1±0,8) років). Тривалість спостереження цих хворих відповідала вимогам МКХ–10 та була не менше року, в середньому 2,7 року. Зі всього загалу обстежених у 57 пацієнтів тривалість хвороби була до 4 років, у 58 – 4–8 років та у 53 хворих – ронад 8 років. Середній вік маніфестації захворювання – (25,3±2,9) років.

Таблиця 1. Показники рівня соціального інтелекту референтних родичів пацієнтів з шизофренією (середній бал, M±m)

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

*Примітка: * показники є статистично достовірними (P<0,05); ** (P<0,001).*

74 пацієнти мали власну сім'ю (обстежені були дружини пацієнтів (Д), чоловіки пацієнток (Ч)), 94 хворих проживали з батьками (обстежений був один з батьків). Таким чином, групу референтних родичів (РР) склали дружини пацієнтів, чоловіки пацієнток та один з батьків обстежених хворих (ОГ). 29,7% сімей характеризували власний матеріальний стан як незадовільний. 66,1% сімей констатували порушення міжособистісних стосунків в сім'ї, які виникли внаслідок появи в сім'ї хворого на шизофренію. Контрольну групу склали 55 сімей, у яких немає психічно хворих (КГ).

Методи дослідження: клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психометричний, статистичний. Для оцінки рівня соціального інтелекту використовували методику Дж. Гилфорда та М. Саллівена (російськомовна адаптація Е.С. Михайловой) [5]. Методика дозволяє визначити як загальний рівень соціального інтелекту, так і окремі його складові (здатність передбачати наслідки поведінки, розуміти вербальну та невербальну поведінку, орієнтуватися в загальній картині міжособистісної взаємодії). Для обстеження референтних родичів (РР) хворих на шизофренією був використаний повний варіант методики. Результати оцінювали за 4 субтестами (СТ, СТ1 історії з завершенням», СТ2 «групи експресії», СТ3 «невербальна експресія», СТ4 «історії з доповненням»), а також враховували композитну оцінку; дослідження типу ставлення РР до підтримувальної терапії проводили за рекомендаціями Н.Б. Лутова [4].

Результати та їх обговорення

Дослідження соціального пізнання через соціальний інтелект як фактора психосоціальної адаптації дозволяє розуміти та прогнозувати поведінку людей у різних життєвих ситуаціях, розпізнавати наміри, почуття та емоційні стани людини за вербальною та невербальною експресією.

Дослідження рівня соціального інтелекту референтних родичів пацієнтів, хворих на шизофренію (табл. 2), дозволило виявити деякі відмінності, порівняно з особами групи контролю (ОГ (3,47±0,9); КГ (4,08±0,5), p<0,05). Так, за першим субтестом «Історії з завершенням» методики дослідження соціального інтелекту (РР (3,47±0,9), КГ (4,08±0,5) P<0,05), референтні родичі мали посередні здібності щодо пізнання поведінки пацієнта, який хворіє на шизофренію, в умовах сім'ї. Вони могли частково передбачати подальші дії пацієнта на основі аналізу реальних ситуацій сімейного та дружнього спілкування, розуміти почуття хворого на шизофренію і на цій підставі визначати ефективність спілкування. Встановлені цифрові дані по першому субтесту дозволяють зробити висновок, що референтні родичі хворих на шизофренію не завжди можуть чітко вибудовувати стратегію власної поведінки з метою досягнення певних цілей у лікуванні хворих. Їх поведінка може виходити за межі загальноприйнятих норм, вони невірно уявляють результати власних дій та вчинків інших. За другим субтестом «Групи експресії» (ОГ (3,14±1,6); КГ (4,18±0,1), P<0,001) встановлені показники дозволяють думати про те, що референтні родичі, на відміну від респондентів контрольної групи, мають труднощі з оцінюванням станів та почуттів за їх невербальними ознаками в процесі міжособистісної комунікації. Коли референтні родичі хворих на шизофренію будують власну лінію поведінки, вони частіше орієнтуються на поодинокі вислови співрозмовника, ніж на прояви їх невербальної комунікації. У їх розумінні відкритість та дружність не завжди є запорукою успіху у спілкуванні, у них знижена чутливість до емоційних станів інших людей, вони не завжди правильно оцінюють власний

Таблиця 2. Показники рівня соціального інтелекту в обстежених різних груп (середній бал, M±m)

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

*Примітка: * показники статистично достовірні (P<0,05); ** (P<0,001).*

емоційний статус у спілкуванні, що, безперечно, є прямим чинником, що зумовлює дисфункціональність в комунікації. Чутливість до невербальної експресії суттєво посилює здатність розуміти інших. Спроможність читати невербальні сигнали іншої людини, усвідомлювати їх та порівнювати з вербальними, є основою інтуїції. Показники субтесту «Вербальна експресія» (ОГ (3,08±1,1) КГ (4,13±0,7), P<0,001) вказують на те, що у референтних родичів, у сім'ях яких проживає пацієнт з шизофренією, знижується здатність вірно та швидко оцінювати мовну продукцію співбесідника в контексті певної ситуації, правильно знаходити відповідний тон спілкування, вони не завжди вірно проявляють рольову пластичність та розуміють сенс вербальної комунікації. Результати, які ми отримали за четвертим субтестом «Історії з доповненням» (ОГ (3,44±0,5), КГ, відповідно, (4,49±0,2), P<0,001), показують знижену здатність родичів хворих на шизофренію до вміння аналізувати складні ситуації взаємодії в міжособистісному спілкуванні; вони не завжди вірно можуть оцінити адекватність ситуації для спілкування та передбачити, як буде поводитись людина в подальшому, відшукати причини такої поведінки. Вони відчувають труднощі в оцінці потреби та намірів комунікації, прогнозуванні поведінки та розумінні логіки подальших подій. Композитне оцінювання (ОГ (3,26±0,2), КГ (4,43±0,6), P<0,05) свідчить про те, що у референтних родичів пацієнтів з шизофренією знижені адаптаційні ресурси особистості в міжособистісній взаємодії, вони відчувають утруднення в судженнях про співрозмовника, малоконтактні, тактовні та доброзичливі в комунікативній взаємодії, порівняно з респондентами контрольної групи.

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

Хотілося б зазначити, що як в групі РР, так і в групі хворих на шизофренію було різне ставлення до виконання завдань. У референтних родичів участь у тестовій роботі викликала деяке непорозуміння, а інколи навіть настороження та підозріливість. Для хворих на шизофренію, особливо з тривалістю шизофренічного процесу 6 років та більше, виконання тестового навантаження було дещо утрудненим, тому зі 168 хворих було обстежено 112. Більшість хворих були зацікавлені в ситуації психологічного обстеження.

Хворі на шизофренію, як свідчить середня бальна оцінка (табл. 2), не мають здатності прораховувати логіку розвитку ситуації, розуміти сенс вчинків та дій персонажів міжособистісної взаємодії, передбачати розвиток подальших подій. Безперечно, такі труднощі не дозволяють хворим на шизофренію адекватно оцінювати вчинки оточуючих, призводять до їх безглуздої інтерпретації, що у кожному коректному випадку комунікації чинить додатковий негативний вплив на формування міжособистісної взаємодії.

Хворі на шизофренію, порівняно як з референтними родичами, так і з респондентами групи контролю, дуже погано розуміють елементи невербальної комунікації, тому їх умовиводи не збігаються із загальноприйнятими оцінками, що утруднює орієнтування у спілкуванні. Також нездатність розуміти невербальні сигнали та почуття не дозволяє пацієнтам з шизофренією встановлювати більш близькі та довірливі стосунки, вони обмежені у спілкуванні. За умови наявності у хворих вираженої негативної симптоматики оцінювання ситуативної інформації може бути хибним. Такі пацієнти відчувають певні труднощі при інтерпретації слів та умовиводів іншої людини та можуть невірно оцінити реальну ситуацію взаємодії.

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

Причиною такого явища, на наш погляд, є наростаюче емоційно-вольове сплощення у хворих, яке відбувається по мірі розвитку хвороби.

Загальний рівень соціального інтелекту у хворих на шизофренію можна оцінити як низький (1,67±0,1) (в групі контролю КГ (4,43±0,6), P<0,001; в групі РР (3,26±0,2), P<0,05). Вони нездатні до культивування взаємної симпатії, підтримки близьких, усвідомлення власних проблем, не мають змоги ділитися власними переживаннями, у них немає позитивного підкріплення щодо установки у досягненні життєвих цілей.

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

Проведений аналіз типів ставлення сім'ї до підтримувальної терапії показав, що РР реагують на проведення лікування по різному, що залежало від тривалості перебігу захворювання та психопатологічного профілю хвороби. При тривалості шизофренії до 4 років (табл. 3) у РР пацієнтів переважає підтримувальний тип ставлення до терапії (50,8%). Це означає, що на маніфестно-поведінковому рівні можна констатувати наявність позитивного ставлення РР до підтримувальної терапії як необхідної умови редукції психопатологічної симптоматики, є розуміння необхідності вживання медикаментів та надання підтримки у їх купівлі, а також делікатний контроль за їх вживанням, зацікавленість в збереженні та підтримці контактів з лікарем-психіатром, готовність співпрацювати з лікарем заради вирішення проблем хворого. Подібна поведінка РР інтегрується в загальну стратегію лікарської поведінки. За своєю суттю це усвідомлене розуміння власної ролі та прийняття відповідальності за благополуччя хворого. При загальній тривалості шизофренічного процесу від 4 до 8 років, у переважної більшості референтних родичів виявили підтримувальний та маніпулятивний типи реакції на хворобу (відповідно 31,0% та 27,6%). Так, за наявності маніпулятивного ставлення РР до лікування психотропними препаратами хворого

Таблиця 3. Тип реакції сім'ї на проведення підтримувальної терапії

Тип ставлення	1ОГ (n=57		2ОГ(n=58		3ОГ(n=53)	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Ворожий	9	15,8	12	20,7	16	30,2
Відсторонений	11	19,3	12	20,7	15	28,4
Маніпулятивний	8	14,0	16	27,6	11	20,7
Підтримувальний	29	50,8	18	31,0	11	20,7

на шизофренію, референтні родичі відмежовувались від відповідальності, покладаючись на ефективну терапію, надто розширюючи межі можливостей дії ліків та намагаючись за їх допомогою нівелювати будь-які суперечності та складні ситуації, що виникають між родичами та пацієнтом, при цьому будь-які психологічні проблеми вони розцінюють як маніфестацію (симптоми) проявів хвороби. Чому виникає така поведінка, однозначної відповіді дати неможливо. Однак, на нашу думку, у РР родичів пацієнтів з шизофренією, яка триває більше 4 років, все ще зберігається відчуття розпачу та власної провини, що пов'язано з наявною хворобою та відчуттям певної відповідальності та причетності до хворого. Психологічним захисним механізмом є перекладання відповідальності за пацієнта з родичів на лікаря. При тривалості хвороби більше 8 років переважають ворожий та відсторонений типи реакції РР на підтримувальну терапію хворого на шизофренію (відповідно 30,2% та 28,4%). Поведінкові реакції за ворожого типу реакції проявляються у тому, що при лікуванні пацієнта з шизофренією РР перекладають відповідальність за будь-які небажані явища та події (неадекватна поведінка хворого, психопатологічні прояви хвороби, психологічні проблеми) на лікарські призначення та якість психотропних препаратів, які використовуються для підтримувальної терапії. Родичі знецінюють важливість лікування, перешкоджають або ж сприяють тому, щоб пацієнт не був суб'єктом терапії. На наш погляд, у РР з ворожим типом ставлення до підтримувального лікування на підсвідомому рівні довгий час залишаються неусвідомлене відчуття провини «за передачу поганої генетики» та прихований страх власної стигматизації. При відстороненому типі реакції маніфестно-поведінкові реакції РР спрямовані на відсторонення від проблем, що пов'язані з медикаментозним лікуванням пацієнта з шизофренією. Родичі не оцінюють дії ліків ні позитивно, ні негативно. У цьому випадку вся відповідальність (контакти з лікарем, купівля ліків, регулярність їх прийому) лягає на самого хворого або ж його лікаря. Мабуть подібна поведінка зумовлена відходом від відповідальності та різного роду ситуацій, пов'язаних з утриманням хворого, його особистісними проблемами.

Проведений аналіз кореляцій показав наявність позитивного кореляційного зв'язку між ворожим типом ставлення РР до підтримувальної терапії та СТ3 (r=0,492), маніпулятивним типом та СТ1 та СТ4 (відповідно r=0,693 та r=0,502), підтримувальним типом ставлення та СТ1 (r=0,735), СТ4 (r=0,628).

Висновки

У референтних родичів пацієнтів з шизофренією реєструється середній рівень соціального інтелекту, що знижує їх здатність до міжособистісного пізнання, адекватності у розумінні поведінки пацієнта в кожній конкретній ситуації та створює передумови для деформації соціального сприйняття як у хворих на шизофренію, так і у референтних родичів, що, безумовно, призводить до зниження соціального функціонування сім'ї, погіршення якості життя її членів та формує певний тип ставлення до підтримувальної терапії як чинника оптимізації лікувального процесу.

Список використаної літератури

1. *Вишневская О. А. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией в ремиссии / О. А. Вишневская, А. Н. Гвоздецкий, Н. Н. Петрова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 4. – С. 30–35.*
2. *Гурович И. Я. 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.*
3. *Кирьянова Е. М. Социальное функционирование и качество жизни психически больных – важнейший показатель эффективности психиатрической помощи / Е. М. Кирьянова, Л. И. Сальникова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20, № 3. – С. 73–74.*
4. *Лутов Н. Б. Типология отношения семьи к терапии психотропными препаратами: метод. рекомендации / Н. Б. Лутов, О. В. Макаревич. – СПб.: НИПНИ, 2011. – 19 с.*
5. *Михайлова Е. С. Социальный интеллект: концепции, модели, диагностика / Е. С. Михайлова – СПб.:СПБГУ, 2007. – 266 с.*
6. *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.*

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И ТИПА ОТНОШЕНИЯ К ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ РЕФЕРЕНТНЫХ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Е.Я. Пшук, Н.Г. Пшук

Исследованы составляющие социального интеллекта (истории с завершением, группы экспрессии, невербальная экспрессия, истории с дополнением) референтных родственников пациентов с шизофренией как фактора психосоциальной адаптации в контексте типологии отношения референтных родственников к поддерживающей терапии.

Ключевые слова: социальный интеллект, референтный родственник, шизофрения, поддерживающая терапия.

CORRELATION OF THE LEVEL OF SOCIAL INTELLIGENCE AND TYPE RELATION TO MAINTENANCE THERAPY REFERENCE RELATIVES OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Y.Y. Pshuk, N.G. Pshuk

Examined components of social intelligence (history of completion, group expression, nonverbal expression, history 's complement) reference relatives of patients with schizophrenia as a factor in psychosocial adaptation in the context of the relevant typology of reference relative to maintenance therapy.

Key words: social, intelligence, a relative reference, schizophrenia supportive therapy.

УДК: 616.89

О.О. Хаустова, О.В. Бушинська, О.В. Прохорова, С.Г. Сахно

ДІАГНОСТИКА АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

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

Значна кількість пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями мають поєднані психічні розлади, найбільш поширеними з яких є депресія, тривога, легкі когнітивні порушення. Вони суттєво знижують соціальну адаптацію, якість життя, тому необхідним є врахування їх ролі у хронізації соматичних захворювань. Раннє виявлення та лікування розладів психіки є перспективним для попередження багатьох соматичних захворювань та навіть зниження ризику розвитку деменції у пізньому віці. Значна поширеність та низька частота виявлення афективних порушень, недостатня терапія поєднаних хворобливих станів помітно знижують ефективність надання медичної допомоги, утруднюють її організацію та сприяють росту незадоволення населення якістю медичної допомоги. Поширення практики діагностики та терапії психічних розладів у закладах первинної медичної мережі – загальна тенденція розвитку медичної допомоги у різних країнах світу.

Авторами проведено дослідження пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями з використанням госпітальної шкали депресії та тривоги HADS. Виявлено, що серед пацієнтів первинної мережі депресія є більш значущим психопатологічним феноменом порівняно з тривогою незалежно від віку та статі. Було виявлено підвищення тривоги у чоловіків після 55 років, а у жінок вищий рівень тривоги спостерігався до 55 років. Прояви психопатологічного феномена депресії у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями є більш диференційованими за віком та статтю. Групу субклінічної депресії становили чоловіки віком старше 55 років та жінки до 55 років. У групі жінок старшого віку автори верифікували клінічно виражену депресію. Жінки з хронічними неінфекційними захворюваннями виявилися більш вразливими щодо проявів обох психопатологічних феноменів – тривоги і депресії. Своєчасне виявлення афективних розладів дозволить планувати оптимальні методи терапевтичної інтервенції для запобігання їх подальшому поглибленню, що підвищить якість лікування пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями в цілому.

Ключові слова: депресія, тривога, хронічні неінфекційні захворювання, госпітальна шкала тривоги і депресії HADS, первинна медична допомога.

Актуальність проблеми надання психіатричної допомоги в первинній медичній мережі пацієнтам з непсихотичними психічними розладами невпинно зростає в останні роки, оскільки за даними статистики велика кількість пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями мають супутні психічні розлади, найпоширенішими з яких є депресія, тривога, легкі когнітивні порушення [1–10]. Значне зростання депресивних порушень істотно впливає на рівень соціальної адаптації, якість життя людей і вимагає врахування їх ролі у хронізації соматичних захворювань. Безперечною є їхня роль у формуванні психосоматичних та нервово-психічних розладів прикордонного рівня, які потрапляють у поле зору лікарів загальної практики. Якщо цей розлад зберігається у хворих протягом року (а такі хворі становлять 11 % дорослого населення), воно більш обмежує можливості фізичного, соціального і професійного функціонування, а також більш тривалого стаціонарного лікування, ніж лише за наявності соматичного захворювання. За даними деяких авторів, у 2009 році 20–30 % хворих, які перебували під спостереженням у загальній медичній практиці, мали ті чи інші тривожно-депресивні розлади (ТДР) [11].

Проте цей відсоток невпинно зростає, і вже в 2012 році становив від 50 до 80 % осіб, які зверталися в систему первинної ланки медичної допомоги зі скаргами соматичного характеру [12, 13]. Такі пацієнти лікуються у кого завгодно, але тільки не у психіатра або психотерапевта. Раннє виявлення і лікування емоційних розладів є перспективним для попередження багатьох соматичних захворювань і навіть зниження ризику розвитку деменції в пізньому віці.

Лікарі-інтерністи виявляють психічні розлади у 36,9–60,1 % пацієнтів, у той час як при психіатричному огляді психічні розлади встановлюються у 53,2–89,2 % пацієнтів. Серед осіб із невиявленими психічними розладами переважали хворі з більш високим соціальним статусом, високим рівнем освіти та менш вираженими симптомами тривоги та депресії. Значна поширеність і низька частота виявлення, а також зумовлена цим недостатня терапія поєднаних соматичних і тривожно-депресивних розладів помітно знижують ефективність надання медичної допомоги, ускладнюють її організацію та сприяють зростанню незадоволеності населенням якістю медичної допомоги. Психічні роз-

лади у пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями зустрічаються часто. Наприклад, за даними епідеміологічного дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у 60 країнах світу депресію виявлено у 9,3–23 % пацієнтів за наявності хронічних соматичних захворювань, що достовірно вище, ніж за відсутності останніх. При цьому депресія більшою мірою погіршувала стан здоров'я, ніж власне соматична патологія, і пов'язана з гіршим прогнозом соматичного захворювання (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2010) з точки зору інвалідності, більш високим рівнем потреби в медичній допомозі та зниженням якості життя. З іншого боку, наявність хронічного соматичного захворювання сприймається особою як безперервний стрес, що призводить до депресивного розладу (American Psychiatric Association, 2010). Поєднання депресії, тривоги і соматичного захворювання підвищувало ризик непрацездатності в 2,5–3 рази порівняно з кожним станом окремо. За наявності даної коморбідності формується патологічне коло з двобічними зв'язками, що впливає не тільки на працездатність пацієнтів, а і на тривалість та клінічний перебіг соматичного захворювання, прихильність хворого до лікування і навіть рівень смертності.

За даними статистики 46 % пацієнтів, що мають тривожно-депресивні розлади, лікуються у лікарів загальної практики, 46 % – амбулаторно у психіатрів і лише 8 % перебувають на стаціонарному лікуванні в психіатричних клініках.

За даними дослідження ВООЗ в Україні депресія превалює серед жінок, рівень депресивних розладів значно збільшується з віком. Серед респондентів старше 50 років депресивні розлади становлять 13,2 % для чоловіків і 25,9 % для жінок. Ситуація ускладнюється ще й тим, що особи з психічними розладами рідко звертаються за медичною допомогою. Для афективних розладів протягом життя рівень звернень становив 16,6 %, і лише 25 % людей, що випробовували суїцидальні наміри, говорили про це з фахівцями. Україна є лідером серед європейських країн за кількістю депресій [7]. Саме наявністю недіагностованих депресій пояснюється значна частина наявних та прихованих самогубств. Від 30 % до майже 70 % із тих, хто пішов з життя внаслідок «смерті у побуті», зверталися за допомогою зі скаргами на соматичний стан до лікаря-інтерніста за 1–12 місяців до смерті [8].

Пацієнти з соматичними симптомами при депресивному або тривожному розладі частіше відвідують лікаря, ніж хворі з органними захворюваннями. Органічна природа соматичних симптомів після трирічного спостереження знаходить підтвердження не частіше, ніж у 16 % випадків, але близько 80 % таких пацієнтів при первинному відвідуванні висловлюють виключно соматичні скарги [14]. Європейське дослідження Товариства з вивчення депресій (DEPRES II) продемонструвало, що 2 із 3 найбільш часто діагностованих ознак депресії в первинній медичній практиці були соматичними: зниження енергії, вітальна втома, млявість спостерігалися у 73 % пацієнтів, порушення сну – 63 %. При первинному зверненні у 65 % цих хворих були складнощі з диференціальною діагностикою афективного розладу і соматичного захворювання [15–17].

До основних причин низької діагностики у даної категорії хворих слід віднести схильність до психологізації в поясненні виникнення порушень непсихотичного рівня, недостатня поінформованість населення та лікарів загальної практики щодо психічних розладів, побоювання пацієнтів психіатричних стигм, переважання зацікавленості у соматичному здоров'ї з витісненням значення психічного благополуччя, зниження соціальної активності та приписування психічним порушенням статусу «проявів старіння».

Поширення практики діагностики та терапії непсихотичних психічних розладів в установах первинної медичної мережі – загальна тенденція розвитку медичної допомоги в різних країнах світу.

Оцінка психічного стану пацієнта і діагноз часто залежать від того, які зміни визначив лікар. Для об'єктивізації та стандартизації оцінки психічного статусу використовуються різноманітні шкали, тести та опитувальники. Застосування поширених міжнародних шкал, опитувальників дозволяє оптимізувати діагностику, лікувальну тактику та оцінку динаміки психічного стану пацієнта поряд із сучасними інструментальними і лабораторними методами дослідження. Проте слід ще раз наголосити, що шкали, тести та самоопитувальники – це лише інструмент доповнення і об'єктивізації самопочуття пацієнта поряд з іншими методами дослідження, в тому випадку, коли діагноз вже встановлено, або це привід звернутися до потрібного спеціаліста при тривалих соматичних і емоційних проблемах [18]. Коморбідність соматичної та психічної патології потребує спільних зусиль психіатрів і лікарів-інтерністів, а терапевтична тактика залежить від того, яка патологія на даному етапі є провідною [19]. Відповідно до статті 27 Закону України «Про психіатричну допомогу» питання встановлення діагнозу психічного захворювання належать виключно до компетенції лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів. Отже, оцінка вищевказаних симптомів лікарем-психіатром дозволяє встановити діагноз депресивного розладу.

Метою даного дослідження була діагностика афективних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями на етапі первинної медичної допомоги.

Матеріали та методи дослідження

За умови отримання інформованої згоди авторами було обстежено 115 пацієнтів Дорожньої клінічної лікарня №2 ст. Київ-Пасажирський за «Уніфікованою картою обстеження пацієнта з хронічними неінфекційними захворюваннями», до якої входить Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS.

Шкалу розробили A.S. Zigmond і R.P. Snaith ще в 1983 році для виявлення та оцінки тяжкості депресії та тривоги в умовах загальносоматичної мережі. Перевагами даної шкали є простота застосування і обробки (заповнення шкали не вимагає тривалого часу і не викликає труднощів у пацієнта). Вона має високу валідність щодо двох психопатологічних феноменів – тривоги і депресії.

Шкала складається з 14 тверджень, які обслуговують 2 підшкали: підшкала Т – «тривога»: непарні пункти 1,

3, 5, 7, 9, 11, 13; підшкала D – «депресія»: парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Кожному твердженню відповідають 4 варіанта відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність ознаки) до 3 (максимальна її вираженість).

Як і у всіх випадках застосування суб'єктивних шкал, для досягнення валідних результатів необхідно забезпечити самостійне заповнення шкали пацієнтом (без обговорення варіантів відповіді з родичами, знайомими, сусідами по палаті). У разі необхідності слід надати пацієнту відокремлене місце, а для забезпечення спонтанності відповіді бажано встановити пацієнту чіткі часові рамки для заповнення шкали (близько 20–30 хвилин). За цей час шкала має бути заповнена повністю. Якщо пацієнт пропустив окремі пункти або перервав заповнення шкали на значний термін (кілька годин), рекомендується провести повторне тестування з використанням нового бланка. При інтерпретації даних враховується сумарний показник по кожній підшкалі (T і D), при цьому виділяються 3 групи значень: 0–7 балів – норма; 8–10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія; 11 балів і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Результати та їх обговорення

Із 115 пацієнтів, що були обстежені за «Уніфікованою картою обстеження пацієнта з хронічними неінфекційними захворюваннями», у 62 хворих виявлено психосоматичні розлади: 7 (11,3 %) осіб – чоловіки до 55 років, 18 (29,0 %) – старше 55 років; 16 (25,8 %) – жінки до 55 років, 21 (33,9 %) – після 55 років. Контрольну групу склали 53 пацієнта тієї самої лікарні, група репрезентативна за статтю і віком з основною: 6 (12,5 %) – чоловіки до 55 років, 15 (27,8 %) – після 55 років; 14 (26,3 %) – жінки до 55 років, 18 (33,4 %) – після 55 років. Супутня соматична патологія включала: захворювання серцево-судинної системи – у 58 % пацієнтів, захворювання дихальної системи – у 15 %, шлунково-кишкового тракту – у 37 %, сечостатевої системи – у 19 % (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів за супутньою соматичною патологією

Патологія	Поширеність	
	абс.	%
Серцево-судинної системи	63	58,0
Шлунково-кишкової системи	35	37,0
Дихальної системи	23	15,0
Сечостатевої системи	14	19,0

За госпітальною шкалою HADS у чоловіків віком до 55 років рівень субклінічної тривоги та депресії становив 28,6 % випадків, клінічно вираженої тривоги та депресії не спостерігалося; після 55 років: рівень субклінічної тривоги становив 44,4 %, депресії – 22,2 %; клінічно вираженої тривоги не спостерігалось, а депресія відмічалась у 16,7 % пацієнтів. У жінок віком до 55 років: рівень субклінічної тривоги становив 40,1 %, депресії – 33,3 %; клінічно виражена тривога спостерігалась у 33,3 %, депресія – у 40,1 % осіб; після 55 років субклінічна тривога та депресія спостерігались у 14,3 %; клінічно виражена тривога – у 14,3 %, депресія – у 57,1 % (табл. 2).

Таблиця 2. Розподіл пацієнтів за вираженістю депресії та тривоги

Показник	Чоловіки		Жінки	
	до 55 років	після 55 років	до 55 років	після 55 років
Субклінічна тривога	28,6 %	44,4 %	40,1 %	14,3 %
Субклінічна депресія	28,6 %	22,2	33,3 %	14,3 %
Клінічна тривога	–	–	33,3 %	14,3 %
Клінічна депресія	–	22,2 %	40,1 %	57,1 %

Отже, проведене дослідження з використанням госпітальної шкали депресії і тривоги HADS виявило, що серед пацієнтів первинної мережі депресія є більш вираженим психопатологічним феноменом порівняно з тривогою незалежно від віку і статі. Водночас відмічено підвищення тривоги у чоловіків після 55 років, в той час як у жінок вищий рівень тривоги спостерігається в більш молодому році (до 55 років). За даними авторів, феномен тривоги сягав субклінічного рівня (8,5 бала) лише в групі жінок до 55 років (рис. 1).

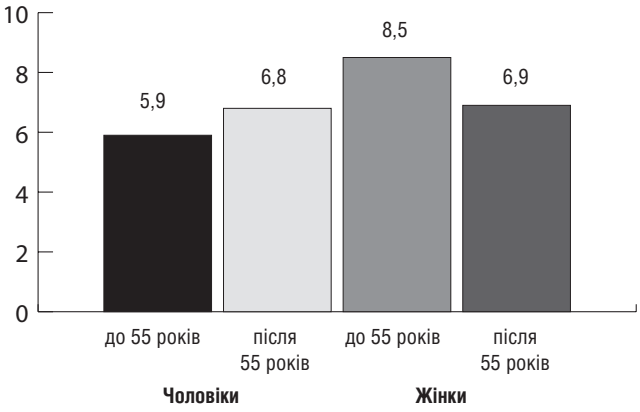


Рис. 1. Показники тривоги за шкалою HADS

Прояви психопатологічного феномена депресії у пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями є більш диференційованими за віком і статтю. В групу субклінічної депресії увійшли чоловіки старше 55 років (7,4 бала) та жінки до 55 років (9,3 бала). В групі жінок більш старшого віку автори верифікували клінічно виражену депресію (10,3 бала) (рис. 2).

Отже, жінки з хронічними неінфекційними захворюваннями виявилися більш уразливим контингентом

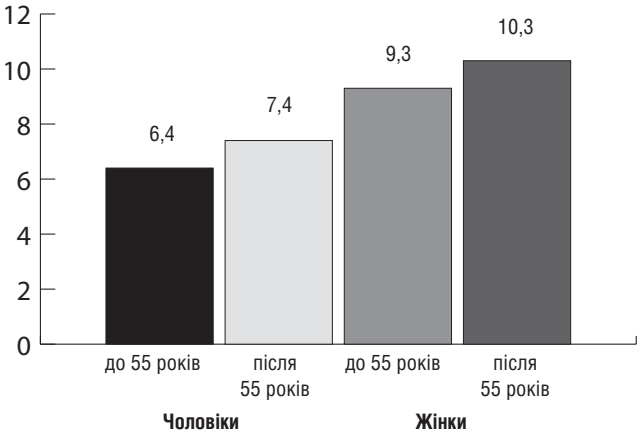


Рис. 2. Показники депресії за шкалою HADS

щодо проявів обох психопатологічних феноменів – тривоги і депресії. Причому в клінічній бесіді чоловіки наголошували на негативному впливі соматичної хвороби на фізичний стан в цілому і на виробничі досягнення. Водночас жінки більше переймалися власною неспроможністю щодо ведення домогосподарства, піклування за дітьми та іншими родичами, а вже потім вказували на виробничі проблеми. Таке сприйняття пацієнтами себе в мікро- та мезосоціумі певним чином сприяло визначеному розподілу серед обстежених феноменів тривоги і депресії.

Висновки

Таким чином, своєчасне виявлення афективних розладів за допомогою госпітальної шкали тривоги і депресії HADS дозволить планувати оптимальні методи терапевтичної інтервенції для запобігання подальшому поглибленню тривожно-депресивних порушень, що, в свою чергу, буде мати соціальну, медичну та економічну ефективність.

Список використаної літератури

1. *Пінчук І.Я. Актуальні питання геронтопсихіатрії: навчальний посібник / Пінчук І.Я., Чайковська В.В., Стаднюк Л.А. та ін. – Тернопіль: ТзОВ «Терно-граф», 2010. – 432 с.*
2. *Пінчук І.Я. Геронтопсихіатрична допомога: сучасні підходи. Монографія. – Тернопіль: ТзОВ «Терно-граф», 2011. – 244 с.*
3. *Краснов В.Н. Организационные вопросы помощи больным депрессией. – М.: Московский НИИ психиатрии Минздрава РФ, 2008.*
4. *Нулевая версия проекта Глобального плана действий по охране психического здоровья 2013–2020, версия от 27 августа 2012.*
5. *Пінчук І.Я. Актуальні питання геронтопсихіатрії: навчальний посібник / Пінчук І.Я., Чайковська В.В., Стаднюк Л.А. та ін. – Тернопіль: ТзОВ «Терно-граф», 2010. – 432 с.*
6. *Пінчук І.Я. Геронтопсихіатрична допомога: сучасні підходи. Монографія. – Тернопіль: ТзОВ «Терно-граф», 2011. – 244 с.*
7. *Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні. Інформаційно-аналітичний огляд за 2008–2012 рр. – К., 2013. – 202 с.*
8. *Хаустова О.О. Самогубства та побутова смертність в Україні: підсумки 2012 року // Укр. вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, вип. 4 (77). – С. 12–18.*
9. *Смулевич А.Б. Клинико-эпидемиологические аспекты проблемы пограничных психических и психосоматических расстройства в общей медицине (обзор литературы) / А.Б. Смулевич, А.В. Андрющенко, Д.В. Романов // Псих. расстройства в общей медицине. – 2010. – №2. – С. 23–42.*
10. *Смулевич А.Б. Клинико-эпидемиологические аспекты проблемы пограничных психических и психосоматических расстройства в общей медицине (обзор литературы) / А.Б. Смулевич, А.В. Андрющенко, Д.В. Романов // Псих. расстройства в общей медицине – 2010. – №2. – С. 23–42.*
11. *Марута Н.А. Депрессии в общемедицинской практике (справочное пособие для врачей первичной медико-санитарной сети) / Н.А. Марута, Л.Н. Юрьева, А.И. Мамчур. – К., 2009. – 30 с.*
12. *Чабан О.С. Депрессия / О.С. Чабан, О.О. Хаустова, О.О. Жабенко – К., 2011. – 120 с.*
13. *Терапия антидепресантами и другие методы лечения депрессивных расстройств. Доклад Рабочей группы CINP на основе обзора доказательных данных. – К.: ЧП ВМБ, 2009. – 216 с.*
14. *Katon W.J., Lin E.H.B., Von Korff M. et al. Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses // N. Engl. J. Med. – 2010. – Vol. 363. – P. 2611–2620.*
15. *Christensen H. Community-based prevention programs for anxiety and depression in youth: a systematic review / Pallister E., Smale S., Hickie I.B. et al. // J. Prim. Prev. – 2010. – Vol. 31 (3). – P. 139–170.*
16. *Munoz R.F. Major depression can be prevented / R.F. Munoz, W.R. Beardslee, Y. Leykin // Am. Psychol. – 2012. – Vol. 67 (4). – P. 285–295.*
17. *Munoz R.F. Prevention of major depression / Cuijpers P., Smit F., Barrera A.Z. et al. // Annu. Rev. Clin. Psychol. – 2010. – Vol. 6. – P. 181–212.*
18. *Чабан О.С. Депресія: розуміння, лікування сьогодні та завтра / О.С. Чабан, О.О. Хаустова // Міжнар. психіатр., психотерапевти. та психоаналіз. журн. – 2012. – Т. 6, №2 (18). – С. 20–26.*
19. *Белялов Ф.И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности. – Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. – 297 с.*

ДИАГНОСТИКА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Е.А. Хаустова, Е.В. Бушинская, О.В. Прохорова, С.Г. Сахно

Большое количество пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями страдают сопутствующими психическими расстройствами, наиболее распространенными из которых являются депрессия, тревога, легкие когнитивные расстройства. Они существенно снижают социальную адаптацию, качество жизни, поэтому требует учета их роли в хронизации соматических заболеваний. Раннее выявление и лечение расстройств психики является перспективным для предупреждения многих соматических заболеваний и даже снижения риска развития деменции в позднем возрасте. Широкая распространенность и низкая частота выявления аффективных нарушений, недостаточная терапия сочетанных болезненных состояний заметно снижают эффективность оказания медицинской помощи, затрудняют ее организацию и способствуют росту недовольства населения качеством медицинской помощи. Распространение практики диагностики и терапии психических расстройств в учреждениях первичной медицинской сети – общая тенденция развития медицинской помощи в различных странах мира.

Авторами проведено исследование пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями с использованием госпитальной шкалы депрессии и тревоги HADS. Было обнаружено, что среди пациентов первичной сети депрессия является более значимым психопатологическим феноменом по сравнению с тревогой независимо от возраста и пола. Было отмечено повышение тревоги у мужчин после 55 лет, а у женщин больший уровень тревоги наблюдался до 55 лет. Проявления психопатологического феномена депрессии у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями являются более дифференцированными по возрасту и полу. Группу субклинической депрессии составили мужчины после 55 лет и женщины до 55 лет. В группе женщин более старшего возраста мы верифицировали клинически выраженную депрессию. Женщины с хроническими неинфекционными заболеваниями оказались более уязвимыми в отношении проявлений обоих психопатологических феноменов: тревоги и депрессии. Своевременное выявление аффективных расстройств позволит планировать оптимальные методы терапевтической интервенции для предотвращения их дальнейшего углубления, что повысит качество лечения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в целом.

Ключевые слова: депрессия, тревога, хронические неинфекционные заболевания, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, первичная медицинская помощь.

AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES

O. Khaustova, O. Bushinska, O. Prokhorova, S. Sahno

A large number of patients with chronic non-communicable diseases suffer psychiatric comorbidity, the most common of which are depression, anxiety, mild cognitive disorders. They significantly reduce social inclusion, quality of life, and therefore requires consideration of their role in chronic somatic diseases . Early detection and treatment of mental disorders is promising for the prevention of many systemic diseases and even reduce the risk of dementia in later life. High prevalence and low incidence of affective disorders, inadequate therapy concomitant disease states significantly reduce the effectiveness of care, impede its organization and contribute to the growth public discontent quality of care. Spread practice of diagnosis and treatment of mental disorders in primary care network – the general trend of development of health care in different countries.

We conducted a study of patients with chronic non-communicable diseases using the hospital anxiety and depression scale HADS. We found that among patients primary network depression is more important psychopathological phenomenon compared with anxiety, regardless of age and gender. There was an increase of anxiety in men after 55 years, and for women a greater level of anxiety was observed up to 55 years. Psychopathological manifestations of the phenomenon of depression in patients with chronic non-communicable diseases are more differentiated by age and sex. Subclinical depression group were men after age 55 and women to 55 years. In the group of older women, we verified clinically severe depression. Women with chronic non-communicable diseases were more vulnerable to manifestations of both psychopathological phenomena: anxiety and depression. Timely detection of affective disorders will allow best practices to plan therapeutic intervention to prevent their further development will improve the quality of treatment of patients with chronic non-communicable diseases in general.

Key words: depression, anxiety, chronic non-communicable diseases, hospital anxiety and depression scale HADS, primary health care.

УДК: 57.017.68+616.1/9

И.В. Калугин, Е.А. Хаустова

СТАРЕНИЕ ОРГАНИЗМА И ПОЛИМОРБИДНОСТЬ

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

В статье представлены результаты исследования, проведенного на базе геронтопсихиатрического отделения Мариупольской городской психиатрической больницы и обзора литературы на тему старения организма и полиморбиднисти. Описаны процессы старения, полиморбидности, полипрагмазии у пожилых пациентов, которые являются актуальной проблемой современной медицины и в частности социальной психиатрии. Изучение этих явлений позволит улучшить эффективность лечения пациентов пожилого возраста, значительно снизить риск развития побочных эффектов, уменьшить финансовую нагрузку и в целом улучшить качество жизни пожилых пациентов.

Ключевые слова: старость, полиморбидность, полипрагмазия.

На протяжении всей истории человечества тема старения и смерти имела актуальное значение. Веками мыслители, философы обсуждали причины старения, алхимики искали эликсир молодости, а многие религии придавали старению особое сакрально – мистическое значение [14]. По мнению исследователей в области биологии, старение и смерть являются базовыми, сущностными биологическими свойствами, отражающими функционирование и эволюцию всех живых организмов, включая человека [5]. Человеческая жизнь провозглашена основной ценностью во многих странах, но для человека старение всегда имело особое значение.

Старение населения – глубинный процесс, оказывающий большое влияние на все стороны жизни людей. Этот процесс характеризуется увеличением доли пожилых людей (60 лет и старше) при сокращении доли детей (в возрасте до 15 лет) и населения трудоспособного возраста (от 15 до 59 лет). По оценкам ООН, население мира в возрасте 60 лет и старше составляло в 2000 году 600 миллионов человек, что почти втрое превышает численность этой возрастной группы в 1950 году (205 миллионов человек). В 2009 году она превысила 737 миллионов человек, а к 2050 году составит более 2 миллиардов человек, еще раз утроившись за период времени в 50 лет. Ожидается, что в период до 2050 года лица старше 60 лет будут составлять половину взрослого населения планеты. Согласно прогнозам ООН, к 2050 году 22% населения земли будет пенсионерами, а в развитых странах на каждого работающего гражданина будет приходиться по пенсионеру [31]. Старение населения приобрело беспрецедентные масштабы, не имеющие аналогов за всю историю человечества.

Термин «старость» нельзя определить точно, так как в разных обществах этот термин имеет разные значения. Во многих частях света люди считаются старыми из-за некоторых изменений в их активности и социальной роли. Например, люди могут считаться старыми, когда они становятся бабушками и дедушками, или когда они начинают выполнять меньшее количество работы. В России, в Европе, в США и во многих других странах люди считаются старыми, когда они прожили определённое количество лет. Возрастная характеристика старости делится на следующие этапы: 60–74 лет – пожилой возраст, 75–89 лет – старческий возраст, 90 лет и старше – долгожители [1]. На Западе существует понятие «третий возраст» – это период активной жизни, который начинается с выходом на пенсию. Именно в «третьем возрасте» люди чаще всего путешествуют, ездят на выставки и концерты в другие города и даже в другие страны, отдаются хобби, обретают новые интересы. Многие ученые предпочитают определение старости как периода жизни человека от момента утраты способности организма к продолжению рода до момента смерти. Этот период характеризуется ухудшением здоровья, умственных способностей, затуханием функций организма [36].

Первые попытки научного объяснения старения начались в конце XIX века. В одной из первых работ Вейсман предложил теорию происхождения старения, как свойства, которое возникло в результате эволюции. Согласно Вейсману [21] – «не стареющие организмы не только не являются полезными, они вредны, потому что занимают место молодых». Это, согласно Вейсману, должно было привести эволюцию к возникновению старения.

Важным шагом в исследовании старения был доклад профессора Питера Медавара перед Лондонским королевским обществом в 1951 году под названием «Нерешённая проблема биологии» [13]. В этой лекции он подчеркнул, что животные в природе редко доживают до возраста, когда старение становится заметным, таким образом, эволюция не могла оказывать влияние на процесс развития старения. Эта работа положила начало целой серии новых исследований.

На протяжении следующих 25 лет исследования имели преимущественно описательный характер. Тем не менее, начиная с конца 70-х годов возникает большое количество теорий, которые пытались объяснить старение.

Все теории старения можно условно разделить на две большие группы [6]: эволюционные теории и теории, основанные на случайных повреждениях клеток. Согласно первой категории теорий старение является не необходимым свойством живых организмов, а запрограммирован-

ным процессом. Согласно этим теориям, старение развилось в результате эволюции из-за некоторых преимуществ, которые она даёт целой популяции [26]. В отличие от них, теории повреждения предполагают, что старение является результатом природного процесса временного накопления повреждений, с которыми организм старается бороться, а различия старения у разных организмов являются результатом разной эффективности этой борьбы [8]. Сейчас последний подход считается установленным в биологии старения [13]. Тем не менее, некоторые исследователи всё ещё защищают эволюционный подход, а некоторые – совсем игнорируют деление на эволюционные теории и теории повреждений.

Учеными разработано несколько **теорий**, с помощью которых предпринимаются попытки объяснить суть явления старения [36]:

1. Молекулярные механизмы.

Существуют свидетельства нескольких важнейших механизмов повреждения макромолекул, которые обычно действуют параллельно один другому или зависят один от другого. Во многих из этих процессов важную роль играют активные формы кислорода (в частности свободные радикалы). Набор свидетельств о их влиянии был получен достаточно давно и сейчас известен под названием «свободнорадикальная теория старения» [7].

2. Теория соматических мутаций.

Многие работы показали увеличение с возрастом числа соматических мутаций и других форм повреждения ДНК, предлагая репарацию (ремонт) ДНК в качестве важного фактора поддержки долголетия клеток [29].

3. Накопление изменённых белков.

Также важен для выживания клеток кругооборот белков, для которого критично появление повреждённых и лишних белков. Окисленные белки являются типичным результатом влияния активных форм кислорода, которые образуются в результате многих метаболических процессов клетки и часто мешают корректной работе белка [28]. Существуют свидетельства, что накопление повреждённых белков действительно происходит с возрастом и может отвечать за такие ассоциированные с возрастом болезни как болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона и катаракта [31].

4. Митохондриальная теория.

Митохондриальная теория старения впервые была предложена в 1978 году (митохондриальная теория развития, старения и злокачественного роста). Суть её заключается в том, что замедление размножения митохондрий в высокодифференцированных клетках, вследствие дефицита кодируемых в ядре митохондриальных белков, создает условия для возникновения и селективного отбора дефектных делеционных мтДНК, увеличение доли которых постепенно снижает энергетическое обеспечение клеток [18].

5. Утрата теломер.

Потеря способности клеток человека к делению связана с утратой теломер на концах хромосом, которые утрачиваются после определённого количества делений. Это происходит из-за отсутствия фермента теломеразы, который обычно экспрессуется только у зародышевых и стволовых клеток [32, 33].

6. Эпигенетическая теория старения [15].

Клетки со временем медленно теряют маркеры репрессированного хроматина, что может быть связано с дифференцировкой клеток в организме. Утрата маркеров репрессии рано или поздно должна приводить к дерепрессии дремлющих транспозонов и, соответственно, к росту количества вызванных ими повреждений ДНК с последующей активацией клеточной системы репарации ДНК [19]. Данный процесс ускоряет утрату теломерной ДНК в десятки раз, а последующий апоптоз большинства клеток и предопределяет старение как биологическое явление.

7. Системные и сетевые механизмы.

На первых этапах исследования старения многочисленные теории рассматривались как конкурирующие в пояснении эффекта старения. Тем не менее, сегодня считается, что многие механизмы повреждения клеток действуют параллельно, и клетки также должны тратить ресурсы на борьбу со многими механизмами [6].

8. Клеточный ответ на старение.

Важным вопросом старения на уровне клеток и тканей является клеточный ответ на повреждения. Из-за стохастической природы повреждений отдельные клетки стареют, например, в связи с достижением границы Хейфлика, быстрее остальных клеток [5]. Таким образом, по современным представлениям, клетка стареет в результате накопления повреждений. Скорость этого накопления определяется, в первую очередь, генетически определёнными затратами на ремонт и поддержку клеточных структур, которые, в свою очередь, определяются организмом для удовлетворения своих экологических потребностей [7].

Старение – неизбежно возникающий процесс с ограничением адаптационных возможностей организма, увеличением вероятности смерти, укорочением длительности жизни, который способствует развитию возрастозависимой патологии.

Различают нормальное (физиологическое) и преждевременное старение. При физиологическом старении возрастные изменения в организме происходят относительно плавно. Человек до преклонных лет сохраняет физическую и умственную активность, интерес к окружающему миру. Поэтому нормальное старение нельзя отождествлять с болезнью [12].

Естественные признаки физиологического старения – изменение внешнего вида, психики, снижение работоспособности, физической активности и т. п. Они возникают в возрасте примерно 60 лет, но сам процесс старения начинается гораздо раньше – в то время, когда заканчиваются рост и развитие организма. Уже в 30–35 лет уровень активности биологических процессов во всех физиологических системах снижается. Темп и характер старения в значительной мере зависят от приспособительных возможностей организма. Существенную роль играет конституция человека, которая, прежде всего, определяется наследственностью. Например, у представителей одной семьи наиболее заметные возрастные изменения в первую очередь проявляются в сердечно-сосудистой системе, а у представителей другой – в эндокринной и т. д.

Процесс физиологического старения в различных тканях и органах начинается в разное время и протекает с различной интенсивностью. Естественное старение является постепенным процессом. Сначала оно атакует наиболее ослабленную систему организма, и если пожилой человек не предпринимает восстановительных мер, старение охватывает и другие органы. В процессе старения организма происходят разнообразные внешние и внутренние изменения – обменные, структурные, функциональные, косметологические (косметико-дерматологические), психические и психологические. Само старение заключается в постепенном снижении жизнеспособности клеток организма: в них по-иному, чем раньше, происходит синтез белка, ослабляется активность окислительных ферментов, нарушается функция клеточных мембран. В конечном итоге эти процессы приводят к разрушению и гибели клеток [4].

Нужно сказать, что потеря клеток в различных органах и частях одного и того же органа неодинакова. Например, в соединительной ткани изменяются все ее компоненты, с возрастом функциональные возможности мышечных клеток снижаются. Но в то же время в других клетках начинают развиваться важные приспособительные реакции, благодаря которым в течении длительного времени может поддерживаться оптимальный уровень жизнедеятельности организма.

Преждевременное старение обычно обусловлено перенесенными ранее заболеваниями, неблагоприятными факторами окружающей среды и вредными привычками. Очевидно, что употребление алкоголя, курение, нерациональное питание значительно снижают приспособительные возможности организма и способствуют развитию болезней, которые свойственны старческому возрасту. Ограничение приспособительных возможностей стареющего организма во многом определяется возрастными изменениями сердечно-сосудистой системы. У пожилых людей в состоянии покоя снижается частота сердечных сокращений, а при умеренных физических нагрузках сердечный ритм обычно не учащается, как это бывает в молодом возрасте. Такой режим, в принципе, ограждает сердце от чрезмерного напряжения, но ограничивает кровоснабжение органов и систем организма. При значительных физических нагрузках сердечные сокращения резко учащаются, возникает несоответствие между притоком крови к сердцу через коронарные сосуды и внезапным усилением обменных процессов в сердечной мышце, что приводит к недостаточности ее кровоснабжения [17]. В процессе старения развиваются атрофические и склеротические изменения в эндокринной и дыхательной системах: несколько увеличивается частота дыхания, более часто возникают дыхательные аритмии, снижается вентиляция легких. В процессе старения нарушаются функции пищеварительной и выделительной систем, костно-суставного аппарата, атрофируются скелетные мышцы.

В связи с преждевременным старением биологический возраст может «опережать» календарный: человек выглядит старше своих лет и соответственно себя чувствует. И наоборот: при нормальном (физиологическом) старении нередки случаи, когда состояние организма 70-летнего человека соответствует возрастным нормам 60-летнего. Человеческий организм перестраивается всю жизнь, он переходит из детства в юность, затем в зрелость и т. д. Любая перестройка организма, будь то половое созревание или старение, закономерна и биологически обусловлена. Каждая фаза жизни – особенная, у нее есть свои преимущества, и старение в этом смысле не является исключением [34].

Старение проявляется не только в снижении интенсивности внутренних процессов, но и в развитии новых биологических механизмов, призванных нормализовать связь организма с окружающей средой. Многие люди считают, что став пожилыми они превратятся в «развалины» и будут страдать от разных болезней. Боязнь надвигающейся старости и пассивность возникают не на пустом месте. Их порождают энграммы – биологические стереотипы, представляющие собой психологические установки и оценочные ориентиры, которые определяют жизненную программу человека, его поведение, а также психические особенности. Энграмма старости сильна и устойчива, она вызывает у человека беспокойство и неприятные ощущения, приводит его к психологическому дискомфорту со всеми вытекающими последствиями (стрессами, преждевременным старением и т. д.) [25].

Процесс старения затрагивает все системы и органы человека:

Старение опорно-двигательного аппарата

Практически все заболевания опорно-двигательного аппарата возникают вследствие того, что в процессе старения организма в костной ткани откладывается большое количество солей, из-за чего кости становятся хрупкими. В процессе старения в опорно-двигательном аппарате происходят некоторые изменения: в костной ткани нарушается баланс микроэлементов, что приводит к развитию остеопороза и остеохондроза. У людей пожилого возраста часто наблюдаются различные формы артрита (вследствие изнашивания суставы воспаляются). Самые пассивные мышцы (например, мышцы брюшной стенки) изнашиваются раньше, а самые задействованные (сгибатели и разгибатели конечностей) стареют позднее. Мышечная масса тела также уменьшается с возрастом. У 30-летних она равна 35,8 кг, а у 70-летних снижается до 22,8 кг. Скорость двигательных реакций уменьшается после 35 лет, но заметно снижается только после 60 лет. Это связано с ослаблением возбудимости нервных центров мышечной ткани, а также с уменьшением подвижности мышц. Время реакции у молодых людей в среднем составляет 0,14–0,18 с, у пожилых оно значительно больше – 0,28–0,54 с. В процессе старения постепенно уменьшается выносливость организма. К 65 годам ее уровень, по сравнению с молодым возрастом, снижается на 25% [24]. По мере старения люди становятся менее ловкими, у них снижается способность управлять своими действиями и рассчитывать объем усилий. Пожилым становится труднее выполнять движения, которые требуют высокой точности и хорошей координации.

Возрастные изменения кожи

Внешние (макроскопические) признаки старения кожного покрова появляются после 45 лет. К ним относятся морщинистость и пигментация кожи, появление складок на верхних веках, западение глазных яблок, впалость щек. Механизм старения кожи у каждого человека индивидуален и обусловлен генетически. Бывают случаи, когда все ее структуры сохраняют целостность и в 60 лет, а иногда они претерпевают значительные изменения уже к 40 годам. Обычно процесс старения кожи начинается тогда, когда снижается активность клеток эпидермиса, т. е. поверхностного слоя кожи, и дермы – соединительной ткани, находящейся под эпидермисом. Роговой слой кожи начинает утолщаться из-за появления большого количества отмерших клеток. Уязвимость стареющей кожи значительно возрастает, она становится менее защищенной, поскольку уменьшается количество клеток дермы.

В коже пожилых людей содержится мало пигмента, защищающего ее от солнечных лучей: клетки, которые отвечают за его синтез, функционируют слабо, и пигмент вырабатывается в недостаточном количестве. В результате образуются участки неравномерно пигментированной кожи – старческие кератомы [43]. Начиная с 50 лет (но иногда и раньше) в тканях уменьшается количество действующих капилляров (мелких кровеносных сосудов), из-за чего кожа «высушивается», в ней нарушается обмен веществ. Процессы регенерации кожи ухудшаются, поэтому раны заживают медленнее, а из-за повышенной ломкости стенок сосудов могут возникнуть кровоизлияния.

Изменения в системах кроветворения и кровообращения

Научные исследования убедительно доказывают, что красный (активный) костный мозг с возрастом уступает место белому (жировому). Особенно активно этот процесс происходит в некоторых длинных трубчатых костях (например в бедренной и большеберцовой). В плоских костях (в ребрах, грудине) он развивается более медленно и равномерно, охватывая период от 20 до 60 лет. В пожилом возрасте наблюдаются изменения и в селезенке. К 25 годам она достигает своего максимального размера, а затем постепенно уменьшается, что сопровождается снижением числа лимфоидных элементов, т. к. происходит фиброзно-жировое перерождение лимфатических узлов [18]. В процессе старения уменьшаются возбудимость, проводимость и сократимость сердечной мышцы. В ее клетках снижается количество митохондрий – элементов, в которых происходят окислительно-восстановительные реакции, обеспечивающие сердце энергией. В сердечной мышце становится меньше запасного углевода – гликогена, служащего источником энергии. К тому же, с годами начинают медленнее обновляться богатые энергией соединения – аденозинтрифосфорная и креатинофосфорная кислоты [41]. Описанным изменениям сопутствуют другие симптомы старения: снижается скорость кровотока, сокращается объем циркулирующей крови, в ней уменьшается содержание гемоглобина, ответственного за кислородный обмен.

Изменения в органах дыхания

Возрастные изменения в органах дыхания в первую очередь касаются вентиляции легких. По достижении 60 лет жизненная и общая емкость легких уменьшается, одновременно снижается другой показатель – максимальная легочная вентиляция за 1мин. Жизненная емкость легких в среднем уменьшается за год на 17,5 мл/м2 (миллилитр на квадратный метр поверхности тела), общая емкость – на 4,5 мл/м2. Возрастные изменения затрагивают и тканевое дыхание. Потребление кислорода за 1 ч в расчете на единицу поверхности тела постоянно снижается [17].

Изменения в системах пищеварения и выделения

Негативные изменения в пищеварительной системе начинают проявляться в первую очередь в ротовой полости – там, где происходит первичная обработка принимаемой пищи. Одна из главных причин ухудшения пищеварения – выпадение зубов: пища хуже пережевывается и недостаточно обрабатывается слюной (как известно, слюноотделение стимулируется тщательным пережевыванием). К тому же в слюне уменьшается количество различных компонентов, необходимых для правильного пищеварения. Ухудшается и работа желудка: пищеварительного сока выделяется меньше, заметно снижается его кислотность. Кроме того, в желудочном соке уменьшается количество пепсина – фермента, который расщепляет белки. Одновременно ослабляется мышечный тонус стенок желудка. Вследствие этих причин витамины, кальций и фосфор, жизненно важные аминокислоты и другие полезные вещества усваиваются организмом намного хуже [43]. С возрастом заметно ослабляется функция поджелудочной железы, перистальтика кишечника (сокращение мускулатуры его стенок) становится вялой.

Изменения в органах чувств

С годами подвергаются изменениям органы зрения и слуха. Хрусталик глаза начинает стареть уже в то время, когда организм растет. Этот процесс продолжается в зрелости и в пожилом возрасте. С течением времени также снижается адаптация зрения к слабому освещению. Возраст и предельный порог раздражения глаза тесно связаны между собой: с годами постепенно уменьшается скорость реакции зрачка на световой раздражитель. Уши стареют так же рано, как и глаза. Слух начинает ухудшаться практически в юношеском возрасте и к 50 годам заметно ослабевает [7] (например, не так хорошо, как прежде, воспринимаются высокие частоты).

Процесс старения нервной системы

Центральная нервная система призвана приспособить организм к существованию в условиях внешней среды, обеспечить для него механизмы, способствующие увеличению продолжительности жизни. Возникающие в нервной системе возрастные изменения – одна из главных причин старения.

В процессе старения организма значительно замедляется психомоторная реакция. Время, необходимое

для срабатывания условных рефлексов – сосудистых, двигательных, мигательных и дыхательных, – заметно увеличивается. С возрастом способность к одновременному и успешному выполнению нескольких видов деятельности резко ухудшается [43]. Это объясняется существенным изменением процессов биосинтеза белка в мозге. Выработка белка становится менее активной из-за снижения содержания РНК в нервных клетках, что обусловлено тем, что процесс продуцирования этой кислоты замедляется. В результате ухудшаются возбудимость и реактивность клеточных структур мозга. Основные нервные процессы – возбуждение и торможение – становятся неустойчивыми. В процессе старения изменяются структура и обменные процессы в нервных клетках (нейронах), в их длинных отростках (аксонах), а также в их ветвящихся отростках (дендритах). Это приводит к гибели части нейронов, что является практически невосполнимой потерей. В ходе последних исследований ученые установили [40], что нервные клетки хотя и делятся (раньше это отрицалось), но восстанавливаются крайне медленно.

Умственные способности стареющего человека

В процессе старения обмен веществ в головном мозге и скорость передачи нервного возбуждения постепенно становятся менее интенсивными, различные виды чувствительности притупляются, одновременно понижается активность рефлекторных цепей. Вследствие этого умственные способности ухудшаются. Способность к обучению, которая не зависит от понимания проблемы, утомляемости, целеустремленности, а имеет в своей основе память, с возрастом значительно понижается, как и способность к рассуждению [44].

Возрастные климактерические изменения

Климактерический период, который характеризуется постепенным угасанием половой функции на фоне общих возрастных изменений организма, является переломным моментом в жизни каждого человека. По сути, в это время в организме происходит гормональная перестройка.

Климакс бывает и у мужчин, и у женщин. Изменения, которые происходят в организме мужчины, начинаются в возрасте 50–60 лет и отличаются более медленным и мягким протеканием, чем у женщин. В мужских яичках количество клеток, вырабатывающих половые гормоны, уменьшается. Вследствие этого в крови снижается содержание половых гормонов и нарушается согласованная работа желез внутренней секреции, что, в свою очередь, приводит к расстройству функций всего организма. При этом появляются характерные признаки: учащенное сердцебиение, боли в области сердца, ощущение пульсации в голове, головокружение, повышение кровяного давления. Иногда наблюдаются ослабление памяти и снижение работоспособности. У женщин климактерический период заключается в постепенном угасании репродуктивной (детородной) функции, что выражается в нарушении менструального цикла: промежутки между месячными увеличиваются, а впоследствии менструации прекращаются совсем. Это объясняется тем, что к 40–50 годам у женщин в тканях гипоталамуса (отдела мозга, регулирующего гормональную сферу) развиваются возрастные изменения – нарушается цикличность выделения нейрогормонов [42]. Одновременно в гипофизе (железе внутренней секреции, расположенной у основания головного мозга) прекращается циклическая выработка гонадотропных гормонов, а половые железы перестают продуцировать половые гормоны – стероиды.

Психика и старение

Вследствие генетических сбоев, которые неизбежны в пожилом и старческом возрасте, психика и поведение человека также претерпевают изменения. Психические и поведенческие изменения взаимообусловлены: в некоторых ситуациях они образуют единое целое и происходят одновременно. Психические функции (точно так же, как и физиологические) в процессе старения ухудшаются. Этот процесс обусловлен и внутренними, и внешними факторами – изменением структуры и биохимии нервной ткани, ослаблением приспособительных возможностей организма, нарушением привычного ритма жизни в результате ухода на пенсию. Бывает, что внешние факторы воздействуют на пожилого человека более активно, чем внутренние.

Изменения поведения и психики иногда выражаются в ослаблении памяти, рассеянности, раздражительности, а также в эмоциональной неустойчивости вплоть до серьезных нарушений в этой сфере [44].

Процесс стремительного старения населения планеты, вызванный сокращением рождаемости и увеличением продолжительности жизни, приведет к серьезным социальным и экономическим последствиям. В экономической сфере старение населения отражается на экономическом росте, сбережениях, инвестициях и потреблении, рынках труда, пенсиях, налогообложении и трансфертах между поколениями. В социальной сфере старение населения сказывается на составе семьи и условиях жизни, потребностях в жилье, миграционных тенденциях, эпидемиологической обстановке и потребностях в медицинских услугах. В политической сфере старение населения способно повлиять на результаты выборов и систему политического представительства [30].

Сегодня успехи медицины и повышение уровня жизни позволили значительно увеличить среднюю продолжительность жизни (хотя изменения максимальной продолжительности жизни незначительны). В преимущественном большинстве стран этот процесс привёл к старению населения, где в связи с увеличением доли пожилых людей, которые имеют иные потребности, чем остальное население, в последние годы возникло много социальных и экономических вопросов, связанных со старением. Ведущие мировые ученые в области старения считают, что старение должно официально быть включено в список болезней и болезненных синдромов Всемирной организации здравоохранения, о чем в адрес ВОЗ было направлено коллективное письмо по результатам 3-й Международной конференции «Генетика старения и долголетия», которая проходила в Сочи в апреле 2014 года.

Взаимоотношение между старением и болезнью является камнем преткновения для современной меди-

цины. Упорное желание отдельных пациентов списать некоторые свои недуги на возраст находит отклик у медицинских работников, и нередко можно услышать от них: «Что вы хотите – возраст». На самом деле, старость – неизбежный этап развития организма, а болезнь – нарушение его жизнедеятельности, которое может возникнуть в любом возрастном периоде. Такая точка зрения на соотношение старения и болезни в настоящее время наиболее правомочна [10].

Развитие множества болезней у пожилых и старых людей отягощается возрастными изменениями. Возрастное снижение реактивности организма пожилого человека приводит к накоплению числа болезней и их прогрессированию, хотя у некоторых людей в течение долгого времени, иногда до конца жизни, это происходит без выраженных болезненных явлений. Однако при определенных условиях под влиянием различных внешних причин они могут стать основой развития болезней.

Чрезмерная увлеченность данными многоцентровых испытаний и иногда неправильное их использование приводят к формализации лечебно-диагностического процесса и врачебного мышления. Лучший диагностический инструмент – знания и опыт врача. Не мысль должна следовать за аппаратом или инструментом, а инструмент за мыслью. Поэтому, руководствуясь современными исследованиями, мы должны четко себе представлять, что лечить будем конкретного больного [2]. Часто приходится работать с пациентами, которые страдают синхронно несколькими заболеваниями в различных стадиях – это и есть полиморбидность.

Полиморбидность, или мультиморбидность (наличие нескольких заболеваний у одного больного), – одна из проблем лечебной практики. Необходимо учитывать обычную для людей пожилого и старческого возраста множественность патологии. Как правило, при тщательном обследовании больных этих возрастных групп находят патологические изменения в различных физиологических системах. Они обусловлены разными причинами, обычно тесно связанными с изменениями возрастного характера. Патологию старых людей нередко сравнивают с айсбергом, у которого большая часть объема скрыта под водой. Жалобы больного направляют внимание врача только на вершину этого айсберга, между тем для правильного лечения необходимо увидеть весь айсберг [38].

Взаимовлияние заболеваний (не так уж редко условно разделяемых на нозологические формы), инволютивные процессы естественного старения и лекарственный патоморфоз значительно изменяют клиническую картину и течение заболеваний, характер и тяжесть осложнений, ухудшают качество жизни больного, ограничивают или затрудняют лечебно-диагностический процесс [3].

Бытует мнение, что возраст человека является основным условием полиморбидности. Сроки начала заболеваний, формирующих синдромы полиморбидности, и их хронизация приходятся на молодой (30–45 лет) и средний (46–60 лет) возраст, а результат их суммарного накопления, период яркой клинической демонстрации начинает проявляться в пожилом (61–75 лет) возрасте, дальнейшие прожитые годы лишь добавляют количество болезней. Данное предположение верно лишь частично. Опыт показывает, что старые люди (76–90 лет) и долгожители (старше 91 года) более активны, меньше болеют хроническими заболеваниями, которые протекают у них менее агрессивно, с более мягкими осложнениями, реже обращаются за медицинской помощью.

У большинства людей формирование полиморбидности завершается к 60 годам, и само по себе старение человека практически не приводит к увеличению арифметического числа заболеваний [20].

Наиболее часто в разных сочетаниях и с разной степенью выраженности клинической симптоматики наблюдаются: атеросклеротическое поражение сосудов сердца и мозга (ишемическая болезнь сердца – ИБС, атеросклеротическая энцефалопатия), симптоматическая артериальная гипертензия, гипертоническая болезнь, эмфизема легких, неопластические процессы в легких, органах пищеварения, коже; хронический гастрит с секреторной недостаточностью, желчнокаменная болезнь (ЖКБ), хронический пиелонефрит, аденома предстательной железы, сахарный диабет, остеохондроз позвоночника, артрозы, часто (до 10% людей старческого возраста) психическая депрессия, болезни глаз (катаракта, глаукома), тугоухость (в результате неврита слухового нерва или отосклероза) и др.

Анализ семиотики составляющих полиморбидность заболеваний в зависимости от возраста и пола показал, что некоторые заболевания у мужчин и женщин встречаются с одинаковой частотой в любом возрастном периоде [3]. Их встречаемость в зависимости от возраста и пола достоверно не изменяется. Отдельные нозологические формы встречаются достоверно чаще, другие – в зависимости от пола и возраста встречаются с различной частотой.

В различных возрастных периодах у мужчин достоверно не изменяется частота случаев ИБС, ХНЗЛ. Но увеличивается число больных с остеоартрозом, ДАЭ, катарактой, хроническим пиелонефритом и заболеваниями щитовидной железы. Больных с сахарным диабетом II типа, гипертонической болезнью, аденомой простаты, циррозом печени, колитами становится достоверно меньше [20].

У женщин с увеличением возраста чаще встречаются мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, глаукома, ХОЗЛ, анемии. Практически одинаково встречается число случаев ИБС, ХНЗЛ, ДАЭ в любой возрастной период. Гипертоническая болезнь, ожирение, ЖКБ, катаракта, сахарный диабет II типа у женщин с увеличением возраста встречаются реже [9].

Динамика количества нозологических форм в зависимости от возраста может свидетельствовать о том, что больные с более выраженным синдромом полиморбидности умирают, не доживая до преклонного возраста, и заболевания, встречаемость которых у больных старше 80 лет ниже, являются теми компонентами полиморбидности, которые способствуют уменьшению продолжительности жизни [45].

Изменение семиотики заболеваемости в зависимости от возраста и клинические наблюдения за больными в течение десятков лет позволяют предположить наличие факторов, влияющих на развитие полиморбидности [38] и различные пути ее формирования.

Факторы, влияющие на развитие полиморбидности:

- генетические;
- атеросклероз;
- хроническая инфекция;
- инволютивные изменения;
- ятрогенные;
- социальные;
- экологические.

Безусловно, список этих факторов может быть расширен, возможно и сочетание нескольких факторов у одного больного, но в каждом случае всегда можно выделить ведущий фактор.

Одним из путей развития полиморбидности можно считать появление группы заболеваний, объединенных одним патогенетическим механизмом. Примером такого формирования полиморбидности является развитие заболеваний, связанных с атеросклерозом сосудов, хронической инфекцией.

Другой путь развития полиморбидности – причинно-следственная трансформация. В этом случае развившееся заболевание приводит к функциональным, а затем и к органическим нарушениям в системе органов, объединенных общими функциями, и последовательному развитию ряда нозологических форм. Характерным примером служат заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), когда процесс начинается с поражения одного органа и приводит к развитию заболеваний в других органах.

На формирование полиморбидности при одновременном наличии заболеваний ЖКТ и других патологических состояний могут влиять одни и те же факторы. Так, нарушение обмена холестерина способно привести к развитию холестероза желчного пузыря, ЖКБ, жирового гепатоза и является безусловным фактором риска развития атеросклеротического поражения сосудов сердца и головного мозга, артериальной гипертензии.

Третий путь развития полиморбидности – ятрогенный, когда длительное применение медикаментозных препаратов приводит к возникновению побочных осложнений, перерастающих в самостоятельные нозологические формы [37].

Полипрагмазия вследствие полиморбидности приводит к резкому возрастанию вероятности развития системных и нежелательных эффектов лекарственных препаратов. Нежелательные побочные эффекты, дающие новую клиническую симптоматику, далеко не всегда принимаются врачами во внимание, поскольку расцениваются как проявление одного из факторов полиморбидности и влекут за собой назначение еще большего количества лекарственных препаратов [3].

Полиморбидность оказывает влияние на прогноз для жизни, способствует увеличению койко-дней, росту инвалидизации, препятствует проведению реабилитации, способствует увеличению вероятности падений у пожилых больных, увеличивает вероятность летального исхода.

Диагностирование и анализ сочетанной патологии при полиморбидности требуют от врача обширных знаний не только возрастных изменений органов и систем, но и симптоматики заболеваний нервной системы, опорно-двигательного аппарата, мочеполовой сферы, онкологической настороженности и др.

Таблица 1. Установленные МКБ-10 нозологические формы

Мужчины	Психиатрический диагноз	Женщины	Психиатрический диагноз	
	F.0.00		F.0.00	F.06.9
	F.01.800		F.01.800	F.20.00
	F.01.810		F.01.810	F.20.02
	F.01.840		F.01.820	F.25.1
	F. 25		F.01.830	F.32.11
	F.70.1		F.01.840	F.33.11
			F.02.810	F.33.3
			F.02.814	

Материалы и методы исследования

С целью определения частоты возникновения явления полиморбидности у лиц пожилого возраста нами было проведено исследование 46 пациентов геронтопсихиатрического отделения мариупольской психиатрической больницы в период январь – май 2014 г. Пилотное исследование длилось в течении 5 месяцев.

Результаты и их обсуждение

Нами было установлено, что 46 пациентов (8 мужчин и 38 женщин) в возрасте старше 65 лет, кроме основного психиатрического диагноза, имели более двух соматических заболе-

Таблица 2. Сопутсвующие патологии у лиц пожилого возраста геронтологического отделения

Сопутствующие заболевания	Мужчины	% от общего кол-ва мужчин	Женщины	% от общего кол-ва женщин
ИБС, стенокардия	8	100	31	81,5
Гипертоническая болезнь	3	37,5	16	42
Хронический пиелонефрит	3	37,5	12	31,5
МКБ	1	12,5	3	7,8
ХОЗЛ	1	12,5	7	18,4
Язвенная б-нь желудка	1	12,5	3	7,8
Последствия ишемического инсульта	3	37,5	1	2,6
Последствия ЧМТ	1	12,5	3	7,8
ДЭП	1	12,5	1	2,6
Атеросклероз сосудов ГМ	3	37,5	20	52,6
Катаракта	1	12,5	2	5,3
Онкология	3	37,5	3	7,8
Хронический холецистит	1	12,5		
Острый бронхит	1	12,5		
Аденома предстательной железы	2	25		
Водянка яичка	1	12,5		
Прогрессирующая лейкоэнцефаломиелопатия Бисвангеровского типа	1	12,5		
Алкоголизм	1	12,5		
Хронический холецистит			8	21
ОРЗ			3	7,8
Анемия			3	7,8
Ожирение			1	2,6
Пневмония			1	2,6
Панкреатит			1	2,6
Мигрень			1	2,6
Невралгия лучевого нерва			1	2,6
Протез тазобедренного сустава			3	7,8
Замена хрусталика			3	7,8
Гипотиреоз			2	5,3
Сахарный диабет			1	2,6
Варикозная болезнь			1	2,6

ваний, что составляет 63% (в абсолютних цифрах – 29 человек). Из общего количества – у 62,5% мужчин (в абсолютних цифрах – 5), у 63,2% женщин (в абсолютних цифрах – 24).

В исследовании принимали участие пациенты с установленными согласно МКБ–10 нозологическими формами (табл. 1).

Проведен анализ частоты сопутствующей патологи, встречаемой у лиц пожилого возраста геронтопсихиатрического отделения (табл. 2) и установлено, что у женщин чаще комбинируются атеросклеротическая деменция с ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, цереброваскулярными заболеваниями. У мужчин достоверно чаще регистрируются сочетания деменции с цереброваскулярными заболеваниями и с заболеваниями мочеполовой системы.

Анализ сочетанной патологии пациентов геронтопсихиатрического отделения достоверно показал, что количество сопутствующей патологии на одного человека значительно выше у женщин, чем у мужчин (табл. 3). Это показывает насколько явление полиморбидности характерно для пациентов пожилого возраста.

Таблица 3. Количество сопутствующей патологии на одного пациента геронтологического отделения

Количество		Количество	
Мужчины	**Сопутствующая патология**	**Женщины**	**Сопутствующая патология**
1	2	1	0
1	6	1	7
2	0	1	8
4	4	1	10
		2	5
		2	6
		3	1
		5	3
		10	2
		12	4

Выводы

Мы полагаем, что явление полиморбидности у пациентов пожилого возраста является актуальной проблемой социальной психиатрии. Успешное ее разрешение позволит улучшить эффективность лечения пациентов пожилого возраста (стандарты ведения), значительно снизить риск развития побочных эффектов, уменьшить финансовую нагрузку и в целом улучшить качество жизни.

Список использованной литературы

1. *Пінчук І. Я. Актуальні питання геронтопсихіатрії / І. Я. Пінчук, В. В. Чайковська, Л. А. Стаднюк. – Тернопіль, 2010 р.*
2. *Реабілітаційні заходи для пацієнтів похилого та старечого віку з деменцією / І. Я. Пінчук, В. В. Чайковська, Л. А. Стаднюк, Я.І. Колеснікова. – Тернопіль, 2010 р.*
3. *Калугін І. В. Проблеми поліморбідності та адекватної фармакотерапії у пацієнтів похилого віку / І. В. Калугін, Е. А. Хаустова // Архів психіатрії – 2013. – Т. 19, № 4 (75).*
4. *Семке В. Я. Основы пограничной геронтопсихиатрии / В. Я. Семке, Б. Д. Цыганков, С. С. Одарченко. – М., 2006 – 240 с.*
5. *Leonard Hayflick Biological Aging Is No Longer an Unsolved Problem / Leonard Hayflick // Annals of the New York academy of Sciences. – 2007. – 1100. – P. 1–13.*
6. *Jonathan Silvertown (2013) The Science of Life Span and Aging. University of Chicago Press, Chicago, ISBN 978-0-226-75789-6 .*
7. *Aging Series edited by Christopher B. Newgard and Norman E. Sharpless (2013) .*
8. *Thomas B.L. Kirkwood (2005). «Understanding the Odd Science of Aging». Cell 120: 437–447.*
9. *Tohru Minamino, Issei Komuro (2007). «Critical Roles of Insulin-Induced Senescence in Diabetic Vasculopathy». Vascular Disease Prevention 4 (3): 194–200.*
10. *Eric J. Stewart et al. (2005). «Aging and Death in an Organism That Reproduces by Morphologically Symmetric Division». PLoS Biology 3 (2): e45.*
11. *Peter Laun et al. (2006). «Yeast as a model for chronolohical and reproductive aging – A comparison». experimental gerontology 41: 1208–1212.*
12. *Thomas Howard et al. (2003). «Defining senescense and death» (английский). Journal of experimental botany 54 (385): 1127–1132.*
13. *Robin Holliday (2006). «Aging is No Longer an Unresolved Problem in biology» (английский). Annals of New York Academy of Sciences 1067: 1–9.*
14. *Kirkwood T.B.L. (1977). «Evolution of ageing» (английский). Nature 270: 301–304.*
15. *Bocklandt S, Lin W, Sehl ME, Sánchez FJ, Sinsheimer JS, et al. (2011)Epigenetic Predictor of Age. PLoS ONE 6(6): e14821. doi:10.1371/journal.pone.0014821.*
16. *West, J., Widschwendter, M., & Teschendorff, A. E. (2013). Distinctive topology of age-associated epigenetic drift in the human interactome. PNAS, 110(35), 14138-14143. doi:10.1073/pnas.1307242110 .*
17. *Burke A. (2001). «Physiology and pathophysiology of poly(ADP-rebosyl)ation.» (английский). Bioessays 23: 795–806.*
18. *Лобачев А.Н.«Биогенез митохондрий при дифференциации и старении клеток», ВИНИТИ 19.09.85, №6756-В85 Деп., 1985, сс. 28*
19. *Галицкий В.А. (2009). «Эпигенетическая природа старения» (русский). Цитология 51: 388–397.*
20. *Новосельцев В. Н., Новосельцева Ж. А., Яшин А.И. (2003). «Математическое моделирование в геронтологии – стратегические перспективы» (русский). Успехи геронтологии 12: 149–165.*
21. *Weissmann A. Essays upon Heredity and Kindred Biological Problems / Oxford Clarendon Press. – 1889. – Vol. 1.*
22. *Finch C. Senescence, Longevity, and the Genome / The University of Chicago Press. – 1990.*
23. *Leonard Hayflick (2007). «Biological Aging is No Longer an Unresolved Problem» (английский). Annals of New York Academy of Sciences 1100: 1–13.*
24. *Thomas B.L. Kirkwood (2005). «Understanding the Odd Science of Aging» (английский). Cell 120: 437–447.*
25. *Williams G.C. (1957). «Pleiotropy, natural selection, and the evolution of senescence». Evolution 11: 398–411.*
26. *Kirkwood T.B.L. (1977). «Evolution of ageing» (английский). Nature 270: 301–304.*
27. *Burke A. (2001). «Physiology and pathophysiology of poly(ADP-rebosyation.» (английский). Bioessays 23: 795–806.*
28. *Carrard G., Bulteau A.L., Petropoulos I., Friguet B. (2002). «Impairment of proteasome structure and function in aging» (английский). International journal of Biochemistry and Cell Biology 34: 1461–1474.*
29. *Soti C. and Csermey P. (2003). «Aging and molecular chaperones.» (английский). Experimental Gerontology 38: 1037–1040.*
30. *Медков В. М. Демография. М., Издательство: «Инфра-М» 2003 ISBN 978-5-16-002084-6*
31. *Olovnikov AM. A theory of marginotomy. The incomplete copying of template margin in enzymic synthesis of polynucleotides and biological significance of the phenomenon. J Theor Biol. 1973 Sep 14;41(1):181-90 .*
32. *Greider, C.W. & Blackburn, E.H. (1985) «Identification of a specific telomere terminal transferase activity in Tetrahymena extracts.» Cell v.43, (2 Pt. 1) pp. 405–413.*
33. *Cohen S, Graham M, Lovrecz G, Bache N, Robinson P, Reddel R (2007). «Protein composition of catalytically active human telomerase from immortal cells». Science 315 (5820): 1850-3. PMID 17395830.*
34. *Сурнина О.Е. Геронтология (медико-биологический и психологический аспекты) [Текст]: учеб. Пособие. – Екатеринбург : Изд-во ФГАОУ ВПО «Росс.гос. проф.-пед. ун-т», 2009. – 234 с.*
35. *Анисимов В. Н. – Эволюция концепций в геронтологии, Эскулап, 1999. – 130 с.*
36. *Углов Ф. Г. – Человеку мало века, Издательство «Наука», 2002. – 91 с.*
37. *Schellevis F.G., Velden J. vd, Lisdonk E. vd Comorbidity of chronic diseases in general practice // J Clin Epidemiol, 1993; 46:469-473 КОМОРБИДНОСТЬ*
38. *Pincus T., Callahan L.F. Taking mortality in rheumatoid arthritis seriously: Predictive markers, socioeconomic status and comorbidity // J. Rheumatol, 1986; Vol. 13, P. 841–845 .*
39. *Lindeman R.D. Changes in renal function with aging: implications for treatment. Drug Aging 1992;2(5)? P.23–31. .*
40. *Walker J., Wynne H. Review: the frequency and severity of adverse drug reactions in elderly people. Age Aging 1994;23:pp.255–259 .*
41. *О.В. Коркушко. «Возрастные изменения сердечно-сосудистой системы при старении.» ГУ «Институт геронтологии АМН Украины», г. Киев, 2009г.*
42. *Звычайный Максим Александрович, диссертация «Преждевременное старение женского организма при дефиците половых стероидов – патогенез, терапия и профилактика», Челябинск ,2008 г., стр. 373*
43. *Анисимов В.Н. «Молекулярные и физиологические механизмы старения» , 2008 г.*
44. *Гомазков О.А. « Старение мозга и нейротрофическая терапия» , 2011 г.*
45. *Лазебник Л.Б « Старение и полиморбидность»,2005 г.*

СТАРІННЯ ОРГАНІЗМУ І ПОЛІМОРБІДНІСТЬ

І.В. Калугін, О.О. Хаустова

У статті представлені результати дослідження, проведеного на базі геронтопсихіатричного відділення маріупольської міської психіатричної лікарні та огляду літератури на тему старіння організму і поліморбідність. Описано процеси старіння, поліморбідності, поліпрагмазії у пацієнтів похилого віку, які є актуальною проблемою сучасної медицини і зокрема соціальної психіатрії. Вивчення цих явищ дозволить поліпшити ефективність лікування пацієнтів похилого віку, значно знизити ризик розвитку побічних ефектів, зменшити фінансове навантаження і в цілому поліпшити якість життя літніх пацієнтів.

Ключові слова: старість, старіння, поліморбідність, поліпрагмазія.

AGING AND POLYMORBIDITY

I.V. Kalugin, E.A Khaustova

The article presents the results of research conducted on the basis of gerontopsychiatric old age psychiatry department Mariupol City Psychiatric Hospital and review of the literature on the topic of aging and polymorbidity. The processes of aging, polymorbidity, polypharmacy of old-aged patients are described which are an actual problems of modern medicine and in particular social psychiatry. The study of these phenomena will improve the effectiveness of the treatment of elderly patients, significantly reduce the risk of side effects, reduce the financial burden and improve the overall quality of life of elderly patients.

Key words: oldness, aging, polymorbids , polypragmasy.

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895.8:616.89-02-055

Н.М. Юр'єва

НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПІДХОДІВ ДО ГЕНДЕРНОСПЕЦИФІЧНОЇ ТЕРАПІЇ Й ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

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

Ключові слова: параноїдна шизофренія, гендерні особливості, жінки, психосоціальна реабілітація.

На підставі комплексного клініко-психопатологічного, клініко-анамнестичного, психодіагностичного й соціально-демографічного обстежень 230 пацієнтів з параноїдною шизофренією, серед яких було 120 жінок (основна група) та 110 чоловіків (група порівняння), встановлені гендерноспецифічні клініко-психопатологічні особливості перебігу параноїдної шизофренії, а також розбіжності соціального й родинного функціонування та якості життя пацієнтів, що стало підставою для наукового обґрунтування підходів до гендерноспецифічної терапії та розробки гендерноспецифічних заходів психосоціальної реабілітації жінок, хворих на параноїдну шизофренію.

Соціальні наслідки психічних розладів є серйозною проблемою не тільки для хворих та їх близьких, а й для суспільства, держави в цілому. Шизофренія, як жодне інше психічне захворювання, супроводжується порушенням соціального функціонування – дестабілізацією особистісних стосунків, відривом від сім'ї, суспільства, спотворенням звичних форм діяльності, спілкування. Соціальна дезадаптація в результаті хвороби, що тягне за собою інвалідизацію, насамперед, молодих і активних у фізичному плані осіб, призводить до величезних економічних витрат суспільства [1–3]. Тому все більшого значення набувають дослідження, які вивчають стан хворих у суспільстві, оскільки це дозволяє більш обґрунтовано підходити до розробки програм психосоціальної реабілітації, враховуючи не тільки вираженість шизофренічного процесу, а й гендерні особливості соціального функціонування і якості життя хворих на шизофренію. Визначене обумовлює необхідність та актуальність цієї роботи, метою якої стало наукове обґрунтування підходів до гендерноспецифічної терапії і психосоціальної реабілітації жінок, хворих на параноїдну шизофренію, на основі визначення їх клініко-психопатологічних та психосоціальних особливостей, порівняно з чоловіками, які страждають на параноїдну шизофренію.

Матеріали та методи дослідження

На базі психіатричних відділень № № 1, 6, 9 (чоловічі) та № № 2, 3, 8 (жіночі) Кримської Республіканської установи «Клінічна психіатрична лікарня № 1» було обстежено 230 осіб: 120 жінок (основна група, ОГ) та 110 чоловіків (група порівняння, ГП), хворих на параноїдну шизофренію (ПШ).

За основними соціально-демографічними характеристиками обстежених розподілили наступним чином (табл. 1).

З даних таблиці 1 видно, що серед жінок превалювали особи віком 29–50 років (60,8%), а серед чоловіків – 18–39 років (58,2%). За освітнім цензом обстежені розподілилися відносно рівномірно, проте виявлені розбіжності соціального статусу: серед жінок працюючих було 32,5%, а серед чоловіків – 8,2%, на інвалідності перебували 60,8% жінок та 78,2% чоловіків. Також виявлені розбіжності і за показниками сімейного стану – серед жінок власну родину мали 67,5%, серед чоловіків – 47,3%.

Таблиця 1. Розподіл обстежених хворих за основними соціально-демографічними характеристиками

Показник абс.ч.		ОГ			ГП		
		%	±m	абс.ч.	%	±m	
Вік	18–28	14	11,7	3,2	48	43,7	5,0
	29–39	23	19,2	3,9	16	14,5	3,5
	40–50	50	41,7	4,9	31	28,2	4,5
	51–60	33	27,5	4,5	15	13,6	3,4
Освіта	Середня	53	44,2	5,0	58	52,7	5,0
	Середня спеціальна	27	22,5	4,2	23	20,9	4,1
	Вища	40	33,3	4,7	29	26,4	4,4
Соціальний статус	Працюють	39	32,5	4,7	9	8,2	2,7
	Не працюють	8	6,7	2,5	15	13,6	3,4
	На інвалідності	73	60,8	4,9	86	78,2	4,1
Сімейний стан	Власна родина	81	67,5	4,7	52	47,3	5,0
	Батьківська родина	39	32,5	4,7	58	52,7	5,0

Середня тривалість перебування в стаціонарі хворих ОГ склала (58,9±17,6) днів; ГП – (59,1±18,2) днів.

Аналіз соматичного стану обстежених дозволив виявити у більшості з них наявність коморбідних соматичних захворювань, серед яких превалювали захворювання кишково-шлункового тракту (27,5% жінок і 33,6% чоловіків), серцево-судинної системи (15,0% жінок і 24,5% чоловіків) та інші захворювання (17,5% жінок й 28,3% чоловіків) (табл. 2).

Діагноз параноїдної шизофренії встановлювали відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб, травм і причин смерті (10 перегляд), адаптованої для застосування відповідно до прийнятої у вітчизняній психіатрії.

Окрім класичного клініко-психопатологічного методу в дослідженні використовували психометричний (із застосуванням шкали PANNS) та психодіагностичний методи (з використанням шкали Quality of Life

Таблиця 2. Розподіл обстежених хворих залежно від наявної соматичної патології

Уражена система органів	ОГ			ГП		
	абс.ч.	%	±m	абс.ч.	%	±m
Серцево-судинна система	18	15,0	3,6	27	24,5	4,3
Шлунково-кишковий тракт	33	27,5	4,5	37	33,6	4,7
Ендокринна система	23	19,2	3,9	14	12,7	3,3
Дихальна система	6	5,0	2,2	8	7,3	2,6
Інші	21	17,5	3,8	31	28,3	4,5

Scale (QLS), опитувальника SWN-S, «Шкали структурованого інтерв'ю ідентифікації типу родини» та «Шкали структурованого інтерв'ю для визначення ставлення членів родини до хвороби (психіатричного діагнозу) у родича» (В.А. Абрамов зі співавт., 2009).

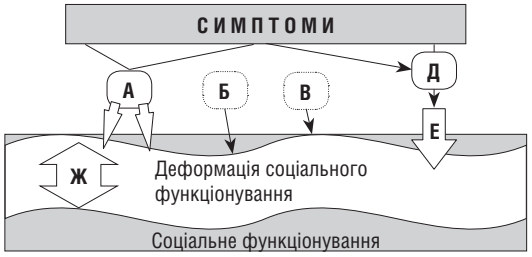
Результати та їх обговорення

У результаті дослідження в жінок встановлена більша тривалість ремісії, менша вираженість та різноманітність позитивних (у жінок – галюцинаторна поведінка; у чоловіків – марення, концептуальна дезорганізація, ворожість) і негативних синдромів (у жінок – труднощі з абстрактним мисленням, недолік спонтанності та плавності бесіди, стереотипність мислення; у чоловіків – сплющення афекту, емоційна відгородженість, недостатній рапорт, пасивно-апатичний соціальний відхід, труднощі у абстрактному мисленні, недолік спонтанності та плавності бесіди, стереотипність мислення) та приблизно рівномірна поширеність загальної психопатологічної симптоматики з переважанням вираженого ступеня з усієї сукупності встановлених синдромів. Наявні гендерні клініко-психопатологічні розбіжності обумовлюють відносно меншу соціальну дезадаптацію жінок у суспільстві, порівняно з чоловіками, що потребує врахування при обґрунтуванні підходів до гендерноспецифічної терапії й психосоціальної реабілітації жінок, хворих на параноїдну шизофренію.

Виявлені розбіжності соціального функціонування та якості життя жінок і чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію. Встановлено, що у жінок більш збережені особистісний досвід, якість міжособистісних стосунків і продуктивність в професійних ролях. Негативний вплив нейролептичної терапії відчувають і жінки, і чоловіки, проте у чоловіків виявлені більш виражені розлади власного самопочуття, що проявляється у вигляді порушень функціонування, вираженої соціальної та трудової дезадаптації, зниження якості життя в цілому.

Значущими контекстуальними чинниками, які впливають на розвиток та перебіг параноїдної шизофренії, соціальне функціонування та якість життя, у жінок визначені проблеми, пов'язані з первинною підтримкою оточуючих (12,2%), негативні події у дитинстві (11,6%), проблеми із вихованням та освітою (11,1%), труднощі в організації життєдіяльності (10,6%), сімейні захворювання чи інвалідність (6,3%), у чоловіків – певні психосоціальні обставини (13,4%), домашні та екологічні умови (12,7%), трудова діяльність та безробіття (11,3%).

Встановлена специфіка родинного функціонування жінок і чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію. Гармонійний тип родини у жінок зустрічається в 4 рази частіше, ніж у чоловіків (31,7% проти 9,1%), а найдеструктивніші типи (емоційно відчужений або напружено-дисоціативний) – в 1,5 раза рідше, ніж у чоловіків (13,3% та 12,5% проти 19,1% і 17,3%). Серед типів ставлення членів родини до захворювання пацієнта і у жінок, і у чоловіків превалює негативний (46,7% жінок і 59,1% чоловіків), однак адекватне ставлення зустрічається в 5 разів частіше у родичів жінок, ніж чоловіків (20% проти 4,5%).

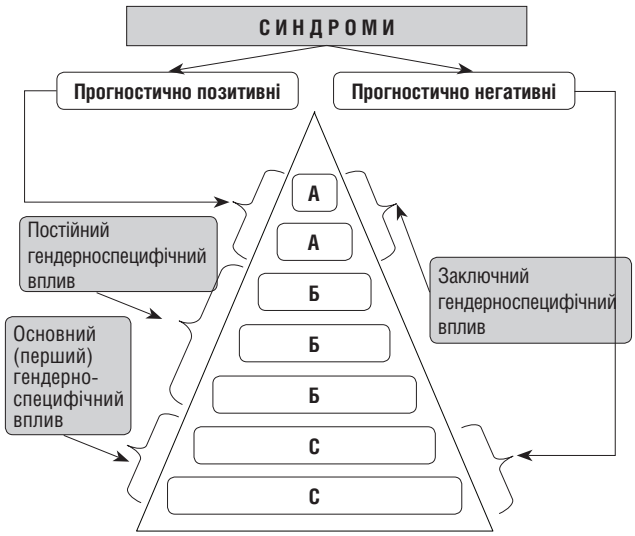


Примітки: А – взаємопосилювальна, перехресна дія симптомів; Б – захисний потенціал функціонування; В – «проблемна ніша»; Д – каталізувальна дія симптому; Е – індукований симптом; Ж – руйнування «звичайних» навичок пристосування.

Рис. 1. Механізм формування ГДСФ жінок, хворих на параноїдну шизофренію

На основі узагальнення отриманих даних зроблено висновок про наявність феномену гендерноспецифічної дезадаптації соціального функціонування (ГДСФ) у жінок, хворих на параноїдну шизофренію, модель формування якого представлено на рисунку 1, з якого видно, що загалом формування ГДСФ відбувається за двома типами: а) внаслідок «взаємопосилювальної, перехресної дії» симптомів; б) внаслідок «каталізувальної дії» симптомів.

Обидва типи впливу деформують соціальне функціонування за рахунок руйнування «захисного потенціалу функціонування». Треба зазначити, що під «захисним потенціалом функціонування» слід розуміти не просто навички незалежного функціонування, а саме ту їх частину, яку не використовують здорові люди у звичайному житті. Тобто це навички, які виробляються пацієнткою у процесі пристосування до захворювання та використовуються у житті із захворюванням. Таким чином, зменшення «захисного потенціалу функціонування» та формування так званих «проблемних ніш функціонування» за рахунок



Примітки: А – специфічні навички функціонування; Б – загальні навички функціонування; С – основні – базові навички функціонування.

Рис. 2. Стратегія підтримання та відновлення якості життя жінок, хворих на параноїдну шизофренію



Рис. 3. Ієрархія людських потреб за А. Маслоу

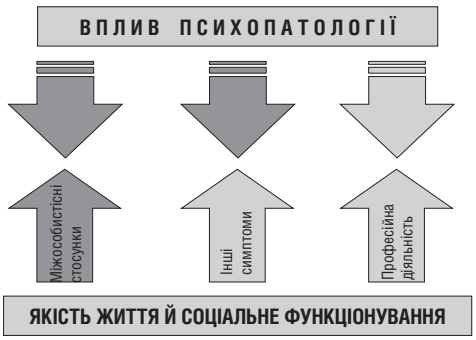
руйнування «звичайних навичок пристосування» формує проблему вимушеного функціонування. Стратегію підтримання та відновлення якості життя жінок, хворих на параноїдну шизофренію, представлено на рисунку 2.

Згідно з даними, представленими на рисунку 2, стратегія «підтримання та відновлення» в основі спирається на базові навички функціонування. З точки зору проведення заходів психосоціальної реабілітації цю стратегію можна порівняти із ієрархією людських потреб за А. Маслоу (рис. 3). Так, «базові» навички відповідають, за А. Маслоу, фізіологічним потребам та безпеці; загальні навички функціонування відповідають потребам кохання та поваги; специфічні навички функціонування відповідають потребі у самовираженні.

Виходячи із стратегії «підтримання та відновлення», психореабілітаційний вплив повинен здійснюватися у напрямку від «прогностично негативних синдромів», які знижують якість життя – за рахунок руйнування саме «опорних» навичок, – до «прогностично позитивних синдромів» – тобто тих, які впливають, але не знижують якість життя. Вплив психопатології на якість життя й соціальне функціонування жінок, хворих на параноїдну шизофренію, представлений на рисунку 4. Дані, представлені на рисунку 4, свідчать, що з точки зору якості життя і соціального функціонування хворих жінок, за патологічного впливу психопатологічних проявів більш враженою є сфера їх міжособистісних стосунків. Відносно ураженою, тобто не зруйнованою, є продуктивність в професійній діяльності. Підтвердженням цієї думки є аналіз інвалідності хворих: 60,8% жінок і 78,2% чоловіків були інвалідами третьої (16,7% жінок й 20% чоловіків), другої (83,3% жінок і 60% чоловіків) або першої (20% чоловіків) груп, – тобто більшість мала групи інвалідності, які дозволяли працювати (свідчили про збереження трудових навичок). Таким чином, збереженість міжособистісних стосунків (а для жінок комунікативна сфера є провідним шляхом для отримання та збереження інформації) є основою для гендерноспецифічних заходів комплексної допомоги у поєднанні із збереженням навичок трудової діяльності.

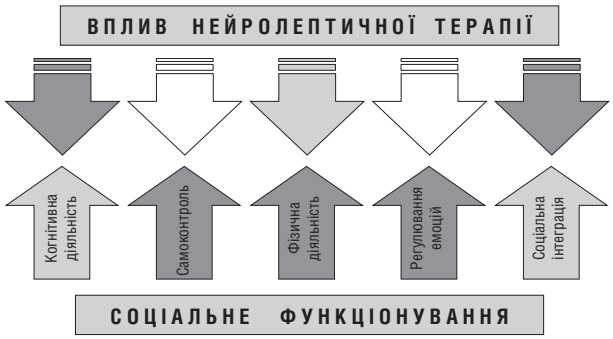
Вплив нейролептичної терапії на соціальне функціонування жінок, хворих на параноїдну шизофренію, представлено на рисунку 5, з якого видно, що гендерноспецифічна терапевтична тактика повинна враховувати специфічний вплив нейролептичної терапії, а саме: значний вплив на когнітивну діяльність та соціальну інтеграцію, а також помірний – на фізичне самопочуття. Треба зазначити, що, хоча статистично значущого впливу на самоконтроль та регулювання емоцій, який би був вираженим клінічно та заважав СФ, не виявлено, проте у жінок відмічалось погіршення суб'єктивного самопочуття, яке обмежувало функціональні можливості.

При побудові гендерноспецифічної терапевтичної тактики слід враховувати також особливості взаємозв'язку типу ставлення членів родини до хвороби родича та типу родини у жінок, хворих на параноїдну шизофренію, які представлені на рисунку 6. З рисунка випливає, що негативний (деструктивний) тип ставлення до захворювання родича співвідноситься з емоційно відчуженим (емоційно розділеним і ригідно раціональним), напружено-диссоційованим, псевдосолідарним та, частково, гіперпротективним типами родини. Драматизуючий тип ставлення до захворюваннародича співвідноситься частково з гіперпротективним (хаотичним або ригідним) та симбіотичним типами родини. Адекватному типу ставлення до захворювання родича відповідають гармонійний й, частково, симбіотичний, типи родини.



Примітка (тут і далі). Вплив психопатології: темно-сірий – значний вплив, світло-сірий – помірний вплив, білий – відсутність впливу (такого впливу у досліджених не виявлено). Зміна якості життя за сферами: білий – відсутність змін (таких досліджених не виявлено), світло-сірий – значні зміни, темно-сірий – дуже значні зміни.

Рис. 4. Вплив психопатології на якість життя і соціальне функціонування жінок, хворих на параноїдну шизофренію.



Примітка (тут і далі). Вплив психопатології: темно-сірий – значний вплив, світло-сірий – помірний вплив, білий – відсутність впливу (такого впливу у досліджених не виявлено). Зміна якості життя за сферами: білий – відсутність змін (таких досліджених не виявлено), світло-сірий – значні зміни, темно-сірий – дуже значні зміни.

Рис. 5. Вплив нейролептичної терапії на соціальне функціонування жінок, хворих на параноїдну шизофренію

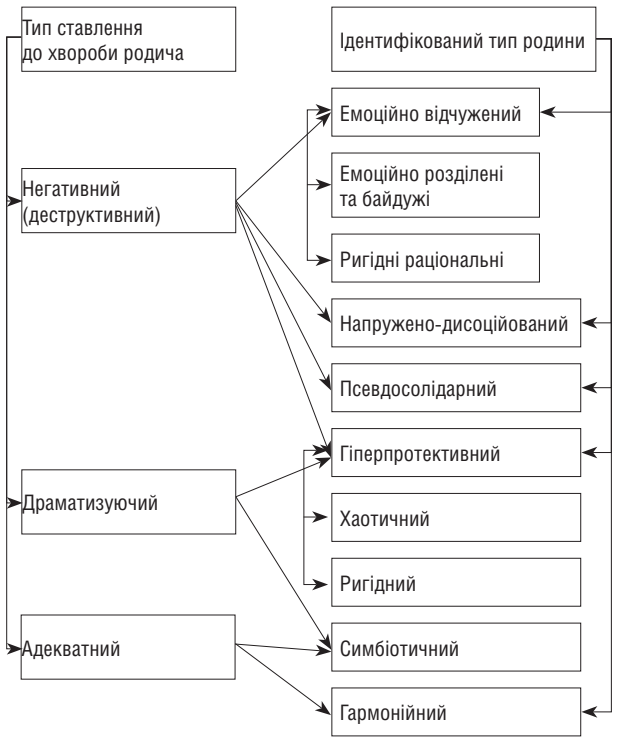


Рис. 6. Взаємозв'язок типу ставлення до хвороби родича та типу родини у жінок, хворих на параноїдну шизофренію

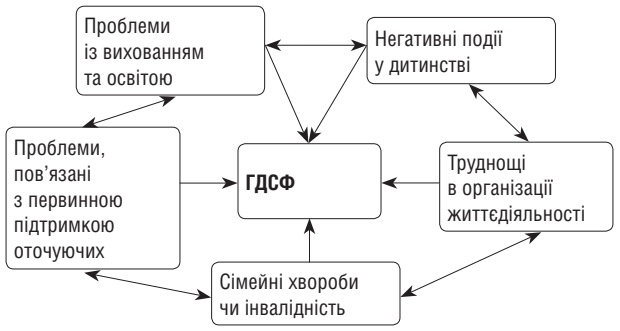
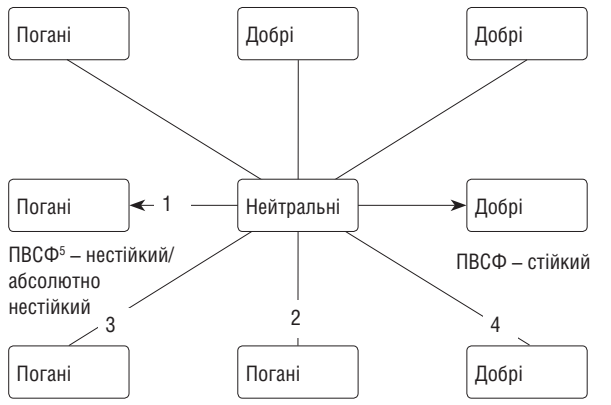


Рис. 7. Коло взаємовпливу між контекстуальними чинниками та їх вплив на розвиток ГДСФ у жінок, хворих на параноїдну шизофренію



Примітки: 1 – стосунки із чоловіком;
2 – стосунки із власними батьками;
3 – стосунки із власними дітьми;
4 – стосунки із членами родини (родичами).
5 – ПВСФ – потенціал відбудови соціального функціонування»

Рис. 8. Взаємовідносини порушень «загального родинного функціонування» та ПВСФ у жінок

Коло взаємовпливу між контекстуальними чинниками та їх вплив на розвиток ГДСФ у жінок, хворих на параноїдну шизофренію, представлено на рисунку 7.

Представлені на рисунку 7 дані, отримані за результатами кореляційного аналізу свідчать, що до найбільш впливових контекстуальних чинників в генезі розвитку ГДСФ у жінок, хворих на параноїдну шизофренію, належать: негативні події у дитинстві, проблеми із вихованням та освітою, проблеми, пов'язані з первинною підтримкою оточуючих, сімейного захворювання чи інвалідність, труднощі в організації життєдіяльності. Як видно, виявлені проблеми впливають не лише на розвиток ГДСФ, а й діють як чинник посилення або виникнення інших проблем.

За результатами дослідження нами оцінено так званий «потенціал відбудови соціального функціонування» (ПВСФ), як один із важливих чинників, на якому базується розробка гендерноспецифічних заходів психосоціальної реабілітації (ГЗПР). В основі розрахунку цього показника лежить ранжування усіх змінних, які вивчалися (клініко-психопатологічні та психосоціальні), за ступенем їх впливу на соціальне функціонування: від абсолютно нестійкого (максимально низький ПВСФ) до стійкого (високий ПВСФ). Так, у структурі стійкого ПВСФ мала місце найменша кількість змінних, які зі статистичною достовірністю $p<0,05$ впливали на соціальне функціонування жінки: тобто, стійкий ПВСФ мав найбільшу кількість «не уражених» сфер функціонування та, відповідно, високий потенціал, на який можна спиратися при побудові ГЗПР. У свою чергу, в структурі абсолютно нестійкого ПВСФ виявлено найбільшу кількість змінних, які зі статистичною достовірністю $p<0,05$ впливали на соціальне функціонування жінки, що, за рахунок найбільшої кількості «уражених» сфер функціонування, обумовлювало низький потенціал, на який можна спирати побудову ГЗПР.

Взаємовідносини стану «загального родинного функціонування» та ПВСФ у жінок представлено на рисунку 8. ПЗРФ у жінок за усіма напрямками стосунків – горизонтальним (взаємовідносини із чоловіком), вертикальним (з власними батьками), першим (з власними дітьми) та другим (найближчі родичі) «діагональним» – виявлено при нестійкому або абсолютно нестійкому ПВСФ.

Висновки

Отже, за ПВСФ жінки і чоловіки мали значні розбіжності, що було свідченням наявності у жінок більших можливостей відновлення соціального функціонування та підвищення якості життя (за рахунок збереженості здатності до відновлення потенціалу функціонування): стійкий ПВСФ виявлено у 37,5% ОГ й 12,7% ГП; нейтральний – у 20% ОГ й 13,6% ГП; нестійкий – у 21,7% ОГ й 40,9% ГП; абсолютно нестійкий – у 20% ОГ й 32,7% ГП.

Отримані дані стали основою для розробки ГЗПР жінок, хворих на параноїдну шизофренію.

Список використаної літератури

1. *Марута Н. А. Восстановление социального функционирования – основная цель терапии депрессии / Н. А. Марута // Нейронews. – 2013. – № 8 (53). – С. 16–20.*
2. *Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута [та ін.] // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, Вип. 3 (72). – С. 13–18.*
3. *Хобзей М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. З. Марута // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, Вип. 3 (64). – С. 10–14.*

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПОДХОДОВ К ГЕНДЕРНОСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Н.М. Юрьева

На основании комплексного клинико-психопатологического, клинико-анамнестического, психодиагностического и социально-демографического обследования 230 пациентов с параноидной шизофренией, среди которых было 120 женщин (основная группа) и 110 мужчин (группа сравнения), установлены гендерноспецифические клинико-психопатологические особенности течения параноидной шизофрении, а также различия социального и семейного функционирования и качества жизни пациентов, что послужило основанием для научного обоснования подходов к гендерноспецифической терапии и разработки гендерноспецифических мероприятий психосоциальной реабилитации женщин, больных параноидной шизофренией.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, гендерные особенности, женщины, психосоциальная реабилитация.

SCIENTIFIC RATIONALE OF APPROACHES TO GENDER SPECIFIC EXCLUSION OF THERAPY AND PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF WOMEN AFFLICTED WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

N.M. Yrieva

Based on a comprehensive clinical-psychopathological, clinical-anamnestic, psychodiagnostic and socio-demohrafic survey of 230 patients with paranoid schizophrenia which included 120 women and 110 men set specific gender clinical and psychopathological peculiarities of paranoid schizophrenia and differences of social and family functioning and quality of life of patients, which was the basis for the scientific study of approaches to therapy and development specific gender measures of psychosocial rehabilitation of women suffering from paranoid schizophrenia.

Key words: paranoid schizophrenia, gender sensitive, women, psychosocial rehabilitation.

УДК 616.89-008.1:613.86

О.И. Осокина

СМЫСЛ ОПЫТА ПЕРЕНЕСЕННОГО ПСИХОЗА И СВЯЗАННАЯ С НИМ СТРЕССОГЕННОСТЬ СИТУАЦИИ: ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ПАРАДИГМА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

В данной статье рассмотрены вопросы, связанные с психологическим дистрессом, который испытывают больные шизофренией после перенесенного психотического приступа, через призму экзистенциальной парадигмы. Изучены параметры стрессогенной ситуации связанной с госпитализацией, опытом психотических переживаний и особенностями существования с психиатрическим диагнозом в постпсихотический период. Исследованы самоотчеты больных шизофренией и определены их потребности и ожидания, на основании которых разработана модель экзистенциально – личностной реабилитации. Доказано, что использование данной реабилитационной модели достоверно ($p < 0,001$) снижает стрессогенность ситуации, связанной с психиатрическим опытом, у больных после манифестации шизофрении.

Ключевые слова: смысл опыта психоза, шизофрения, стрессогенность ситуации, экзистенциально-личностная реабилитация

Начало шизофрении представляет собой кризисную жизненную ситуацию для человека. В экзистенциальном понимании кризис является частью бытия индивида. Экзистенциальные теоретики (Хайдеггер М., 1997; Бьюдженталь Дж., 1998; Франкл В., 1998; Якобсен Б., 2005; Бите И., 2005) рассматривают кризис как открытие возможностей, находя в любой кризисной ситуации две стороны: страдание и возможность открытия глубин своего существования. Благодаря расколам у индивида появляется возможность взглянуть на то, чем жизнь является на самом деле. Кризис становится экзистенциальным и может стать поворотной точкой в жизни человека, новой жизненной возможностью [1–4]. И. Д. Ялом (1999) описывает четыре основных экзистенциальных феномена: 1) смерть («мы живём, но однажды мы умрём»); 2) свобода («мы строим свои жизни сами, вправе делать свободный выбор и нести за него ответственность»); 3) изоляция («мы рождены и умираем одни, но нам необходимы другие люди и чувство общности»); 4) бессмысленность («мы ищем и строим смысл жизни, но во вселенной нет смысла») [10]. У больных шизофренией, переживших психотический опыт, экзистенциальные аспекты заметно активизированы кризисом.

Сложность правильного конструктивного осмысления опыта перенесенного психоза связана не только с самой сложностью нахождения и раскрытия смысла, но и с присутствием эмоциональных нарушений и психологического дистресса, а также со специфическими нюансами когнитивного функционирования больных шизофренией. Ощущение бессмысленности психотического опыта или придание ему только негативного, разрушающего смысла, деструктивно влияют на выздоровление, на дальнейшее функционирование и жизнь человека. Проблемы, связанные с осмыслением переживаний психотической реальности и столкновением с психиатрической службой, препятствуют интеграции полученного опыта в общий жизненный опыт больных шизофренией, заставляют их делить прожитую жизнь на отрезок до и после болезни. При этом прошлому опыту придаётся большее значение, так как, по мнению больных, там остались цели, устремления, смыслы, а следующий за болезнью опыт рассматривается как

лишённый всякого смысла, надежды, целей, радости, любви, а значит и целенаправленной деятельности.

Известный экзистенциальный философ П. Тиллих (1995) писал о том, что здоровый человек способен формировать свой мир и себя самого в соответствии со смыслами и ценностями. Ценности представляют собой духовные ориентиры, которыми руководствуется человек при осуществлении деятельности. Жизнь с психиатрическим диагнозом приносит страдание, часто приводит к смыслоутрате и порождает экзистенциальную тревогу. П. Тиллих считает, что это связано с утратой духовных ценностных ориентиров и, в отличие от тревоги, связанной с отношением к смерти или судьбе, экзистенциальная тревога смыслоутраты проистекает в связи с уходом от вопроса о смысле. Этот механизм можно наблюдать у больных шизофренией, когда в ответ на болезненные и пугающие воспоминания о психотическом опыте включаются защитные механизмы (отрицание, искажение, вытеснение), которые препятствуют полноценному осознанию и осмыслению сложившейся ситуации. Переживание бессмысленности и тревоги, с ней связанной, блокируют самоактуализацию, движение вперёд, личностный рост, поиск возможностей и постановку целей [6].

Тот опыт, через который прошли пациенты с шизофренией, связан не только с переживанием ими собственно психотических феноменов (галлюцинаций, бредовых идей, симптомов отчуждения, психических автоматизмов), но и с нахождением в стенах психиатрических учреждений, со специфическим режимом психиатрических стационаров, изоляцией, необходимостью приёма психотропных средств. После выписки из больницы – присоединяется опыт жизни с диагнозом психического расстройства, необходимостью длительного многолетнего медикаментозного лечения, посещения психиатрического диспансера и ощущение на себе негативных стигматизирующих эффектов, привносимых современным обществом.

Исходя из диатез-стрессовой концепции формирования шизофрении, стресс является мощным негативным фактором, который запускает развитие заболевания в том случае, когда адаптационные механизмы оказываются несостоятельными, и патологический процесс преодолевает «адаптационный барьер», активизируя в организме цепочку патогенетических механизмов, приводящих к появлению симптомов психоза [8]. Действие на человека, у которого манифестировала болезнь, стресса – продолжается и в стенах психиатрической больницы, так как сам факт госпитализации для пациента всегда субъективно неприятен. Осознание пережитого пациентом психиатрического опыта при неготовности его принятия всегда связано с субъективным переживанием дистресса. Для многих больных постпсихотический период становился насыщенным стрессогенными событиями из-за сложностей дальнейшей социальной адаптации в условиях ограничений, вызванных заболеванием, самостигматизации, необходимости перестраивать ценностно-ориентационную систему, цели и смыслы с учётом дальнейшей жизни с диагнозом психического расстройства.

Цель настоящей работы – на основании литературного обзора и анализа самоотчётов больных шизофренией изучить их проблемы, потребности и особенности экзистенциальных показателей в период первого манифестного приступа заболевания, соотнести эти данные со стрессогенными параметрами ситуации, связанной с заболеванием, и оценить эффективность психотерапевтических мероприятий, направленных на конструктивное осознание пациентами смысла перенесенного психиатрического опыта с его интеграцией в общий жизненный опыт пациента.

Материалы и методы исследования

Выборка исследуемых лиц включала 237 пациентов мужского (139 человек, (58,6±3,2) %) и женского (98 человек ,(41,4±3,2) %) пола в возрасте 18–35 лет, поступивших впервые в жизни в отделения Областной клинической психиатрической больницы г. Донецка и дневные стационары Областного психоневрологического диспансера г. Донецка с первым манифестным приступом шизофрении. Это понятие объединяет синдромально схожие между собой состояния нарушения психики, которые проявляются нарушением мышления, бредом, галлюцинациями, психомоторным возбуждением, нарушенным аффектом и дезориентировкой [4].

С первого дня пребывания в стационаре всем пациентам назначалось медикаментозное лечение. Предпочтение отдавалось атипичным антипсихотикам в связи с их положительным влиянием на нейрокогнитивное и социальное функционирование больных, лучшую переносимость и меньшее, по сравнению с типичными нейролептиками, количество побочных эффектов.

Для достижения цели исследования из выборки пациентов было сформировано две группы. Основную группу составили 122 пациента, которые после купирования психотического состояния в течение полугода были включены в программу разработанной автором экзистенциально-личностной реабилитации, продолжая при этом поддерживающее медикаментозное лечение. Пациенты, получавшие только фармакотерапию, количестве 115 человек, составили группу сравнения.

Распределение пациентов по диагностическим категориям в соответствии с МКБ–10 [5] было следующим: шизофрения параноидная, период наблюдения менее года (F20.09) – 61 ((26,9±2,9)%) человек, шизофрения кататоническая, период наблюдения менее года (F20.29) – 5 ((2,2±1,0)%) человек, острое полиморфное психотическое расстройство (F23) – 15 ((6,6±1,6)%) человек, острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1) – 75 ((33,0±3,1)%) человек, острое шизофреноподобное психотическое расстройство (F23.2) – 12 ((5,3±1,5)%) человек, шизоаффективное расстройство (F25) – 48 ((21,1±2,7)%) человек, острое бредовое расстройство (F21) – 11 ((4,8±1,4)%) человек.

При проведении настоящего исследования использовали клинический метод, экзистенциально-феноменологический анализ самоотчетов пациентов и психодиагностический метод с использованием шкалы оценки трудности и неопределенности ситуации (ОТНС) Н.Е. Водопьяновой (2009) [3], позволяющей оценить уровень стрессогенности ситуации, связанной с психиатрическим опытом, и отражающей различные аспекты стрессовой ситуации.

Результаты и их обсуждение

Жизнь человека с диагнозом психического расстройства повышает риск ощущения бессмысленности дальнейшего существования, отказа от реализации себя в профессии и семье, обесценивает прежние достижения, затрудняет видение новых возможностей, самостоятельное решение проблем, автономное принятие решений и взятие ответственности за свою жизнь. Этому способствует невнимание специалистов здравоохранения к восстановлению целостности личности больных психическими расстройствами, помощи в принятии нового пережитого ими опыта и обучении их полноценной жизни с психическим расстройством.

С клинической точки зрения, шизофрения представляет собой психическое заболевание, а с экзистенциально-личностной – особый способ существования человека. Исследование психотического способа существования, понимание внутреннего мира переживаний пациента, «присутствие» и принятие участия терапевта в субъективном мире больного, возможно, в рамках экзистенциально-феноменологического подхода к изучению личности больного шизофренией. Это позволяет специалисту увидеть ситуацию болезни глазами пациента, глубоко понять его переживания и выявить потребности, что необходимо для проведения психотерапевтической работы, направленной на помощь пациенту в осознании смысла полученного психиатрического опыта.

Осмысление и принятие опыта болезни непременно ведёт к более высокому признанию ценности здоровья и жизни в целом. Во время психотического состояния человек ощущает изменение пространственно-темпоральных характеристик мира в виде нарушения течения времени, искажения взаимосвязей между объектами внешнего мира, испытывает изменение границ своего тела и дезинтеграцию своей психической жизни. Переживание опыта потери «связанности» времени и пространства в психотическом состоянии повышает степень ценности здорового переживания этих феноменов в постпсихотической реальности. Точно также и переживание изоляции, своего глубокого, фундаментального одиночества в период психотического приступа, а затем и социальной изолированности после окончания психотического периода, повышают ценность близких, интимных, доверительных межличностных отношений, способствуют их интеграции в ценностную систему личности.

Поэтому в процессе терапии важно помочь человеку увидеть и научить его использовать свою болезнь и свой перенесенный опыт столкновения с «психиатрией» как возможность для дальнейшего личностного роста и реализации своего потенциала.

Внутренний субъективный мир больного, перенесшего психоз, зачастую остаётся скрытым от специалистов, родственников, «здорового» общества, что приводит, с одной стороны, к однобокости оказания лечебно-реабилитационных воздействий (т. к. специалисты оказывают помощь в соответствии со своим видением потребностей, нужд и проблем психически больных, по медицинским показаниям или по данным психодиагностического исследования), с другой стороны – к непониманию переживаний пациента его близким окружением. Возможное сохранение у пациентов после психоза признаков когнитивной недостаточности или резидуальных психотических знаков, неполного осознания всего происшедшего, дистресса, вызванного самим фактом пребывания в психиатрическом стационаре и видения сложных проблем и случаев других пациентов, пересмотра экзистенциальных аспектов существования, страха быть непонятыми или отвергнутыми, а также страха социальных потерь – часто не дают возможность больным открыто заявлять о своих потребностях и открывать свои насущные переживания как специалистам здравоохранения, так и своим близким. Такая ситуация делает необходимым установление доверительных отношений между специалистами и пациентами, что даёт возможность глубже заглянуть в мир внутренних переживаний психически больных и определить их реальные потребности.

В самоотчётах пациентов, перенесших опыт психоза, они открыто заявляют, что никто не понимает их лучше, чем человек, имеющий такой же опыт. В связи с этим большую ценность для них представляют больничные взаимоотношения, так как это и есть первый социум, в который входит человек, побывавший в «психотической реальности». Важным является принятие себя другими, другая точка зрения и получение информации о чужом, но подобном и близком опыте, а также знание о том, что «ты не один, что есть такие же люди, которые смогли справиться с болезнью» [11].

По данным самоотчётов, у пациентов после психоза возникает много внутренних субъективных проблем и вопросов, касающихся экзистенциальной ситуации («где мое место в жизни?», «в чем ее смысл?», «как жить с психиатрическим диагнозом?»), которые беспокоят больных намного больше, чем остаточные симптомы заболевания и даже необходимость продолжения приёма медикаментов. Мысленный самоанализ в поисках ответов на вопросы вызывает у них душевное страдание, отчаяние, пессимизм, «мысленное самоуничтожение», чувство тревоги и вины, «потери самого себя», своей ценности, цели и смысла жизни. Это часто порождает мысли о суициде. Некоторые авторы самоотчётов сообщают, что «психоз воспринимается, как один миг, после которого – перелом в жизни, безвыходность и пустота» [11]. Многие больные сообщают, что после психоза появляются проблемы с эмоциями, характеризуя свою жизнь после психоза как «деревянная жизнь», «живёшь, и ничего не чувствуешь». В самоотчётах прослеживается душевное страдание и сохранность критичности к указанным эмоциональным проблемам, желание «вернуть прежние эмоции радости, интереса к окружающему, смысла жизни».

Таким образом, самоотчёты насквозь пронизаны экзистенциальными темами. Непонимание пациентами всего происходившего с ними в психотической реальности вызывает сильные переживания. Несмотря на фрагментарную амнезию психотического периода, в памяти пациентов фиксируется ряд феноменов, переживаемых ими в это время, таких, например, как «распад» или «потеря связанности» пространства, нарушение чувства целостности структуры своего «Я» во взаимосвязи с миром и т. д. Память больных лучше сохраняет те события, которые наблюдаются на фоне активной работы защитных механизмов (навязчивостей, ритуалов, бредовых идей), что объясняется некоторым уменьшением силы аффективных

переживаний. В то же время сам процесс перехода «обычной» реальности в «психотическую», сопровождающийся мощным уровнем эмоциональной насыщенности и аффективной блокадой критичности происходящего, амнезируется в гораздо большей степени [6].

В части самоотчётов авторы делают акцент на переживании чувства «беззащитности» перед миром, сомнениях в выборе между «добром и злом», что служит причиной страха возвращения в рабочий коллектив или коллектив друзей из-за отсутствия достаточной уверенности в себе и вероятности быть легко обманутым. Некоторые пациенты описывают очень травматичный опыт ситуации своего возвращения в социум при их недостаточной готовности к полноценному функционированию и исполнению социальных ролей. Неудачные попытки подобной социализации значительно усиливают дистресс и отчаяние. Семейное окружение пациентов часто настаивает на «скорейшем их возвращении к прежней жизни». В одном из самоотчётов применительно к данной ситуации автор использовал термин «слишком ранняя принудительная социализация».

Некоторые пациенты писали, что в первое время после психоза «часть человека продолжает ещё пребывать в недавних переживаниях «потустороннего мира», в «другой реальности», в «виртуальном» мире, который периодически воспринимается больным как более реальный. Самым вредоносным, с точки зрения самых пациентов, в данный момент являлась чрезмерная всеобъемлющая опека и контроль близких, которая полностью лишала больных самостоятельности и «мешала возвращению в реальность». По описанию одного из пациентов, «предоставление самостоятельности – это как протянуть слабую руку в реальность». По данным одного самоотчёта, ничто не возвращало к жизни так хорошо, как «поощрение любого поступка, даже прибирания постели».

Таким образом, несомненно важным является соблюдение семьёй больного золотого баланса, который создаёт необходимую мотивацию для самостоятельных, пусть поначалу даже очень простых действий, но, в то же время, ограждает пациента от болезненных проявлений его «Я», будучи для него «мостиком в реальность».

Анализ самоотчётов выявил наиболее важные потребности пациентов относительно ситуации перенесенного психоза, а именно: «субъективное ощущение самостоятельности и свободы выбора», «обретение смысла жизни», «умение чувствовать опасные повороты, преодолевать их или избегать», «сохранение прежних достижений, разума и свободы», «понимание смысла долгого лечения», «понимание самого себя и мира», «возвращение доверия к себе и к миру», «понимание того, зачем был нужен опыт психоза», «знание, что психоз излечим, что после психоза есть жизнь», «наличие веры и надежды», «знание, что есть те, кому можно доверять и обратиться за помощью», «понимание, что ты не один, что есть люди, которые справились с этим». Также были выявлены потребности в избавлении от душевного страдания и дистресса, разрешении внутренних субъективных проблем и конфликтов, вызванных травмирующей ситуацией, примирении с собой, ситуацией и миром.

После частичного восстановления критического отношения к пережитому, сама ситуация, связанная с опытом психоза, вызывает у пациентов самые разнообразные психологические реакции и переживания. Многие из них стараются отрицать для себя случившееся, отказываясь говорить на данную тему и вспоминать детали ситуации, не видя для себя ничего ценного и полезного в приобретенном опыте. Другие пациенты впадают в панику, апатию или бесплодные размышления («Почему именно я?», «Что в жизни я сделал не так?», «Как теперь быть?»). Третьи – выбирают не очень адаптивные варианты социального поведения, уходя от «мыслей о болезни и безысходности» в мир алкоголя, наркотиков, «дурных» компаний. Ещё часть пациентов активизирует более-менее удачные средства психологической защиты, искажая реальность, но благодаря этому как-то адаптируясь к жизни с болезнью. Однако любой из способов адаптации к ситуации скрывает под собой защиту от тревоги, связанной с возможными социальными потерями в жизни или потерей здоровья и автономии, что обнажает внутренний экзистенциальный конфликт, связанный с желанием продолжать жить и бессмысленностью дальнейшего существования.

Исходя из положений экзистенциальной психотерапии о том, что тревога, связанная с потерей смысла жизни, обратно пропорциональна удовлетворённости жизнью, в процессе работы важно не стремиться анестезировать тревогу пациентов, а помочь им примириться с ней и использовать её конструктивно. Использование экзистенциальной тревоги, связанной с утратой смысла жизни, в конструктивном русле, и направление её на укрепление духовных ценностей, постановку целей в жизни, поиск её смысла, способствует формированию новой личностной направленности и обретению пациентами нового смысла жизни.

Для оценки уровня стрессогенности ситуации, связанной с перенесенным психиатрическим опытом, была использована шкала ОТНС Н. Е. Водопьяновой, отражающая различные аспекты стрессовой ситуации. Шкала позволяет оценить общий уровень стрессогенности ситуации, связанной с психиатрическим опытом, и определяет субъективно измеряемую степень «потери» или «угрозы потери» социального, семейного статуса, уровня достижений и т. д.; степень «вызова» или «несправедливости», когда могут иметь место противоречия между энергетическими затратами пациентов, связанными с активным восстановлением уровня адаптации и удовлетворенностью от полученного результата (достижение поставленной цели, получение определенного социального, материального или семейного статуса). Шкала ОТНС также позволяет определить потенциальный ресурс человека, его возможности справиться с ситуацией, что зависит от механизмов психологической защиты, ведущих копинг-стратегий, личностных особенностей пациента, мотивационных детерминант выздоровления (веры, надежды, оптимизма, готовности попросить о помощи и довериться другим). На основании результатов психодиагностического исследования можно получить представление об избегании пациентом ответственности за течение своей болезни и свою жизнь; субъективном представлении о «степени участия» пациента в происходящих событиях и возможности изменить ситуацию путём вмешательства в неё; повторяемости в жизни пациента стрессовых

Таблица 1. Сравнительный анализ показателей стрессогенности ситуации, связанной с перенесенным психиатрическим опытом у пациентов основной группы с применением шкалы OTHC

Показатель	После купирования приступа (до психотерапии)	Через 0,5 года после приступа	Через 1 год после приступа	Через 2 года после приступа	p
Степень угрозы ситуации	5,74±0,08	1,53±0,03*$	2,0±0,06*$	1,7±0,06*$	p<0,001
Степень утраты ситуации	5,91±0,06	1,9±0,04*$	2,9±0,05*$	2,4±0,03*$	p<0,001
Степень несправедливости ситуации	2,87±0,05	5,16±0,02*$	5,8±0,02*$	5,7±0,01*	p<0,05
Степень контроля ситуации	6,57±0,15	1,5±0,05*$	2,5±0,07*$	2,0±0,07*$	p<0,001
Сложность понимания и управления ситуацией	6,1±0,07	2,1±0,04*$	2,5±0,03*$	2,3±0,03*$	p<0,001
Автономность ситуации	2,2±0,03	5,5±0,11*$	5,0±0,05*$	5,7±0,13*$	p<0,05
Повторяемость ситуации	4,33±0,24	3,25±0,03	4,7±0,12	4,82±0,06	p>0,05
Опыт подобных ситуаций	4,45±0,22	1,48±0,08*$	1,9±0,05*$	2,21±0,14*$	p<0,001
Общий показатель стрессогенности ситуации	38,17±0,9	22,42±0,4*$	27,3±0,45*$	26,83±0,53*$	p<0,001

*Примечание: *– отличие от показателей до лечения статистически значимо (p<0,05); $ – отличие от группы сравнения после лечения, в соответствующий период, статистически значимо (p<0,05).*

ситуаций, приводящих к выраженному эмоциональному дистрессу и опыте разрешения подобных ситуаций; «возможности контроля» своего заболевания, его симптомов и приёма медикаментов; «сложности понимания причин» возможного обострения и «управления» ситуацией, связанной с повторной госпитализацией.

Показатели стрессогенности ситуации оценивались сразу после купирования продуктивных симптомов до начала реабилитационных мероприятий, направленных на осознание смысла опыта психоза, затем – через 0,5 лет, 1 год и 2 года. Результаты анализа стрессогенных показателей представлены в таблицах 1 и 2.

Экзистенциально-личностная реабилитация, направленная на осознание смысла психиатрического опыта, была основана на личностно-ориентированном подходе к оказанию психиатрической помощи, позитивной психотерапии и акценте на экзистенциальных составляющих существования человека. Она включала ряд психотерапевтических техник и приёмов, часть из которых авторские.

В обеих исследуемых группах пациенты воспринимали ситуацию, связанную с болезнью и пребыванием в стенах психиатрического отделения, как стрессовую, наделяя её высокой степенью стрессогенности, о чем свидетельствовали средние значения общего показателя стрессогенности шкалы OTHC ((38,17±0,9) баллов в основной группе и (38,94±1,25) баллов в группе сравнения). Душевные страдания, которые испытывали пациенты после восстановления критичности к происходящему, их психологический дистресс, связанный с пережитым кризисом и неуверенностью в своём будущем, сопровождались страхом потери имеющихся достижений, приводили к появлению негативной эмоциональной реакции – депрессивной, тревожной, апатической, замедляя и процесс выздоровления.

Анализ показателей стрессогенности кризисной ситуации в группах пациентов по шкале OTHC, на момент купирования психотической симптоматики показало следующие результаты: в основной группе наибольшую стрессогенность ситуации придавали такие параметры субъективной репрезентации, как «степень угрозы» ((5,74±0,08) баллов), «степень утраты» ((5,91±0,06) баллов), «контролируемость ситуации» ((6,57±0,15) баллов) и «осведомленность» ((6,1±0,07) баллов). Это проявлялось опасениями пациентов, что столкновение с психиатрической службой грозит им большими потерями уже имеющихся и будущих социальных достижений, трудностями в профессиональной сфере, разрушением семейных отношений, проблемами взаимодействия с микросоциальным окружением с невозможностью контроля заболевания, бессилием перед ним, незнанием алгоритма действий в ситуации начала обострения. Анализ стрессогенности ситуации, связанной с психиатрическим опытом, после окончания психотерапевтических мероприятий, то есть через 0,5 лет после манифестного приступа заболевания, показал статистически значимое (p<0,001) снижение общего показателя стрессогенности, по сравнению с изначальными значениями данного показателя. Также достоверные различия (p<0,05) были отмечены по большинству

Таблица 2. Сравнительный анализ показателей стрессогенности ситуации, связанной с перенесенным психиатрическим опытом у пациентов группы сравнения с применением шкалы OTHC

Показатель	После купирования приступа	Через 0,5 года после приступа	Через 1 год после приступа	Через 2 года после приступа	p
Степень угрозы ситуации	5,81±0,03	6,2±0,13	6,27±0,15*	6,3±0,17*	p<0,05
Степень утраты ситуации	6,1±0,04	6,4±0,1*	6,43±0,05*	6,39±0,1*	p<0,05
Степень несправедливости ситуации	2,9±0,11	3,9±0,12	3,83±0,11	3,9±0,07	p>0,05
Степень контроля ситуации	6,42±0,11	5,27±0,06	5,13±0,07	5,15±0,13	p>0,05
Сложность понимания и управления ситуацией	5,96±0,05	6,31±0,07	6,26±0,1	6,1±0,2	p>0,05
Автономность ситуации	2,54±0,07	2,22±0,02	3,18±0,04	3,14±0,07	p>0,05
Повторяемость ситуации	4,58±0,54	5,26±0,31	5,47±0,12	5,49±0,08	p>0,05
Опыт подобных ситуаций	4,63±0,3	5,6±0,15	5,53±0,16*	5,68±0,09*	p<0,05
Общий показатель стрессогенности ситуации	38,94±1,25	41,16±0,96	42,1±0,8	42,45±0,91	p>0,05

*Примечание: *– отличие от показателей до лечения статистически значимо (p<0,05).*

параметров шкалы ОТНС: степени угрозы и утраты социальных потерь, степени контролируемости или автономности ситуации, склонности понимания и управления ситуацией, осведомленности о способе действий в подобных ситуациях. Таким образом, после реабилитации стрессогенность ситуации, связанной с психиатрическим опытом, у пациентов основной группы значительно снизилась. Данная ситуация уже не рассматривалась ими как угрожающая появлением негативных изменений в их жизни. Субъективно пережитый кризис уже не был связан для них с «угрозой потери» всего приобретенного в жизни, а значит и смысла дальнейшего развития и самоактуализации. Усиление позитивных, здоровых аспектов личности пациентов, психотерапевтическая коррекция механизмов психологической защиты и обучение конструктивным копинг-стратегиям способствовали желанию пациентов занимать более активную позицию по отношению к заболеванию и сделали возможным понимание того, что течение болезни и ее симптомы можно самостоятельно контролировать приемом медикаментов.

Полученный после проведения реабилитационных мероприятий, направленных на осмысление опыта психоза, результат, сохранялся на протяжении всего исследуемого двухлетнего периода после первого манифестного приступа шизофрении. Этот результат выражался в статистически значимом снижении степени стрессогенности связанной с болезнью ситуации и уровня связанного с ней дистресса. Динамика средних значений практически всех показателей методики ОТНС характеризовалась их достоверным снижением ($p<0,05$) у представителей основной группы. Отсутствие достоверного ($p>0,05$) снижения показателя «повторяемость ситуации» свидетельствовало об отсутствии тенденции к рецидивированию болезни.

У пациентов группы сравнения достоверного снижения общего показателя стрессогенности связанной с болезнью ситуации выявлено не было ($p>0,05$), хотя со временем степень стрессогенности снизилась по показателю «степень контроля ситуации» (с (6,42±0,11) баллов на момент купирования продуктивных симптомов на (5,15±0,13) баллов через 2 года после манифестного приступа). Двухлетняя динамика остальных параметров шкалы ОТНС в группе сравнения показала отсутствие снижения стрессогенности кризисной ситуации и статистически значимо ($p<0,05$) отличалась от динамики данных показателей в основной группе в соответствующие временные периоды, как отличалось ($p<0,001$) и значение общего суммарного показателя стрессогенности.

Выводы

Это доказывает эффективность экзистенциально-личностной реабилитации, направленной на осмысление опыта перенесенного психоза. Снижение степени стрессогенности ситуации, связанной с заболеванием, влечёт за собой устранение эмоционального дистресса, предотвращает появление депрессивной симптоматики и суицидальных мыслей, препятствует утрате смысла жизни и изоляции от социума. На место дистресса приходит ощущение оптимизма, надежды на выздоровление, постановка новых целей, создание системы ценностей и смыслов, движение по пути самоактуализации.

Список использованной литературы

1. *Бите И. Экзистенциальный подход в терапии клиентов, переживших насилие / И. Бите // Экзистенциальное измерение в консультировании и психотерапии: сборник / [сост. Ю. Абакумова-Кочюнене]. – Вильнюс: ВЕЭАТ Бириштонас, 2005. – Т. 2. – С. 88–93.*
2. *Бьюдженталь Дж. Наука быть живым: Диалоги между терапевтом и пациентами в гуманистической терапии / Дж. Бьюдженталь. – М.: Класс, 1998. – 207 с.*
3. *Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса / Н. Е. Водопьянова. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.*
4. *Мангуби Д. А. Первичный психотический эпизод: новые лекарственные формы как альтернатива инъекциям / Д. А. Мангуби // Здоров'я України. – 2011. – № 4 (19). – С. 32–33.*
5. *Міжнародна класифікація хвороб (10 перегляд). Класифікація психічних і поведінкових розладів. – СПб. : АДИС, 1994. – 304 с.*
6. *Сенс перенесеного психіатричного досвіду у хворих з першим психотичним епізодом: метод. рекоменд. / [Н. О. Марута, В. А. Абрамов, О. І. Осокіна та ін.] – Донецьк, 2013. – 24 с.*
7. *Хайдеггер М. Бытие и время / Р. Хайдегерр. – М.: Ad Marginem, 1997. – 1510 с.*
8. *Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание / [А. П. Коцюбинский, А. И. Скорик, И. О. Аксенова и др.]. – СПб.: Гиппократ+, 2004. – 336 с.*
9. *Якобсен Б. Жизненный кризис в экзистенциальной перспективе: могут ли травма и кризис рассматриваться как помощь в личном развитии? / Б. Якобсен // Экзистенциальное измерение в консультировании и психотерапии: сборник / [составитель Ю. Абакумова-Кочюнене]. – Вильнюс: ВЕЭАТ, 2005. – С. 101–112.*
10. *Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом. – М.: Класс, 1999. – 265 с.*
11. *Deegan P. E. Recovery as a journey of the heart / P. E. Deegan // Psychosoc. Rehab. J. – 1996. – Vol. 19. – P. 91–97.*
12. *Tillich P. The Courage to Be / P. Tillich // New Haven and London: Yale University Press, 1952. – 66 p.*

СЕНС ДОСВІДУ ПЕРЕНЕСЕНОГО ПСИХОЗУ ТА ПОВ'ЯЗАНА З НИМ СТРЕСОГЕННІСТЬ СИТУАЦІЇ: ЕКЗИСТЕНЦІЙНА ПАРАДИГМА

О.І. Осокіна

У даній статті розглянуті питання, пов'язані з психологічним дистресом, який відчувають хворі на шизофренію після перенесеного психотичного нападу, через призму екзистенційної парадигми. Вивчено параметри стресогенної ситуації, пов'язаної з госпіталізацією, досвідом психотичних переживань і особливостями існування з психіатричним діагнозом в постпсихотичний період. Досліджено самозвіти хворих на шизофренію та визначено їх потреби та очікування, на підставі яких розроблена модель екзистенційно-особистісної реабілітації. Доведено, що використання даної реабілітаційної моделі достовірно ($p<0,001$) знижує стресогенність ситуації, пов'язаної з психіатричним досвідом, у хворих після маніфестації шизофренії.

Ключові слова: сенс досвіду психозу, шизофренія, стресогенність ситуації, екзистенційно-особистісна реабілітація.

THE SENSE OF PSYCHOTIC EXPERIENCE AND ASSOCIATED STRESSFUL SITUATION: EXISTENTIAL PARADIGM

O. Osokina

This article discussed the issues related to psychological distress felt by patients with schizophrenia after suffering a psychotic episode, based on the existential paradigm. There were investigated the parameters of stressful situation related to hospitalization, experience of psychotic state and peculiarities of life with a psychiatric diagnosis in the period after psychosis. There were studied self-reports in patients with schizophrenia and identified their needs and expectations, based on which the model of existential-personal rehabilitation was developed. It was proved that the use the model of rehabilitation was significantly ($p<0.001$) reduced stressful situation related to psychiatric experience in first-episode schizophrenia patients.

Key words: the sense of psychotic experience, schizophrenia, stressful situation, existential-personal rehabilitation.

УДК 616.89-008.1:613.86

О.Г. Буздиган

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК, ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

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

Метою дослідження було вивчення особливостей функціонального стану ВНС у чоловіків та жінок, хворих на шизофренію, і встановлення зв'язків функціонального стану ВНС з клініко-психопатологічними особливостями захворювання та якістю життя хворих. Для цього було обстежено 210 чоловіків і 210 жінок, хворих на параноїдну шизофренію, за допомогою комплексної методики, яка включала суб'єктивне обстеження з використанням опитувальника А.М. Вейна, дослідження варіабельності серцевого ритму, клініко-психологічне дослідження з оцінкою виразності позитивної та негативної симптоматики шизофренії за шкалою PANSS, дослідження якості життя за допомогою опитувальника ВООЗ ЯЖ–26 та модифікованого опитувальника для оцінки якості життя хворих на шизофренію. У хворих на шизофренію виявлено глибокі дисфункціональні зміни стану ВНС, що виявляються при дослідженні показників ВСР, а також гендерні відмінності: значуще превалювання тонусу симпатичного відділу ВНС у жінок і більшу поширеність парасимпатикотонії та ейтонії у чоловіків. Загалом жінкам притаманний тісніший зв'язок показників функціонального стану ВНС з клінічною симптоматикою шизофренії та якістю життя, порівняно з чоловіками. Водночас, закономірності кореляційних зв'язків між показниками функціонального стану ВНС і клінічною симптоматикою шизофренії та якістю життя у чоловіків та жінок мають надзвичайно складний і нелінійний характер, що свідчить про важливу роль ВНС у патогенезі шизофренії і зумовлює необхідність подальшого поглибленого вивчення ролі ВНС у виникненні та розвитку шизофренічного процесу.

Ключові слова: шизофренія, вегетативна нервова система, гендерний фактор.

Провідна роль вегетативної нервової системи (ВНС) у забезпеченні гомеостатичної рівноваги і адекватного психосоматичного функціонування останніми роками привертає все більшу увагу дослідників. З сучасних наукових позицій шизофренія розглядається як полісистемна патологія з переважною локалізацією у головному мозку. Виходячи з цього, результати дослідження функціонального стану ВНС як важливої складової загального функціонального стану організму, мають вагоме значення для розуміння складних патогенетичних механізмів шизофренії, прогнозування особливостей її перебігу, а також для розробки лікувальних та профілактичних заходів при цій патології.

Актуальність. Шизофренія є однією з найвагоміших клінічних та соціально-медичних проблем сучасної психіатрії. Відсутність загальноприйнятої теорії шизофренії зумовлює актуальність вивчення окремих ланок патогенезу цього захворювання, а також сукупності зв'язків між різноманітними біологічними, функціональними, психологічними та соціальними аспектами шизофренічної патології.

Дослідженню особливостей функціонального стану ВНС при шизофренії присвячена невелика кількість публікацій [2], незважаючи на те, що в ряді робіт було встановлено важливу роль у патогенезі шизофренії відділів головного мозку, які беруть участь у вегетативній регуляції, а також суттєві зміни у показниках діяльності ВНС під впливом антипсихотичної терапії [7, 8, 9]. Деякі дослідження [10] виявили у хворих на шизофренію зменшення вагусної активності, ймовірно, пов'язане з порушенням при гострому психозі кірково-підкіркових зв'язків, що модулюють ВНС, іншими ж дослідженнями виявлено відносне превалювання симпатичного відділу ВНС при шизофренії залежно від стану пацієнта, зокрема від інтенсивності продуктивної симптоматики і, особливо, галюцинаторного синдрому [5].

Водночас, дані щодо ролі ВНС у патогенезі шизофренії залишаються неповними та суперечливими. Дослідженнями останніх років [11] виявлено незначне зниження у хворих на шизофренію парасимпатичної активності у поєднанні зі зниженням ентропії та значущі кореляції змін варіабельності серцевого ритму (ВСР) з розладами мислення та порушеннями здатності до самообслуговування.

Залишаються практично не дослідженими надзвичайно важливі гендерні аспекти змін функціонального стану ВНС, а також особливості кореляційних зв'язків між показниками стану ВНС та клінічними і медико-соціальними факторами з урахуванням статі. Такі дані матимуть важливе теоретичне та практичне значення для розуміння складного і багатофакторного патогенезу шизофренії, а також для розробки лікувальних та профілактичних заходів.

Мета дослідження – вивчити особливості функціонального стану ВНС у чоловіків та жінок, хворих на шизофренію; встановити зв'язок функціонального стану ВНС з клініко-психопатологічними особливостями захворювання та якістю життя хворих.

Матеріали та методи дослідження

Нами проведено дослідження функціонального стану ВНС 420 хворих (210 чоловіків та 210 жінок), які перебували на стаціонарному лікуванні у Вінницькій обласній клінічній психоневрологічній лікарні ім. О.І. Ющенка протягом 2007–2013 років і яким було встановлено діагноз параноїдної шизофренії відповідно до критеріїв МКХ–10 за допомогою комплексної методики, яка включала суб'єктивне обстеження з використанням опитувальника А.М. Вейна [1], а також дослідження варіабельності серцевого ритму за стандартизованою методикою [4]. Обстеження проводили в період екзацербації захворювання. Одночасно проводили клініко-психологічне дослідження з оцінкою виразності позитивної та негативної симптоматики шизофренії за допомогою шкали оцінки позитивних і негативних синдромів (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) [6], а також дослідження якості життя за допомогою короткого опитувальника Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) (WHOQOL–BREF) [1] та модифікованого опитувальника для оцінки якості життя хворих на шизофренію [5].

Статистичний аналіз одержаних даних проводили за допомогою непараметричних методів: тесту хі-квадрат Пірсона, критерію Манна–Уїтні, тесту Вілкоксона, методу рангової кореляції Спірмена.

Результати та їх обговорення

За результатами аналізу стану ВНС за методикою А.М. Вейна усі обстежені хворі були поділені на три групи, залежно від переважання активності симпатичного або парасимпатичного відділу ВНС. До першої групи (загальною чисельністю 210 осіб) увійшли хворі з ознаками домінування парасимпатичного відділу ВНС (ознаки парасимпатикотонії), до другої (загальною чисельністю 17 чоловік) – з гармонійною взаємодією симпатичного та парасимпатичного відділів ВНС (ейтонія), до третьої (загальною чисельністю 193 чол.) – хворі з ознаками домінування симпатичного відділу ВНС (ознаки симпатикотонії).

При аналізі статевих особливостей розподілу хворих за типами вегетативного домінування було виявлено, що серед чоловіків більшою є питома частка осіб з парасимпатичним – 55,7% обстежених проти 44,3% обстежених у жінок, та, меншою мірою, ейтонічним – 4,3% проти 3,8% обстежених відповідно, типами вегетативного тонусу, а у жінок – з симпатичним (51,9% проти 40,0% відповідно). Виявлені розбіжності є статистично значущими ($p<0,05$).

Привертає увагу вкрай низька поширеність серед хворих на шизофренію з тривалим перебігом захворювання (як чоловіків, так і жінок) гармонійного типу взаємодії симпатичного і парасимпатичного типів ВНС та відповідних показників ВСР. Водночас, слід врахувати, що обстеження хворих проводили у період максимальної інтенсивності психопатологічної симптоматики, а

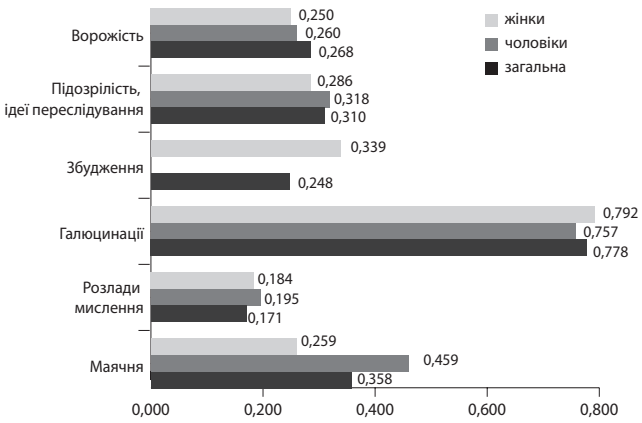


Рис. 1. Особливості зв'язку показників функціонального стану ВНС та виразності продуктивної симптоматики шизофренії за шкалою PANSS (наведено значущі ($p<0,05$) коефіцієнти рангової кореляції Спірмена).

під впливом антипсихотичної терапії показники функціонального стану ВНС суттєво змінюються.

Виявлені закономірності знаходять підтвердження при аналізі показників ВСР. Так, у жінок значуще вищими, порівняно з чоловіками, є показники ЧСС ((73±15) уд./хв проти (70±15) уд./хв, $p<0,05$), наднизької ((978±413) мс^2 проти (859±442) мс^2, $p<0,05$) та низької компонент спектра ((1163±429) мс^2 проти (1055±424) мс^2, $p<0,01$), а також показника LFn ((60,2±17,0) проти (56,2±17,4), $p=0,056$). Натомість, у чоловіків більшими є показники часових характеристик: SDNN ((99±37) мс проти (91±37) мс, $p<0,05$), а також показників високочастотного компонента спектра HF ((773±322) мс^2 проти (711±315) мс^2, $p=0,082$) та HFn ((42,6±18,1) проти (38,3±17,8), $p<0,05$). Загальна потужність спектра, що є показником сумарної ВСР, також є більшою у чоловіків ((2852±534) мс^2 проти (2687±557) мс^2, $p<0,01$).

Важливі закономірності виявлені при аналізі кореляційних зв'язків між виразністю продуктивної, негативної та загальної симптоматики шизофренії за даними шкали PANSS і показниками функціонального стану ВНС за даними дослідження ВСР.

При аналізі кореляцій продуктивної симптоматики і показників функціонального стану ВНС було виявлено значущий ($p<0,05$) зв'язок між наростанням ознак симпатикотонії та інтенсивністю майже всіх продуктивних симптомів, крім ідей величі (у всіх хворих) і збу-

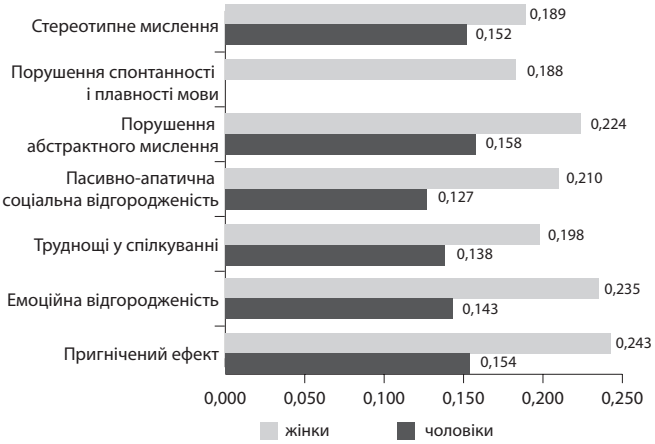


Рис. 2. Особливості зв'язку показників функціонального стану ВНС та виразності негативної симптоматики шизофренії за шкалою PANSS (наведено значущі ($p<0,05$) коефіцієнти рангової кореляції Спірмена).

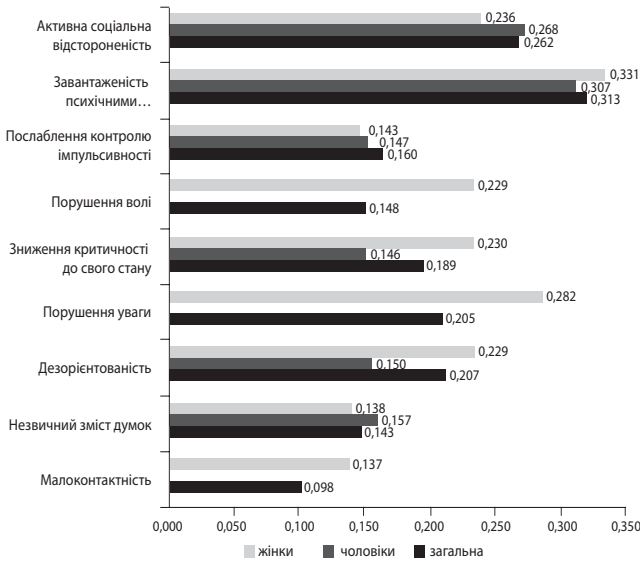


Рис. 3. Особливості зв'язку показників функціонального стану ВНС та виразності загальної симптоматики шизофренії за шкалою PANSS (наведено значущі (p<0,05) коефіцієнти рангової кореляції Спірмена).

дження (лише у чоловіків) (рис. 1). Найтісніший зв'язок симпатикотонії виявлений з галюцинаторним синдромом, найслабший – з розладами мислення, при цьому у жінок був тісніший зв'язок з симпатикотонією галюцинацій і збудження; натомість, у чоловіків сила кореляційних зв'язків вища для маячні, розладів мислення, підозрілості та ідей переслідування та ворожості.

Інша картина виявлена при аналізі кореляційних зв'язків функціонального стану ВНС з негативною симптоматикою (рис. 2). У чоловіків кореляційні зв'язки показників функціонального стану ВНС не виявляють статистично значущих кореляцій. Натомість, у жінок усі показники негативної симптоматики за даними шкали PANSS виявляють значущу тропність до симпатикотонії, хоча сила кореляційного зв'язку є слабкою (r_S<0,3).

Більш складні закономірності кореляційних зв'язків виявлені між загальною симптоматикою шизофренії та показниками стану ВНС (рис. 3).

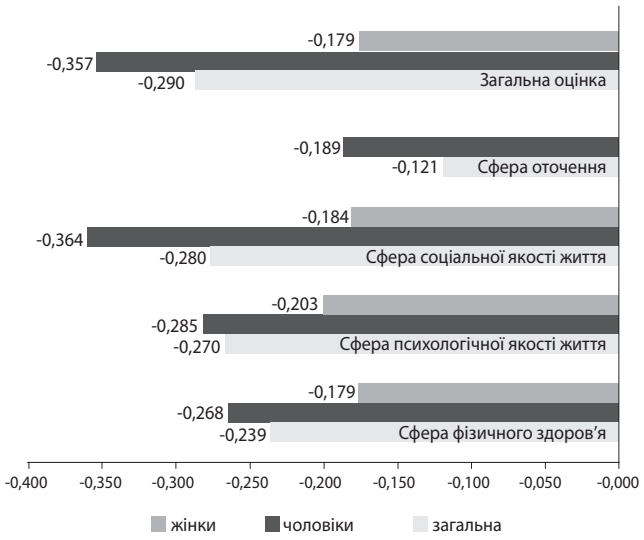


Рис. 4. Особливості зв'язку показників функціонального стану ВНС та показників якості життя за даними шкали оцінки якості життя ВООЗ ЯЖ-26 (наведено значущі (p<0,05) коефіцієнти рангової кореляції Спірмена).

При цьому у чоловіків ступінь кореляційного зв'язку, аналогічно продуктивній і негативній симптоматиці, в цілому є меншим, порівняно з жінками. На наш погляд, ці зв'язки є опосередкованими через виразність продуктивної та негативної симптоматики і відображають гендерні особливості їх проявів. Так, у чоловіків більшою мірою простежуються кореляції з напруженістю, і меншою мірою – з порушенням контролю імпульсивності та почуттям провини, а у жінок – з тривогою, дезорієнтованістю, порушеннями уваги та волі. Як у чоловіків, так і у жінок простежуються близькі кореляції показників ВСР із завантаженістю психічними переживаннями та активною соціальною відстороненістю. Загалом, за винятком завантаженості психічними переживаннями, де коефіцієнти кореляції перевищують 0,3 (помірної сили кореляційний зв'язок), для більшості показників ВСР та шкали PANSS виявлено слабкі кореляції (коефіцієнт рангової кореляції в межах 0,1–0,3).

Проведене нами попереднє дослідження встановило тісний зв'язок якості життя хворих на шизофренію з особливостями клінічної симптоматики, а також наявність значущих розбіжностей у клініко-патодинамічних характеристиках і показниках якості життя у чоловіків та жінок. Описані вище особливості зв'язків показників функціонального стану ВНС з клінічною симптоматикою шизофренії знаходять відображення у закономірностях взаємозв'язку характеристик вегетативного балансу та показників якості життя хворих на шизофренію.

Так, при оцінці зв'язку показників якості життя за шкалою ВООЗ ЯЖ–26 та показників функціонального стану ВНС було виявлено значущий (p<0,05) зворотний зв'язок між показниками якості життя та ознаками симпатикотонії: зростання симпатикотонічних тенденцій як в цілому, так і в розрізі статей супроводжується зниженням оцінки якості життя за всіма сферами: фізичного здоров'я, психологічної якості життя, соціальної якості життя та оточення, а також із загальною оцінкою (рис. 4).

Найтісніший зв'язок у чоловіків виявлений між показниками якості життя за сферами соціальної якості життя та психологічної якості життя, менший – за сферами фізичного здоров'я та оточення. Слід зауважити, що у чоловіків сила цього зв'язку є помірною (коефіцієнт кореляції за модулем більший за 0,3) лише для сфери соціальної якості життя, тоді як для решти сфер, а також для всіх сфер загальної якості життя у жінок він не перевищує 0,3, тобто сила кореляційного зв'язку є слабкою. Для жінок найтісніші кореляції виявлені для сфер психологічної якості життя, соціальної якості життя та фізичного здоров'я.

Важливі закономірності виявлені при аналізі кореляційних зв'язків між показниками функціонального стану ВНС та показниками специфічної якості життя, пов'язаної з наявністю ендогенного психічного захворювання (рис. 5).

Загалом закономірності зв'язків показників специфічної якості життя з показниками функціонального стану ВНС ті ж, що виявлені для загальної якості життя: при наростанні ознак симпатикотонії показники якості життя зменшуються. Найтіснішими у чоловіків є зв'язки між показниками функціонального стану ВНС та показниками якості життя за субсферами «Практична соціальна підтримка», «Можливості для відпочинку і розваг та їхнє використання», «Переживання, пов'язані із спілкуванням» та

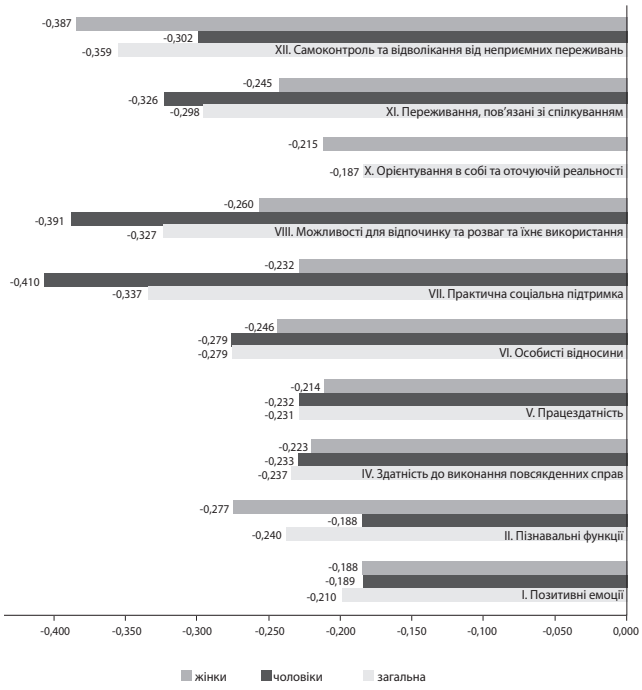


Рис. 5. Особливості зв'язку показників функціонального стану ВНС та показників якості життя за даними шкали оцінки якості життя ВООЗ ЯЖ-СМ (наведено значущі (p<0,05) коефіцієнти рангової кореляції Спірмена).

«Самоконтроль та відволікання від неприємних переживань». Натомість, у жінок найтісніший зв'язок виявлений з субсферою «Самоконтроль та відволікання від неприємних переживань», це єдина шкала, де сила кореляційного зв'язку є помірною (r_S <-0,3), для решти субсфер кореляційний зв'язок є слабким (r_S склав 0,3 і більше). При цьому показники ЧСС, загальної потужності спектра, низької та наднизької складових спектра, а також співвідношення низькочастотної та високочастотної складових виявляють зворотну кореляцію з показниками якості життя, а показники часових характеристик, SDNN, RMSSD, pNN_{50}, а також показники високочастотної складової спектра – пряму, що свідчить про наявність тенденції до погіршання якості життя з наростанням ознак симпатикотонії.

На нашу думку, пояснення цього феномену слід шукати у тісному зв'язку симпатикотонічних проявів з виразністю неприємних продуктивних та загальних проявів шизофренії – галюцинацій, маячні, а також тривожно-депресивних розладів. Натомість, парасимпатикотонія більшою мірою пов'язана із негативною симптоматикою та когнітивним дефіцитом, що зазвичай супроводжується посиленням апатії, байдужості та соціальної пасивності. Тож, на нашу думку, прямий зв'язок парасимпатикотонії з покращенням показників якості життя у хворих на шизофренію слід розглядати у сукупності складних закономірностей взаємодії клінічних, функціональних та соціальних факторів. Очевидно, що принаймні в частині випадків відносно високі показники якості життя хворих зумовлені зниженням критичності до свого стану, соціальною апатією та байдужістю до соціальної реалізації, а також проявами пасивної та активної соціальної відстороненості.

На наш погляд, виявлені особливості відображають складні закономірності зв'язків якості життя та клінічної симптоматики шизофренії. Вплив інтенсивності продуктивної, негативної та загальної симптоматики шизофренії на показники якості життя визначає опосередкованість зв'язків між індикаторами функціонального стану ВНС, що також залежить від виразності клінічної симптоматики, та показниками загальної якості життя та специфічної якості життя, пов'язаної з наявністю ендогенного психічного захворювання. Водночас, одержані дані щодо кореляцій між показниками якості життя та функціонального стану ВНС є самостійною характеристикою взаємовпливу цих факторів, і мають важливе теоретичне і практичне значення для розуміння складних патогенетичних зв'язків, що виникають в процесі розвитку шизофренічної патології та розробки лікувальних і реабілітаційних заходів.

Висновки

Проведене дослідження виявило ряд гендерних розбіжностей у особливостях функціонального стану ВНС у хворих на шизофренію. Встановлено значуще превалювання тонусу симпатичного відділу ВНС у жінок і більшу поширеність парасимпатикотонії та, меншою мірою, ейтонії – у чоловіків. В цілому для хворих на шизофренію характерними є глибокі дисфункціональні зміни стану ВНС, що виявляються при дослідженні показників ВСР. При цьому у жінок більше виражені показники, що характеризують активність симпатичного відділу ВНС, а у чоловіків – парасимпатичного. Загалом жінкам притаманний більш тісний зв'язок показників функціонального стану ВНС з клінічною симптоматикою шизофренії та якістю життя, порівняно з чоловіками. Закономірності кореляційних зв'язків між показниками функціонального стану ВНС і клінічною симптоматикою шизофренії та якістю життя у чоловіків та жінок мають надзвичайно складний і нелінійний характер, що свідчить про важливу роль ВНС у патогенезі шизофренії і зумовлює необхідність подальшого поглибленого вивчення ролі ВНС у виникненні та розвитку шизофренічного процесу.

Виявлені закономірності зумовлюють необхідність подальших поглиблених досліджень особливостей функціонального стану ВНС та їх зв'язку з клінічними та соціально-медичними характеристиками, зокрема, в динаміці розвитку шизофренічного процесу.

Список використаної літератури

1. *Вегетативные расстройства: клиника, диагностика и лечение ; под ред. А. М. Вейна. – М. : Медицинское информационное агенство, 2003. – 752 с.*
2. *Взаимосвязь психопатологической симптоматики и вариабельности сердечного ритма у больных шизофренией при различных вариантах лечения / М. К. Резников, С. Н. Житкова, Е. В. Мануковская, Н. Ю. Будина // Прикладные информационные аспекты медицины : научно-практический журнал. – Воронеж : ВГМА им. Н.Н. Бурденко. – 2008. – Т. 11, № 1. – С. 139–142.*
3. *Козловский В. Л. Оценка качества жизни больных шизофренией при проведении поддерживающей терапии (методические рекомендации) / В. Л. Козловский, С. Ю. Масловский. – СПб. : Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева. – 22 с.*
4. *Краткий опросник Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни (The world health organization quality of life (whoqol) – bref) // The world health organization, Geneva. – 2004. – 6 с.*
5. *Резников М. К. Показатели вегетативного и психического статуса больных шизофренией при применении антипсихотических препаратов разных фармакологических групп: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : 14.00.25 / Резников Максим Константинович ; Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко ФАЗСР». – Воронеж, 2008. – 24 с.*
6. *Kay S. R. Positive and negative syndromes in schizophrenia: assessment and research / S.R. Kay. – N.Y. : Brunner/mazel, 1991. – 216 p.*
7. *Bar K. J. Relationship between cardiovagal modulation and psychotic state in patients with paranoid schizophrenia / K. J. Bar, K. Wernich, S. Boettger // Psychiatry Res. – 2008. – Vol. 157, № 1–3. – P. 255–257.*
8. *Haddad P. M. Adverse effects of atypical antipsychotics: differential risk and clinical implications / P. M. Haddad, S. G. Sharma // CNS Drugs. – 2007. – Vol. 21, № 11. – P. 911–936.*
9. *Wang Y. C. Heart Rate Variability in Schizophrenic Patients Switched from Typical Antipsychotic Agents to Amisulpride and Olanzapine. 3-Month Follow-Up / Y. C. Wang, C. C. Yang, Y. M. Bai // Neuropsychobiology. – 2008. – Vol. 57, № 4. – P. 200 – 205.*

10. Bar K. J. Differences between heart rate and blood pressure variability in schizophrenia / K. J. Bar, M. K. Boettger, A. Voss // Biomed Tech. (Berl.). – 2006. – Vol.51, № 4. – P.237–239.
11. Brook L. Henry Heart rate variability in bipolar mania and schizophrenia / Brook L. Henry, Arpi Minassian, Martin P. [et al.] // Journal of Psychiatric Research. – 2009. – Vol. 07 (11). – P. 7–9.
12. Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology, Heart Rate Variability: standarts of measurement, physiological interpretation, and clinical use // Circulation. – 1996. – Vol. 93. – P. 1043–1065.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Е.Г. Буздыган

Целью исследования было изучение особенностей функционального состояния ВНС у мужчин и женщин, больных шизофренией, и установление связей функционального состояния ВНС с клинико-психопатологическими особенностями заболевания и качеством жизни больных. Для этого было обследовано 210 мужчин и 210 женщин, больных параноидной шизофренией, с помощью комплексной методики, которая включала субъективное обследование с использованием опросника А.М. Вейна, исследование вариабельности сердечного ритма, клинико-психологическое исследование с оценкой выраженности позитивной и негативной симптоматики шизофрении по шкале PANSS, исследование качества жизни с помощью опросника ВОЗ КЖ–26 и модифицированного опросника для оценки качества жизни больных шизофренией. У больных шизофренией обнаружены глубокие дисфункциональные изменения состояния ВНС, выявляемые при исследовании показателей ВСР, а также гендерные различия: значимое превалирование тонуса симпатического отдела ВНС у женщин, большая распространенность парасимпатикотонии и эйтонии у мужчин. В целом женщинам присуща более тесная связь показателей функционального состояния ВНС с клинической симптоматикой шизофрении и качеством жизни, по сравнению с мужчинами. В то же время, закономерности корреляционных связей между показателями функционального состояния ВНС, клинической симптоматикой шизофрении и качеством жизни у мужчин и женщин имеют чрезвычайно сложный и нелинейный характер, что свидетельствует о важной роли ВНС в патогенезе шизофрении и обусловливает необходимость дальнейшего углубленного изучения роли ВНС в возникновении и развитии шизофренического процесса.

Ключевые слова: шизофрения, вегетативная нервная система, гендерный фактор.

FEATURES OF A FUNCTIONAL STATE OF THE AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM IN MEN AND WOMEN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

O. Buzdygan

The aim of the study was to investigate the characteristics of the functional state of the SPA for men and women with schizophrenia and linkages ANS functional state of clinical and psychopathological features of the disease and quality of life of patients. This was examined 210 men and 210 women suffering from paranoia schizophrenia, using a comprehensive methodology that included a subjective survey using a questionnaire AM Wayne, the study of heart rate variability, clinical and psychological studies to assess severity of positive and negative symptoms of schizophrenia on a scale PANSS), and the study of quality of life with help of WHO KZH-26 and a modified questionnaire to assess quality of life in patients with schizophrenia. In schizophrenic patients revealed profound changes in the state dysfunctional ANS, revealed by the study of HRV parameters and gender differences: significant prevalence tone of the sympathetic division of ANS in women, and greater prevalence parasympatykotoniyi and eytoniyi men. In general, women are more exposed to the close relationship of functional status of the SPA with clinical symptoms of schizophrenia and quality of life compared with men. However, the patterns of correlations between indicators of the functional state of the SPA and the clinical symptoms of schizophrenia and the quality of life of men and women are extremely complex and non-linear, indicating the important role of ANS in the pathogenesis of schizophrenia and results in the need for further in-depth study of the role of VNS in the origin and of the schizophrenic process.

Key words: schizophrenia, autonomic nervous system, gender factor

УДК 616.89-02-085

О.А. Ревенок[1], Я.Ю. Марункевич[2]

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З УРАХУВАННЯМ СУПУТНЬОЇ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

[1]Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ;
[2]Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

При порівняльному аналізі ефективності традиційної схеми лікування та реабілітації хворих на шизофренію з супутньою соматичною патологією, що включала лікувально-реабілітаційні заходи, затверджені чинними нормативними документами, та запропонованої схеми лікування та реабілітації, яка включала такі ж заходи, доповнені на етапі виходу з гострого психозу медикаментозною антидепресивною терапією, раціональною психотерапією, на етапі формування ремісії – медикаментозною антидепресивною терапією, раціональною психотерапією та тілесно-орієнтованою психотерапією, а також включенням до комплексу лікувально-реабілітаційних заходів на етапі реабілітації медикаментозної антидепресивної терапії курсом тривалістю 2–3 місяці, сімейної психотерапії для покращення соціальної адаптації і тілесно-орієнтованої психотерапії, було встановлено значуще більшу ефективність запропонованої схеми відносно депресивних та тривожно депресивних проявів, а також щодо проявів соматичної заклопотаності, що має особливе значення у хворих з коморбідною соматичною патологією. Запропонована схема лікування та реабілітації виявилася також ефективнішою щодо покращення якості життя хворих на шизофренію, як загальної, так і пов'язаної з наявністю ендогенного психічного захворювання. Це дає підстави рекомендувати описану схему в якості базової для хворих на шизофренію з супутньою соматичною патологією, у яких наявні ознаки депресивних і тривожно-депресивних розладів, а також іпохондричних фіксацій.

Ключові слова: шизофренія, коморбідна соматична патологія, лікування, реабілітація.

Розробка ефективних методів лікування та реабілітації хворих на шизофренію є однією з найскладніших та найважливіших задач сучасної психіатричної науки і практики. Лікування та реабілітація хворих з супутньою соматичною патологією є особливо складним завданням. Наявність коморбідної соматичної патології суттєво

ускладнює реалізацію терапевтичних, відновних та адаптаційних заходів внаслідок взаємного впливу соматичної та психічної патології, суттєвих обмежень у характері та обсязі лікувальних заходів, зменшення терапевтичного та реабілітаційного потенціалу. В зв'язку з цим особлива увага останніми роками приділяється питанням удосконалення патогенетичної терапії шизофренічних розладів, розробки та впровадження у практику охорони здоров'я нових методів лікування та реабілітації, заснованих на результатах дослідження патогенетичних механізмів шизофренії, клінічних та соціально-медичних особливостей, а також якості життя психічно хворих.

Актуальність. Питання патоморфозу шизофренії, асоційованої з коморбідною соматичною патологією та необхідність удосконалення діагностичних, лікувальних та реабілітаційних підходів останніми роками викликають зростаючий науковий інтерес [1, 7, 11]. Водночас, незважаючи на активізацію наукових досліджень [5, 6, 9], у яких розглядаються окремі питання клініки та лікування шизофренії з супутньою соматичною патологією, важливі аспекти терапії та реабілітації при шизофренії з супутньою соматичною коморбідністю залишаються висвітленими недостатньо. У зв'язку зі зміною парадигми надання психіатричної допомоги і переходом від патерналістської моделі стосунків лікаря і психічно хворого до партнерської, яка передбачає обов'язкове урахування самооцінки хворим власного стану і ефективності лікувально-реабілітаційних заходів, особливої актуальності набувають питання покращення якості життя хворих на шизофренію як інтегральної характеристики фізичного, психологічного, соціального та емоційного стану індивіда [2, 8]. У хворих з коморбідною соматичною патологією ці питання є особливо складними та важливими, оскільки наявність супутніх соматичних захворювань має як прямий вплив на соціально-медичні особливості пацієнтів, так і опосередкований, через трансформацію клінічної картини основного захворювання.

Проведене нами попереднє дослідження встановило високу ураженість хворих на шизофренію з коморбідною соматичною патологією депресивними та тривожно-депресивними розладами, не пов'язаними з психотичними проявами, які актуалізуються на етапі виходу з гострого психотичного стану. Виходячи з цього, ми вважаємо актуальним внесення певних коректив до існуючих схем лікування та реабілітації хворих на шизофренію з коморбідною соматичною патологією з метою забезпечення повноцінного, клінічно та патогенетично обґрунтованого лікування, максимального відновлення якості життя та соціального функціонування хворих на шизофренію.

Мета дослідження: удосконалити систему заходів лікування та реабілітації хворих на шизофренію з супутньою соматичною патологією шляхом впровадження нових схем лікування та реабілітації, заснованих на даних аналізу клініко-патогенетичних та соціально-медичних механізмів соматичної коморбідності шизофренії.

Матеріали та методи дослідження

Для оцінки ефективності запропонованої схеми лікування нами було проведено клінічне обстеження двох груп хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні у Вінницькій обласній клінічній психоневрологічній лікарні ім. акад. О.І. Ющенка з діагнозом «параноїдна шизофренія», встановленим відповідно до критеріїв МКХ–10, з супутньою соматичною патологією, чисельністю 30 осіб у кожній групі. Додатковою умовою включення хворих до дослідження була наявність на етапі виходу з гострого психотичного стану ознак депресивного або тривожно-депресивного розладу відповідно до критеріїв МКХ–10 та оцінка за сумарною шкалою депресії PANNS не менше 10 балів за умови психотичного рівня виразності (5 балів і більше за шкалою PANNS) одного з наступних синдромів: депресивного, тривожного, почуття провини або соматичної заклопотаності за відповідними шкалами PANNS. Рандомізація груп до початку лікування проводилася подвійним сліпим методом. Проведений статистичний аналіз виразності продуктивної, негативної та загальної симптоматики а також показників якості життя в обох групах до початку лікування довів відсутність значущих розбіжностей. Лікування пацієнтів контрольної групи проводилося відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України № 226 від 27 липня 1998 року «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критерії якості лікування дітей», наказу Міністерства охорони здоров'я України № 507 від 28 грудня 2002 року «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги», наказу Міністерства охорони здоров'я України № 59 від 5 лютого 2007 року «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія». Пацієнти основної групи, крім лікувально-реабілітаційних заходів відповідно до зазначених вище стандартів, отримували медикаментозну антидепресивну терапію. Вибір антидепресивного препарату здійснювали індивідуально з урахуванням особливостей клінічної картини захворювання: наявність у клініці явищ психомоторного збудження зумовлювала вибір антидепресанта із заспокійливою дією, а наявність явищ апатії та астенізації – з активуючою дією. Тривалість курсу визначали індивідуально, вона становила від 2 до 3 місяців. Крім того, лікувально-реабілітаційні заходи в основній групі були доповнені включенням до них на етапі виходу з гострого психозу раціональної психотерапії, спрямованої на роз'яснення причин і механізмів наявних у хворого психопатологічних проявів, асоційованих з супутніми соматичними захворюваннями, на етапі формування ремісії – раціональної психотерапії за описаними принципами та тілесно-орієнтованої психотерапії, а також включенням до комплексу лікувально-реабілітаційних заходів на етапі реабілітації сімейної психотерапії для покращення соціальної адаптації та тілесно-орієнтованої психотерапії.

Для оцінки ефективності лікування проводили клінічне дослідження з оцінкою виразності позитив-

ної та негативної симптоматики шизофренії за допомогою шкали оцінки позитивних і негативних синдромів (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) [10], а також дослідження якості життя за допомогою короткого опитувальника Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) (WHOQOL–BREF) [4] та модифікованого опитувальника для оцінки якості життя хворих на шизофренію [3]. Обстеження проводили двічі: на етапі виходу з гострого психотичного стану до призначення запропонованої схеми лікування і перед випискою зі стаціонару.

Статистичний аналіз даних дослідження виконано методами непараметричної статистики: критерію Манна–Уїтні та теста Вілкоксона.

Результати та їх обговорення

Обидві схеми лікування виявилися достатньо ефективними відносно продуктивної та негативної симптоматики шизофренії. Сумарний показник за шкалою PANSS в процесі лікування зменшився в групі традиційної терапії в середньому на 12,7 бала, в групі запропонованої терапії – на 14,4 бала, середній сумарний показник продуктивної симптоматики – відповідно на 2,2 бала і 2,4 бала, негативної симптоматики – відповідно на 2,2 бала і 2,5 бала, загальної симптоматики – на 8,2 бала і 9,4 бала. У динаміці лікування значущі зміни щодо продуктивної симптоматики були виявлені відносно всіх факторів, крім ідей величі ($p<0,05$). При цьому, хоча після лікування показники за усіма шкалами (крім шкали розладів мислення) у пацієнтів, які отримували запропоновану терапію, були дещо кращими, ніж у групі пацієнтів, які отримували традиційну терапію, при прямому порівнянні цих показників в обох групах розбіжності виявилися статистично незначущими ($p>0,05$).

Негативна симптоматика шизофренії суттєво гірше піддається терапії, ніж позитивна, тож закономірною є повільніша її динаміка в процесі лікування. Запропонована терапія продемонструвала кращу динаміку відносно негативної симптоматики, порівняно з традиційною. При тому, що показники за всіма шкалами негативної симптоматики у хворих з групи запропонованого лікування до його початку були гіршими, ніж в групі традиційної терапії, під впливом запропонованої схеми лікування спостерігалася значуща редукція негативної симптоматики за всіма шкалами, тоді як в групі традиційної терапії динаміка за однією з ключових – шкалою пасивно-апатичної соціальної відгородженості, була статистично не значущою, а ще по двох шкалах (труднощів у спілкуванні і стереотипного мислення) перебувала на межі статистичної значущості. Водночас, при порівнянні показників виразності негативної симптоматики після лікування між групами традиційного та запропонованого лікування як в цілому, так і в розрізі окремих показників, значущих розбіжностей не виявлено, що свідчить про високу резистентність негативної симптоматики до різних видів терапії.

Найважливіші розбіжності у ефективності різних схем лікування виявлені у виразності загальної симптоматики шизофренії. Так, при порівнянні ефективності традиційної та запропонованої схем у динаміці лікування виявлено, що обидві схеми продемонстрували високу ефективність відносно загальної симптоматики, однак, при порівнянні показників окремих шкал після лікування між групою традиційної та запропонованої терапії встановлено статистично значуще кращий вплив запропонованої терапії на ряд принципових показників. Так, показник виразності соматичної заклопотаності під впливом традиційного лікування зменшився до (3,0±0,9) балів, а в групі запропонованого лікування – до (2,2±0,8) балів ($p<0,01$). Показник тривожності в групі традиційного лікування зменшився до (3,1 ±0,9) балів, а в групі запропонованого лікування – до (2,7±0,7) балів ($p<0,05$). Показник за шкалою депресії зменшився під впливом традиційної терапії до (3,2±0,6) балів, а в групі запропонованого лікування – до (2,8±0,6) балів ($p<0,05$). Значення сумарного показника за інтегральною шкалою депресії у хворих під впливом традиційної терапії зменшилось до (10,7±2,1) балів, а в групі запропонованої терапії – до (9,1±2,2) балів ($p<0,01$).

Таким чином, запропонована терапія очікувано виявила високу ефективність відносно депресивних та тривожно-депресивних проявів. Крім того, важливо, що вона також виявилася значуще ефективнішою стосовно проявів соматичної заклопотаності, які мають особливе значення у хворих з коморбідною соматичною патологією.

При аналізі стану оцінки якості життя у хворих на шизофренію, які отримували традиційну терапію, після лікування не було виявлено статистично значущої динаміки у показниках загальної якості життя за даними шкали ВООЗ КЖ–26. При цьому показники за сферами фізичного здоров'я, психологічної якості життя та соціальної якості життя навіть незначно погіршилися: за сферою фізичного здоров'я з (44,1±14,3) до (43,4±12,8) балів, за сферою психологічної якості життя з (21,1±11,0) до (18,1±9,7) балів, за сферою соціальної якості життя – з (7,9±13,4) до (7,5±17,3) балів. Загальний показник зменшився з (53,1±8,0) до (52,5±8,0) балів. Водночас, показник якості життя за сферою оточення збільшився з (34,9±11,6) до (36,9±12,3) балів. На наш погляд, така динаміка є закономірною і відображає усвідомлення хворим на етапі виходу з психозу ряду проблем особистого, побутового та соціального характеру. Усвідомлення наявності соматичної патології супроводжується фіксацією на неприємних суб'єктивних відчуттях, наростанням іпохондричних та соматоцентричних тенденцій, що виявляється зниженням оцінки якості життя за сферою фізичного здоров'я. Усвідомлення наявності тяжкого психічного захворювання супроводжується зниженням оцінки психологічної якості життя, а пов'язане з цим усвідомлення неможливості або утруднення соціальної та особистісної реалізації – зниженням показників за сферою соціальної якості життя. Зниження в динаміці показників за цими трьома сферами зумовлює зниження загального показника якості життя. Щодо збільшення показника за шкалою оточення в динаміці лікування, воно також є закономірним, якщо взяти до уваги, що під час перебування в стаціонарі хворий по-

збавлений безлічі побутових клопотів, забезпечений доступною медичною допомогою, має більший доступ до інформації, втрачають актуальність побутові проблеми і суттєво зменшується потреба у грошах. Разом з тим, слід зауважити, що описане вище зменшення показників якості життя в динаміці лікування в групі хворих, які отримували традиційну терапію, не мало статистично значущого характеру.

Натомість у групі хворих, які отримували запропоновану терапію, виявлена значуща позитивна динаміка оцінки загальної якості життя. Так, показник за сферою психологічної якості життя під впливом запропонованої терапії збільшився з (22,8±15,0) до (29,0±18,3) балів, за сферою соціальної якості життя – з (7,5±15,6) до (11,8±22,8) балів, за сферою оточення – з (31,9±9,6) до (36,9±11,3) балів. Загальний показник якості життя збільшився з (52,6±8,9) до (55,3±10,0) балів. Усі описані зміни в динаміці є статистично значущими (за сферою соціальної якості життя $p<0,05$, за рештою сфер $p<0,01$). Водночас, і у цій групі спостерігалося деяке зменшення показника якості життя за сферою фізичного здоров'я (з (45,6±11,9) до (41,8±13,4) балів), однак, це зменшення не є статистично значущим ($p>0,05$). На наш погляд, незначна від'ємна динаміка показника якості життя за сферою фізичного здоров'я у цій групі може бути наслідком як об'єктивного усвідомлення хворим наявності у себе хронічної соматичної патології і обмежень, які виникають у зв'язку з цим, так і, можливо, проявами неприємних соматичних побічних ефектів лікування.

При порівнянні показників якості життя за шкалою ВООЗ КЖ–26 після лікування в групах традиційної та запропонованої терапії значущі ($p<0,05$) розбіжності виявлені за найважливішою в контексті наявності психічного захворювання сферою психологічної якості життя.

Аналогічні закономірності виявлені при аналізі динаміки в процесі лікування показників специфічної якості життя, пов'язаної з наявністю ендогенного психічного завоювання. Однак, у динаміці специфічної якості життя, на відміну від загальної, присутня певна позитивна динаміка також під впливом традиційної терапії. Так, значуще покращення динаміки в групі хворих, які отримували традиційну терапію, виявлено за субсферами «Негативні емоції» (з (9,8±2,7) до (8,2±2,1) балів), та «Емоційна неадекватність» (з (11,0±3,9) до (13,2±4,1) балів). За рештою субсфер значущої динаміки не виявлено, а за субсферою «Можливості для відпочинку і розваг та їхнє використання» показник навіть зменшився (з (9,5±4,6)) до (7,0±3,5) балів), що на наш погляд, є логічним і відображає суттєві обмеження для відпочинку, що накладаються госпіталізацією.

Водночас, у хворих, які отримували запропоновану терапію, покращення виявлено по більшості (7 з 13) субсфер. Так, показник за субсферою «Позитивні емоції» під впливом лікування збільшився з (7,0±3,7) до (8,9±4,8) балів ($p<0,01$), за субсферою «Негативні емоції» з (8,3±2,8) до (12,6±3,0) балів ($p<0,01$), за субсферою «Працездатність» з (5,9±2,1) до (7,3±3,0) балів ($p<0,01$), за субсферою «Практична соціальна підтримка» з (5,3±3,8) до (6,4±4,0) балів ($p<0,01$), за субсферою «Емоційна неадекватність» з (12,9±4,9) до (14,6±4,2) балів ($p<0,01$), за субсферою «Переживання, пов'язані із спілкуванням» з (9,0±4,7) до (10,5±4,8) балів ($p<0,01$), та за субсферою «Самоконтроль та відволікання від неприємних переживань» з (12,2±5,5) до (14,3±5,6) балів ($p<0,01$). Також було виявлено зростання показника якості життя за субсферою «Здатність до виконання повсякденних справ»: з (6,1±2,2) до (6,7±2,9) балів, хоча рівень статистичної значущості розбіжностей тут не досягав прийнятого рівня у 95% ($p<0,1$).

При порівнянні показників специфічної якості життя, пов'язаної з наявністю психічного захворювання, у хворих, які отримували традиційну та запропоновану схеми лікування, після закінчення терапії було виявлено значущі розбіжності за субсферами «Позитивні емоції» ($p<0,01$), «Негативні емоції» ($p<0,01$), «Працездатність» ($p<0,05$), «Практична соціальна підтримка» ($p<0,05$), «Можливості для відпочинку і розваг та їхнє використання» ($p<0,05$), «Самоконтроль та відволікання від неприємних переживань» ($p<0,05$) та «Самодопомога та психопрофілактика» ($p<0,05$), що підтверджує вищу ефективність запропонованої схеми лікування щодо покращення специфічної якості життя, пов'язаної з наявністю ендогенного психічного захворювання.

В цілому слід зауважити, що якість життя, як загальна, так і специфічна, демонструє більш виражену динаміку під впливом лікування (як за традиційною, так і, значно більшою мірою, за запропонованою схемою) у порівнянні з динамікою клінічних показників, зокрема, виразністю продуктивної, негативної та загальної симптоматики шизофренії. Більш швидке покращення якості життя під впливом терапії повинно враховуватися при плануванні лікувальних та реабілітаційних заходів. Водночас, слід мати на увазі можливість зворотних змін у показниках якості життя в процесі терапії у хворих з коморбідною соматичною патологією, зокрема, за сферою фізичного здоров'я, і забезпечити правильну інтерпретацію таких змін.

Висновки

Запропоноване нами клініко-патогенетично обґрунтоване удосконалення існуючої схеми лікування шизофренії, асоційованої з супутньою соматичною патологією, що включала медикаментозну антидепресивну терапію, раціональну, тілесно-орієнтовану та сімейну психотерапію з урахуванням етапу перебігу захворювання, виявила значуще більшу ефективність відносно загальної симптоматики шизофренії, зокрема, депресивних та тривожно депресивних проявів, а також до проявів соматичної заклопотаності. Запропонована схема лікування та реабілітації виявилася більш ефективною щодо покращення якості життя, як загальної, так і специфічної, пов'язаної з наявністю ендогенного психічного захворювання. Це дає нам підстави рекомендувати її в якості базової для хворих на шизофренію з супутньою соматичною патологією, у яких наявні ознаки депресивних і тривожно-депресивних розладів, а також іпохондричних фіксацій.

Водночас, потребує подальшого удосконалення система реабілітації хворих на шизофренію на післягоспітальному етапі.

Список використаної літератури

1. *Бурлаков А. В. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра, коморбидные сердечно-сосудистой патологи (клиника, психосоматические соотношения, терапия) : дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : 14.01.16 / Алексей Вячеславович Бурлаков; Научный центр психического здоровья РАМН. – М., 2006. – 213 с.*
2. *Гурович И. Я. Психосоциальное лечебно-реабилитационное направление в психиатрии / И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова, А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – № 1 (14). – С. 81–86.*
3. *Козловский В. Л. Оценка качества жизни больных шизофренией при проведении поддерживающей терапии (методические рекомендации) / В. Л. Козловский, С. Ю. Масловский – СПб., Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. Бехтерева. – 22 с.*
4. *Краткий опросник Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни (The world health organization quality of life (whoqol) – bref) // The world health organization, Geneva. – 2004. – 6 с.*
5. *Любов Е. Б. Социально-экономическое бремя шизофрении / Е. Б. Любов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – № 12 (2). – С. 8.*
6. *Марута Н. А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты / Н. А. Марута // Здоров'я України. – 2013. – № 12. – С. 38–39.*
7. *Смашна О. Є. Синдромогенез параноїдної шизофренії, коморбідної з соматичною патологією : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : 14.01.16 / Смашна Олена Євгенівна; Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології. – К., 2012. – 20 с.*
8. *Софронов А. Г. Нейрокогнитивный дефицит и социальное функционирование при шизофрении: комплексная оценка и возможная коррекция / А. Г. Софронов, А. А. Спикина, А. П. Савельев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – № 1 (22). – С. 33–37.*
9. *Шизофрения, коморбидная с артериальной гипертензией: современное состояние проблемы / С.Н. Подвигин, О. Ю. Ширяев, О. Д. Алехина, Д.Л. Шаповалов // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2013. – № 35. – С. 1–6.*
10. *Kay S. R. Positive and negative syndromes in schizophrenia: assessment and research / S. R. Kay. – N.Y.: Brunner/mazel, 1991. – 216 p.*
11. *Marder S. R. Physical health monitoring of patients with schizophrenia / S. R. Marder, S. M. Essock, A. L. Miller // American Journal of Psychiatry. – 2004. – № 161 (1334). – P. 49 – 52.*

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С УЧЕТОМ СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

А.А. Ревенок, Я.Ю. Марункевич

При сравнительном анализе эффективности традиционной схемы лечения и реабилитации у больных шизофренией с сопутствующей соматической патологией, включающей лечебно-реабилитационные мероприятия, утвержденные действующими нормативными документами, и предложенной схемы лечения и реабилитации, которая включала такие же мероприятия, дополненные на этапе выхода из острого психоза медикаментозной антидепрессивной терапией, рациональной психотерапией, на этапе формирования ремиссии – медикаментозной антидепрессивной терапией, рациональной психотерапией и телесно-ориентированной психотерапией, а также включением в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий на этапе реабилитации медикаментозной антидепрессивной терапии курсом длительностью 2–3 месяца, семейной психотерапии для улучшения социальной адаптации и телесно-ориентированной психотерапии, была установлена значимо большая эффективность предложенной схемы относительно депрессивных и тревожно-депрессивных проявлений, а также относительно соматической озабоченности, что имеет особое значение у больных с коморбидной соматической патологией. Предложенная схема лечения и реабилитации оказалась также более эффективной в отношении улучшения качества жизни больных шизофренией, как общего, так и связанного с наличием эндогенного психического заболевания. Это дает основания рекомендовать данную схему в качестве базовой для больных шизофренией с сопутствующей соматической патологией, у которых имеются признаки депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств, а также ипохондрических фиксаций.

Ключевые слова: шизофрения, коморбидная соматическая патология, лечение, реабилитация.

MODERN APPROACH TO TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH CONCOMITANT SOMATIC PATHOLOGY

O.A. Revenok, Ya. Yu Marunkevych.

A comparative analysis of the effectiveness of conventional treatment regimen and rehabilitation in patients with schizophrenia with concomitant somatic pathology, which included medical and rehabilitation measures adopted by current regulations, and the proposed scheme of treatment and rehabilitation, which included the same measures, complemented on stage out of acute psychosis antidepressant drug therapy, rational psychotherapy, at the stage of remission - drug antidepressant therapy, rational psychotherapy and body-oriented psychotherapy, as well as the inclusion of complex treatment and rehabilitation for drug rehabilitation phase of antidepressant treatment courses lasting 2-3 months of family therapy to improve social adaptation and body-oriented psychotherapy, found significantly greater efficacy of the proposed scheme with respect to depressive and anxious depressive symptoms, as well as the manifestations of somatic concern, which is of particular importance in patients with comorbid somatic disorders. The proposed scheme of treatment and rehabilitation has proven as more effective in improving the quality of life of patients with schizophrenia, both general and specific, due to the presence of endogenous mental illness. This allows us to recommend it as a base for schizophrenic patients with concomitant somatic pathology in which there are signs of depression and anxiety-depressive disorder and hypochondria fixations.

Key words: schizophrenia, komrobid somatic pathology, treatment, rehabilitation.

УДК:616-85

К.І. Клебан

ВПЛИВ ЦИРКАДНОЇ ДИСРЕГУЛЯЦІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ Х

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

Метою дослідження є виявлення особливостей порушень циклу сон–неспання у пацієнтів з метаболічним синдромом Х (МСХ) та супутньою невротичною патологією. У даній статті показано результати тестування по анкеті бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну, шкалі денної сонливості Епорта у пацієнтів з МСХ, показано вплив циркадної дисрегуляції на якість життя у даної популяції хворих.

Виявилося, що розлади циркадного ритму досить поширені у пацієнтів з МСХ і коморбідними непсихотичними психічними розладами, було виявлено дисрегуляцію ритму сну за типом затримки фази сну та передчасної фази, які значно впливали на якість життя таких хворих. Саме тому потрібне раннє виявлення циркадної дисрегуляції та своєчасна її корекція з проведенням адекватної комплексної терапії з урахуванням хронобіологічних принципів.

Ключові слова: метаболічний синдром Х, циркадний ритм сну, якість життя.

Біологічні ритми – це так званий внутрішній годинник живого організму. Велика кількість різноманітних біоритмів, які існують в нашому організмі, взаємозалежно пов'язані. На даний час їх відомо більше ста. Ще в 1959 році Франс Хальберг запропонував поділити їх на циркадні (такі як сон–неспання, ритм коливання температури тіла, артеріального тиску (АТ), коливань складу крові), період яких становить близько 24 годин;

ультрадіанні з періодом менше 24 годин (частота серцевих скорочень та дихання, перистальтика кишківника) та інфрадіанні з періодом більше доби (менструальний цикл). Отже, особливості циклічної регуляції функцій накладаються на загальний хід адаптаційного стресу, який охоплює фізіологічні, психічні, екологічні та соціальні аспекти життєдіяльності людини.

Найбільш поширені циркадні ритми, до яких належить цикл сон–неспання. Десинхронізація – це зміна різних фізіологічних та психічних функцій організму в результаті порушення його роботи відповідно до внутрішніх біоритмів.

Протягом останніх десятиліть все більш актуальною є проблема порушень сну, яка співпадає з ростом захворюваності на метаболічний синдром Х (МСХ). Соціально-економічний прогрес, поява штучного освітлення, загальна комп'ютеризація, телебачення та інші електронні засоби масової інформації, значний ріст стресових ситуацій, низька рухова активність на роботі та поза нею, висока інтенсивність розумової праці призвели до зміни стилю життя людини та до скорочення тривалості сну.

За деякими даними 35% дорослого населення сплять менше 7 годин на добу, а 1/4 частина дорослого та більша частина дітей та підлітків мають проблеми зі сном. Вважається, що оптимальною тривалістю сну є 7,5 годин на добу за відсутності денної сонливості. Відомо, що цикл сон–неспання значно впливає на основний обмін, харчову поведінку та фізичну активність. Більшість гормонів, які регулюють апетит, також мають циркадний ритм секреції, пов'язані з циклом сон–неспання.

Відомо, що підвищення маси тіла у пацієнтів з порушеннями сну може бути зумовлено гормональним дисбалансом на фоні гіперактивації симпатоадреналової системи, що призводить до зниження відчуття насичення, підсилення апетиту, зниження швидкості метаболічних процесів та різноманітних вегетативних розладів. А підвищена денна сонливість – до зниження денної активності, що зумовлює подальше збільшення маси тіла та неефективність терапії. Саме тому раннє виявлення порушень сну у даної когорти хворих дозволить вчасно призначити адекватне лікування, яке забезпечить повноцінне та комплексне ведення таких пацієнтів.

Мета роботи: вивчення особливостей порушень циклу сон–неспання та його вплив на якість життя у пацієнтів з МСХ.

Матеріали та методи дослідження

Авторами було обстежено 126 пацієнтів (61 жінка та 65 чоловіків), які перебували на стаціонарному лікуванні в кардіологічному, терапевтичному та ендокринологічному відділеннях ДЗ «ДКЛ №2 ст. Київ» ДТГО «ПЗЗ». Середній вік пацієнтів становив 47±3,6 року.

Всі хворі були обстежені згідно з клінічними протоколами, проконсультовані ендокринологом та іншими спеціалістами відповідно до лікувальних цілей. Для визначення ступеня ожиріння були проведені антропометричні виміри, а саме: маса тіла (кг), зріст (см), обвід талії (см), визначення індексу маси тіла – ІМТ (кг/м^2). Вісцеральний тип ожиріння встановлювався при обводі талії більше 80 см для жінок та 94 см для чоловіків. Пацієнтам вимірювали АТ, частоту серцевих скорочень, частоту дихання та температуру тіла. В сироватці крові, забір якої проводили зранку натще, визначали рівень глюкози, загального холестерину, холестерину ліпопротеїдів високої та низької густини (ХС ЛПВГ та ХС ЛПНГ), тригліцеридів.

Обстежуваним пропонували пройти огляд лікаря-психіатра та психологічне опитування з метою встановлення ступеня впливу захворювання на нервову систему та психіку. При цьому всі пацієнти були поінформовані про те, що даний огляд проводиться в рамках наукового дослідження. В кожному випадку було одержано усвідомлену інформовану згоду пацієнта на психологічне обстеження.

За допомогою уніфікованої карти обстеження було вивчено соціально-демографічні показники, біологічні ритми визначали шляхом анкетування з використанням міжнародного опитувальника Хорна–Остберга, для визначення наявності порушень в емоційній сфері застосовували скринінгові шкали депресії та тривоги Занга.

З метою виявлення порушень циклу сон–неспання застосовували: опитувальник якості сну Пітсбургського університету, опитувальник денної сонливості Епворта та анкету бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну. Для виявлення порушень дихання уві сні було використано «Анкету для скринінгу синдрому апное у сні».

Оцінку рівня якості життя проводили за допомогою опитувальника SF-36. Даний опитувальник дозволяє оцінити суб'єктивну задоволеність хворого своїм фізичним та психологічним станом, соціальним функціонуванням, а також відображає самооцінку ступеня вираженості больового синдрому. Результати представлені у вигляді оцінок у балах по 8 шкалам: фізичне функціонування (PF), рольове функціонування (RP), фізичний біль (BP), загальний стан здоров'я (GH), життєва активність (VT), соціальне функціонування (SF), рольове емоційне функціонування (RE), психологічне здоров'я (MN). Розрахунки визначають кожну категорію якості життя від 0 до 100 балів (чим більша кількість балів, тим вищий рівень якості життя). Показники PF, RP, BP, GH характеризують фізичний компонент здоров'я, VT, SF, RE, MN – складові психологічного компоненту.

Статистичну обробку отриманих даних здійснювали за допомогою пакету статистичних програм Statistica 6.0 (StatSoft). Всі значення були наведені у вигляді (M±σ), де M – середнє значення показника, σ – стандартне квадратичне відхилення середньої величини. Для оцінки достовірності використовували t критерій Ст'юдента. Відмінність між вибірками вважалася статистично вірогідною при $p<0,05$.

Результати та їх обговорення

В процесі дослідження всіх пацієнтів було розділено на 3 групи:

- перша група – 50 хворих з МСХ та супутніми психічними розладами з переважанням тривожної симптоматики, яка розподілилася таким чином: тривога легкого ступеня – 20 осіб, середнього ступеня – 28, тяжкого ступеня – 2;
- друга група – 47 хворих з МСХ та депресивними проявами: легка депресія – 28 осіб, депресія середнього ступеня – 19;

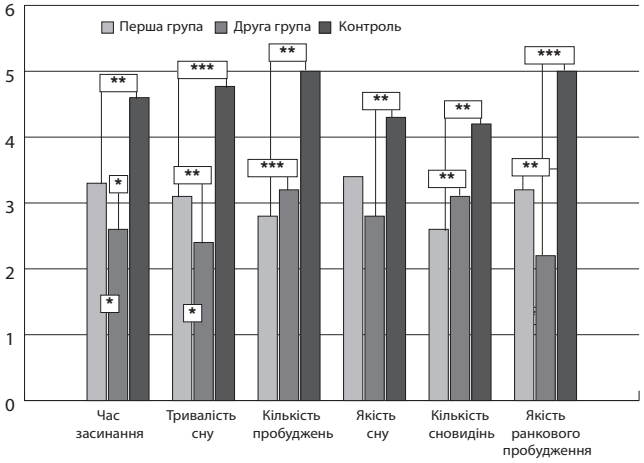


Рисунок. Суб'єктивна оцінка сну у пацієнтів першої групи

• третя група (контрольна) – 29 хворих з МСХ без непсихотичних психічних розладів.

Серед обстежуваних пацієнтів найбільш часто зустрічалися особи з хронотипом «голуби» або «аритміки» – 42% обстежуваних, хронотип «жайворонки» – 34%, хронотип «сови» зустрічався у найменшій кількості випадків – 24%.

Аналіз отриманих даних показав, що у переважної більшості пацієнтів, а саме у 75 (59,5%) обстежуваних, спостерігалася циркадна дисрегуляція у вигляді пре-, інтра- та постсомнічних порушень. Згідно з опитувальником якості сну Пітсбургського університету середнє сумарне значення показника порушення сну становило 9,4±1,7 бала. Негативні зміни структури нічного сну супроводжувалися низькою оцінкою денного пильнування та високим рівнем денної сонливості. Значення середнього балу по шкалі сонливості Епворта становили: МСХ з тривогою – 7,9 бала; МСХ з депресією – 9,1 бала; група контролю – 4,6 бала.

Так, при обстеженні суб'єктивної оцінки сну у першій групі (рисунок) середній сумарний бал становив 17±4,3 бала. Пацієнти були незадоволені низькою якістю сну з частими неприємними сновидіннями, малою глибиною сну та раптовими пробудженнями, що супроводжувалися страхом, тривогою та вегетативними порушеннями. Також пацієнти скаржилися на важкість засинання та труднощі ранкового пробудження, сонливість у першій половині дня та важкість концентрації уваги. Виявилося, що дану групу обстежуваних також турбували розлади дихання уві сні у вигляді храпу та затримки дихання (апное). Дані порушення корелювали з високим ІМТ хворих та підвищенням АТ.

Пацієнти другої групи скаржилися на імперативну вечірню сонливість, низьку якість та коротку загальну тривалість сну, відсутність відчуття бадьорості після нічного сну, що корелювали із вираженістю депресивних проявів. Основними скаргами цих пацієнтів були потяг до сну, який зазвичай хворі пересилювали, та пробудження вночі, коли оточуючі сплять, з неможливістю заснути до самого ранку. Тому оцінка суб'єктивних характеристик сну даної категорії обстежуваних становила 16±2,8 бала.

При аналізі показників якості життя було виявлено зниження всіх показників якості життя порівняно з групою контролю (таблиця). Зсув у гіршу сторону відмічався у цифрах показників фізичного компоненту здоров'я (PF, RP, BP, GH), які у пацієнтів 1-ї та 2-ї груп обмежували трудову та повсякденну діяльність, за рахунок зміни маси тіла, хронічного больового синдрому різної локалізації, вегетативних розладів. Так, у пацієнтів 1-ї та 2-ї груп показники фізичного компоненту здоров'я RP та BP були достовірно менші порівняно з групою контролю та становили відповідно 48,7±2,8 і 46,2±2,1 проти 58,2±2,7 та 54,2±1,8 і 56,9±2,3 проти 72,3±3,6 в контрольній групі. Відмічено зміни показника загального стану здоров'я GH, який становив 49,4±3,6 в 1-й групі та 49,6±3,8 в 2-й групі, що було достовірно менше на 21,9% та 21,5% порівняно з показником контрольної групи.

Негативна тенденція була виявлена і при дослідженні психологічних компонентів здоров'я (VT, SF, RE, MN), що призводило до обмеження соціального функціонування пацієнтів за рахунок підвищеної втомлюваності, денної сонливості, складності концентрації уваги, дратівливості, а також погіршення емоційного стану та поведінки. Отже, за показником VT таке зниження становило 44,4±2,4 та 41,9±1,9 порівняно з 61,3±2,5 в групі контролю, що було достовірно нижче на 27,6% та 31,6% відповідно. Так, психологічні компоненти здоров'я SF та RE були достовірно меншими на 19,5% і 22,3% та 22% і 24,9% відповідно та становили 55,2±5,4 і 53,3±5,2 проти 68,6±6,7 та 44,8±2,7 і 43,1±2,4 проти 57,4±4,8.

Отримані дані свідчать про те, що порушення циклу сон–неспання здійснює безпосередній вплив на показники якості життя (як психічні, так і фізичні), значно погіршуючи самопочуття, настрій та працездатність обстежуваних.

Висновки

Скаргами на порушення в інсомнічній сфері були розлади циркадного ритму за типом затримки фази сну з «відстроченим» засинанням та труднощами з пробудженням у потрібний час, важкості у першій половині дня, коли сонливість максимальна і знижена увага та інші когнітивні функції. Іншим розладом була зміна циркадного ритму сну за типом передчасної фази сну, яка проявлялася імперативною вечірньою сонливістю, раннім засинанням, важкістю підтримання тривалості сну, незадовільною якістю сну та більш раннім, ніж є потреба, пробудженням. Виявилося, що дані зміни циркадних ритмів призводять до хронічної недостатності нічного сну і відповідній цьому денній сонливості, яка, в свою чергу, обмежує соціальну, професійну та побутову діяльність пацієнтів, значно погіршуючи якість життя даної групи хворих та перебіг основного захворювання.

Саме тому раннє виявлення циркадної дисрегуляції та своєчасна її корекція з проведенням адекватної комплексної терапії допоможе покращити якість життя цих

Таблиця. Якість життя хворих у обстежуваних групах (M±m)

Шкала SF-36	Контрольна група (n=29)	Перша група (n=44)	Друга група (n=35)
Фізичне функціонування (PF)	68,1±5,1	59,4±2,4	58,7±3,1
Фізично-рольове функціонування (RP)	58,2±2,7	48,7±2,8*	46,2±2,1*
Фізичний біль (BP)	72,3±3,6	54,2±1,8*	56,9±2,3*
Загальне здоров'я (GH)	63,2±5,2	49,4±3,6*	49,6±3,8*
Життєва сила (VT)	61,3±2,5	44,4±2,4*	41,9±1,9*
Соціальне функціонування (SF)	68,6±6,7	55,2±5,4*	53,3±5,2*
Емоційно-рольове функціонування (RE)	57,4±4,8	44,8±2,7*	43,1±2,4*
Ментальне здоров'я (MH)	69,2±7,1	49,7±9,2	48,4±5,7

хворих, запобігти погіршенню перебігу МСХ, появі та розвитку нових ускладнень.

Список використаної літератури

1. *Арушанян Э.Б. Гормон эпифиза мелатонин и его лечебные возможности / Э.Б. Арушанян // РМЖ. – 2005. – Т. 14, №26. – С. 1755–1760.*
2. *Байкова И.А. Психофармакологические и психотерапевтичеккие методы лечения нарушений сна: учеб.-метод. пособие / И.А. Байкова. – Минск, 2005. – 24 с.*
3. *Бурчинский С.Г. Нарушения сна при депрессиях: новые возможности антидепрессантов / С.Г. Бурчинский // Укр. невролог. журн. – 2012. – №2. – С. 84–89.*
4. *Вейн А.М., Елигулашвили Т.С. Медицина сна. Материалы «XXX Всероссийского совещания по проблемам высшей нервной деятельности». – СПб., 2000. – С. 637–638.*
5. *Задионченко В.С. Психологически е особенности и качество жизни больных артериальной гипертензией с метаболическими факторами риска // Кардиология. – 2002. – Т. 42, №9. – С. 15–19.*
6. *Лобанова Е.В. Психические нарушения непсихотического характера у больных сахарным диабетом (особенности преморбида, реакции на болезнь, психоэндокринный и психоорганический синдромы, лечение): автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.18 / Е.В. Лобанова. – Томск, 2005.*
7. *Левин Я.И., Ковров Г.В., Полуэктов М.Г. и др. Инсомния, современные диагностические и лечебные подходы. – М.: Медпрактика, 2005.*
8. *Любшина О.В., Верткин А.Л., Максимова М.Ю. Нарушение сна у больных артериальной гипертензией и избыточной массой тела // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2010. – №3. – С. 10–19.*
9. *Маркин С.П. Диагностика и лечение расстройств сна / С.П. Маркин / Лечащий врач. – 2010. – №4. – С. 54–58.*
10. *Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – СПб.: Нева; М.: ОЛМАПРЕСС, 2002. – 320 с.*
11. *Полуэктов М.Г. Хронобиология сна Избранные лекции по неврологи II / Под ред. В.Л. Голубева. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – С. 326–344.*
12. *Тимченко А.Н. Основы биоритмологии: учеб.-метод. пособие / А.Н. Тимченко. – Харьков: ХНУ имени В.Н. Каразина, 2012. – 148 с.*
13. *Чабан О.С., Хаустова О.О. Спосіб корекції метаболічного синдрому. – Харьков, Пат. 24084 Україна; Заявл. 07.08.2006; Опубл. 25.06.2006.*
14. *Чабан О.С., Хаустова Е.А. Лечение расстройств сна у пациентов с метаболическим синдромом Х // Междунар. невролог. журн. – 2006. – №4 (8).*
15. *Muzet A. Alteration of sleep microstructure in psychiatric disorders // Dialogues in clinical neurosciense. – 2005. – Vol. 7. – P. 315–321.*
16. *Pladevall M., Singal B., Williams L. et al. A Single Factor Underlies the Metabolic Syndrome: A Confirmatory Factor Analysis // Diabetes Care. – 2006. – Vol. 29 (1). – P. 113–122.*
17. *Sunita M. Stewart et al. Depressive Symptoms Predict Hospitalization for Adolescents With Type 1 Diabetes Mellitus // Pediatrics. – 2005. – Vol. 115. – P. 1315–1319.*
18. *Jenkinson C. Short form 36 (SF-36) health survey questionnaire6 normative date for adults of working age / Jenkinson C., Coulter A., Wright L. // British Med. J. – 1993. – Vol. 306. – P. 1437–1440.*

ВЛИЯНИЕ ЦИРКАДНОЙ ДИСРЕГУЛЯЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Х

К.И. Клебан

Целью исследования было выявление нарушений цикла сон–бодрствование у пациентов с метаболическим синдромом Х (МСХ) и сопутствующей невротической патологией. В данной статье показаны результаты тестирования по анкете балльной оценки субъективных характеристик сна, шкале дневной сонливости Эпворта, показано влияние циркадной дисрегуляции на качество жизни данной популяции больных.

Оказалось, что расстройства циркадного ритма достаточно распространены у пациентов с МСХ и коморбидными непсихотическими психическими расстройствами. Была выявлена дисрегуляция ритма сна по типу задержки фазы сна и по типу опережения (преждевременной фазы) сна, которые значительно ухудшали качество жизни этой группы больных. Именно поэтому необходимо раннее выявление циркадной дисрегуляции и своевременная ее коррекция с проведением адекватной комплексной терапии, учитывая принципы хронобиологии.

Ключевые слова: метаболический синдром Х, циркадный ритм сна, качество жизни.

THE INFLUENCE OF CIRCADIAN DYSREGULATION ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME X

K.I. Kleban

The aim of the study is to identify the characteristics of sleep-wake cycle in patients with metabolic syndrome X and concomitant neurotic disorders. This article shows the results of tests on the questionnaire scoring subjective characteristics of sleep, Evporta daytime sleepiness scale in patients with metabolic syndrome X, the influence of circadian dysregulation on quality of life in this population of patients.

It was found that circadian rhythm disorders are quite common in patients with metabolic syndrome X and comorbid non-psychotic mental disorders, it was found dysregulation of the type of rhythm sleep phase delay of sleep and early phase, which greatly affect the quality of life of these patients. It therefore requires early detection of circadian dysregulation and its timely correction of an adequate complex therapy based on chronobiological principles.

Key words: metabolic syndrome X, circadian rhythm sleep, quality of life.

УДК: 616.86

Д.Н. Сапон

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ФІБРОМІАЛГІЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО НЕВРОПАТИЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ

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

Ключові слова: фіброміалгія, тривожно-депресивні розлади, реактивно-особистісна тривога, депресія, хронічний невропатичний больовий синдром травматичного генезу.

Було досліджено групи осіб (N = 206) з синдромом хронічного неврологічного болю, в тому числі група пацієнтів з синдромом хронічного неврологічного болю і фіброміалгією. Дослідження виявило серед учасників значну кількість пацієнтів з психічними аномаліями, а саме з тривожними і депресивними розладами. Результати дослідження показали, що рівень тривожності був значно вищим у пацієнтів з фіброміалгією і синдромом хронічного неврологічного болю (СХНБ), порівняно з пацієнтами без СХНБ. Депресивні розлади були діагностовані в основному у пацієнтів з СХНБ.

Мета дослідження: визначити діагностичні критерії та клінічні прояви, встановити особливості поширення тривожно-депресивних розладів у хворих на фіброміалгію та хронічний невропатичний больовий синдром травматичного ґенезу.

Актуальність. Як зазначено в Доповіді ВООЗ, депресії є величезним тягарем для суспільства та для самого пацієнта, істотно погіршуючи якість його життя [1, 4]. За прогнозами фахівців, депресія претендує на друге місце серед провідних факторів, які визначають

кількість загублених років життя в зв`язку з втратою працездатності, і поступатиметься за цією характеристикою лише ішемічній хворобі серця [1, 2, 4,]. Разом з тим, за прогнозами, від хронічного болю до 2011 року страждатиме 250 млн пацієнтів. Очікується, що до 2015 року вдвічі зросте кількість пацієнтів з фіброміалгією, втричі – з невропатичним болем. Тому проблема терапії подібних розладів стає все актуальнішою [1, 2, 4].

Стан розробки проблеми. Тривожно-депресивні розлади – найчастіший психопатологічний прояв при фіброміалгії та хронічному невропатичному больовому синдромі (ХНБС) травматичного ґенезу [3, 4, 7, 13]. У практиці нейрохірургів, психіатрів, невропатологів найчастіше трапляється хронічний біль, який, як відомо, має три основні складові: ноцицептивний біль, центральна сенситизація (невропатичний біль), психологічні фактори (депресія) [2, 13, 14, 16]. Біль є тим самим фактором, який знижує рівень та якість життя хворих. Психопатологічні прояви, які супроводжують біль, а саме тривожні та депресивні синдроми, ще більше ускладнюють перебіг хвороби, як при фіброміалгії, так і при ХНБС травматичного ґенезу [3, 10, 12, 14]. Поглиблення тривоги та депресії ще більше стимулює больовий синдром, таким чином формується «патологічне коло» – біль сприяє поглибленню тривоги та депресії, а тривожні та депресивні розлади, в свою чергу, поглиблюють больові відчуття, що призводить до формування больової поведінки. Аналіз наукової літератури [3, 4, 7, 8, 9, 13, 15] дає матеріал для пояснення цього патологічного феномену. Наприклад, хронічний стрес здатний викликати у головному мозку протизапальну експресію цитокінів, що, в свою чергу, призводить до розвитку симптомів тривоги, депресії та больового синдрому. Надалі цитокіни спричиняють депресивні симптоми через модуляцію ГГАС, резистентність до глюкокортикоїдів або вплив на регуляцію синтезу серотоніну. Обидва фактори є тригерами у розвитку депресії, тривоги та посилення больового синдрому [2, 13, 16, 17]. Наукові дослідження свідчать про те, що центральні моноаміни мають вплив на регуляцію «больової поведінки», а також беруть участь у регуляції низхідних больових шляхів. Можна вважати, що пацієнти із патологією нейротрансмісії моноамінів можуть знаходиться у групі ризику розвитку фіброміалгії, «больової поведінки», тривожно-депресивних розладів, ХНБС травматичного ґенезу [6, 5, 10, 14, 17].

Причинно-наслідковий зв`язок між тривожно-депресивними розладами та хронічним невропатичним болем повністю не вивчений, але в клінічній практиці на сьогодні є такі гіпотези:

1. Тривожно-депресивні розлади передують розвитку ХНБС;

2. Тривожно-депресивні розлади є наслідком ХНБС;

3. Епізоди тривоги та депресії, що передують ХНБС, призводять до розвитку тривожно-депресивних розладів після початку ХНБС;

4. Дезадаптивні копінг-стратегії сприяють формуванню взаємодії між тривогою, депресією і хронічним болем;

5. Депресивно-тривожні розлади та біль мають схожі характеристики, але є різними порушеннями [4, 3, 11, 15, 17].

Таблиця 1. Кількість пацієнтів з різним рівнем тривоги при фіброміалгії та ХНБС

Діагноз	Кількість пацієнтів з високим рівнями тривоги	Кількість пацієнтів з низьким та середнім рівнем тривоги	Всього
Фіброміалгія	31 (32%)	66 (68%)	97
ХНБС	20 (16,8%)	99 (83,2%)	119



Рис. 1. Кількість пацієнтів з різним рівнем тривоги при фіброміалгії

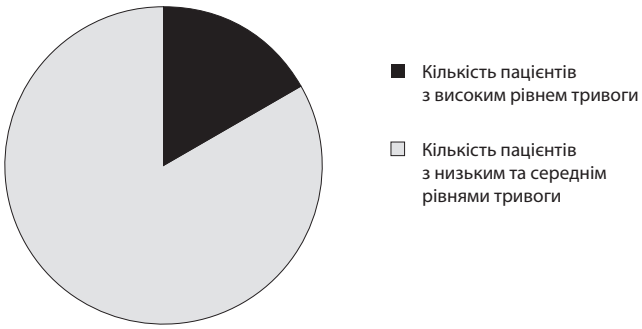


Рис. 2. Кількість пацієнтів з різним рівнем тривоги при ХНБС

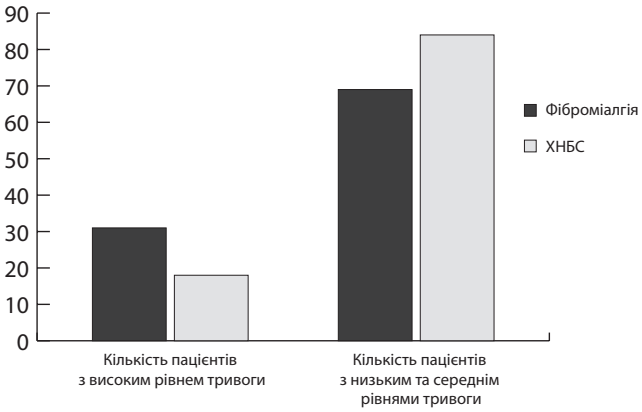


Рис. 3. Порівняльна діаграма кількості пацієнтів з різним рівнем тривоги

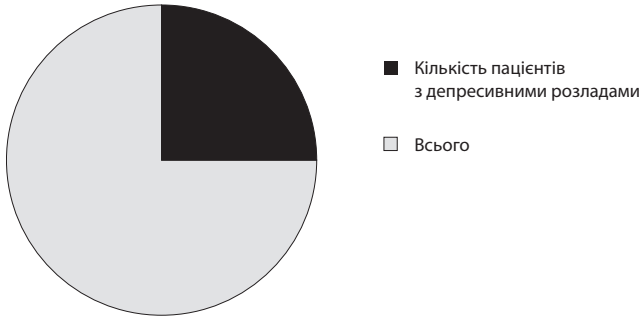


Рис. 4. Кількість пацієнтів з депресивними розладами при фіброміалгії

Таблиця 2. Питома частка депресивних розладів серед пацієнтів, хворих на фіброміалгію та ХНБС

Діагноз	Кількість пацієнтів з депресивними розладами	Всього
Фіброміалгія	26 (33,8%)	77
ХНБС	53 (48,6%)	109

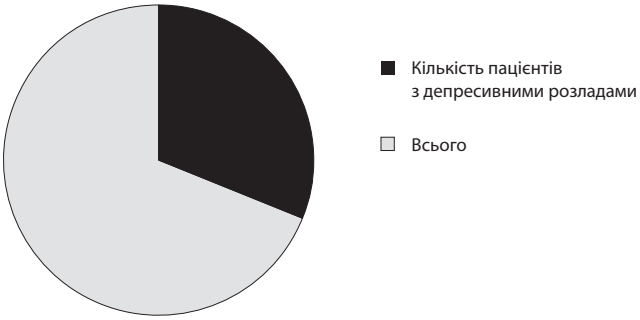


Рис. 5. Кількість пацієнтів з депресивними розладами при ХНБС

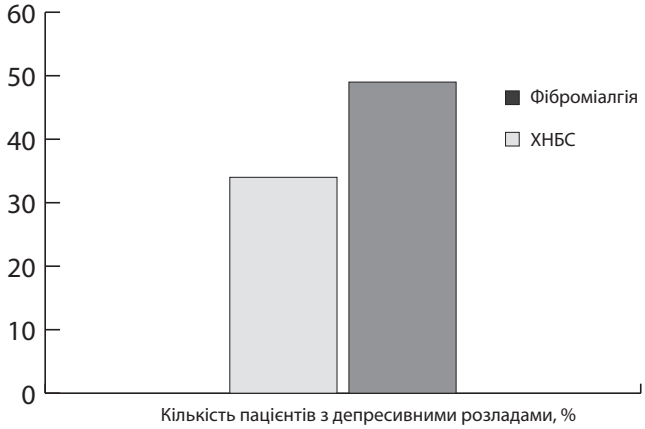


Рис. 6. Порівняльна діаграма – питома частка депресивних розладів серед пацієнтів, хворих на фіброміалгію та ХНБС

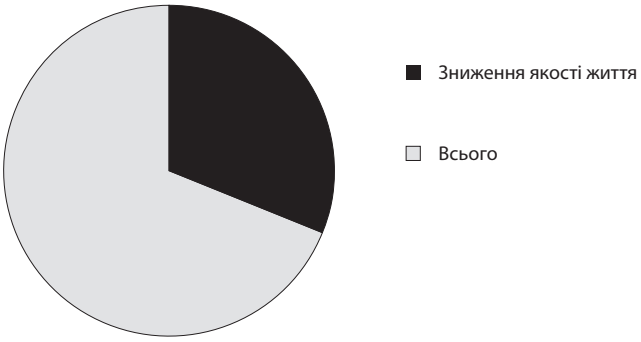


Рис. 7. Кількість пацієнтів, хворих на фіброміалгію, які відзначили зниження якості свого життя

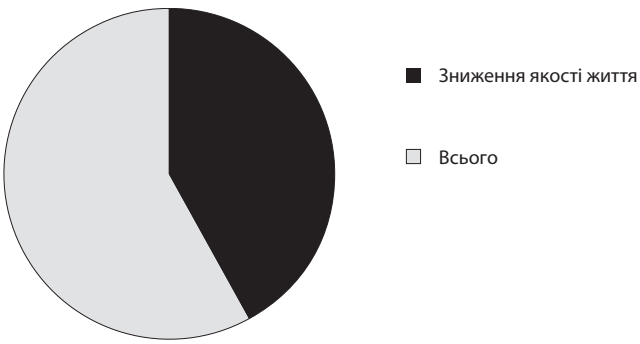


Рис. 8. Кількість пацієнтів, хворих на ХНБС, які відзначили зниження якості свого життя

Науковці Von Korff & Simon [1, 14] зробили деякі узагальнення, а саме:

- біль міцно пов`язаний з тривожними та депресивними розладами;
- залежність кількості вогнищ та інтенсивності болю від поточних подій життя є характеристиками, що зазвичай передують депресії;
- пацієнтам із болем притаманні такі психологічні симптоми депресії, як зниження життєвого тонусу, розлади сну, тривога та відсутні відчуття провини і усамітнення, психологічний дистрес та недієспроможність, почасти поверхневі та транзиторні при гострому больовому синдромі, які проте значно погіршуються при хронізації і поєднанні симптоматики [1, 5, 15].

За даними мета-аналізу, який провів Van Houdenhove на 12 234 пацієнтах первинної лікарняної мережі, 20–45% з них страждають на хронічний невропатичний біль [14]. Пацієнти із поточним епізодом депресії скаржаться на грудний, тазовий біль, на відміну від хворих із фіброміалгією, у яких депресивний розлад може бути протягом тривалого часу [15]. Було встановлено тісний зв`язок між тривожно-депресивними станами та больовим синдромом при фіброміалгії та ХНБС травматичного ґенезу [2, 13, 14, 16].

Психічні симптоми дуже ускладнюють перебіг та тяжкість фіброміалгії. При анкетуванні жінок із фіброміалгією було встановлено, що вони вважають тривожний, депресивний стан прогностичним фактором розвитку в майбутньому психічних порушень [10, 13, 15]. Крім того, при тяжких депресії та тривозі у хворих з фіброміалгією спостерігали більше психічних симптомів та вираженіше погіршення стану функціонування, ніж без неї. Також встановлено, що симптоматика у хворих на фіброміалгію пов`язана з депресивним чи тривожним розладом, який спостерігається як поточний епізод чи був у анамнезі в минулому [2, 5, 9]. Депресивні та тривожні розлади пов`язані та асоціюються у хворих на фіброміалгію з функціональною нестабільністю, та є тим фактором, який прогностично впливає на ризик постійного болю, викликаного цим захворюванням [1, 3, 13].

Важливо зауважити, що терапія тривожних та депресивних розладів потребує дещо різних терапевтичних стратегій та заходів. Це зумовило актуальність вивчення особливості поширення тривожно-депресивних розладів у хворих на фіброміалгію та хронічний невропатичний больовий синдром травматичного ґенезу [3, 7, 12].

Завданням нашого дослідження було виявлення у пацієнтів, які страждають на фіброміалгію та ХБНС, ознак тривожно-депресивних розладів, та встановлення, які саме розлади більш властиві пацієнтам з фіброміалгією, а які – пацієнтам з ХБНС.

Матеріали та методи дослідження

Відповідно до мети дослідження було обстежено 206 пацієнтів, з них 97 осіб з фіброміалгією та 109 осіб, які страждають на хронічний невропатичний больовий синдром травматичного ґенезу, віком від 18 до 63 років (середній вік (40,41±6,36) року). Тривалість захворювання становила від 3 до 280 міс. (в середньому (95,41± 8,11) міс.). Серед них було 34% чоловіків та 66% жінок.

Таблиця 3. Питома частка пацієнтів, які скаржаться на зниження якості життя, серед пацієнтів, хворих на фіброміалгію та ХНБС

Діагноз	Зниження якості життя	Всього
Фіброміалгія	47 (48,5%)	97
ХНБС	74 (69,2%)	107

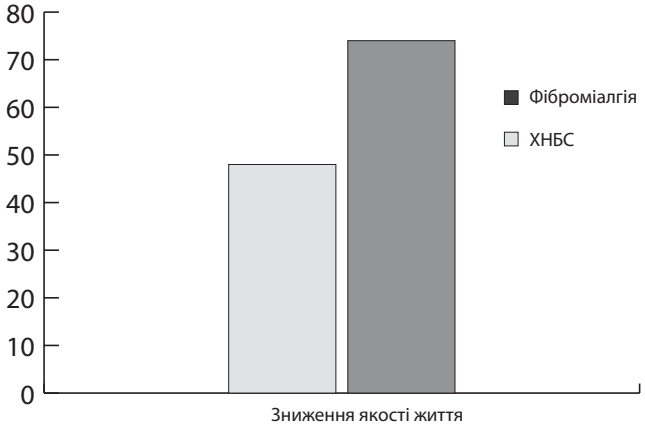


Рис. 9. Питома частка пацієнтів, які скаржаться на зниження якості життя, серед пацієнтів, хворих на фіброміалгію та ХНБС.

На початку дослідження усім хворим було проведено загальноклінічне обстеження, оцінку інтенсивності болю за ВАШ, загальне та біохімічне дослідження крові з визначенням ревматоїдного фактора, С-реактивного протеїну, ЕНМГ, ЕЕГ, викликані потенціали Р300, визначення психічного статусу. На другому етапі обстеження в усіх хворих оцінювали рівень тривожного та депресивного стану за допомогою анкетування за опитувальником Шихана, опитувальником ВАШ, опитувальником по фіброміалгії, тестових методик HAD, SF–36 для оцінки якості життя, з використанням анкети щодо самопочуття PRIME–MD (Quick Guideto PRIME–MD Patient Health Questionare, PHQ). Ці шкали були розроблені для використання в загальній медичній практиці, у нашій роботі відповіді на питання анкети пацієнти заповнювали власноруч. В подальшому оцінювали взаємозв`язок між виявленням тривожно-депресивних розладів у хворих на фіброміалгію та ХНБС, а саме кількість та частоту виявлення окремо депресивних розладів та тривожних станів у цих двох групах. Також порівнювали оцінки якості життя окремо при фіброміалгії та ХНБС.

Серед пацієнтів були виокремлені групи з високими показниками тривожності та депресії та низькими показниками якості життя. Наступним завданням було встановлення кількості таких пацієнтів серед хворих на фіброміалгію та хворих, які страждали на ХБНС.

Результати та їх обговорення

У результаті дослідження було виявлено, що кількість пацієнтів з високим рівнем тривоги при ХНБС складає 16,8% (табл. 1, рис. 1), а при фіброміалгії – 32% (табл. 1, рис. 2).

Як видно з порівняльної діаграми (рис. 3), пацієнтів з високим рівнем вираженості тривоги при фіброміалгії більше, ніж при невропатичному больовому синдромі травматичного ґенезу. Порівнявши чисельність пацієнтів за допомогою статистичних методів, ми визначили, що статистична значимість такої різниці дорівнює 0,01 (за критерієм Фішера, при φ*емп = 2,539).

Дослідженням було виявлено, що кількість пацієнтів з депресивними розладами з фіброміалгією складає 33,8% (рис. 4), а при ХНБС (рис. 5) 48,6%.

Загальний результат наочно представлений у порівняльній діаграмі та таблиці (рис. 6, табл. 2). Порівняльний аналіз засвідчив, що кількість пацієнтів з ХНБС травматичного ґенезу, які мають депресивний розлад різного ступеня вираженості, значно переважає кількість таких пацієнтів з фіброміалгією. Статистична значимість дорівнює 0,02 (за критерієм Фішера, φ*емп = 2,029).

Наступним завданням був аналіз зниження якості життя пацієнтів з фіброміалгією в порівнянні з пацієнтами, що страждають на ХНБС.

Кількість пацієнтів, які відзначили зниження якості свого життя, складає 48,5 % від загальної кількості хворих на фіброміалгію (рис. 7), а частина таких пацієнтів при ХБНС становить 69,2% (рис. 8). Таким чином, ми з'ясували, що якість життя погіршується більше при діагнозі ХБНС (рис. 9).

Питома частка пацієнтів, які скаржаться на зниження якості життя, серед пацієнтів, хворих на фіброміалгію, значно нижча, ніж серед пацієнтів, що страждають на ХНБС. Статистична значимість складає 0,01 за критерієм Фішера (φ*емп = 3,024).

Висновки

Серед обстежених були пацієнти, які мали психопатологічні розлади, в тому числі й тривожно-депресивні. Результати дослідження свідчать про те, що пацієнтів з високим рівнем тривоги більше при фіброміалгії, ніж при невропатичному больовому синдромі травматичного ґенезу.

Кількість пацієнтів з ХНБС травматичного ґенезу, які мають депресивний розлад різного ступеня вираженості, переважає кількість таких пацієнтів з фіброміалгією. Питома частка пацієнтів, які скаржаться на зниження якості життя, серед пацієнтів, хворих на фіброміалгію, значно нижча, ніж у пацієнтів, які страждають на ХНБС.

Список використаної літератури

1. *Дмитриева Л. Л. Методика формализованной оценки невротических проявлений / Л. Л. Дмитриева // Журн. невропатол. и психиатрии. – 1995 . – № 5. – С. 77–80.*
2. *Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. – М. : Изд-во МГУ, 1987. – 168 с.*
3. *Сулейманова Г. П. Психосоматические соотношения и внутренняя картина болезни у больных синдромом фибромиалгии : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук / Г. П. Сулейманова. – Волгоград, 2005. – 22 с.*
4. *Чабан О.С., Хаустова О.О. Український вісник психоневрології – Т. 18, Вип. 1 (62) – 2010*
5. *A 14-week, randomized, double-blinded, placebo-controlled monotherapy trial of pregabalin in patients with fibromyalgia / L. M Arnold., I. J. Russell, E. W. Diri [et al.] // Pain. – 2008. – № 9. – P. 792–805.*
6. *A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of duloxetine in the treatment of women with fibromyalgia with or without major depressive disorder / L. M. Arnold, A. Rosen, Y. L. Pritchett [et al.] // Pain. – 2005. – 119 (1–3). – P. 5–15.*
7. *Arnold L. M. Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta-analysis and review / Arnold L. M., Keck P. E., Welge J. A. // Psychosomatics. – 2000. – Vol. 41. – P. 104–113.*
8. *Bennett M. I. Intravenous lignocaine in the management of primary fibromyalgia syndrome / M. I. Bennett, Y. M. Tai // Int. J. Clin. Pharmacol. Res. – 1995. – № 15 (3). – P. 115–119.*
9. *Bennett R. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses / R. Bennett // Clin. Exp. Rheumatol. – 2005. – № 23 (5). – P. 154–162.*

10. *Depression and pain comorbidity: a literature review / [Bair M. J., Robinson R. L., Katon W., Kroenke K.] // Arch. Intern. Med. – 2003. – Vol. 163. – P. 2433–2445.*
11. *Fibromyalgia relapse evaluation and efficacy for durability of meaningful relief (FREEDOM): a 6-months, double-blind, placebo-controlled trial with pregabalin / L. J. Crofford, P. J. Mease, S. L. Simpson [et al.] // Pain. – 2008. – № 136. – P. 419–431.*
12. *Meenan R. F. The AIMS approach to health status measurement: conceptual background and measurement properties / R. F. Meenan // J. Rheumatol. – 1982. – № 9. – P. 785–788.*
13. *Refined insights into the pain-depression association in chronic pain patients / Angst F., Verra M. L., Lehmann S. [et al.] // Clin. J. Pain. – 2008 – Vol. 24. – P. 808–816.*
14. *Relationships Among Depression, Chronic Pain, Chronic Disabling Pain, and Medical Costs / B. A. Arnow, C. M. Blasey, J. Lee [et al.] // Psychiatr. Serv. – 2009. – Vol. 60 (3). – P. 344–350.*
15. *Safety and tolerability of duloxetine in the treatment of patients with fibromyalgia: pooled analysis of data from five clinical trials / E. H. S. Choy, P. J. Mease, D. K. Kajdasz [et al.] // Clin. Rheumatol. – 2009. – № 28 (9). – P. 1035–1044.*
16. *Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: a test of the trauma hypothesis / D. S. Ciccone, D. K. Elliott, H. K. Chandler [et al.] // Clin. J. Pain. – 2005. – № 21 (5). – P. 378–386.*
17. *Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study / R. M. Bennett, M. Kamin, R. Karim [et al.] // Am. J. Med. – 2003. – № 114 (7). – P. 537–545.*

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ФИБРОМИАЛГИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО НЕВРОПАТИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА
Д.Н. Сапон

Были изучены группы лиц (N = 206) с синдромом хронической неврологической боли, в том числе группа пациентов с синдромом хронической неврологической боли и фибромиалгией. Исследование выявило среди участников значительное количество пациентов с психическими аномалиями, а именно с тревожными и депрессивными расстройствами. Результаты исследования показали, что уровень тревожности был значительно выше у пациентов с фибромиалгией и синдромом хронической неврологической боли (СХНБ) по сравнению с пациентами без СХНБ. Депрессивные расстройства были диагностированы в основном у пациентов с СХНБ.

Ключевые слова: фибромиалгия, тревожно-депрессивные расстройства, реактивно-личностная тревога, депрессия, хроническая невропатическая боль, синдром травматического генеза

ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH FIBROMYALGIA WITH CHRONIC NEUROPATHIC SYNDROME OF TRAUMATIC GENESIS
D.M. Sapon

Persons (N=206) with chronic neurological pain syndrome, including the group of patients with chronic neurological pain syndrome and the group of patients with fibromyalgia, were studied. The study revealed substantial group of patients with abnormal mental symptoms, namely with anxiety and depressive disorders. The results of the study showed that the level of anxiety was much higher in patients with fibromyalgia and with chronic neurological pain syndrome (HNPS), in comparison with patients without HNPS. The depressive disorders were diagnosed mainly in patients with HNPS.

Key words: fibromyalgia, anxiety and depressive disorder, reactive personal anxiety, depression, chronic neuropathic pain syndrome, traumatic genesis

УДК:616.89

О.П. Романів

ХАРАКТЕРИСТИКА БІПОЛЯРНОГО СПЕКТРА АФЕКТИВНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕНЕСЕНИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА ОСІБ, ЩО ВЧИНИЛИ СУЇЦИДАЛЬНУ СПРОБУ

Закарпатський обласний наркологічний диспансер, психіатричне відділення, м. Ужгород

Ключові слова: інфаркт міокарда, індекс біполярності, біполярні розлади, суїцидогенез.

В статті наведено порівняльний аналіз дослідження розладів біполярного спектра серед пацієнтів з інфарктом міокарда та суїцидентів з незавершеною спробою самогубства. За допомогою методики визначення індексу біполярності та шкали діагностики біполярного спектра (BSDS) встановлено особливості проявів афективних станів та описано деякі аспекти їх ролі в суїцидогенезі і психічній складовій розвитку інфаркту міокарда.

Отримані за останні роки результати масштабних епідеміологічних досліджень відображають той факт, що біполярний афективний розлад (БАР) – далеко не рідкісне психічне захворювання [1, 2]. За результатами Цюріхського дослідження поширеність афективних розладів так званого «м'якого біполярного спектра» (soft bipolar spectrum) становить 23,7%, з яких 11% – власне рівень біполярного розладу, 13% – вірогідно, більш м'які прояви біполярності, які часто не потрапляють в поле зору служби охорони здоров'я [1]. Такий стан речей може бути зумовлений як концептуальними неоднозначностями щодо БАР, так і гіподіагностикою «малих форм» в бік депресивних розладів та ситуативних стресових реакцій. На даний час відомостей про зв'язок такого афективного фону з розвитком несприятливих життєвих подій та коморбідних станів небагато.

Епізоди змін фаз біполярного спектра, ймовірно, створюють більш контрастну зміну набору переживань у осіб, схильних до цього, порівняно з іншими людьми. Суб'єктивна оцінка непередбачуваних змін настрою певною мірою зумовлює когнітивну, поведінкову та мотиваційну картину їх реальності. Очевидно, деякі стани та розлади мають тісний зв'язок зі схильністю до змін афективного фону. В ролі таких пропонуємо проаналізувати досліджені нами показники біполярності у пацієнтів, що перенесли інфаркт міокарда, та осіб з незавершеною суїцидальною спробою.

Основною метою дослідження було тестування гіпотези стосовно наявності малоідентифікованих феноменів біполярного афективного спектра як значимого фактора формування аутоагресивної налаштованості особистості. Другорядним завданням був опис «спект-

ральної» характеристики афективності для суїцидентів та хворих на інфаркт міокарда.

Матеріали та методи дослідження

Для дослідження було сформовано дві групи обстежуваних.

В першій групі – 47 осіб, що перенесли інфаркт міокарда (в дослідження включали пацієнтів кардіологічних відділень, що пройшли лікування гострого періоду та не мають тяжких ускладнень). Вік хворих – від 29 до 58 років (середній вік – 37,5 року), серед них 26 (55,3%) чоловіків та 21 (44,7%) жінка. На момент обстеження у 24 (51%) пацієнтів даної групи виявлялися психічні розлади депресивного спектра, від легкого до середньої тяжкості поточного депресивного епізоду, у 12 (25,5%) пацієнтів – тривожно-фобічні розлади (в тому числі кардіофобічний синдром), пов'язані з виникненням інфаркту міокарда.

До другої групи увійшли 49 пацієнтів, що проходили психіатричне лікування з приводу незавершеної суїцидальної спроби, віком від 23 до 65 років (середній вік – 41 рік). Із них 22 (44,8%) чоловіки та 27 (55,2%) жінок. Пацієнти другої групи проходили обстеження в рамках даного дослідження в ранній постсуїцидальний період (від тижня до місяця після скоєння спроби самогубства), після завершення купірування сомато-неврологічних наслідків суїциду. Нозологічна структура психіатричної патології (на момент обстеження згідно з критеріями МКБ-10) в даній групі включала:

- епізоди помірної або тяжкої депресії, вперше виявлені та в рамках рекурентного депресивного розладу, – 22 (44,9%) пацієнти;
- зловживання психоактивними речовинами – 11 (23,4%);
- тривожні розлади та реакції на тяжкий стрес – 7 (14,2%);
- депресивний епізод в рамках біполярного афективного розладу – 3 (6,1%).

Критеріями виключення для обстежуваних в обох групах була наявність супутнього психотичного стану або інтелектуального зниження різного ґенезу.

Як психометричний інструмент для визначення станів біполярного спектра було використано індекс біполярності, який дозволяє оцінити в балах (від 0 до 20) наявність 5 найбільш характерних для БАР ознак:

1) характеристика епізоду в діапазоні від манії до депресії з проміжними формами;

2) вік маніфестації;

3) перебіг хвороби (в тому числі вживання психоактивних речовин, реалізації іншого роду аутодеструктивних тенденцій – азартні ігри, уникнення лікування тощо);

4) ефект терапевтичних заходів у минулому;

5) спадковий фактор.

Дана шкала дозволяє перевести феномен біполярності з категоріальної площини в континуальну, тобто у вигляді діапазону афективних проявів. Максимальне значення даного індексу – 100. Автори методики зауважують на ролі якісних характеристик даного показника (сукупний бал може співпадати у пацієнта з яскраво вираженим маніакальним епізодом в анамнезі в поєднанні з пізньою маніфестацією та відсутністю даних

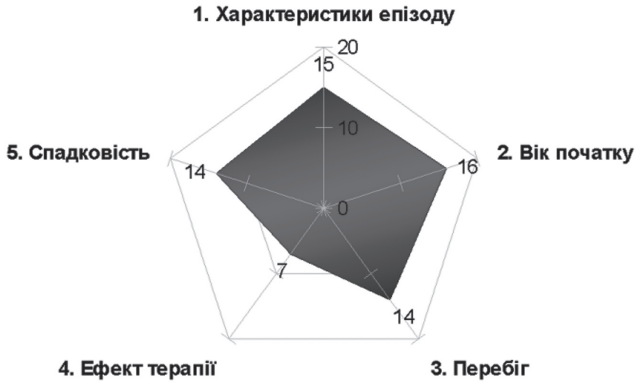


Рис. 1. Профіль індексу біполярності в групі хворих з інфарктом міокарда (середні показника за пунктами шкали)

про спадковість і у пацієнта з депресією після розлуки, з раннім початком, вживанням психоактивних речовин). Тому крім порівняння загального рівня індексу біполярності в обох групах, особливу увагу в даному дослідженні було приділено особливостям комбінації показників біполярності.

Поряд з показниками індексу біполярності, з метою доповнення відомостей про діапазон афективних переживань пацієнтів в обох групах також було застосовано шкалу діагностики біполярного спектра (The Bipolar Spectrum Diagnostic Scale – BSDS). Дана шкала представлена описовою історією, яка поряд з проявами гіпоманії/манії враховує також симптоми депресії. За її допомоги вдається виявити не тільки чіткі симптоми вираженого біполярного розладу, але й пацієнтів, які відносяться до реєстру так званого «малого спектра біполярних розладів». Якщо пацієнт погоджується з яким-небудь твердженням в пропонованій історії – воно оцінюється в 1 бал. Сумарний бал BSDS може бути в діапазоні від 0 до 25 (перша частина опитувальника містить 19 запитань, в другій пацієнт повинен визначити ступінь, в якій твердження із першої частини відповідають його особистому досвіду, – від 0 до 6 балів). Максимальна кількість набраних балів за даною шкалою може становити відповідно 19+6=25 балів. Дана шкала надає можливість встановити вірогідність розладу біполярного спектра з такими градаціями:

- менше 6 балів – розлади біполярного спектра маловірогідні;
- 6–10 балів – низька вірогідність;
- 11–18 балів – помірна вірогідність;

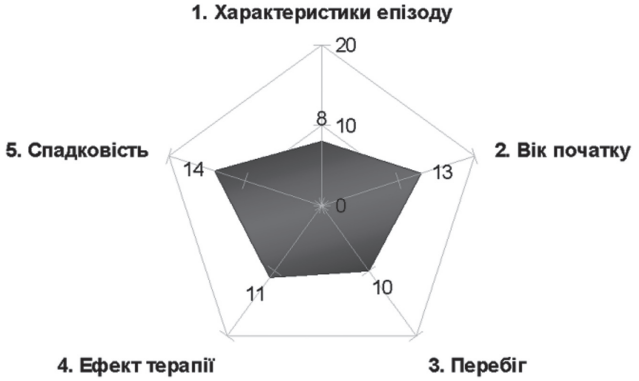


Рис. 2. Профіль індексу біполярності в групі суїцидентів (середні показники за пунктами шкали)

Таблиця. Розподіл імовірності розладів біполярного спектра в групах обстежуваних пацієнтів за показниками BSDS

Імовірність розладів біполярного спектра	Група суїцидентів	Група кардіологічних хворих
<6 балів (малоймовірно)	16,70%	13,20%
6–10 балів (низька)	47,50%	31,80%
11–18 балів (помірна)	23,20%	35,50%
>19 балів (висока)	12,60%	19,50%

- 19 балів та вище – висока вірогідність розладів біполярного спектра.

Результати та їх обговорення

В обох групах обстежуваних у значної частини пацієнтів з ознаками вираженого рівня біполярності спостерігалися труднощі в розумінні власної гіпоманії/манії/нормотимії. Ці самі пацієнти більш чітко відмічали більший рівень дискомфорту та суб'єктивних страждань при зниженні настрою до рівня нормального або субдепресивного.

Показник індексу біполярності в групі хворих на інфаркт міокарда в середньому становив 65,5±17,7 в цілому по групі (рис. 1). Спектральна характеристика біполярності в цій групі була представлена таким чином:

- частіше поєднувалися чіткі епізоди манії та гіпоманії без вторинної етіології такого стану (10–15 балів) з віком маніфестації 20–30 та 30–45 років (15–10 балів) та епізодичним перебігом без повернення до нормального стану, розладами з тривожними компонентами (5–10 балів). Така картина поєднання була характерна для 15 (32%) обстежених;
- серед жінок часто (в 38,1% випадків) спостерігалося поєднання провокованих антидепресантами епізодів манії/гіпоманії зі значними коливаннями настрою під час менструального циклу та діагностованим БАР у родичів першого порядку, переважно вік маніфестації – 15–19 років;
- для чоловіків цієї групи характерним був більш пізній початок маніфестації (20–30 та 30–45 років), що часто пов'язувався з етапом професійного становлення, зростаючих вимог кар'єрного росту та фінансових труднощів. При цьому у 9 (34,6%) пацієнтів відмічалися виражені задокументовані маніакальні або змішані епізоди з ейфорією. У 19,2% чоловіків прояви манії та гіпоманії супроводжувалися вживанням психоактивних речовин. Цікавим виявилася тенденція до ризикових вкладень, порушень кредитних договорів та схильності до азартних ігор у 10 (38,4%) обстежених, наслідки яких призводили до тривожно-фобічних розладів незадовго до моменту маніфестації інфаркту міокарда;
- в анамнезі у 32,6% цих пацієнтів відмічалися часті зміни місця роботи, 22,4% обстежуваних перебували в шлюбі 3 і більше разів.

Порівняно з групою кардіологічних хворих, індекс біполярності групи суїцидентів якісно більшою мірою був сформований з епізодів депресивного полюсу і/або суб'єктивно тяжчим переживанням зміни фаз манії/гіпоманії та нормотимії/субдепресії (рис. 2). Ознаки циклотимії та епізоди депресії з початком у віці 15–19 років відмічали 48,9% суїцидентів. Індекс біполярності в цій групі в середньому становив 55,7±27,1. Це нижче, ніж у групі хворих з інфарктом міокарда, що може свідчити, з одного боку, про меншу рефлексивність суїцидентами коливань афекту, з іншого – про ймовірно більшу роль в суїцидогенезі «малих проявів біполярності», які в критичній точці дозрівання суїцидальних тенденцій відіграють роль каталізатора, своєрідного афективного «фону» самогубства.

Порівнюючи «профілі» індексу біполярності кардіологічних пацієнтів та суїцидентів, слід відмітити менш виражені ознаки маніакальних та гіпоманіакальних станів у останніх в бік «малих» форм біполярності, циклотимії та депресивних епізодів, які часто поєднувалася із зловживанням психоактивних речовин, нерозсудливих фінансових маніпуляцій в таких станах (оформлення кредиту, заборгованості), конфліктності в колективі. За свідченнями обстежуваних пацієнтів у даній групі, такі події відмічалися ними як ключові кризові моменти в формуванні суїцидальної налаштованості. Респонденти даної групи демонстрували досить низьку активність звернення за спеціалізованою допомогою (психіатричною, психотерапевтичною) в анамнезі з приводу таких станів (28,5%). В групі кардіологічних пацієнтів ця частка була значно вищою (44,6%), проте проблематика звернень по допомогу стосувалася більшою мірою зниження соціальної активності в періоди між епізодами та супутніми тривожно-фобічними станами.

У значної частини суїцидентів (44,8%) поєднувалися вживання психоактивних речовин та ознаки пограничного розладу особистості.

Шкала діагностики біполярного спектра (BSDS) в групі кардіологічних пацієнтів показала вищу імовірність розладів біполярного спектра в групі кардіологічних пацієнтів (таблиця). Зокрема, висока імовірність відмічена у 19,5% респондентів даної групи порівняно з 12,6% – у групі суїцидентів. Як і у випадку з показниками індексу біполярності, в групі суїцидентів переважали твердження, що стосувалися депресивного спектра біполярності (у 67,4% опитаних суїцидентів). Проте значно менша кількість суїцидентів порівняно з кардіологічними хворими ствердно відповіла на запитання про відчуття безвихідності та бажання померти під час «спадів» настрою (35,7% та 58,4% відповідно), що підтверджує більш контрастне переживання змін біполярного спектра у кардіологічних пацієнтів та суб'єктивну потребу в налагодженні соціальної підтримки.

В обох групах респондентів результати досліджень з використанням індексу біполярності та шкали розладів біполярного спектра дозволили уточнити клінічний діагноз або доповнити його діагнозом зі спектра біполярних розладів. Так, у групі суїцидентів зміни в діагнозі та тактиці ведення пацієнтів стосувалися 8 (16,3%) осіб, у яких діагноз депресивного епізоду (вперше виявленого і в рамках рекурентного депресивного розладу) та реакцій на тяжкий стрес доповнилися або змінилися в бік депресивного епізоду в рамках БАР, гіпоманії, циклотимії.

Прийняття та ідентифікація кардіологічними хворими переживання власної біполярності може свідчити про те, що такі переживання сприймаються як его-синтонні та використовуються для стимуляції соціальних досягнень. Застосування значною частиною таких пацієнтів

психоактивних речовин для збереження стану «піднесення» свідчить про намагання втриматися на цьому полюсі афективного спектра. Водночас аутодеструктивна складова інфаркту міокарда ймовірно виступає як неодмінна протилежність манії/гіпоманії. Цим, зокрема, частково можна пояснити поширеність депресивних станів у постінфарктний період.

Висновки

Роль «малих» форм розладів біполярного спектра в суїцидології ще потребує вивчення. Проте їх тонка діагностика дозволяє значною мірою підвищити якість прогнозування та попередження саморуйнівної поведінки, зокрема через урахування кризових станів, які виникають на їх фоні та можуть бути безпосередніми пусковими факторами суїцидогенезу в окремих осіб. З огляду на це необхідно визнати потребу у використанні діагностичних шкал (зокрема індексу біполярності та шкали BSDS) для ідентифікації розладів біполярного спектра у повсякденній клінічній практиці, а також для скринінгу таких розладів у соматичній клініці.

Список використаної літератури

1. *Симуткин Г.Г. Современные инструменты скрининга биполярных аффективных расстройств (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и мед. психологии. – 2012. – №3.*
2. *Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Кузавкова М.В. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия / Под ред. С.Н. Мосолова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – С. 15.*
3. *Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Ушкалова А.В. Клиника и терапия биполярной депрессии. – М.: АМА-ПРЕСС, 2009. – 48 с.*
4. *Колягин В.В., Колягина В.В., Белоусова Л.П. и др. Коморбидные расстройства, клинические особенности депрессии и терапия при биполярном аффективном расстройстве // Академ. журн. Западной Сибири. – 2011. – №3.*
5. *Пилягина Г.Я. Особенности патогенеза эквивалентной формы саморазрушающего поведения // Суицидология. – 2013. – №3 (12).*
6. *Польская Н.А. Предикторы и механизмы самоповреждающего поведения: по материалам исслед. // Психолог. журн. – 2009. – Т. 30, №1. – С. 96–105.*
7. *Александров А.А. Принципы терапии биполярной депрессии // Вестник БПА. – 2007. – №12. – С. 45–55.*
8. *Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокардиология. – М., 2005. – 778 с.*
9. *Ходжиева Г.Б., Хочиева Г.Б., Ураков К.З. и др. Влияние депрессии и тревожных состояний на течение острого инфаркта миокарда у пациентов молодого возраста // Вестник Авиценны. – 2010. – №4 (45). – С. 107–112.*

ХАРАКТЕРИСТИКА БИПОЛЯРНОГО СПЕКТРА АФФЕКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ

А.П. Романив

В статье приводится сравнительный анализ исследования расстройств биполярного спектра среди пациентов с инфарктом миокарда и суицидентов с незавершенной попыткой самоубийства. С помощью методики определения индекса биполярности и шкалы диагностики биполярного спектра (BSDS) установлены особенности проявлений аффективных состояний и описаны некоторые аспекты их роли в суицидогенезе и психической составляющей развития инфаркта миокарда.

Ключевые слова: суицид, инфаркт миокарда, индекс биполярности, биполярное расстройство, суицидогенез.

CHARACTERISTICS OF BIPOLAR SPECTRUM AFFECTIVITY IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AND THOSE WHO COMMITTED SUICIDE ATTEMPTS

A.P. Romaniv

This paper provides a comparative analysis of the bipolar spectrum disorders in patients with myocardial infarction and with unfinished attempt suicide. Using techniques and bipolarity index diagnosis of bipolar spectrum scales (BSDS) established features of affective states and describes some aspects of their role in the development of suicide and mental component of myocardial infarction.

Key words: suicide, myocardial infarction, index bipolar, bipolar disorder, the development of suicide.

УДК 616.89

О.О. Хаустова[1], В.О.Тещенко[2]

БОРОТЬБА З ДЕМЕНЦІЯМИ: ПЕРСПЕКТИВИ ТА НАПРЯМИ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України[1], м. Київ
Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня ім. О.Ф. Мальцева[2], м. Полтава

Ключові слова: деменція, когнітивні порушення, хвороба Альцгеймера, Саміт G8, Всесвітня Рада з питань деменції.

Стаття присвячена питанням поширення деменцій у світі, їх етіології та розвитку, факторам ризику, економічним витратам на діагностику, лікування та догляд за хворими на деменцію, підходам до боротьби з цією хворобою різноманітних міжнародних організацій, досягнутим на саміті G8 у Лондоні та на Всесвітній Раді з питань деменції домовленостям. Зазначені напрямки дії для подолання проблеми деменцій.

Тривалість життя постійно збільшується майже в кожній країні світу. Сьогодні 30% населення планети складають особи похилого та старечого віку. Всесвітня організація охорони здоров'я підрахувала, що до 2020 року на Землі буде проживати понад 1 млрд людей старше 60 років. Можна передбачити, що це неминуче призведе до збільшення кількості людей, які страждають на деменцію. Ризик розвитку деменції з віком прогресивно збільшується: кожні 10 років після 65-річного віку він подвоюється [3]. Проведені популяційні дослідження показують, що приблизно у половини осіб віком 85 років та старших можливий розвиток деменції, причому цей процес спостерігається як в економічно розвинутих країнах, так і в країнах, що розвиваються. Такого росту кількості хворих на деменцію в історії ніколи не було, що дає право деяким авторам говорити

про унікальність ситуації кінця XX – початку XXI століття – «епідемію деменції». Ця проблема є актуальною і для України, в якій кількість хворих на деменцію неухильно зростає. Серед колишніх держав СНД Україна є найстарішою країною з дуже несприятливим поєднанням високих темпів старіння населення та негативним показником його відтворення. Частка осіб пенсійного віку в Україні складає 23–25%, а згідно з прогнозами демографів до 2025 року цей показник перевищить 30%. Слід зазначити, що вказані тенденції поєднуються з високим рівнем захворюваності, насамперед на серцево-судинну патологію, та смертністю від неї [2].

Поширеність деменції в європейських країнах в популяції старше 65 років досягає 30%. Близько 13,9% людей похилого віку в США (близько 40 мільйонів чоловік старше 65 років) та 44% дорослого населення США старше 85 років страждають на деменцію [10, 17, 18]. В Україні на сьогоднішній день нараховується близько 49 тисяч пацієнтів з діагнозом «деменція», включаючи хворобу Альцгеймера, судинні та змішані деменції. З них 28 тис. пацієнтів хворіють на судинну деменцію, що складає 61,76% на 100 тис. населення. Щорічно в Україні реєструють більше 5 тис. нових випадків захворювання на судинну деменцію та 544 – на хворобу Альцгеймера. Судинна деменція складає 15–20% всіх випадків деменції та є другою за частотою в країнах Західної Європи та США. Але в деяких країнах світу, таких як Росія, Фінляндія, Китай та Японія, судинна деменція займає 1 місце і зустрічається частіше, ніж хвороба Альцгеймера. У 20% випадків судинна деменція нагадує за перебігом хворобу Альцгеймера, а в 10–20% випадків має місце їх поєднання [3].

Відповідно до сучасних уявлень, деменції належать до когнітивних порушень, які визначаються як погіршення пізнавальних функцій: уваги, пам'яті, гнозису, праксису, мислення, порівняно з початковим індивідуальним або середнім віковим та освітнім рівнями внаслідок структурних, дисметаболічних, токсичних уражень головного мозку, що впливають на ефективність навчання та професійної, побутової, соціальної діяльності. В останні роки велика увага приділяється розробці алгоритмів діагностики та терапії деменції. Сучасна діагностика деменції включає декілька етапів:

Таблиця 1. Теорія ретрогенезу [Reisberg et al.]

Розвиток дітей	Навички	Прогресування деменції
12 років і старше	Спроможність виконувати роботу	Деменція, що починається
8–12 років	Прості фінансові операції	Легка деменція
5–7 років	Вибір доречного одягу	Помірна деменція
5 років	Спроможність одягатися без сторонньої допомоги	Помірно-тяжка деменція
4 роки	Спроможність умиватися без сторонньої допомоги	–
4 роки	Спроможність користуватися туалетом без сторонньої допомоги	–
3–4,5 року	Контроль сечовипускання	–
2–3 роки	Контроль дефекації	–
15 місяців	Спроможність вимовляти 5–6 слів	Тяжка стадія
1 рік	Спроможність вимовляти 1 слово	–
1 рік	Ходьба	–
6–10 місяців	Спроможність сидіти	–
2–4 місяці	Спроможність посміхатися	–
1–3 місяці	Спроможність піднімати голову	–

1) виявлення синдрому когнітивних розладів;

2) встановлення діагнозу деменції та оцінка її вираженості;

3) нозологічна діагностика деменції, виявлення «зворотних» деменцій.

Деменція є не нозологічною формою, а синдромом, до розвитку якого може призвести ціла група різних за етіологією та патогенезом хвороб головного мозку:

1) нейродегенеративні захворювання (хвороба Альцгеймера, деменція з тільцями Леві, фронтотемпоральна деменція, хвороба Паркінсона, хорея Гентінгтона, прогресуючий над'ядерний параліч, ідіопатична кальцифікація підкіркових гангліїв, боковий аміотрофічний склероз, кортико-базальна дегенерація, первинна прогресуюча афазія);

2) судинні захворювання головного мозку;

3) поєднання церебрального нейродегенеративного та судинного захворювання – змішана деменція;

4) дизметаболічні енцефалопатії (алкогольна, гіпоксійна, печінкова, ниркова, гіпоглікемічна, гіпотиреоїдна, при дефіцитарних станах – недостатності вітамінів групи В, РР, фолієвої кислоти, білка, гепатолентикулярна дегенерація, інтоксикація солями важких металів, лікарськими препаратами);

5) нейроінфекції (герпетичний енцефаліт, прогресуючі паненцефаліти, нейросифіліс, нейробореліоз, гострі та підгострі менінгоенцефаліти, ВІЛ-інфекція, хвороба Кройцфельда–Якоба);

6) демієлінізуючі захворювання (розсіяний склероз, гострий розсіяний енцефаломієліт, мультифокальна лейкоенцефалопатія);

7) черепно-мозкова травма;

8) пухлина головного мозку;

9) ліквородинамічні порушення (нормотензивна гідроцефалія). Більшість вищевказаних деменцій може розвиватися і у осіб молодого віку. При «зворотних» деменціях після усунення причини хвороби можливе повне або часткове відновлення когнітивних функцій (насамперед дизметаболічні деменції). Але, на жаль, найчастіше зустрічаються так звані «незворотні» деменції, такі як хвороба Альцгеймера та судинна деменція.

Розвиток деменції – тривалий процес, який починається задовго до того, як вона стає очевидною для родичів та знайомих пацієнта. Часто досить складно відрізнити початкові стадії деменції та забудькуватість при нормальному старінні [4]. Обумовлені віком когнітивні розлади проявляються легкими порушеннями пам'яті та деяким сповільненням швидкості психічних процесів. При цьому суттєвих обмежень у повсякденній та професійній діяльності не відбувається. Ці особи часто класифікуються як такі, що мають «доброякісну старечу забудькуватість» або «обумовлені віком порушення пам'яті». Подальше спостереження за ними нерідко виявляє наявність прогресуючої деменції. Тому для даної категорії хворих показаний динамічний нагляд з повторним оглядом через 6–12 місяців (табл. 1).

Деменції по-різному впливають на людей – це залежить від впливу хвороби та індивідуальних особливостей людини перед захворюванням. Ознаки та симптоми, пов'язані з деменцією, проходять 3 стадії розвитку:

1) рання стадія часто залишається непомітною, оскільки розвивається поступово. Загальні симптоми включа-

ють забудькуватість, втрату відчуття часу, порушення орієнтування в знайомій місцевості;

2) середня стадія – ознаки та симптоми стають більш явними та такими, що ще більше звужують можливості людини. Вони включають забудькуватість щодо недавніх подій та імен людей, порушення орієнтування вдома, наростання труднощів у спілкуванні, потребу в допомозі при догляді за собою, поведінкові труднощі, а саме безцільне ходіння та задавання одних і тих же запитань;

3) пізня стадія – розвиваються майже повна залежність від оточуючих та пасивність. Порушення пам'яті значні, а фізичні ознаки та симптоми більш очевидні. Симптоми включають: втрату орієнтування у просторі та часі, труднощі у впізнаванні рідних та друзів, необхідність допомоги при догляді за собою, важкість пересування, поведінкові порушення, які включають і агресивність [19].

Під деменцією судинного ґенезу розуміють зниження когнітивних функцій внаслідок ішемічного або геморагічного ураження головного мозку внаслідок первинної патології церебральних судин або хвороб серцево-судинної системи. Найчастіше етіологічними факторами судинної деменції є:

- ішемічні інсульти (атеротромботичний, емболічний при ураженнях великих судин, лакунарний);
- внутрішньомозкові геморагії (при артеріальній гіпертензії, амілоїдній ангіопатії);
- підоболонкові геморагії (субарахноїдальні, субдуральні);
- повторна емболізація внаслідок кардіальної патології (ендокардит, фібриляція передсердь тощо);
- аутоімунні васкуліти (системний червоний вовчак, еритематоз тощо);
- інфекційні васкуліти (нейросифіліс, хвороба Лайма тощо);
- неспецифічні васкулопатії.

До факторів ризику розвитку судинної деменції належать: вік понад 60 років, артеріальна гіпертензія та гіпотензія, цукровий діабет, дисліпідемія, хвороби серця та периферійних судин, куріння, чоловіча стать, негроїдна та азіатська раси, спадковість тощо [10]. Цікаво підкреслити, що до ймовірних факторів ризику належать низький освітній рівень та професія робітника (табл. 2). Також, згідно з останніми дослідженнями вчених з Фінляндії, наявність

Таблиця 2. Шкала ризику розвитку деменції

Фактор	Ступінь вираженості	Бал
Вік	<47	0
	47–53	3
	>53	4
Освіта	>10 років	0
	7–9 років	2
	0–6 років	3
Стать	жіноча	0
	чоловіча	1
Систолічний АТ	<140 мм рт.ст.	0
	>140 мм рт.ст.	2
Індекс маси тіла	<30 кг/м^2	0
	>30 кг/м^2	2
Загальний холестерин	<6,5 ммоль/л	0
	>6,5 ммоль/л	2
Фізична активність	активна	0
	неактивна	1
Ступінь ризику: 0–5 балів–1,0%; 6–7 балів–1,9%; 8–9 балів – 4,2%; 10–11 балів – 7,4%; 12–15 балів –16,4%		

Таблиця 3. Фактори, котрі можуть спровокувати розвиток хвороби Альцгеймера

Фактори	Низький ризик	Високий ризик
Вік	<47	>53
Стать	жіноча	чоловіча
Освіта	10-річна	6-річна
Систолічний АТ	140 мм рт.ст.	>140 мм рт.ст.
Загальний холестерин	6,5 ммоль/л	>6,5 ммоль/л
Індекс маси тіла	30 кг/м^2	>30 кг/м^2
Фізична активність	висока	низька
APOE-4	ні	так
Ризик деменції	0,09%	48,93%

у особи такої риси характеру, як цинічна недовіра, значно підвищує ризик розвитку слабоумства (Dr. Tolppanen, University of Eastern Finland, 2014).

Що стосується хвороби Альцгеймера, то згідно з сучасними уявленнями це найпоширеніша форма первинних дегенеративних деменцій пізнього віку, яка характеризується поступовим малопомітним початком у пресенільному або сенільному віці, невпинним прогресуванням розладів пам'яті та вищих коркових функцій аж до тотального розпаду інтелекту та психічної діяльності в цілому, а також певним комплексом нейропатологічних ознак. До основних факторів ризику розвитку хвороби Альцгеймера належать: вік, спадковість, наявність аполіпопротеїну (сприяє формуванню сенільних бляшок), синдром Дауна у родичів, жіноча стать, низький рівень освіти. Сучасні дослідження свідчать про те, що судинна мозкова недостатність є одним з важливих факторів патогенезу хвороби Альцгеймера (табл. 3). Ризик її розвитку та темп прогресування вищі при наявності серцево-судинної патології. З іншого боку, пов'язані з хворобою Альцгеймера відкладення b-амілоїду в судинній стінці можуть призвести до розвитку амілоїдної мікроангіопатії, яка посилює недостатність кровообігу мозку. Згідно з сучасними уявленнями, основні форми деменції (судинна та хвороба Альцгеймера) патогенетично дуже тісно пов'язані між собою [3].

Сьогодні деменцію порівнюють з бомбою сповільненої дії. Всесвітня організація охорони здоров'я підрахувала, що в 2010 р. в усьому світі проживало близько 36 мільйонів чоловік з деменцією і що кількість випадків хвороби Альцгеймера та інших деменцій буде збільшуватись удвічі кожні 20 років. Найбільше ці розлади будуть поширюватися в країнах з середнім рівнем доходу. Всесвітня організація охорони здоров'я також підрахувала, що загальна вартість лікування деменції в 2010 р. була близько 604 млрд доларів, що становило 1,0 % світового ВВП. До 2030 р. вартість догляду за пацієнтами з деменцією може зрости до неймовірних цифр – на 90 мільйонів хворих буде необхідно більше 1,2 трильйона доларів США [14, 15].

Нещодавня аналітична записка, яка була випущена Міжнародною Асоціацією з хвороби Альцгеймера, повідомляє про те, що 44 мільйони чоловік у всьому світі на теперішній час страждають на слабоумство. По мірі старіння населення поширеність деменції буде рости і, за оцінками експертів, до 2050 р. становитиме 135 мільйонів чоловік [14].

Враховуючи вищевикладене, актуальність проблеми деменції пояснюється частотою діагностики даного захворювання, тривалим та інвалідизуючим перебігом хвороби та великими економічними витратами на лікування та до-

гляд за хворими, які на певному етапі хвороби потребують довічного утримання у закладах для пацієнтів з хронічним перебігом захворювань. Значимість проблеми судинної деменції визначається і тим фактором, що тривалість життя таких хворих значно менша, ніж у відповідній віковій популяції без деменції. Так, летальність серед хворих на судинну деменцію в похилому віці протягом 3-х років становила 66,7%, тоді як при хворобі Альцгеймера – 42,2%, а при відсутності деменції – 23,1%. Найвищий ризик деменції спостерігається у хворих, які перенесли інсульти (8,4% на рік). Деменція розвивається у 26,3% через 2 місяці та у 31,8% пацієнтів через 3 місяці після інсульту, а смертність осіб з післяінсультною деменцією у найближчі роки після інсульту втричі вища, ніж у післяінсультних хворих без деменції. В Україні основне навантаження з догляду за хворими на деменцію несуть їх родичі. З погіршанням стану хворого збільшується навантаження і на опікуна, що призводить до погіршення психічного стану доглядальника, а в подальшому і до появи або загострення хронічних соматичних захворювань [3]. Такі люди частіше відвідують лікаря загальної практики та використовують медикаменти, ніж їх однолітки, які не доглядають за хворими. Усі ці обставини сприяли визнанню деменції актуальною проблемою системи охорони здоров'я за кордоном та в Україні. Боротьба з цією хворобою потребує зусиль різноманітних організацій у всьому світі.

На саміті G8 з питань деменції, який відбувся 11 грудня 2013 р. в Лондоні, прем'єр-міністр Девід Кемерон заявив: «Не має значення, де ви проживаєте – в Лондоні, Лос-Анжелесі, в сільських районах Індії чи є міським жителем Японії – деменція краде життя, руйнує сім'ї, розбиває серця. І тому ми сповнені рішучості перемогти її. В минулому світова спільнота об'єднувалася для боротьби з глобальними загрозами. Ми разом виступали проти малярії, раку, ВІЛ, СНІДу і на нас сьогодні чекає така ж рішуча боротьба». Саміт завершився публікацією заяви з викладенням досягнутих домовленостей, а саме:

- знайти лікарські засоби проти слабоумства або спосіб його лікування до 2025 року;
- значно збільшити суми коштів, направлених на вивчення деменцій;
- збільшити число людей, які візьмуть участь у клінічних випробуваннях та дослідженнях деменцій;
- розробити міжнародний план дій для вивчення деменцій;
- узагальнити отримані результати досліджень.

Відповідно до подібної заяви іншої міжнародної організації – Всесвітньої Ради з питань деменції від 30 травня 2014 р., необхідно зробити зусилля для зупинки глобального поширення слабоумства, як це було в свій час зі СНІДом. Також потрібно проводити більш точну та ранню діагностику захворювання, ефективне лікування та догляд за хворими. Наші уявлення про деменцію перебувають в зародковому стані. Враховуючи декілька клінічних невдач при дослідженнях та великі капіталовкладення інвесторів і фармацевтичних компаній при цьому, експериментальна наука далі не розвивається. Вона втратила перспективи фінансової підтримки, оскільки подібні дослідження займають тривалий час та мають великий шанс закінчитися невдачею. Необхідно змінити цей підхід. Метою Всесвітньої Ради з питань деменції є стимулювання інновацій, розробка та підвищення рівня життя за рахунок медикаментів, догляд за пацієнтами з деменцією та захист людей з ризиком розвитку деменції. Рада встановила 10-річний термін для досягнення своєї мети та має намір протягом наступних 7 років затримати початок та розвиток хвороби на 1 рік, а до 2025 року – на 2 роки.

В наступному році плануються такі зміни:

- у фінансовій галузі будуть запропоновані нові стимули та фінансові структури, які приведуть до нових інвестицій;
- досягнення співпраці в дослідженнях між урядом, науковими та виробничими галузями;
- регулювання досліджень, пошук нових та більш ефективних шляхів для прискорення розробки відповідних медикаментів;
- обмін знаннями, тобто подолання перешкод для обміну інформацією між науковими та виробничими галузями, створення баз даних;
- підтримання здоров'я, поширення новаторської практики по догляду за хворими на деменцію в усьому світі;
- підвищення інформованості суспільства щодо необхідності змін в діагностиці, лікуванні та догляді за хворими на деменцію.

Для подолання проблеми деменції в усьому світі необхідно зробити дослідження у сфері деменцій глобальним пріоритетом, сприяти міжнародній співпраці та діяти в наступних напрямках:

1) активізувати зусилля з пошуку лікарських засобів, які зможуть зупинити або запобігти порушенням діяльності головного мозку, спричиненим деменцією;

2) підвищити рівень діагностики деменції;

3) боротися зі стигматизацією у суспільстві по відношенню до деменції [14].

Профілактика деменції має бути направлена на підвищення церебральних резервів та зменшення пошкоджувальних впливів на головний мозок. Для виконання цих задач необхідно піклуватися про збереження когнітивних функцій змолоду. Крім того, великого значення набуває рання діагностика додеменційних когнітивних розладів. Для збереження когнітивних функцій у похилому віці необхідно дотримуватись окремих важливих правил: формувати позитивний образ пройденого життєвого шляху, долати страх смерті, підтримувати регулярну фізичну активність, спілкуватися з друзями, родичами, раціонально харчуватися (доведена значна ефективність середземноморської дієти у профілактиці розвитку слабоумства – Richard S. Isaacson, 2014).

Список використаної літератури

1. *Краткое руководство для родственников пациентов, страдающих деменцией / Н. А. Марута, А. М. Кожина, В. И. Коростий [и др.] . – Х., 2012. – 68 с. – (Серия литературы по психообразованию)*
2. *Мищенко Т. С. Сосудистая деменция: диагностика, лечение и профилактика / Т. С. Мищенко, Е. В. Дмитриева // Международный неврологический журнал. – 2006. – № 2 (6).*
3. *Пинчук И. Я. К вопросу об организации медико-социальной помощи пожилым пациентам с психическими расстройствами / И. Я. Пинчук // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – № 1 (21).– С. 40–43.*
4. *Хаустова Е. А. Терапия деменции: от эффективности к повышению качества жизни пациента / Е. А. Хаустова, В. Г. Безшейко, Е. И. Клебан // Ліки України. – 2011. – № 9. – С. 64–71.*
5. *Чухловина М.Л. Деменция. Диагностика и лечение / М. Л. Чухловина. – СПб. : Питер, 2010. – 272 с.*
6. *A challenge in academia: Meeting the healthcare needs of the growing number of older adults / Y. K. Scherer, S. A. Bruce, C. A. Montgomery, L. S. Ball // J. Am. Acad. Nurse. Pract. – 2008. – № 20 (9). – P. 471–476.*

7. A randomized study of a multidisciplinary program to intervene on geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home (Dutch EASYcare Study) / R. J. Melis, M. I. van Eijken, S. Teerenstra [et al.] // J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci. – 2008. – № 63. – P. 283–290.
8. Alzheimer's Association recommendations for operationalizing the detection of cognitive impairment during the Medicare Annual Wellness Visit in a primary care setting / C. B. Cordell, S. Borson, M. Boustani [et al.] // Alzheimers. Demen. – 2013. – № 9. – P. 141–150.
9. Alzheimer's Association. 2012 Alzheimer's disease facts and figures. // Alzheimers Dement. – 2012. – № 8. – P. 131–168.
10. Dementia and its implications for public health / D. P. Chapman, S. M. Williams, T. W. Strine [et al.] // Prev. Chronic. Dis. – 2006. – № 3 (2). – P. 34. http://www.cdc.gov/pcd/issues/2006/apr/05_0167.htm. Accessed March 12, 2014.
11. Family physicians and dementia in Canada: Part 2. Understanding the challenges of dementia care / N. J. Pimlott, M. Persaud, N. Drummond [et al.] // Can. Fam. Physician. – 2009. – № 55. – P. 508–509.
12. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study/ C. P. Ferri, M. Prince, C. Brayne [et al.] // Lancet. – 2005. – № 366. – P. 2112–2117.
13. Hatfield C. F., Dudas R. B., Dening T. Diagnostic tools for dementia / C. F. Hatfield, R. B. Dudas, T. Dening // Maturitas. – 2009. – № 63. – P. 181–185.
14. http://dementiachallenge.dh.gov.uk/2014/05/30/world-dementia-council-publishes-statement-of-purpose/.
15. Internet-based screening for dementia risk / J. Brandt, C. Sullivan, L. E. Burrell [et al.] // PloS One. – 2013. – № 8. – P. 574–576.
16. Monetary costs of dementia in the United States / M. D. Hurd, P. Martorell, A. Delavande [et al.]. // New Engl. J. Med. – 2013. – № 368. – P. 1326 –1334.
17. Prevalence of dementia in the United States: the aging, demographics, and memory study / B. L. Plassman, K. M. Langa, G. G. Fisher [et al.] // Neuroepidemiology. – 2007. – № 29. – P. 125–132.
18. Querfurth H. W. Alzheimer's disease / H. W. Querfurth, F. M. LaFerla // N. Engl. J. Med. – 2010. – № 362 (4). – P. 329–344.
19. Should older adults be screened for dementia? / J. W. Ashford, S. Borson, R. O'Hara [et al.] // Alzheimers Dement. – 2006. – № 2 (2). – P. 76–85.
20. Status of computerized cognitive testing in aging: a systematic review / Wild K., Howieson D., Webbe F. [et al.] // Alzheimers. Demen. – 2008. – № 4. – P. 428–437.
21. The clinical and economic burden of newly diagnosed Alzheimer's disease in a medicare advantage population / B. T. Suehs, C. D. Davis, J. Alvir [et al.] // Am. J. Alzheimers Dis Other Deme. – 2013. – № 28. – P. 384–392.

БОРЬБА С ДЕМЕНЦИЯМИ: ПЕРСПЕКТИВЫ И НАПРАВЛЕНИЯ
О.О. Хаустова, В.О. Тещенко

Статья посвящена вопросам распространения деменций в мире, их этиологии и развитию, факторам риска, экономическим затратам на диагностику, лечение и уход за больными деменцией, подходам к борьбе с этой болезнью различных международных организаций, достигнутым на саммите G8 в Лондоне и на Всемирном Совете по вопросам деменции договоренностям. Указанные направления действия для решения проблемы деменций.
Ключевые слова: деменция, когнитивные нарушения, болезнь Альцгеймера, Саммит G8, Всемирный Совет по вопросам деменции.

THE FIGHT AGAINST DEMENTIA: PERSPECTIVES AND DIRECTIONS
E.A. Khaustova, V.O. Teshchenko

The article is devoted to the dissemination of dementia in the world, their etiology and development, risk factors, the economic costs of diagnosis, treatment and care for patients with dementia, the approaches to combating the disease of various international organizations, to the agreements reached at the Dementia Summit (G8) in London and at the World Dementia Council. These areas of action to overcome the problem of dementia.
Key words: dementia, cognitive disorders, Alzheimer's disease, Dementia Summit (G8), World Dementia Council.

УДК: 616.89-008-053.8 + 615.851

М.М. Пустовойт

ПАТОГЕНЕЗ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ІНВОЛЮЦІЙНИМ ПСИХОЗОМ ЗГІДНО З ДАНИМИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОДІЯ-ПОВ'ЯЗАНИХ ВИКЛИКАНИХ ПОТЕНЦІАЛІВ

Одеський державний медичний університет, м. Одеса

У статті висвітлено результати вивчення когнітивної функції у пацієнтів з інволюційним психозом за даними проведеного дослідження подія-пов'язаних викликаних потенціалів (ППВП). Показано, що характеристики ППВП (латентний період піків та їх амплітуда, включаючи Р300) у досліджуваних хворих різних вікових підгруп достовірно не відрізнялися від нормативних показників контрольної групи. Виявлені незначні відмінності між дослідною та контрольною групами автор інтерпретує як певну готовність функціональних структур мозку пацієнтів основної групи до розвитку когнітивного дефіциту, не пов'язану з органічними змінами. Автор пропонує модель патогенезу когнітивних розладів у пацієнтів з інволюційним психозом, що базується на патопсихології функцій пам'яті.

Ключові слова: патогенез, інволюція, викликані когнітивні потенціали, когнітивний дефіцит.

Одним із методів, що значно просунули аналіз і розуміння процесів роботи мозку, пов'язаних з механізмами сприйняття інформації і її обробки, є метод вивчення подія-пов'язаних викликаних потенціалів (ППВП) [5, 6]. Найінформативнішим компонентом ВП цього типу є компонент Р3 (Р300), який часто ідентифікують як когнітивний ВП (КВП) [5, 12].

Вивчення КВП і визначення на цій основі характеру і об'єму когнітивного дефіциту проводять при різних захворюваннях головного мозку, включаючи хворобу Паркінсона і Альцгеймера, розсіяний склероз тощо. [5, 8, 10, 22]. Проте, до останнього часу не проводилося вивчення КВП при психічних розладах інволюційного періоду. Проводити вивчення саме когнітивних викликаних потенціалів було доцільним, адже, згідно з даними літератури, нейрофізіологічні складові інволюції та психічної травми виявляють свої ефекти у префронтальній корі та у пов'язаному із нею гіпокампі - тобто у мозкових структурах, відповідальних за генерацію когнітивного піку Р300 [4, 7, 13].

Тому **метою** даної роботи стало визначення особливостей ППВП, у тому числі і Р3, у пацієнтів з інволюційними психозами, та формулювання патогенетичної гіпотези розвитку когнітивних розладів у пацієнтів з інволюційним психозом.

Матеріал та методи дослідження

Досліджували невелику групу (50 жінок), утворену із загальної досліджуваної вибірки (234 спостереження) пацієнтів, які перебували на лікуванні в клінічних відділеннях кафедри психіатрії ОНМедУ і в психоневрологічному відділенні дорожньої лікарні № 1 станції Київ з попереднім діагнозом «інволюційний психоз». Із дослідження були виключені пацієнтки із тяжкими соматичними захворюваннями й ендокринними розладами; вираженим церебральним атеросклерозом; наслідками перенесених порушень мозкового кровообігу; тяжкими або повторюваними черепно-мозковими травмами в анамнезі. Контрольну групу утворили результати анонімного обстеження 47 жінок аналогічного віку, котрі у 2008 р. зверталися до Дорожньої клінічної лікарні № 1 ст. Київ з приводу соматичної симптоматики. За віковою ознакою, пацієнти були поділені на три підгрупи: 45–50 років – 10 хворих, 51–60 років – 27 пацієнтів, більше 60 років – 13 пацієнтів.

Дослідження когнітивного викликаного потенціалу (Р300) проводили в ситуації події, що виникає випадково («odd-ball» paradigm, [5]). Для оцінки відтворюваності отримуваних відповідей дослідження Р300 у кожного хворого (випробовуваного) проводили двічі в незалежних часових серіях, які потім суперпозиціонували. Завдання хворого (випробовуваного) полягало в упізнанні і підрахунку числа значимих стимулів. Оцінювали наступні характеристики відповіді: латентність (мс) піків Р1, N1, Р2, N2, Р3, N3; амплітуда (мкВ) N1 – Р2 і N2 – Р3. ВП виділяли за допомогою нейроусереднювача Viking IV (фірми « Nikolet», США).

Результати досліджень обробляли статистично із застосуванням загальноприйнятих методів варіаційної і непараметричної статистики.

Результати та їх обговорення

У переважної більшості обстежених основної групи (44 спостереження, 86,0%) когнітивний комплекс викликаної відповіді виявлявся досить чітко, однак він міг переважати як у лівій півкулі (подібно до норми), так і в правій півкулі. Аналізували ВП на стороні більшої виразності. На рисунку 1 проілюстрований типовий приклад КВП хворої зі збереженим інтелектом.

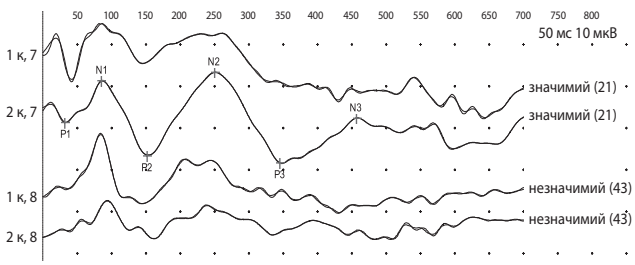


Рис. 1. Когнітивні ВП 63-річної жінки зі збереженим інтелектом

Примітки: 1 канал – відведення С3–М1; 2 канал – С4–М2.

Як видно з рисунка 1, сенсорні компоненти відповіді – піки Р1–N1–Р2 виражені досить чітко по всіх каналах, однак ендогенна когнітивна хвиля N2–Р3–N3 чітко переважає в правій півкулі, як і на рисунку 2.

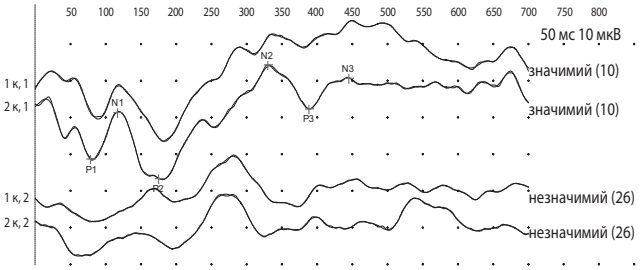


Рис. 2. КВП 62-річної хворої

Примітки: 1 канал – відведення С3–М1; 2 канал – С4–М2.

З рисунків чітко видно, що тривалість когнітивної хвилі в обох випадках різна: на рисунку 1 вона близька до нормальної і дещо знижена на рисунку 2 при нормальній латентності піку Р3 в обох випадках.

Форма хвилі мала кілька варіантів – правильна, а також згладжена або роздвоєна. Згладжену форму хвилі переважно реєстрували у хворих з помірно виразним зниженням слуху (в 68,0% від загального числа хворих (34 спостереження). Роздвоєна форма хвилі виявлена як у жінок з нормальним рівнем сенсорних функцій та психічного розвитку (34,0% (17 спостережень), так і у хворих, які мали порушення слуху (22,0% (11 спостережень).

При однобічних порушеннях слуху відповідь, включаючи сенсорні компоненти, була знижена відповідно до рівня зниження слуху з боку стимуляції, однак з контрлатеральної сторони відповідь реєструвалася досить стабільно (рис. 3).

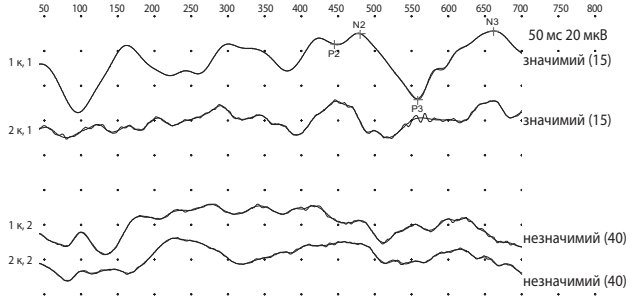


Рис. 3. КВП хворого з правобічним порушенням слуху

Примітки: 1 канал – відведення С3–М1; 2 канал – С4–М2.

Будь-якої кореляції форми хвилі з віковими характеристиками груп хворих не виявлено.

При порівнянні латентностей основних компонентів ендогенного комплексу КВП дослідної та контрольної груп статистично значимих відмінностей також виявлено не було.

Динаміка параметрів КВП у групах хворих характеризувалась подовженням латентних періодів – N2, Р3 і N3. Причому у віковій групі пацієнтів 45–50 років латентність піку N2, порівняно з нормою, мала тенденцію до збільшення на 11,1% (P>0,05). У цій же віковій групі подовження латентностей піків Р3 та N3 складало відповідно 9,7 та 11,2% (P>0,05). У віковій групі від 51 до 60 років тенденція до подовження латентностей піків N2 та Р3, порівняно з нормативними показниками, складала

відповідно 7,9% та 19,5% (P>0,05). У старшій віковій групі пацієнтів латентний період піків N2, P3 та N3 перевищував відповідні нормативні показники на 11,3%, 15,2% та 12,5% (P>0,05).

Дослідження кореляційних взаємозв'язків показало, що у пацієнтів з віком збільшувалась абсолютна латентність піку P1 КВП з (61,2±14,6) мс до (81,3±23,7) мс (r = 0,40). Латентність піку N1 збільшувалась з (85,9±21,6) мс до (129,2±23,5) мс (r = 0,51). Латентність піку P2 збільшувалась з (172,1±26,2) мс до (211,3±21,7) мс (r = 0,39). Латентність піку N2 збільшувалась з (202,5±45,2) мс до (253,0±39,4) мс (r = 0,42), піку P3 з (268,3±41,7) до (349,8±45,5) (0,37), піку N3 – з (303,3±46,3) мс до (377,6±60,8) мс (r = 0,44).

Отже, для більшості піків КВП у обстежених пацієнтів кореляційна залежність від віку була у межах середнього ступеня виразності кореляції, причому подібний характер кореляційних залежностей мав місце і за умов норми (в контролі).

Найцікавіші співвідношення спостерігали у підгрупі хворих віком 51–60 років, а для нас даний вік є цікавим ще й тому, що він збігається із типовим віковим періодом маніфестації психічних розладів в інволюції. Залежність латентності піку P3 в цій підгрупі (27 хворих віком від 51 до 60 років) (рис. 4) описувалася наступними рівняннями лінійної регресії: $y = 10{,}4x + 192{,}42$; для обстежених контрольної групи рівняння було наступним: $y = 12{,}47\,x + 96{,}59$, де y – латентний період піку P3, а x – вік (роки). Тобто у основній групі лінійна залежність піку P3 від віку майже збігалася з виявленою у нормі (в контрольній групі).

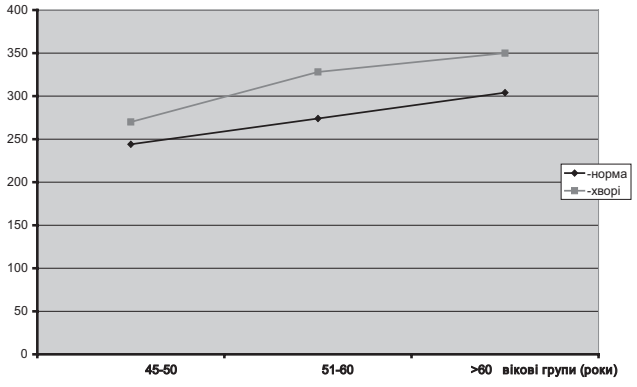


Рис. 4. Вікова динаміка латентності піку P300. По осі ординат - латентність P300, мс

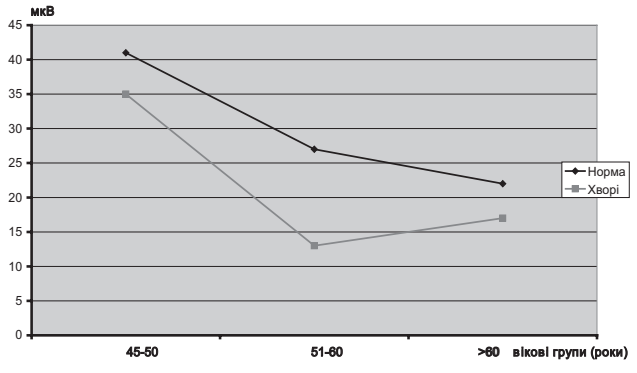


Рис. 5. Вікова динаміка амплітуди піку P3

Примітки: По осі ординат – амплітуда піку P3 (мкВ).

На рисунку 5 та у таблиці 1 відображено залежність амплітуди піку P300 від віку обстежених хворих. Найбільші відмінності амплітуди між дослідною та контрольною групами спостерігалися у віковій підгрупі 51–60 років: амплітуда P300 у досліджуваних пацієнтів зменшувалась до (14,4±0,5) мкВ, в той час як в групі контролю цей показник становив (26,7±0,8) мкВ (P>0,05). Хоча вказані відмінності і не досягали рівня статистично значимих, вони все ж вказували, що у дослідній групі, поряд із спільними чинниками, які впливають на когнітивну складову викликаних потенціалів (наприклад, відмічене у попередніх пунктах даного розділу збільшення гальмівних процесів у корі великих півкуль), діють ще й інші чинники, що потенціюють гальмівні процеси. Оскільки головні відмінності між дослідною та контрольною групами стосувалися не латентностей піків, а амплітуди піку P300, то можна припустити, що дані чинники мають не органічне, а психологічне (патопсихологічне) походження.

Таблиця. Динаміка амплітуди коливань у піку P300 відповідно до віку хворих

Вікова група	Амплітуда піку P3 (мкВ) M±m	
	хворі	контроль
45–50	35,0±1,9	41,0±3,0
51–60	13,0±1,0*	27,0±2,4
>60	17,0±1,7	22,0±1,7

Підсумки вивчення когнітивних потенціалів у досліджуваній групі, можна сформулювати наступним чином:

- **параметри КВП у хворих характеризують рівень когнітивної функції,** тобто здатність розпізнавати та диференціювати значимі та незначимі стимули, і статистично вірогідно не відрізняються від норми за показниками латентностей комплексу N2–P3–N3;
- незважаючи на значну варіабельність параметрів КВП, пов'язану, очевидно, з різним функціональним станом сенсорних систем, рівнем вихідних когнітивних здібностей, латентність P300 хворих зберігає пряму залежність від віку;
- зниження у досліджуваних пацієнтів амплітуди піку P300, що особливо чітко простежувалося у віковій підгрупі 51–60 років (що відповідає типовому віковому періоду маніфестації психічних розладів в інволюції) обумовлене чинниками психологічного (патопсихологічного) походження.

Результати та їх обговорення

Головне дискусійне питання дослідження може концентруватися навколо проблеми, як виявлені нейрофізіологічні факти можна пов'язати із психологічними чинниками, наявність котрих можна було постулювати із більш вираженої, порівняно з контролем, тенденції до подовження латентностей кіркових піків, але насамперед – зниження у досліджуваних пацієнтів амплітуди когнітивного піку P300. Іншими словами питання можна сформулювати наступним чином: який психологічний процес міг би лежати в основі вказаних нейрофізіологічних фактів? І як цей психологічний процес може опосередковувати клінічні прояви психічних розладів інволюційного періоду життя?

Оскільки поява когнітивного піку Р300 пов'язана із процесами впізнавання та диференціювання вхідної інформації і так чи інакше свідчить про стан оперативної / активної пам'яті хворого, то логічно було звернутися до процесу когнітивного опрацювання нових стимулів [16, 24, 27, 28, 25, 26].

Одне з перших сховищ, куди потрапляє інформація, називається сенсорним сховищем. Туди надходить інформація, зібрана з усіх органів чуття, але насамперед – завдяки зору і слуху. Складний за структурою стимул передається у пам'ять за умови зосередження людини на ряді наявних у нього аспектів. Відбувається щось на зразок «кодування», оскільки переданий стимул зберігається у пам'яті не у тому самому вигляді, в якому сприймався, він «кодується» або «переформатовується» у певну послідовність характеристик стимулу. Оперативна, або робоча / активна пам'ять являє собою щось на кшталт вхідного буферу короткотривалої пам'яті. Інформація в оперативній пам'яті обробляється, в результаті чого виділяється змістовна складова сенсорних стимулів, тобто відбувається семантичне кодування / когнітивне опрацювання, яке уможливлює довготривале запам'ятовування інформації.

Бродбент (Broadbent) [11] підсумував ці положення і розробив модель, в котрій існує ряд форм короткотривалої оперативної пам'яті, що «включається» за сенсорною реєстрацією стимулу і передує трансформації інформації у довготривалу пам'ять. Він вирізняє три види короткотривалої пам'яті. Один являє собою «буферне сховище», котре утримує óбрази деякий час після припинення сенсорної реєстрації. Другий – «репетиційний буфер» (буфер повторення), що утримує важливі óбрази на час, триваліший за швидкий розпад інформації у «буферному сховищі». Третій – «первинна сотова / коміркова пам'ять» (by slots), в котрій певні спогади залишаються у вигляді «банку активної інформації». В цих «первинних сотах / комірках пам'яті» інформація залишається, допоки не вичерпається термін заміщення її на іншу, суб'єктивно більш важливу інформацію. Причому за умов суб'єктивної рівнозначності вхідної інформації, нова інформація витісняє не найдавнішу інформацію, а останню, яка поступила безпосередньо перед новою. Отже, йдеться про три головних положення:

Сховище активної / оперативної пам'яті має притаманну для нього тенденцію до повторних репрезентацій своїх змістів (артикуляційна петля за А. Бадделі та Дж. Хітч [17].

Ця тенденція повторюватиметься нескінченно, допоки збереження певних змістів в активній / оперативній пам'яті не закінчиться. Суб'єктивно важливі змісти будуть «заповнювати» активну / оперативну пам'ять допоки не завершиться їх когнітивне опрацювання, цим самим зменшуючи об'єм активної / оперативної пам'яті, який у людини завжди залишається сталим і складає (7±2) структурні одиниці (будь-які об'єкти інформації).

Закінчення зберігання змісту в активній /оперативній пам'яті відбувається із досягненням завершення когнітивного опрацювання. Як результат, – змісти активної пам'яті автоматично підпорядковуються «тенденції завершення» і переходять у «довготривалу пам'ять». Ідеаторний результат тоді б включав феномени на кшталт оперування в утворенні ефекту Зейгарник (довше пам'ятається незавершене) [3, 21].

На підставі вищевказаного можна припустити, що у досліджуваних хворих активна / оперативна пам'ять завантажена певною суб'єктивною інформацією, яка суттєво знижує об'єм цієї пам'яті, що при дослідженні викликаних когнітивних потенціалів відображається у зниженні амплітуди піку Р300. Однак, продовжимо шлях пошуку суб'єктивного психологічного фактора, що може лежати в основі зниження об'єму активної / оперативної пам'яті. Використана у попередньому положенні фраза: «із досягненням завершення когнітивного опрацювання» потребує певного роз'яснення. Когнітивне опрацювання включає зіставлення між собою різних наборів інформації. Результатом його є те, що Піаже [23] називав асиміляцією і акомодацією. У контексті суб'єктивно важливої інформації когнітивне опрацювання – це диференціювання вхідної інформації, її інтерпретація в процесі порівняння з інформацією із попереднього досвіду, та планування й оцінка досяжних «копінгових» ресурсів (див. Lazarus [20], Janis & Leventhal [19] і Hamburg & Adams [15]). Напруження та розлад в даному процесі зазвичай викликає стресова подія (така, що виходить за рамки попереднього досвіду і не може бути асимільована звичним чином). Тобто, процес опрацювання незвичної чи масивної інформації, пов'язаної зі стресом, буде складним і вимагатиме часу. У такому випадку процес інформаційного перетворення й інтеграції хідної інформації потребуватиме особливого продовження:

- перший варіант такого особливого когнітивного опрацювання стресової події полягає у тому, що ці не асимільовані «перцептивні образи» безкінечно «флотують» між «репетиційним буфером» та «первинною сотовою пам'яттю» активної / оперативної пам'яті (за Бродбентом), завантажуючи її, а відтак – відчутно зменшуючи її фіксований об'єм; вони не можуть бути когнітивно опрацьовані, адже не вписуються у «когнітивну матрицю» попереднього досвіду [14], створюючи блок в процесі когнітивного опрацювання, ці не асимільовані «перцептивні образи» перевантажують даний процес, що веде до прогресивного зменшення здатності до диференціювання вхідної інформації і, по суті, відповідатиме класичній моделі розвитку неврозу за Павловим [1, 2];
- другий варіант полягає у прогресивній «підгонці» «вихідної перцепції» під старі та добре знайомі образні схеми, що не супроводжується когнітивним диференціаціюванням «перцептивного образу»: нова інформація «зв'язується» з подібними асоціаціями (за формальною чи випадковою ознакою), нові ситуації оцінюються в термінах попередніх бажань і страхів, загроза оцінюється у співвідношенні до вже набутих копінгових можливостей, а нові фрагменти інформації про себе, об'єкт і світ «підганяються» до добре перевірених, усталених схем себе, об'єкта, світу. Однак і при даному варіанті когнітивного опрацювання «перцептивного образу» повноцінної асиміляції вхідної інформації не відбувається – недостатньо диференційований образ «застрягає» в «переході» між оперативною та довготривалою пам'яттю, до кінця не звільняючи

«первинну сотову пам'ять» за Бродбентом; тоді, з одного боку, формується опосередкований ефект Зейгарник, що може проявлятися фіксацією у активній / оперативній пам'яті емоційної складової «перцептивного образу» та у селективній реакції на нові привхідні перцепції з подібною емоційною конотацією, створюючи цим самим передумови для клінічного феномену «активної селекції психогенних впливів», властивого розладам особистості [9] (іншими словами можна сказати, що даний «перцептивний образ» легко повертається у активну / оперативну пам'ять при будь-якій провокації новими перцепціями з подібною емоційною конотацією та автоматично включає процеси повторної когнітивної «підгонки» цього образу до усталених схем, що призводить до різкого зниження здатності до диференціювання вхідної інформації та зменшення об'єму оперативної пам'яті, що на поведінковому рівні виявляється у феноменах погіршення адекватної оцінки ситуативних умов [28]; з іншого боку, задля часткового утримання такого недостатньо асимільованого «перцептивного образу» у довготривалій пам'яті необхідний розвиток багаторівневих систем контролю, які повинні запобігати поверненню цього образу в активну / оперативну пам'ять; ці системи контролю «перетягують» на себе частину активної уваги та, відповідно, оперативної пам'яті, а відтак – «бумерангом» потенціюють вищеназвані феномени погіршення оцінки ситуативних умов. Коли ці системи контролю за якихось причин послаблюються – неасимільовані образи повертаються у оперативну пам'ять і починають «циркулювати» між «репетиційним буфером» та «первинною сотовою / комірковою пам'яттю» (за Бродбентом) [11].

Таким чином, можна сказати, що суб'єктивно значимий, але недостатньо асимільований образ або створює передумови для розвитку неврозу (адаптаційного розладу), або утворює в системі оперативна – довготривала пам'ять «латентний патогенний образ», який викликає розвиток багаторівневих систем контролю, що мають вплив на функціонування системи сприйняття і, опосередковано, на поведінкову сферу особистості, а відтак – на розвиток індивідуально-психологічних механізмів адаптації. При послабленні систем контролю (яке наступає в інволюції, наприклад, в результаті поступової редукції активуючого впливу стероїдних гормонів на функціонування гори великих півкуль), вказаний «латентний патогенний образ» може призвести до відстроченої дезадаптації особистості.

Повертаючись до результатів нашого дослідження, у результаті довгого шляху теоретичних роздумів можна сміливо припустити, що більш виражена, порівняно з контролем, тенденція до подовження латентностей кіркових піків та зниження амплітуди когнітивного піку Р300 у досліджуваних пацієнтів спричинені не лише домінуванням гальмівних процесів в середньому та передньому мозку, обумовленим випаданням активуючого впливу стероїдних гормонів на функціонування кори великих півкуль (фактор, який є дієвим як у дослідній групі так і у групі контрольній), але й психологічним (патопсихологічним) фактором: «флотуванням» суб'єктивно значимої інформації в активній / оперативній пам'яті обстежених дослідної групи. Це флотування може бути пов'язане із неасимільованими «перцептивними образами», які виникли нещодавно і залишалися активними на момент обстеження, та з латентними патогенними образами, що стали активними внаслідок послаблення систем контролю (яке настає в інволюції, наприклад, в результаті поступової редукції активуючого впливу стероїдних гормонів на функціонування кори великих півкуль). Перший механізм описує розвиток адаптаційного розладу, а другий – декомпенсацію особистісного розладу, що однак, не виключає поєднаної взаємодії обох механізмів в патогенезі психічного розладу інволюційного періоду. Таке поєднання обох механізмів можна досить добре відслідкувати на прикладі формування клінічної картини посттравматичного стресопохідного розладу [14].

На основі отриманих даних ми можемо припустити існування «патологічного замкненого кола» у формуванні психічних розладів інволюційного періоду життя: закономірні вікові зміни, пов'язані із інволюцією та, відповідно, зниженням активуючого впливу стероїдних гормонів на функціонування кори великих півкуль призводять → до домінування процесів гальмування у корі (особливо у період функціональної перебудови систем регуляції активності, що буде відповідати віку 50 – 60 років), та, як наслідок, → на рівні процесів сприйняття приводять до підвищення порогів сприйняття стимулів, відповідно, до порушення диференціювання вхідної інформації – на феноменологічному рівні дані закономірності критичного значення можуть досягати на ґрунті особливостей особистості хворих (особистість яких або переповнена актуальними надто суб'єктивно важливими переживаннями, або була «носієм» «латентного патогенного образу», що в цей період «активізувався», або має місце поєднана дія обох моментів) і виявляється у феноменах погіршення адекватної оцінки ситуативних умов (що, по суті, відповідатиме класичній моделі неврозу Павлова) → неадекватна оцінка ситуативних умов призводить до постійного стресу → стрес спочатку активує резерви психіки, які на фоні фізіологічної перебудови організму в інволюції швидко виснажуються і фактично → повторно поглиблюють гальмівні системи мозку → поглиблюють дезадаптацію особистості.

Дещо спрощуючи та схематизуючи вищенаведене «патологічне замкнене коло», його можна було б описати наступним чином: фізіологічні процеси в організмі (в тому числі і в ЦНС), обумовлені настанням інволюційного періоду життя, з одного боку створюють передумови для полегшеного впливу дезадаптуючих факторів, а з іншого – «активізують» «латентні патогенні» фактори, що містяться в структурі особистості людини, причому це відбувається таким чином, що перший момент потенціює дію другого моменту.

Висновки

1. Параметри КВП у хворих характеризують рівень їх когнітивної функції (здатність впізнавати значимий стимул в серії незначимих) і за показниками латентностей не демонструють статистично значимих відмінностей від норми.

2. Зниження у досліджуваних пацієнтів амплітуди піку Р300, що особливо чітко простежувалося у віковій підгрупі 51–60 років (що відповідає типовому віковому періоду маніфестації психічних розладів в інволюції) обумовлене чинниками психологічного (патопсихологічного) походження.

3. Виявлені відмінності в латентностях та амплітуді когнітивного потенціалу, що відслідковувалися у дослідній групі порівняно з контрольною, не можуть бути пояснені лише віковими фізіологічними змінами, що обумовлюють підвищення рівня гальмування у корі головного мозку, адже ці самі фактори діяли і на контрольну групу; тому вказані тенденції, очевидно, обумовлюються особливостями функціонування когнітивних процесів пацієнтів з психічними розладами в інволюції, закріплених в структурі їх особистості.

4. На основі отриманих даних ми можемо припустити наявність патологічного «замкненого кола» у формуванні психічних розладів інволюційного періоду життя: фізіологічні процеси в організмі (в тому числі і в ЦНС) обумовлені настанням інволюційного періоду життя з одного боку створюють передумови для полегшеного впливу дезадаптуючих факторів, а з іншого – «активізують» «латентні патогенні» фактори, що містяться в структурі особистості людини, причому це відбувається таким чином, що перший момент потенціює дію другого моменту.

5. Метод ВП може слугувати одним із допоміжних методів діагностики психічних розладів в інволюції, де є важливими наступні тенденції: зрушення в амплітуді Р300 на фоні вікової норми параметрів АСВП та ДСВП, а також особливий психологічний профіль особистості.

Список використаної літератури

1. *Анохин П. К. Опыт физиологического анализа генеза невротических состояний [текст] / П. К. Анохин // Пограничная психиатрия ; под ред. Ю. А. Александровского. – М. : РЛС-2006, 2006. – С. 14–19. (Антология отечественной медицины).*
2. *Бирман Б. Н. Сущность и классификация неврозов в свете учения акад. И. П. Павлова [текст] / Б. Н. Бирман // Пограничная психиатрия ; под ред. Ю. А. Александровского. – М. : РЛС-2006, 2006. – С. 84–91. (Антология отечественной медицины).*
3. *Блейхер В. М. Патопсихологическая диагностика / В. М. Блейхер, И. В. Крук. – К. : Здоров'я, 1986. – 280 с.*
4. *Ворбьева О. В. Стресс и депрессия / О. В. Воробьева // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – Т. 09, № 4. – С. 12–14.*
5. *Гнездицкий В. В. Вызванные потенциалы мозга в клинической практике / В. В. Гнездицкий. – М. : МЕДпресс-информ, 2003. – 264 с.*
6. *Диагностика заболеваний нервной системы / Р. Ф. Гимранов, Ж. В. Гимранова, Е. Н. Еремина [и др.]. – М. : Изд. РУДН, 2003. – 302 с.*
7. *Інтеграція біологічних та психодинамічних підходів у структурі патогенезу інволюційних психічних розладів у жінок / М. І. Винник, М. М. Пустовойт, І. І. Краснопольська, О. М. Бирчак // Галицький лікарський вісник. – 2008.– № 4 (15). – С. 100–104.*
8. *Когнитивные нарушения при рассеянном склерозе / О. В. Скабелкина, В. В. Гнездицкий, Е. М. Кашина, И. А. Завалишин // В сб. : VIII Всероссийский съезд неврологов. – Казань, 2001. – С. 92–93.*
9. *Смулевич А. Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств / А. Б. Смулевич. – Медпресс, 2009.*
10. *Abnormal visual event-related potentials in obsessive-compulsive disorder without panic disorder or depression comorbidity / F. Russo, G. Zaccara, A. Ragazzoni [et al.] // J. Psychiatr. Res. – 2000. – Vol. 34. – P. 75–82.*
11. *Broadbent D. E. Decision and Stress / D. E. Broadbent. – L. : Academic Press Inc., 1971.*
12. *Cognitive status in hypothyroid female patients: event-related evoked potential study / Y. Anjana, O. P. Tandon, N. Vaney, S. V. Madhu // Neuroendocrinology. – 2008. – Vol. 88, № 1. – P. 59–66.*
13. *Depression and Axiety in Climacteric Women: Role of Hormone Replacement Therapy / A. Cagnacci, A. Volp, S. Arangino [et al.] // Menopause. – 1997. – Vol. 4, № 4. – P. 206–211.*
14. *Dissociation, Somatization, and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation to Trauma / B. A. van der Kolk, D. Pelcovitz, S. Roth [et al.] // Amer. J. Psychiat. – 1996. – № 153 (7). Sup. – P. 83–93.*
15. *Hamburg D. A. A perspective on coping behavior: Seeking and utilizing information in major transitions / D. A. Hamburg, J. E. Adams // Arch. Gen. Psychiatry. – 1967. – Vol. 17. – P. 277–284.*
16. *Horowitz M. J. Image Formation and Cognition / M. J. Horowitz. – N. Y. : Appleton-Century-Crofts Inc., 1970.*
17. *Horowitz M. J. Intrusive and repetitive thoughts after experimental stress. A summary / M. J. Horowitz // Arch. Gen. Psychiatry. – 1975, Nov. – Vol. 32 (11). – P. 1457–1463.*
18. *Horowitz M. J. Intrusive and Repetitive Thoughts After Experimental Stress / M. J. Horowitz // Arch. Gen. Psychiatry. – 1975, Nov. – Vol. 32. – P. 1457–1463.*
19. *Janis I. L. Human reactions to stress / I. L. Janis, H. Leventhal // E. F. Borgatta, W. W. Lambert (eds). Handbook of Personality Theory and Research. – Chicago : Rand McNally, 1968. – P. 1041–1085.*
20. *Lazarus R. S. Psychological Stress and the Coping Process / R. S. Lazarus. – N. Y. : McGraw-Hill Book Co Inc., 1966.*
21. *Lewin B. D. A Dynamoc Theory of Personality / B. D. Lewin. – N. Y. : McGraw-Hill Book Co Inc., 1935.*
22. *Molares-Rodriguez M. Neurophysiological study and use of P300 evoked potentials for investigation in the diagnosis and follow-up of patients with Alzheimer's disease / M. Molares-Rodriguez, A. Fernandez-Lastra, J. Penzol-Diaz // Rev. Neupologia. – 2001. – Vol. 32, № 6. – P. 525.*
23. *Piaget J. The Construction of Reality in the Child // J. Piaget. – N. Y. : Basic Books, 1945.*
24. *Picton T. W. The P300 wave of human event-related potential / T. W. Picton // Clin. Neurophysiol. – 1992. – Vol. 9, № 4. – P. 456–462.*
25. *Polich J. Cognitive and biological determinants of P300: an integrative review / J. Polich, A. Kok // Biol. Psychol. – 1995. – Vol. 41, № 2. – P. 103–111.*
26. *Polich J. Meta-analysis of P300 normative aging studies / J. Polich // Psychophysiol. – 1996. – Vol. 33. – P. 1–19.*
27. *Polich J. On the correlation between P300 amplitude and latency / J. Polich // Bull. Psychonom. Soc. – 1992. – Vol. 30. – P. 5–12.*
28. *The late positive component (P300) and information processing in sentences / D. Friedman, R. Simson, W. Ritter [et al.] // EEG and Clin. Neurophysiol. – 1975. – Vol. 38, № 3. – P. 255–263.*

ПАТОГЕНЕЗ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ИНВОЛЮЦИОННЫМ ПСИХОЗОМ СОГЛАСНО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЙ СОБЫТИЕ-СВЯЗАННЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ

М.М. Пустовойт

В данной статье освещаются результаты изучения когнитивной функции у пациентов с инволюционным психозом по данным проведенного исследования событие-связанных вызванных потенциалов (ССВП). Было показано, что характеристики ССВП (латентный период пиков и их амплитуда, включая Р300) у исследуемых больных разных возрастных подгрупп не имеют достоверных отличий от нормативных показателей контрольной группы. Выявленные незначительные отличия между исследуемой и контрольной группами автор интерпретирует в качестве некоторой готовности функциональных структур мозга пациентов основной группы к развитию когнитивного дефицита, не связанной с органическими изменениями. Автор предлагает основанную на патопсихологии функций памяти модель патогенеза когнитивных расстройств у пациентов с инволюционным психозом.

Ключевые слова: патогенез, инволюция, вызванные когнитивные потенциалы, когнитивный дефицит.

THE PATHOGENESIS OF COGNITIVE DISODER OF PATIENTS WITH INVOLUTION PSYCHOSES ACCORDING TO RESEARCHED DATA ABOUT EVENT-RELATED EVOKED POTENTIALS (EREP)

M.M. Pustovoyt

In the given article explore results of cognitive function of patients with involution psychoses according to researched data of event-related evoked potentials (EREP) are highlighted. It is shown that EREP characteristics (latent period of peaks and their amplitude, including P300) of examined patients of different ages do not have significant differences from normative indications of reference group. Some slight differences between researched and reference groups the author interprets as some readiness of functional brain structures, of patients from research group, for development of cognitive deficit which is not related to organic changes. The author suggests a model of pathogenesis of cognitive disorder by patients with involution psychoses, based on the pathopsychological functioning of memory

Key words: pathogenesis, involution, event-related evoked potentials, cognitive deficit.

УДК 616.89–07–08 (075.9)

Г.М. Вербенко

КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З БІПОЛЯРНИМ АФЕКТИВНИМ РОЗЛАДОМ

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

Вплив розладів біполярного спектра на когнітивне функціонування є предметом вивчення багатьох наукових досліджень. У роботах, присвячених цій проблемі, одностайно констатовано наявність порушень в когнітивній сфері як під час епізоду, так і у фазі ремісії. Зниження рівня когнітивного функціонування може істотно вплинути на загальне психосоціальне функціонування пацієнтів з БАР.

Метою дослідження було вивчення окремих когнітивних показників на різних стадіях перебігу біполярного афективного розладу. Після отримання інформованої згоди нами було обстежено 94 пацієнти з БАР. За допомогою експериментально–психологічного дослідження була проведена оцінка когнітивних функцій пацієнтів трьох груп (БАР–Д – з переважанням депресивних симптомів, БАР–М – з переважанням маніакальних симптомів, БАР–Е – в еутимному періоді). Експериментально-психологічне дослідження було реалізоване з використанням методик: тест зв'язку символів (TMT), тест вербальної швидкості (VFT), тест Струпа, тест Лурія на запам'ятовування десяти слів, тест Рея – Остерріца (ROCFT).

Ми виявили, що когнітивний дефіцит у пацієнтів з БАР залежить, насамперед, від кількості перенесених маніакальних епізодів, а також від загальної тривалості хвороби. Велика тривалість БАР обумовлює підвищення кількості помилок при виконанні тестів і збільшення латентності відповідей. Причому, погіршення когнітивного функціонування зберігається навіть після досягнення симптоматичного відновлення в еутимній фазі БАР. Найчастіше когнітивний дефіцит у пацієнтів з БАР включає порушення у виконавчій функції, увазі і вербальній пам'яті. Розробка методів діагностики та корекції когнітивних порушень у пацієнтів з БАР може дозволити підвищити ефективність лікування цієї категорії пацієнтів.

Ключові слова: біполярний афективний розлад, когнітивні порушення, пам'ять, увага, виконавча функція.

Вплив розладів біполярного спектра на когнітивне функціонування є предметом багатьох наукових досліджень. У роботах, присвячених цій проблемі, автори одностайно констатують наявність порушень у когнітивній сфері як під час епізоду, так і у фазі ремісії [2, 3, 9, 10, 15]. Однак які саме функції найчастіше порушуються та ступінь вираженості цих порушень – ці питання є предметом широкої дискусії у науковій літературі [1, 11, 13, 14].

Ці порушення, як правило, менш виражені, ніж ті, які трапляються у пацієнтів з іншими психічними (наприклад, шизофренія) або неврологічними (наприклад, хвороба Альцгеймера, слабоумство) хворобами. Втім, зниження рівня когнітивного функціонування може істотно вплинути на загальне психосоціальне функціонування пацієнтів з біполярним розладом [8, 10, 17].

Певна частина пацієнтів з БАР скаржиться на погіршення когнітивного функціонування. За даними тестування, когнітивний дефіцит був зареєстрований також у безсимптомних пацієнтів [8, 16]. Близько 75% пацієнтів з БАР мають, як мінімум, один знижений показник когнітивного функціонування за одним з чотирьох тестів, принаймні у легкій формі [8].

Когнітивне функціонування не є унітарним та складається з кількох доменів, що частково перекриваються (наприклад, різних складових уваги, швидкості обробки інформації, різних видів пам'яті, мови, факторів інтелекту, виконавчої функції тощо). Станом на сьогодні існує небагато досліджень щодо особливостей мови або інтелектуального дефіциту у пацієнтів з БАР. Водночас вже накопичено певну базу даних щодо когнітивних порушень в сферах пам'яті, уваги та виконавчої функції, в тому числі у еутимних пацієнтів [3, 8, 10, 16].

В дослідженні Martinez-Aran A. (2007) та співавторів брали участь 77 еутимних біполярних пацієнтів. Згідно із результатами Глобальної оцінки функціонування (Global Assessment of Functioning) учасників поділили на 2 групи із низьким та високим рівнем соціального, трудового та психосоціального функціонування. Ці дві групи, а також контрольну групу порівняли за клінічними та нейропсихологічними показниками. Результати продемонстрували, що групи з високим та низьким рівнем функціонування достовірно не відрізнялись за клінічними показниками, однак пацієнти із БАР мали достовірно нижчі показники когнітивного функціонування, порівняно зі здоровими добровольцями. Найбільші відмінності спостерігали у осіб із низьким рівнем глобального функціонування у вербальній пам'яті та виконавчих функціях (планування майбутнього, зміна реакції залежно від контексту) [6].

У іншій роботі цієї групи вчених були отримані схожі результати. В дослідженні брали участь 30 пацієнтів із БАР у фазі депресії, 34 – манії або гіпоманії та 44 – еутимних пацієнтів з БАР. Контрольну групу склали 30 здорових добровольців без психічних та неврологічних розладів в анамнезі. Нейропсихологічна батарея тестів включала оцінку виконавчої функції, уваги, вербальної та візуальної пам'яті. У всіх трьох групах спостерігали зниження когнітивного функціонування, насамперед, це стосується вербальної пам'яті та виконавчої функції. Ступінь їх порушення корелював із тривалістю хвороби та кількістю афективних епізодів, госпіталізацій та суїцидальних спроб [12].

Robinson L. J. та співавтори (2006) провели систематичний огляд та мета-аналіз подібних досліджень. Для підрахунку сили феномену, тобто сили впливу БАР на когнітивні функції, використовували розмір ефекту Коена. Вибірка у включених в аналіз роботах складалась із еутимних біполярних пацієнтів. Великий розмір ефекту ($d \geq 0,8$) відмічали для виконавчих функцій та вербального навчання, середній ($0,5 \leq d < 0,8$) – для негайної та відстроченої вербальної пам'яті, абстрагування, підтримання уваги, психомоторної швидкості та інгібування відповіді. У своїх висновках автори підкреслили необхідність подальшого вивчення когнітивного дефіциту при БАР та доцільність використання специфічних інтервенцій для його корекції [16].

Ще в одному систематичному огляді, присвяченому цій проблемі, L.J. Robinson та I.N. Ferrier (2006) вивчали вплив різних релевантних факторів на когнітивне функціонування осіб із БАР. Епізод манії, на їх думку, асоційований із зниженням вербальної пам'яті, депресії – виконавчої функції, візуальної пам'яті, вербального навчіння та просторової робочої пам'яті (spatial working memory). Крім того, загальна кількість епізодів, кількість госпіталізацій, вік на момент маніфестації БАР та його тривалість також демонстрували зв'язок із когнітивним функціонуванням [8].

Варто зауважити, що проблема діагностики і терапії когнітивних порушень у пацієнтів з БАР, попри певну кількість досліджень, не є повністю вирішеною. Більше того, у вітчизняній науковій медичній літературі практично відсутні роботи щодо когнітивних порушень у хворих на цей розлад.

Метою дослідження було вивчення окремих когнітивних показників на різних стадіях перебігу біполярного афективного розладу для удосконалення подальшої діагностики, терапії і профілактики таких станів.

Матеріали та методи дослідження

За умови отримання інформованої згоди нами було обстежено 94 пацієнти з біполярним афективним розладом (32 пацієнти з переважанням депресивних симптомів (F 31.3–5, F 31.6), 23 пацієнти з переважанням маніакальних симптомів (F31.0–2, F 31.6), 39 пацієнтів в еутимному періоді (F 31.7)).

Експериментально-психологічне дослідження було реалізоване із використанням наступних методик, а саме:

1.Тест зв'язку символів (Trail making test, TMT) (Reitan R.M., Wolfson D., 1993), в якому частина «TMT–A» оцінює динамічні параметри уваги – обсяг і рівень довільної регуляції, частина «TMT–B» – виконавчу функцію;

2.Тест вербальної швидкості (Verbal fluency test, VFT) (Lezak M.D., 1995) – для оцінки вербальної асоціативної продуктивності (буквена частина) і порушень лексичної системи (категоріальна частина);

3.Тест Струпа (Stroop color word interference test) (Stroop J.R., 1935) – для оцінки селективності уваги;

4.Тест Лурія на запам'ятовування десяти не зв'язаних за змістом слів (Лурія А.Р., 1969) – для перевірки вербальної пам'яті;

5.Тест Рея–Остерріца (Rey–Osterreith Complex Figure Test (ROCFT) (Lezak et al., 2004) для дослідження зорової пам'яті і зорово-просторових синтезів.

Математична обробка результатів здійснювалась з використанням статистичної програми SPSS 16,0 for Windows.

Результати та їх обговорення

Середній вік у вибірці склав (41,5±6,2) років. Освітній рівень пацієнтів (загальне число років, витрачених на отримання освіти в школі, середніх спеціальних і вищих навчальних закладах) склав (11,3±2,8) року. Тривалість актуального депресивного/маніакального епізоду до початку дослідження склала (2,7±1,5) тижнів. Тривалість еутимного періоду склала відповідно (26,5±9,7) тижнів.

За допомогою експериментально-психологічного дослідження була проведена оцінка когнітивних функцій пацієнтів трьох груп (БАР–Д, БАР–М та БАР–Е) з метою визначення впливу перебігу біполярного афективного розладу на когнітивну сферу. Первинна статистична обробка дозволила зробити припущення, що когнітивний дефіцит у пацієнтів з БАР корелює з перебігом захворювання та залежить насамперед від кількості перенесених маніакальних епізодів, а також госпіталізацій та загальної тривалості хвороби. Більша тривалість БАР обумовлює підвищення кількості помилок при виконанні тестів та збільшення латентності відповідей. Причому певне погіршення когнітивного функціонування зберігається навіть після досягнення симптоматичного відновлення (тобто ремісії) – в еутимній фазі БАР. Найбільше зниження когнітивного функціонування ми фіксували незалежно від фази БАР у пацієнтів з супутнім зловживанням алкоголем, тривалим лікуванням літієм, а також у осіб з резидуальними симптомами депресії.

Таблиця 1. Показники обсягу уваги та виконавчої функції

Показник	Досліджувані групи		
	БАР–Д	БАР–М	БАР–Е
	M±σ	M±σ	M±σ
TMT–A	52,9±2,5	48,3±4,3	48,7±2,4
TMT–B	117,6±6,5	115,3±3,4	106,1±2,9

Примітка. M – середнє арифметичне, σ – середнє квадратичне відхилення.

Показники обсягу уваги, визначені за допомогою TMT–A, мали статистично значущу міжгрупову різницю у пацієнтів з переважанням депресивної симптоматики (група БАР–Д), порівняно з еутимними пацієнта-

ми (група БАР–Е). Водночас пацієнти з переважанням маніакальних симптомів (група БАР–М) демонстрували тенденцію до гіршого виконання завдання, порівняно з еутимними пацієнтами, але кращого – порівняно з групою БАР–Д. Це є свідченням більш вираженого когнітивного дефіциту щодо обсягу уваги у пацієнтів, які страждають на БАР, з переважанням депресивної симптоматики в поточному епізоді захворювання. Втім, порівняно з показником умовної норми особи останніх двох груп (пацієнти в еутимному періоді та пацієнти з переважанням маніакальних симптомів) також виявили тенденцію до гіршого виконання завдання, що продемонструвало певну функціональну недостатність процесів регулювання даної когнітивної функції у пацієнтів з БАР незалежно від періоду захворювання.

Варто зауважити, що кількість помилок протягом виконання тесту в обох його частинах достовірно переважала у пацієнтів в групі БАР–М, що свідчило про значне порушення функції уваги у пацієнтів з переважанням маніакальної симптоматики.

Виконавча функція в двох групах з наявністю активної психопатологічної симптоматики (БАР–Д та БАР–М) достовірно виявляла ще більший дефіцит відносно умовної норми. Показник ТМТ–В у цих групах також був достовірно гіршим, порівняно з групою БАР–Е. Але й у цьому випадку наявність у пацієнтів БАР незалежно від фази перебігу захворювання спричиняла повільніше виконання завдання (ТМТ–В). Отже, дефіцит когнітивного функціонування у вигляді погіршення виконавчої функції притаманний пацієнтам з БАР у всіх фазах розладу.

Таблиця 2. Показники вербальної асоціативної продуктивності та функціонування лексичної системи

Показник	Досліджувані групи		
	БАР-Д	БАР-М	БАР-Е
	M±σ	M±σ	M±σ
VFT (кат)	42,5±4,9	48,6±3,7	50,9±4,9
VFT (букв)	39,6±4,1	46,8±3,9	47,7±4,3

Примітка. M – середнє арифметичне, σ – середнє квадратичне відхилення.

Як видно з наведених у таблиці 2 даних, функціонування лексичної системи, здатність до активного пошуку необхідної інформації у пам'яті також були дещо знижені у двох досліджуваних групах: БАР–Д і БАР–М. Зокрема, для групи БАР–Д поширеним було значне уповільнення темпу виконання завдання ближче до його кінця внаслідок ослаблення мотиваційного компонента та психічного виснаження. У групі БАР–М впродовж виконання тестового завдання темп діяльності був пришвидшеним та нерівномірним, а труднощі були пов'язані, в першу чергу, з явищами гіпомотивації. В групах БАР–Е та БАР–М результати виконання обох частин тесту виявились майже подібними, причому суттєво не відрізнялись від показників умовної норми. Це може свідчити про невелику роль власне БАР у формуванні порушень вербальної асоціативної продуктивності та семантичної пам'яті, тоді як фактор впливу саме депресивного синдрому на дану когнітивну функцію можна вважати вирішальним.

Таблиця 3. Показники швидкості читання та селективності уваги

Показник	Досліджувані групи		
	БАР-Д	БАР-М	БАР-Е
	M±σ	M±σ	M±σ
Тест Струпа, частина 1	64,3±4,7	53,6±4,3	54,4±3,5
Тест Струпа, частина 2	91,6±5,4	84,4±4,7	85,2±3,7
Кількість помилок, частина 1	0,5±0,3	1,8±0,5	0,6±0,3
Кількість помилок, частина 2	2,8±0,8	5,3±1,2	2,1±0,6

Примітка. M – середнє арифметичне, σ – середнє квадратичне відхилення.

При оцінці показників тесту Струп–1 значущих міжгрупових відмінностей в групах БАР–М та БАР–Е не виявлено. В той же час, показники швидкості читання, які детермінуються цим тестом, в групі БАР–Д були нижчими за умовну норму (табл. 3). Таким чином, можна констатувати, що пацієнти з переважанням депресивної симптоматики мають дефіцит швидкості психічної діяльності.

Іншу картину дає виконання пацієнтами другої частини тесту Струпа, яка оцінює когнітивну рухливість. Різниця між групами була істотною – пацієнти групи БАР–Д із завданням справлялися гірше. На наш погляд, можливим поясненням є уповільнення темпу мислення та поява ригідності психічних процесів, притаманна власне депресивному синдрому, як і при пред'явленні однотипних стимулів у першій частині тесту. Втім, показники Струп–2 мали тенденцію до погіршання, порівняно з нормою, також в групах БАР–М та БАР–Е, що відображало більше навантаження на функцію переключення уваги, а відповідно і на рухливість психічних процесів. Причому, як і у випадку з тестом ТМТ, кількість помилок протягом виконання тесту Струпа в обох його частинах достовірно переважала у пацієнтів групи БАР–М, що ще раз засвідчило значне порушення функції уваги (особливо селективності уваги) у пацієнтів з переважанням маніакальної симптоматики. Контрастність стимулів призводила до гіршого, порівняно з умовною нормою, виконання тестів в усіх трьох групах.

Отримані результати можуть свідчити про обтяжуючий вплив БАР на вираженість порушень селективності уваги та когнітивної рухливості навіть в еутимному періоді захворювання.

Таблиця 4. Показники зорової та вербальної пам'яті

Показник	Досліджувані групи		
	БАР-Д	БАР-М	БАР-Е
	M±σ	M±σ	M±σ
Тест Рея – Остерріца	5,9±1,3	4,8±1,1	6,7±0,9
Тест «10 слів» А.Р. Лурія	5,6±1,3	5,3±2,1	6,25±1,6

Примітка. M – середнє арифметичне, σ – середнє квадратичне відхилення.

Отримані результати тестування зорової пам'яті за методикою Рея – Остерріца свідчать про принципову складність аналізу та відтворення геометричних фігур, в основі чого можуть лежати порушення зорово-просторового аналізу у пацієнтів з біполярним афективним розладом (табл. 4.) Типовими помилками при виконанні завдань були: спотворення симетрії та цілісності фігури, контамінація елементів фігури, дублювання та

персеверація або пропуск другорядних деталей зображення, додавання зайвих елементів, яких не було у стимульному матеріалі, що відображає порушення виконавчих функцій пацієнтів. Причому, найбільші труднощі при виконанні тесту продемонстрували пацієнти групи БАР–М з великою кількістю пропусків другорядних деталей, контамінацією елементів фігури зображення та додаванням зайвих елементів, відсутніх у стимульному матеріалі. Для пацієнтів з групи БАР–Д були насамперед притаманні спотворення симетрії та цілісності фігури, дублювання або пропуск другорядних деталей зображення. Такі ж самі вади фігури, дещо менш виражені, були у пацієнтів з групи БАР–Е.

Висновки

Тест Лурія дозволив комплексно оцінити стан слухової пам'яті, уваги та стомлюваності. Загальні показники його виконання не є принципово значущими, але була визначена різниця в особливостях відповідей пацієнтів різних груп. Так, пацієнти з групи БАР–М відтворювали набагато більше зайвих слів, а також демонстрували зигзагоподібний тип подальших відтворень. Це свідчить про нестійкість уваги та певну розгальмованість психічних процесів. У пацієнтів з групи БАР–Д найчастіше виявляли "плато" запам'ятовування, інколи наявності «крайового ефекту» або навіть зменшення кількості слів, що відтворювалися. Такі феномени були відображенням незацікавленості пацієнта в обстеженні, загальної емоційної загальмованості або підвищеної стомлюваності. Слід звернути увагу на наявність «крайового ефекту» у пацієнтів з БАР–Д, який більш притаманний пацієнтам з органічним ураженням головного мозку травматичного або нейроінфекційного генезу. Виявлення такого феномену у пацієнтів з БАР–Д додатково свідчить на користь нейродегенеративного впливу депресивного синдрому на головний мозок.

Список використаної літератури

1. *Александров А. А. Биполярное аффективное расстройство: диагностика, клиника, течение болезни / А. А. Александров // Медицинские новости. – 2007. – № 12. – С. 7–12.*
2. *Марута Н. А. Современные принципы терапии биполярных расстройств // Нейроньюс. – 2014. – № 1 (56). – С. 29–33.*
3. *Хаустова Е. А. Современные аспекты диагностики и лечения биполярной депрессии / Е. А. Хаустова, В. Г. Безшейко, А. П. Романив // НейроNews. – 2012. – №1 (36). – С. 38–42.*
4. *Чабан О.С. Биполярная депрессия: проблемы диагностики и терапии / О. С. Чабан, Е. А. Хаустова // НейроNews.– 2011.– № 5 (32). – С.18–22.*
5. *12–month longitudinal cognitive functioning in patients recently diagnosed with bipolar disorder / I. J. Torres, J. Kozicky, S. Popuri [et al.] // Bipolar. Disorders. – 2014. – Vol. 16, Iss. 2. – P. 159–171.*
6. *A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder / L. J. Robinson, J. M. Thompson, P. Gallagher [et al.] // J. Affect. Disord. – 2006. – Vol. 93. – P. 105–115.*
7. *Association between cognitive functioning and employment status of persons with bipolar disorder / F. B. Dickerson, J. J. Boronow, C. R. Stallings [et al.] // Psychiatr. Serv. – 2004. – Vol. 55. – P. 54–58.*
8. *Bora E. Cognitive endophenotypes of bipolar disorder: a meta–analysis of neuropsychological deficits in euthymic patients and their first-degree relatives / E. Bora, M. Yucel, C. Pantelis // J. Affect. Disord. – 2009. – Vol. 113. – P. 1–20.*
9. *Burdick K. E. Assessing cognitive deficits in bipolar disorder: are self–reports valid? / K. E. Burdick, C. J. Endick, J. F. Goldberg // Psychiatry Res. – 2005. – Vol. 136. – P.43–50.*
10. *Cognitive impairment in bipolar disorder and schizophrenia: a systematic review / P. A. Vöhringer, S. A. Barroilhet, A. Amerio [et al.] // Front Psychiatry. – 2013. – Vol. 4. – P. 87.*
11. *Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: implications for clinical and functional outcome / A. Martínez-Arán, E. Vieta, F. Colom [et al.] // Bipolar. Disord. – 2004. – Vol. 6. – P. 224–232.*
12. *Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors / A. Martinez-Aran, E. Vieta, C. Torrent [et al.] // Bipolar. Disorders. – 2007. – Vol. 9. – P. 103–113.*
13. *Levy B. Functional Outcome in Bipolar Disorder: The Big Picture / B. Levy, E. Manove // – 2012. – Vol. 2012 – Article ID 949248, 12 pages. – http://www.hindawi.com/journals/drt/2012/949248/*
14. *Lithium induced cognitive side–effects in bipolar disorder: a qualitative analysis and implications for daily practice / A. Honig, B. M. Arts, R. W. Ponds, W. J. Riedel // Int. Clin. Psychopharmacol. – 1999. – Vol. 14. – P. 167–171.*
15. *Quraishi S. Neuropsychology of bipolar disorder: a review / S. Quraishi, S. Frangou // J. Affect. Disord. – 2002. – Vol.72. – P. 209–226.*
16. *Robinson L. J. Evolution of cognitive impairment in bipolar disorder: a systematic review of cross-sectional evidence / L. J. Robinson, I. N. Ferrier // Bipolar. Disorders. – 2006. – Vol. 8. – P. 103–116.*
17. *Schrauwen E. Galantamine treatment of cognitive impairment in bipolar disorder: four cases / E. Schrauwen, S. N. Gaemi // Bipolar. Disord. – 2006. – Vol. 8. – P. 196–199.*
18. *Sources of declarative memory impairment in bipolar disorder: mnemonic processes and clinical features / C. E. Bearden, D. C. Glahn, E. S. Monkul [et al.] // J. Psychiatr. Res. – 2006. – Vol. 40. – P. 47–58.*

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Г.М. Вербенко

Влияние расстройств биполярного спектра на когнитивное функционирование является предметом изучения многих научных исследований. В работах, посвященных этой проблеме, единодушно констатировано наличие нарушений в когнитивной сфере как во время эпизода, так и в фазе ремиссии. Снижение уровня когнитивного функционирования может существенно повлиять на общее психосоциальное функционирование пациентов с БАР.

Целью исследования было изучение отдельных когнитивных показателей на разных стадиях течения биполярного аффективного расстройства. После получения информированного согласия нами было обследовано 94 пациента с БАР. С помощью экспериментально–психологического исследования была проведена оценка когнитивных функций пациентов трех групп (БАР–Д – с преобладанием депрессивных симптомов, БАР–М – с преобладанием маниакальных симптомов, БАР–Е – в эутимном периоде). Экспериментально–психологическое исследование было реализовано с использованием методик: тест связи символов (TMT), тест вербальной скорости (VFT), тест Струпа, тест Лурия на запоминание десяти слов, тест Рея – Остеррица (ROCFT).

Мы обнаружили, что когнитивный дефицит у пациентов с БАР зависит прежде всего от количества перенесенных маниакальных эпизодов, а также от общей продолжительности болезни. Большая продолжительность БАР обусловливает повышение количества ошибок при выполнении тестов и увеличение латентности ответов. Причем, ухудшение когнитивного функционирования сохраняется даже после достижения симптоматического восстановления в эутимной фазе БАР. Наиболее часто когнитивный дефицит у пациентов с БАР включает нарушения в исполнительной функции, внимании и вербальной памяти. Разработка методов диагностики и коррекции когнитивных нарушений у пациентов с БАР может позволить повысить эффективность лечения этой категории пациентов в целом.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, когнитивные нарушения, память, внимание, исполнительная функция

COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER

G.M. Verbenko

Bipolar spectrum disorders impact on cognitive functioning is the focus of many scientific studies. Work on this problem, stating the unanimous available cognitive impairment as during an episode and in remission. Reducing cognitive functioning can significantly affect the overall psychosocial functioning of patients with BAR.

The aim was to study individual cognitive performance at different stages of the flow of bipolar affective disorder. After obtaining informed consent, we examined 94 patients with BAR. With the help of experimental psychological study assessed cognitive function of three groups of patients (BAR–D – with a predominance of depressive symptoms, BAR–M – with a predominance of manic symptoms, BAR–E – in eutimnomu period). Experimental psychological research have been implemented using techniques: Trail making test (TMT), Verbal fluency test (VFT), Stroop color word interference test, the test Luria memorizing ten words, Rey – Osterreith Complex Figure Test (ROCFT).

We found that the cognitive deficit in patients with BAR depends primarily on the amount of transferred manic episode and the total duration of the disease process. Long duration BAR tends to raise the number of errors in the performance of tests and increase latency responses. Moreover, the deterioration of cognitive functioning is maintained even after achieving symptomatic recovery phase eutimnoy BAR. Most often the cognitive deficits in patients with BAR includes disturbances in executive function, verbal memory and attention. Thus, diagnosis and correction of cognitive impairment in patients with BAR may improve the effectiveness of treatment for these patients as a whole.

Key words: bipolar disorder, cognitive impairment, memory, attention, executive function

УДК: 616.89

О.М. Авраменко

ЕФЕКТИВНІСТЬ СТАНДАРТНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ І СУПУТНІМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ З ПОЗИЦІЇ ХВОРОБЛИВОЇ ПОВЕДІНКИ

Клінічна лікарня «Феофанія», м. Київ

Хронічний біль є кінцевим результатом взаємодії цілої низки біологічних, психологічних і соціальних процесів, які можуть домінувати в клінічній картині незалежно від нозологічної належності. Біль завжди має суб'єктивний характер, його кінцева оцінка визначається локалізацією і характером ушкодження, природою фактора, що спричинив ушкодження, психологічним станом людини і її індивідуальним життєвим досвідом. Особливе значення має психоемоційний стан хворих, які страждають від хронічного болю. Хронічний біль у 10-100% пацієнтів поєднується з депресією. Також відомо про поєднання ХБС з тривожними розладами та порушеннями сну. У низки пацієнтів з ХБС формується специфічна больова поведінка, що перешкоджає процесу видужання та значно його подовжує.

Метою дослідження була оцінка ефективності стандартного лікування пацієнтів з ХБС залежно від наявності супутнього психічного розладу у вигляді депресивного епізоду (ВДР), генералізованого тривожного розладу (ГТР) та тривожно-депресивного розладу (ТДР).

Наявність у пацієнтів з ХБС супутніх психічних розладів у вигляді ВДР, ГТР та ТДР суттєво впливає на безпосередню та відтермінована ефективність лікування. Стандартна терапія основного захворювання та положення уніфікованого клінічного протоколу щодо хронічного болю не забезпечують комплесного лікування. Супутня афективна патологія обумовлювала формування у пацієнтів з ХБС хворобливої больової поведінки, починаючи з трансформації актуальної життєвої стратегії на обмежувальну та завершуючи хворобливою деформацією життєвих цілей, що негативно впливало на якість лікування в цілому.

Ключові слова: хронічний біль, депресія, тривога, хворобливa поведінка.

Актуальність. Відповідно до біопсихосоціальної концепції болю, захворюванням є «об'єктивна біологічна подія», пов'язана з пошкодженням певних структур організму або систем органів, обумовленим патологічними анатомічними або фізіологічними змінами. Розлад, «суб'єктивне переживання або самоатрибуція», має місце при захворюванні, яке викликає фізичний дискомфорт, емоційний стрес, поведінкові обмеження і психологічні порушення. У пацієнта з хронічним болем наявне поєднання цих категорій, що обумовлює відмінності у вираженості коморбідного хворобливого стану (тяжкість, тривалість і наслідки для індивідуума), спровоковані взаємовідносинами між біологічними змінами, психологічним станом і соціокультурним середовищем [1, 5, 7].

Хронічний біль є кінцевим результатом взаємодії цілої низки біологічних (фізіологічних), психологічних і соціальних процесів, що може домінувати в клінічній картині (бути основною, а іноді – єдиною ознакою хвороби) незалежно від нозологічної належності [2].

Біль завжди має суб'єктивний характер, його кінцева оцінка визначається локалізацією і характером ушкодження, природою фактора, який призвів до ушкодження, психологічним станом людини та її індивідуальним життєвим досвідом. Особливе значення має психоемоційний стан хворих, які страждають від хронічного болю через прогресуючі форми злоякісних новоутворень. Хронічний біль набуває статусу самостійної хвороби, оскільки його причину неможливо усунути.

За даними досліджень, наявних на сьогодні, близько 35% населення США страждають від хронічного болю різного ступеня вираженості. Його вплив на пацієнта спричиняє пригнічений стан, стомленість, надмірне вживання ліків, алкоголю, залежну поведінку, непрацездатність, інвалідизацію, а також суїцидальні думки/дії. Батьківський хронічний біль збільшує ризик інтерналізації симптомів тривоги і депресії у підлітків [6].

M. Lefkowitz ще у 2003 році сформулював характерні ознаки ХБС: увага пацієнта постійно прикута до болю; скарги на біль мають постійний характер; пацієнт драматизує больові відчуття, наочно їх демонструючи (зойк, стогін, гримаси, накульгування тощо); використання безлічі різноманітних ліків; часте звертання за медичною допомогою; погіршення сімейних стосунків (чоловік/жінка відчуває занепокоєння, депресію і страх).

У низки пацієнтів з ХБС формується специфічна больова поведінка, що перешкоджає процесу видужання та значно його подовжує. Частина пацієнтів опановує біль, частково зменшує фіксацію уваги на ньому, починає сприймати його як дещо «належне» та «неминуче», продовжуючи вести звичний спосіб життя з нормальним повсякденним рівнем діяльності. Але у багатьох випадках пацієни з ХБС стають надмірно «підлеглими» й залежними: вони потребують більшої уваги, відчувають себе надмірно хворими и формують хворобливу обмежувальну поведінку зі зменшенням активності й зняттям з себе відповідальності щодо повсякденних обов'язків [3, 10].

Хронічний біль, на думку різних авторів, у 10–100% випадків поєднується з депресією. Причому більшість з них приходять до висновку, що біль і інвалідизація передують депресії. Також відомо про поєднання ХБС з тривожними розладами та порушеннями сну [1–4].

Метою дослідження була оцінка ефективності стандартного лікування пацієнтів з ХБС залежно від наявності у них супутнього психічного розладу у вигляді депресивного епізоду (ВДР), генералізованого тривожного розладу (ГТР) та тривожно-депресивного розладу (ТДР).

Матеріали та методи дослідження

За умови інформованої згоди ми обстежили 77 пацієнтів з ХБС (коди стану за МКХ–10 R52.1, R52.2), які отримували стандартне лікування з приводу спондилолістезу (22 особи, 28,6%), остеохондрозу (32 особи, 41,6%) і посттравматичних змін (23 особи, 29,8%).

Вік пацієнтів був у межах 20–55 років. Стаж больового синдрому складав (12,4±5,7) року. Частота загострень становила (5,2±2,6) раз на рік.

Пацієнти мали хронічний неускладнений больовий синдром з наступними ознаками: біль залежав від фізичної активності (зменшувався після відпочинку); напади були спровоковані фізичним навантаженням; біль мав рецидивуючий характер; локалізація – спина, верхня частина ноги; відсутність загострення неврологічної симптоматики; нормальний соматичний стан.

Неврологічно: хронічна вертеброгенна люмбалгія, люмбоішиалгія.

Всі пацієнти були обстежені за критеріями МКХ–10 на наявність депресивного епізоду (ВДР), генералізованого тривожного розладу (ГТР) та тривожно-депресивного розладу (ТДР). За результатами обстеження пацієнтів було поділено на чотири групи: 1 – ХБС+ВДР; 2 – ХБС+ГТР; 3 – ХБС+ТДР; 4 – ХБС.

Результати та їх обговорення

Всі пацієнти були проліковані до ремісії/субремісії за ознаками неврологічного захворювання та перебували під амбулаторним спостереженням протягом 48 діб з визначенням ефективності лікування одразу після виписки, через 14 та 28 діб.

Таблиця 1. Ефективність лікування в стаціонарі

Характеристика	Групи лікування			
	1	2	3	4
Тривалість стаціонарного лікування, дні	19,7±1,7	13,5±0,9	20,3±1,5	14,6±1,3
Повне одужання за час стаціонарного лікування, %	40,2	51,3	48,4	63,3
Виписані з покращанням за час стаціонарного лікування, %	58,8	49,7	51,6	36,7

Тривалість стаціонарного лікування пацієнтів з ХБС за стандартними алгоритмами була найменшою в групі 4 (пацієнти без супутніх психічних розладів). Найтривалішим виявилося перебування в лікарні пацієнтів з депресивними та тривожно-депресивними розладами (групи 1 та 3). Група пацієнтів з тривогою за тривалістю перебування в лікарні займала середнє положення. Відсутність афективних розладів у пацієнтів з ХБС (група 4) відповідала найліпшому показнику повного одужання за час стаціонарного лікування. Наявність ГТР і ТДР (групи 2 і 3). дещо зменшувала цей показник. Депресивний розлад (група 1) асоціювався з найменшою частотою повної ремісії.

Таблиця 2. Відтермінована ефективність лікування

Характеристика	Групи лікування			
	1	2	3	4
Повне клінічне відновлення через 14 днів після виписки зі стаціонару	27,4	34,7	19,5	40,6
Повне клінічне відновлення через 28 днів після виписки зі стаціонару	5,3	8,6	5,9	13,37
Затяжний перебіг захворювання	26,7	15,6	39,5	6,3

Повне клінічне відновлення через 14 днів після виписки із стаціонару в групах 1–4 мало повністю відповідало показникам повного одужання за час стаціонарного лікування. Але через 28 днів після виписки із стаціонару наявність у пацієнтів депресивного синдрому в межах ВДР (група 1) або ТДР (група 3) перешкоджала повному клінічному відновленню. Саме у пацієнтів цих груп найчастіше був затяжний перебіг захворювання, причому наявність тривоги служила додатковим обтяженням.

На нашу думку, наявність супутньої афективної патології обумовлювала формування у пацієнтів з ХБС хворобливої больової поведінки, починаючи з трансформації актуальної життєвої стратегії на обмежувальну та завершуючи хворобливою деформацією життєвих цілей.

При формуванні больової поведінки пацієнт має певні очікування (Waddal G., 2004) щодо рівня активності та спілкування з іншими. Спостерігаються надлишковий відпочинок, зменшення активності в цілому та її окремих форм, зменшення/відмова від фізичних вправ, уникання нормальної соціальної активності та прогресивне обмеження способу життя щодо продуктивної активності, декларація наявності надінтенсивного болю «весь час», погіршення якості сну через біль, самолікування – частий прийом багатьох ліків «від болю».

В Україні проблемам формування хворобливої больової поведінки у пацієнтів з ХБС, в тому числі з супутніми афективними розладами, присвячено обмаль досліджень. Уніфікований клінічний протокол щодо хронічного болю опікується насамперед призначенням оптимальної знеболювальної терапії, не сягаючи комплесного лікування, насамперед хоспісної та паліативної допомоги [8, 9]. Втім, комплексна курація пацієнта з хронічним болем передбачає одночасний вплив на біологічні, афективні, когнітивні, поведінкові та середовищні мішені.

Висновки

Наявність у пацієнтів з ХБС супутніх психічних розладів у вигляді ВДР, ГТР та ТДР суттєво впливає на безпосередню та відтерміновану ефективність лікування.

Стандартна терапія основного захворювання та положення уніфікованого клінічного протоколу щодо хронічного болю не забезпечують комплесного лікування. Супутня афективна патологія обумовлює формування у пацієнтів з ХБС хворобливої больової поведінки, починаючи з трансформації актуальної життєвої стратегії на обмежувальну та завершуючи хворобливою дефор-

мацією життєвих цілей, що негативно впливає на якість лікування в цілому.

Комплексна курація має передбачати: зменшення/усунення болю, покращення функціонального стану, зменшення/усунення депресії та інших психопатологічних феноменів, зменшення/усунення небажаних ефектів та побічної дії препаратів, зменшення/усунення залежності від психоактивних речовин та відновлення нехворобливої життєвої стратегії пацієнтів з ХБС.

Список використаної літератури

1. *Авраменко О. М. Деякі клінічні кореляти хронічного болю і депресії / О. М. Авраменко, О. О. Хаустова // Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. – 2013. – №2, том 1. – С. 33–38.*
2. *Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Матеріали Першої науково-практичної конференції // Ред. Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський : Наукове видання. – К. : Університет «Україна», 2012. – 280 с.*
3. *Голубев В. Л. Психологические установки пациента и переживание боли / А. Б. Данилов // РМЖ ; специальный выпуск «Болевой синдром». – 2009. – С. 11–14.*
4. *Кушнир Г. М. Особенности терапии хронического вертеброгенного болевого синдрома / Г. М. Кушнир, А. А. Микляев // Міжнародний неврологічний журнал. – 2014. – № 2 (64). – С. 41–45.*
5. *Ребров Б. А. К вопросу о связи хронического болевого синдрома и тревожно-депрессивных расстройств у больных терапевтического профиля / Б. А. Ребров, И. И. Благинина, О. А. Реброва // Боль. Суставы. Позвоночник. – 2011. – № 2. – С. 7–9.*
6. *Стан та організація паліативної та хоспісної медицини: український вимір / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, О. М. Бабійчук, О. О. Вольф – Київ, 2012.*
7. *Чабан О. С. Терапія хронічного алгічного синдрому у пацієнтів з непсихотичними депресивними розладами і коморбідною соматичною патологією / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Український вісник психоневрології. – 2010. – №18. – С. 67–72.*
8. *Change in Suicidal Ideation After Interdisciplinary Treatment of Chronic Pain / J. Kowal, K. G. Wilson, P. Henderson [et al.] // Clinical Journal of Pain. – 2014. – Vol. 30. – Iss. 6. – P. 463–471.*
9. *Deyo R. A. Overtreating chronic back pain: time to back off? / S. K. Mirza, J. A. Turner, B. I. Martin // J. Am. Board. Fam. Med. – 2009. – Jan–Feb. – № 22 (l). – P. 62–68.*
10. *Pregabalin for peripheral neuropathic pain: a multicenter, enriched enrollment randomized withdrawal placebo-controlled trial / I. Gilron, D. Wajsbrot, F. Therrien, J. Lemay //Clin. J. Pain. –2011. – № 27 (3). – P. 185–93.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАНДАРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ И СОПУТСТВУЮЩИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С ПОЗИЦИИ БОЛЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

О.Н. Авраменко

Хроническая боль является конечным результатом взаимодействия целого ряда биологических, психологических и социальных процессов, может доминировать в клинической картине независимо от нозологической принадлежности. Боль всегда носит субъективный характер, ее конечная оценка определяется локализацией и характером повреждения, природой повреждающего фактора, психологическим состоянием человека и его индивидуальным жизненным опытом. Особое значение имеет психоэмоциональное состояние больных, страдающих от хронической боли. Хроническая боль у 10–100% пациентов сочетается с депрессией. Также известно о сочетании ХБС с тревожными расстройствами и нарушениями сна. У ряда пациентов с ХБС формируется специфическое болевое поведение, которое препятствует процессу выздоровления и значительно его продлевает.

Целью исследования была оценка эффективности стандартного лечения пациентов с ХБС в зависимости от наличия сопутствующего психического расстройства в виде депрессивного эпизода (БДР), генерализованного тревожного расстройства (ГТР) и тревожно-депрессивного расстройства (ТДР).

Наличие у пациентов с ХБС сопутствующих психических расстройств в виде БДР, ГТР и ТДР существенно влияет на непосредственную и отстроченную эффективность лечения. Стандартная терапия основного заболевания и положения унифицированного клинического протокола по хронической боли не обеспечивают комплексного лечения. Сопутствующая аффективная патология обусловливала формирование у пациентов с ХБС болевого поведения, начиная с трансформации актуальной жизненной стратегии на ограничительную и заканчивая болезненной деформацией жизненных целей, что негативно влияло на качество лечения в целом.

Ключевые слова: хроническая боль, депрессия, тревога, болевое поведение

EFFECTIVENESS OF STANDARD TREATMENT FOR PATIENTS WITH CHRONIC PAIN AND CONCOMITANT MENTAL DISORDERS FROM THE PERSPECTIVE OF PAIN BEHAVIOR

O.N. Avramenko

Chronic pain is the end result of the interaction of a number of biological, psychological and social processes may dominate the clinical picture, regardless of nosology. Pain is always subjective, her final score is determined by the localization and nature of the damage, the nature of the damaging factor, the psychological state of the person and his personal life experiences. Of particular importance is emotional state of patients suffering from chronic pain. Chronic pain in 10-100% combined with depression. Also know about CPS combined with anxiety disorders and sleep disorders in some patients with CPS formed specific pain behavior that interferes with the healing process, and it significantly extends.

Aim of this study was to evaluate the effectiveness of the standard treatment for patients with CPS depending on the availability of comorbid psychiatric disorders such as major depressive episode (MDD), generalized anxiety disorder (GAD) and anxiety-depressive disorder (AAD).

The presence of patients with CPS comorbidity as MDD, GAD and AAD significantly affects the immediate and delayed efficacy. Standard therapy of the underlying disease and the provisions of the unified clinical protocol for chronic pain do not provide full machining treatment. Related affective pathology causes formation in patients with CPS nociceptive behavior, since the actual life transformation strategy for ending restrictive and painful strain of life goals, which negatively affects the quality of care in general.

Key words: chronic pain, depression, anxiety, pain behavior

УДК: 616.89

І.Я. Пінчук[1], Ж.Г. Дудіна[2], Н.М. Степанова[1]

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ТЯЖКУ ДЕМЕНЦІЮ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України[1], м. Київ
КЛПУ «Міська психоневрологічна лікарня № 2 м. Донецька» [2]

Ключові слова: паліативна допомога, тяжка деменція, больовий синдром, реабілітація.

Незважаючи на збільшення у світі захворюваності на деменцію, на сьогодні у вітчизняній нормативно-правовій базі та науковій літературі відсутні дані про надання паліативної допомоги пацієнтам з тяжкою деменцією. Існує зовсім небагато публікацій про надання паліативної допомоги пацієнтам даної категорії. Дослідження паліативного напрямку щодо удосконалення надання паліативної допомоги мали фрагментарний характер, водночас залишилися без уваги клінічні та реабілітаційні аспекти якості надання допомоги даному контингенту хворих. Саме тому пріоритетним напрямком у світовій науці на даний час є паліативна допомога хворим на тяжку деменцію, основною метою якої є підтримка життєвих функцій та забезпечення комфорту пацієнта на фінальному етапі життя.

Старіння населення в сучасному світі – масове явище. У зв'язку зі зростанням тривалості життя все більше число людей вступають у період старості (75 років і більше). Кожного дня близько 200 тисяч чоловік на планеті долають 60-річний рубіж [67]. Старіння і старість стає однією з найважливіших проблем нашого століття, важливість якої усвідомлює практично весь світ [2, 3]. Низька народжуваність і пов'язане з нею незабезпечення самовідтворення населення стали феноменом і основним викликом для багатьох європейських країн [32, 34]. У цьому плані Україна не є винятком [2, 24, 25]. На думку окремих спеціалістів, незабаром нашій державі загрожує «геронтологічна революція» – стрімке збільшення кількості людей похилого віку [24]. З 1950 р. в Україні кількість людей віком понад 60 років зросла вдвічі. Кількість людей похилого віку на планеті збільшиться до 2050 року майже втричі, а в Україні складе 40% населення. За часткою осіб віком 65 років і більше у загальній структурі населення на початку XXI сторіччя Україна посідає 11 місце у світі [4, 26]. Серед людей похилого віку найінтенсивніше збільшується група осіб старше 80 років (осіб, які складають групу ризику підвищеної потреби в сторонній допомозі). В Україні ця група довголітніх зросла з 1,2% у 1950 році до 2,2% у 2000 році, і, за даними прогнозів, у 2050 році збільшиться до 7,5% у загальній чисельності населення [5–7, 26]. Демографічний стан старіння населення стає державною проблемою, що потребує відповідного рішення вже сьогодні і широкої підготовки у найближчі роки.

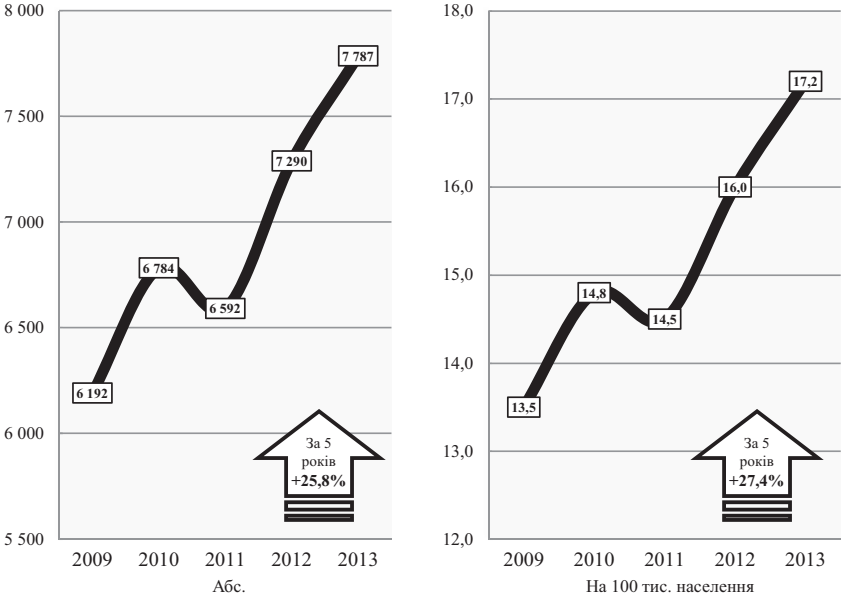


Рис. 1. Захворюваність на деменцію, F00–F03

За даними європейських епідеміологічних досліджень, у 6–7% людей старше 65 років відзначається деменція.

Офіційні статистичні дані МОЗ України свідчать, що в Україні упродовж останніх п'яти років, відносні показники захворюваності на деменцію (в перерахунку на 100 тис. населення) зросли на 27,4%, у 2013 р. кількість хворих на деменцію становила 7787 осіб (17,2 на 100 тис. населення) (рис. 1).

Аналіз розподілу захворюваності на деменцію за статтю демонструє, що у жінок цей показник є вищим (18,9 на 100 тис. населення станом на 2013 р.), ніж у чоловіків (15,2 на 100 тис. населення) (рис. 2). Окрім того, варто зазначити більші темпи зростання показників захворюваності

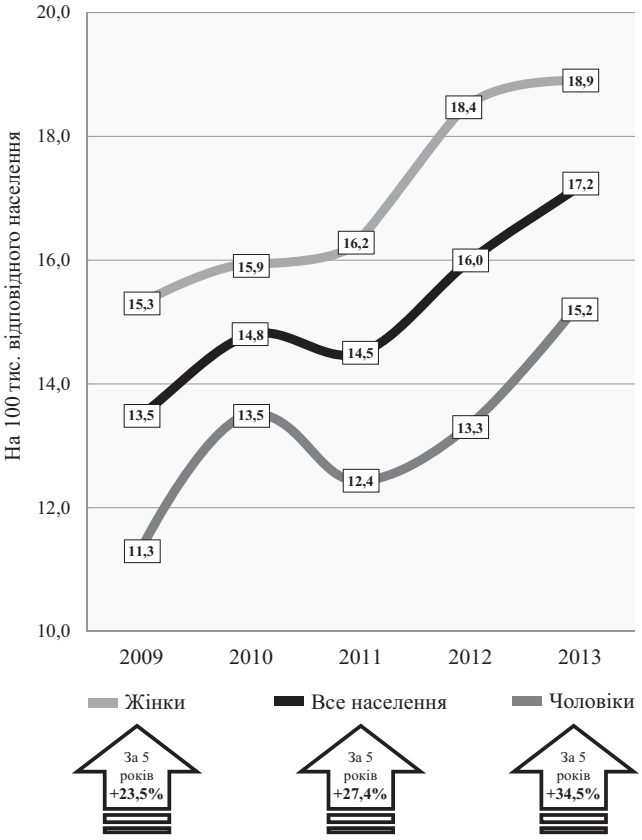


Рис. 2. Захворюваність на деменцію, F00–F03 (розподіл за статтю)

у чоловіків (на 34,5% за 5 років), порівняно з жінками (на 23,5% за 5 років).

Розподіл показників захворюваності за регіонами свідчить про різку неоднорідність таких даних у різних областях України. Регіонами з найбільшими показниками захворюваності на деменцію, станом на 2013 р., були Запорізька (33,0 на 100 тис. населення), Житомирська (32,6 на 100 тис. населення), Донецька (26,8 на 100 тис. населення), Черкаська (26,6 на 100 тис. населення) та Харківська (26,2 на 100 тис. населення) області. Найменші показники захворюваності на деменцію були у Тернопільській (4,4 на 100 тис. населення), Львівській (4,7 на 100 тис. населення), Закарпатській (5,8 на 100 тис. населення) та Волинська (7,1 на 100 тис. населення) областях (рис. 3).

Найбільші темпи приросту цього показника на 100 тис. населення, відносно 2009 року, були характерні для Хмельницької (на 128,2%), Вінницької (на 105,0%) та Полтавської (на 96,5%) областей. Найменші відповідні показники приросту – у м. Севастополь (на -48,4%), Рівненській (на -26,9%) та Закарпатській (на -13,3%) областях.

Поширеність деменції за останні 5 років в Україні зросла на 7,2% та, станом на 2013 р. склала 113,8 на 100 тис. населення (51612 осіб) (рис. 4).

Розподіл показників поширеності деменції за регіонами також є неоднорідним. Найбільші показники поширеності деменції, станом на 2013 р., відзначались у Донецькій (217,2 на 100 тис. населення), Запорізькій (188,3 на 100 тис. населення) та Харківській (165,0 на 100

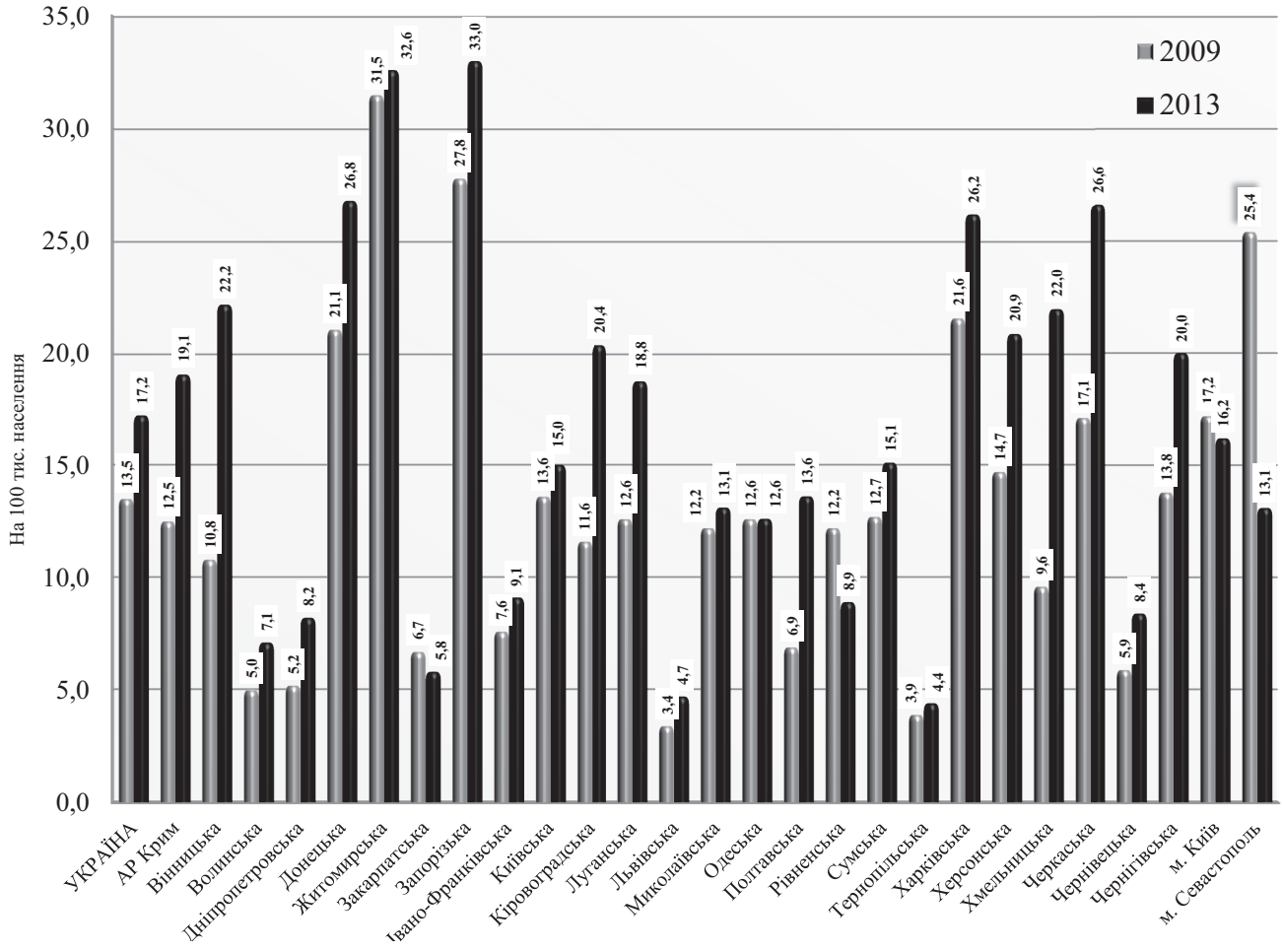


Рис. 3. Захворюваність на деменцію, F00–F03 (розподіл за регіонами)

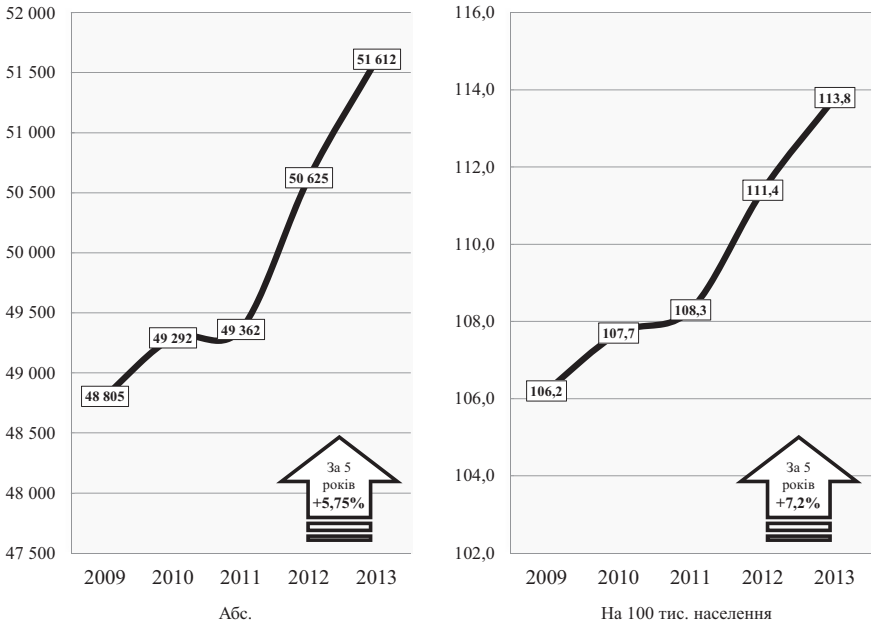


Рис. 4. Поширеність деменції, F00–F03

тис. населення) областях (рис. 5), а найменші у Львівській (31,3 на 100 тис. населення), Тернопільській (55,1 на 100 тис. населення) та Волинській (59,7 на 100 тис. населення) областях.

Найбільші темпи приросту показників, на 100 тис. населення, відносно 2009 року, були характерні для Вінницької (на 62,7%), Запорізької (на 41,3%) областей та АР Крим (на 40,5%).Найменші відповідні показники приросту – у м. Севастополь (на -33,0%), Тернопільській (на -21,1%) та Рівненській (на -19,9%) областях (рис. 5).

Кількість госпіталізацій з приводу захворювання на деменцію протягом останніх 5 років в Україні коливалась, а загалом спостерігалось незначне зменшення показника на 0,5% (станом на 2013 р. – 11824 осіб, що складає 26,1 на 100 тис. населення) (рис. 6).

Зростання у складі населення частки літніх і старих людей, які хворіють на деменцію, зумовлює необхідність вивчення складу цієї групи людей, їх потреб, медичних і соціальних можливостей [1]. Тривалість життя хворих пацієнтів є нижчою на 50%, порівняно з очікуваною для даного віку, коливається від 3 до 20 років, а після встановлення діагнозу вони живуть у середньому близько семи років [36, 47, 56, 58]. Менше 3% пацієнтів живуть більше чотирнадцяти років [46]. З підвищеною смертністю асоційовані такі ознаки, як підвищена тяжкість когнітивних порушень, знижений рівень функціонування, падіння та відхилення при неврологічному огляді. Інші супутні порушення,

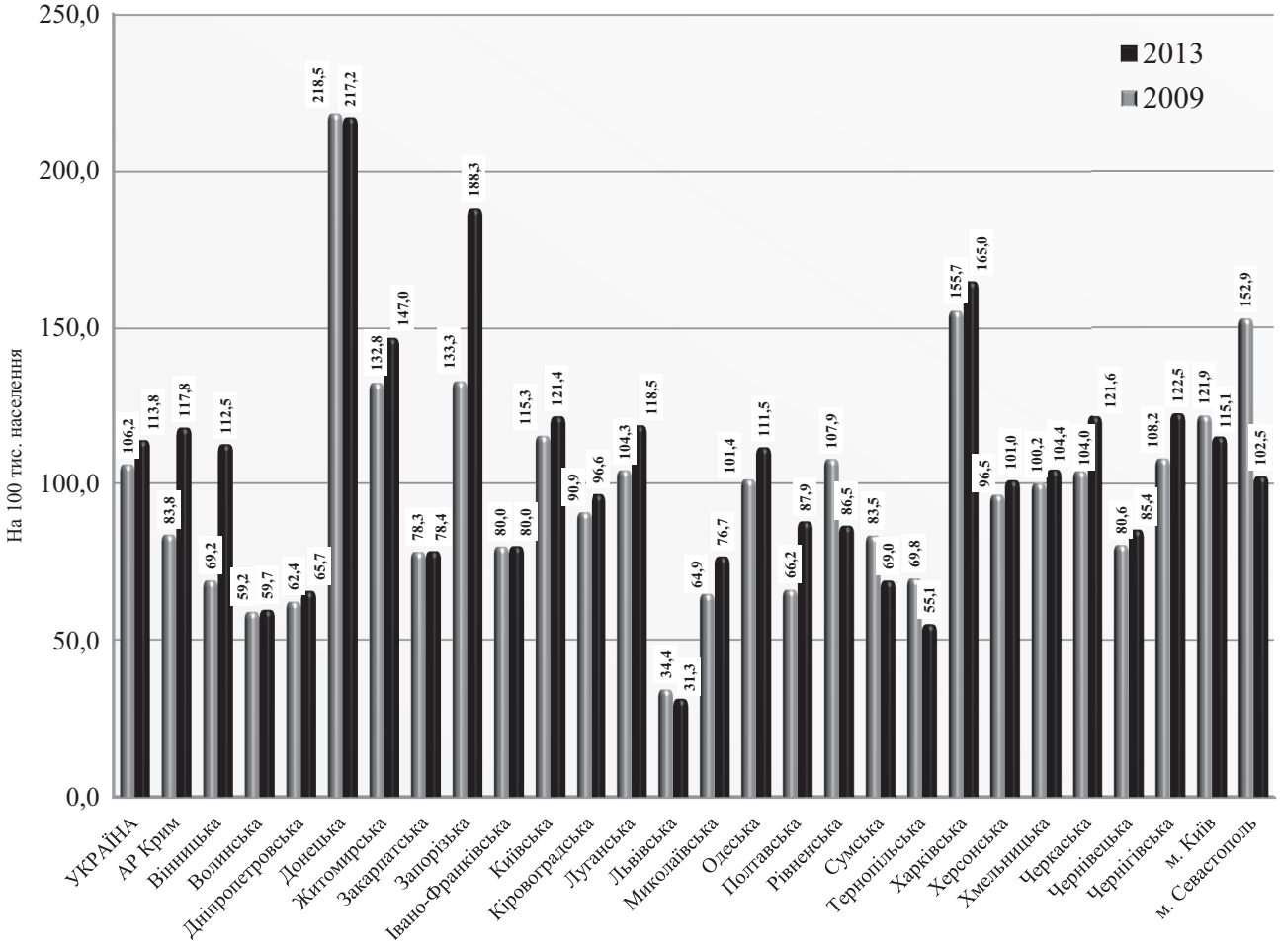


Рис. 5. Поширеність деменції, F00–F03 (розподіл за регіонами)

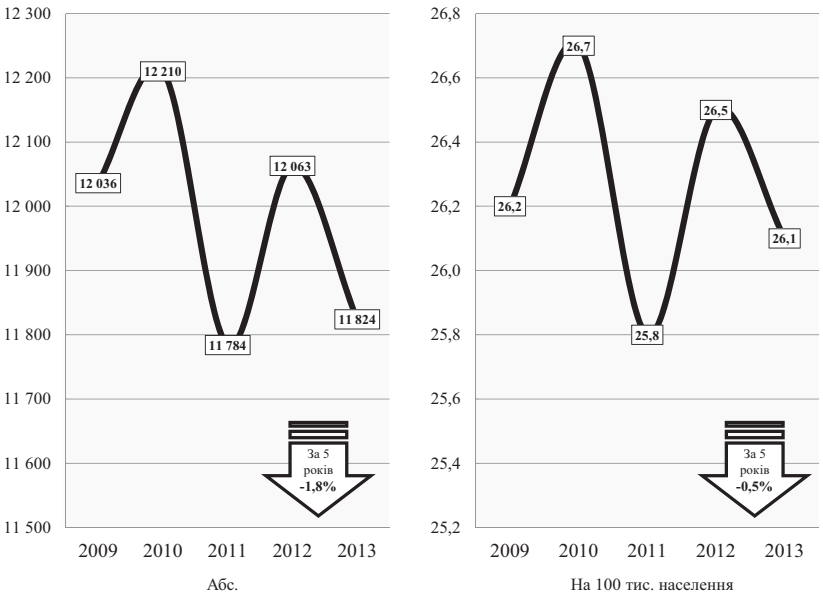


Рис. 6. Госпіталізація з приводу захворювання на деменцію, F00–F03

наприклад, кардіологічні проблеми, діабет, зловживання алкоголем, також пов'язані зі зниженням тривалості життя [42, 56, 61].Чим раніше почалася хвороба Альцгеймера, тим більше років в середньому вдається прожити пацієнту після встановлення діагнозу [36]. Окремі дослідники стверджують, що прогноз виживання жінок більш сприятливий, ніж чоловіків [29, 46].

Враховуючи необхідність цивілізованого і гуманного ставлення до людей на будь-якому етапі життя [20, 37, 43], ми обрали напрямок наукового дослідження паліативної допомоги хворим, які страждають на тяжку деменцію.

Паліативне лікування, за визначенням ВООЗ, – це активне цілісне піклування про пацієнтів, захворювання яких не піддається вилікуванню, направлене на задоволення фізичних, психологічних, соціальних і духовних потреб пацієнта [66]. Паліативна допомога покликана підтримувати життя і розглядає вмирання як нормальний процес; не прискорює і не віддаляє смерть, а забезпечує повноцінне життя пацієнта до останнього моменту та систему підтримки його сім'ї під час хвороби і в період скорботи. Відповідно до сучасних міжнародних підходів та концепцій, паліативна медицина повинна бути невід'ємною інтегрованою складовою медичного обслуговування та соціальної опіки. Декларація ВООЗ (1990) [12] та Барселонська декларація (1996) [12] закликають усі держави світу включити паліативну допомогу до структури національних систем охорони здоров'я. Права пацієнтів з деменцією охороняються та забезпечуються «Загальною декларацією з прав людини», «Європейською Конвенцією з прав людини та основоположних свобод» та «Конвенцією про права людей з обмеженими можливостями» [6, 64]. Сучасна нормативно-правова база паліативної допомоги в Україні регламентується такими документами як: Конституція України, розділи 3, 49 та інші розділи, що стосуються охорони здоров'я та особистісних прав людини і громадянина; Закони України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 року № 2801-XII, Постанови Кабінету Міністрів України та Накази МОЗ України про надання паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД, хворим на онкологічні захворювання та туберкульоз [9, 10, 13–18, 66, 67].

Згідно з наказом МОЗ України від 21.01.2013 року «Про організацію паліативної допомоги», у перелік медичних показань для надання паліативної допомоги входять прогресуючі захворювання на останніх стадіях перебігу, що не піддаються лікуванню, спрямованому на одужання, та супроводжуються значними обмеженнями життєдіяльності. Ці ознаки характерні також для пацієнтів з деменцією. Проте алгоритм надання такої допомоги хворим цієї категорії в Україні відсутній. Немає жодного хоспісу для надання допомоги хворим на тяжку деменцію, більшість громадян не мають доступу до адекватної комплексної паліативної та хоспісної допомоги. Існують фундаментальні відмінності у розумінні хоспісної та паліативної допомоги. У деяких країнах чітко розрізняють хоспісну та паліативну допомогу, водночас у інших ці терміни використовують синонімічно [23, 55]. Ми ж вживатимемо термін «паліативна допомога» як сукупне визначення хоспісної та паліативної допомоги.

Полегшення самопочуття пацієнта перед наближенням смерті стає основним завданням на останній стадії тяжкої деменції [52]. У цьому випадку пацієнт повністю залежить від сторонньої допомоги. Володіння мовою скорочується до використання поодиноких фраз або навіть окремих слів, і в кінцевому результаті мовлення повністю унеможливлюється [48].

Незважаючи на втрату вербальних навичок пацієнти часто здатні розуміти і відповідати взаємністю на емоційні звернення до них. Хоча на останніх стадіях захворювання може виявлятись агресія, набагато частіше стан хворого характеризується апатією та виснаженням, коли людина не в змозі здійснити навіть найпростішу дію без сторонньої допомоги [1, 27, 28]. Хворий втрачає м'язову масу, пересувається насилу і на певному етапі виявляється не в змозі залишити ліжко, справити фізіологічні потреби, втамувати спрагу, самостійно харчуватися [31]. Подальший розвиток хвороби може супроводжуватись виникненням різних ускладнень, наприклад, захворювання зубів і порожнини рота, порушення харчування, гігієнічні проблеми, респіраторні, очні або шкірні інфекції. У переважній більшості випадків таких ускладнень можна уникнути при ретельному догляді, а у разі їх виникнення потрібне професійне втручання [30, 57, 40, 65, 62].

Незважаючи на те, що наприкінці життя літні люди мають значну потребу в медичній допомозі і соціальній підтримці, багато з цих потреб не задовольняються на достатньому рівні. Особи старечого віку схильні до додаткових страждань внаслідок поширеної практики неповної діагностики і недостатнього лікування наявних у них порушень здоров'я [45].

Однією з важливих причин індивідуальних страждань людей похилого віку є біль. За результатами окремих опитувань, близько третини людей літнього та похилого віку відзначають біль як одну з основних скарг [63]. Проте особи похилого віку значно рідше скаржаться на свій стан, тому лікарі часто не приділяють достатньої уваги лікуванню больового синдрому у цих людей, особливо при неонкологічних захворюваннях, а також і у пацієнтів, яким проводиться лікування з приводу злоякісного новоутворення [38, 51].

Втамування болю і страждання є одним із найважливіших завдань паліативної допомоги. Люди похилого та старечого віку у стані тяжкої деменції схильні до підвищеного ризику неадекватного контролю больового синдрому, оскільки вони в меншій мірі здатні висловлювати скарги на біль та оцінювати інтенсивність больових відчуттів. Лікарям значно складніше правильно розпізнавати біль у людей з деменцією, тому вони не завжди вживають достатніх заходів для його усунення. Результати окремих великих досліджень дозволяють припускати, що у людей літнього віку з деменцією біль взагалі є досить поширеним явищем, що активізувало інтерес до розробки шкал оцінки болю [35]. Для оцінки інтенсивності болю використовують вербальну, мімічну та візуальну шкали, що враховують більш суб'єктивну характеристику. Окрім того, для об'єктивної оцінки болю використовують шкалу PAINAD (Pain Assessment IN Advanced Dementia – Оцінка болю при деменції тяжкого ступеня) [41, 69]. Хворі на тяжку деменцію не здатні описати свої скарги, тому висловлюють їх зміною поведінки. Слід ретельно аналізувати зв'язок між болем, дистресом, ажитацією та іншими поведінковими і психопатологічними ознаками деменції [62]. У хворих на тяжку деменцію причиною неадекватної поведінки може бути погіршання стану у зв'язку з соматичним захворюванням, вона також може обумовлена болем, запорами, інфекцією або прийомом лікарських засобів. Поведінкові індикатори болю включають в себе наступні моторні та вегетативні прояви: стогони від болю, кульгавість, почервоніння, характерні зміни у виразі обличчя [53]. Вони є індикаторами болю у людей з вираженою деменцією, які страждають на мовні розлади. Функціональні показники, наприклад тривалість сну, рухливість, рівень самообслуговування, активність після відпочинку, – є складовими цієї проблеми, тому їх оцінку також необхідно проводити. Поведінкові розлади краще виявляти і оцінювати при об'єктивному огляді, не покладаючись на те, що пацієнт сам повідомить про них. Медичні втручання здатні корегувати зазначені розлади, проте часто забирають у лікарів багато часу і потребують супутньої соціальної роботи [49, 68]. Ретельна оцінка стану пацієнтів спрямована на встановлення патофізіологічної основи больового синдрому у літніх пацієнтів (ноцицептивної, невропатичної, психогенної або змішаної). Це, в свою чергу, дозволяє вибрати відповідний спосіб курації пацієнтів з деменцією та допомагає встановити прогноз. Для послаблення болю звичайні аналгетики застосовуються в дозуваннях, загальноприйнятих для дорослих, якщо тільки у пацієнта не спостерігається недостатності маси тіла або захворювань печінки і нирок. Толерантність до наркотичних аналгетиків у літньому віці зменшується, тому такі препарати застосовують в менших дозуваннях, крім того, у літніх людей збільшуються частота і ступінь прояву побічних ефектів цих засобів. Майже всім пацієнтам показані послаблювальні засоби. Синергічні фармакологічні засоби слід застосовувати обережно, починаючи з половини стандартного дозування, прийнятого для дорослих; дозу потрібно збільшувати повільніше, ніж у молодих пацієнтів [41]. У клінічній практиці велике число випадків хронічного больового синдрому у літніх людей пов'язане з ноцицептивними чинниками, особливо при дегенеративних і кістково-м'язових захворюваннях. Проте клінічні ознаки центральних чутливих порушень треба шукати в усіх пацієнтів, і вони можуть відрізнятись за своїми проявами у літніх пацієнтів [39].



Рис. 7. Триступенева ієрархія лікарських препаратів для полегшення болю (обґрунтована Всесвітньою організацією охорони здоров'я, 2006)

Для регулювання лікування може бути корисною багатоланкова схема полегшення болю [17]. Відповідно до цієї схеми, необхідно проводити поетапне лікування, починаючи з неопіоїдних аналгетиків (наприклад, парацетамолу або нестероїдних протизапальних препаратів), переходячи до слабких опіоїдів, а потім і до сильних, в комбінації з допоміжними знеболювальними препаратами (наприклад, протинейропатичними речовинами або психотропними препаратами), що додаються на будь-якому етапі лікування [60]. Враховуючи реальну можливість побічних ефектів, можна також проводити нефармакологічну терапію – починаючи від прогрівання та масажу і закінчуючи черезшкірною електричною стимуляцією нервів або акупунктурою [39].

Отже, порушення, які спостерігають у літніх людей протягом останніх років життя, складаються із проявів основного захворювання і власне вікових розладів. Це обумовлює більшу потребу в допомозі, що давно відомо фахівцям у всіх сферах охорони здоров'я, спрямованих на надання систематичної допомоги пацієнтам, включаючи загальну практику, геріатрію, психіатрію та реабілітацію.

Реабілітаційні заходи – це процес і система медичних, психологічних, педагогічних, соціально-економічних заходів, спрямованих на усунення та компенсацію обмежень життєдіяльності, викликаних порушенням здоров'я із стійким розладом функцій організму [22], що є частиною щоденного догляду за хворим. Догляд за хворим включає годування, проведення гігієнічних процедур, зміну білизни, прибирання у приміщенні та інші маніпуляції, які полегшують перебіг хвороби. Головна мета відновного догляду полягає у тому, щоб допомогти хворому стати функціонально повноцінним і незалежним від сторонньої допомоги, наскільки це можливо, незважаючи на те, що особа не може бути такою, якою була раніше. Реабілітація сприяє зменшенню наслідків хвороби [1, 21, 27]. Під час здійснення реабілітаційних заходів необхідно допомагати хворим, але не робити

нічого за них. Слід прагнути до того, щоб хворий самостійно виконував правила загальної гігієни, наприклад, чистив зуби, умивався, причісувався, вживав їжу тощо. Перш ніж виконувати будь які дії з догляду, необхідно з'ясувати у хворого, що він може робити самостійно, і заохотити його це робити. Слід пам'ятати про те, що через хворобу та її наслідки пацієнти можуть втратити навички повсякденного життя, якими вони володіли до хвороби. Залучення хворого до занять допоможе йому набути навичок і здібностей, необхідних для подолання життєвих проблем. Хворого необхідно поступово навчати цим навичкам, щоб дати йому можливість пристосуватися до хвороби і жити повноціннішим життям. У випадках, коли спроможність хворого проявити та пояснити свої потреби і бажання обмежена, необхідно допомогти хворому активізувати його участь в оволодінні навичками. Хворому треба пояснити завдання, які він повинен виконувати. З цією метою розроблені спеціальні алгоритми, які допоможуть в процесі навчання тій або іншій повсякденній навичці і стимулюватимуть як рухову, так і розумову активність пацієнта [19].

Реабілітаційна діяльність загалом сприятливо впливає на пацієнтів, які страждають на деменцію тяжкого ступеня, і сприяє забезпеченню безперервності паліативної допомоги.

Незважаючи на збільшення у світі захворюваності на деменцію, на сьогодні у вітчизняній нормативно-правовій базі та науковій літературі відсутні дані про надання паліативної медичної допомоги пацієнтам з тяжкою деменцією. Існує незначна кількість публікацій про паліативну допомогу хворим цієї категорії. Дослідження стосовно удосконалення надання паліативної допомоги мають фрагментарний характер, водночас поза увагою залишилися клінічні та реабілітаційні аспекти якості надання допомоги цьому контингенту хворих. Саме тому у світовій науці на сьогодні пріоритетним напрямком є паліативна допомога хворим на тяжку деменцію, основною метою якої є підтримка життєвих функцій та забезпечення комфорту хворого на останньому етапі його життя.

Необхідно зазначити, що на сучасному етапі зростає кількість осіб, хворих на деменцію, а разом з нею, – і потреба суспільства у забезпеченні ґрунтовних наукових розробок у галузі паліативної медичної допомоги при цьому стані. За останні роки в Україні було започатковано науково-методичні розробки у зазначеному напрямку, триває глибока робота в цій галузі. Однак залишаються питання щодо того, як домогтися високих стандартів паліативної медичної допомоги людям з деменцією, аби впровадити її як належну практику. Окрім того, проблемою також є недостатність фінансування галузі геронтопсихіатрії державою, а також суттєві труднощі у залученні коштів інвесторів. Існує нагальна потреба у продовженні дискусії та проведенні ґрунтовних наукових досліджень, які допоможуть, базуючись на досягненнях світового досвіду у галузі надання паліативної допомоги хворим на деменцією, забезпечити дієве та повноцінне функціонування цієї галузі та бути ґрунтовним базисом паліативної допомоги в медичних закладах охорони психічного здоров'я, які піклуються про пацієнтів на останньому етапі їхнього життя.

Список використаної літератури

1. *Актуальні питання в геронтопсихіатрії / І. Я. Пінчук, В. В. Чайковська, Л. А. Стаднюк, О. А. Левада. – 2010. – С. 223–356.*
2. *Безруков В. В. Організація довготривалої допомоги людям літнього віку / В. В. Безруков, Н. В. Вержиковська, В. В. Чайковська // Журн. АМН України. – 2005. – Т. 11, № 2. – С. 326–345.*
3. *Болезнь Альцгеймера и деменция с тельцами Леви / Н. Н. Яхно, И. В. Дамулин, И. С. Преображенская, Є. А. Мхитарян // Русский мед. журн. – 2008. –Т. 11, № 10. –С. 567–570.*
4. *Брунова С. Н. Стационарозамещающие технологии при оказании психиатрической помощи пожилым пациентам / С. Н. Брунова, Е. В. Руженская // Клиническая геронтология. – 2007. – Т.13, №11. – С. 47–50.*
5. *Гаврилова С. И. Социально-средовые факторы и состояние психического здоровья пожилого населения / С. И. Гаврилова, Я. Б. Калын // Вестник Российской Академии медицинских наук. – 2002. – № 9. – С. 15–20.*
6. *Галачьян А. Г. О сближении психиатрии с соматической медициной [текст] / А. Г. Галачьян // Пограничная психиатрия / под ред. Ю. А. Александровского. – М. : РЛС-2006, 2006. – С. 723–726. – (Антология отечественной медицины)*
7. *Галієнко Л. І. Психічне здоров'я як глобальна медико-соціальна проблема / Л. І. Галієнко // Главный врач. – 2008. – №11. – С. 70–71.*
8. *Європейська конвенція про захист прав людини та основоположних свобод // http://www.echr.coe.int/ Documents/Convention_ukr.pdf;Convention onthe rights of persons with disabilities http://www.un.org/disabilities/convention/ conventionfull.shtml;*
9. *Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги». див. : http://zakon1.rada.gov.ua/cgibin/laws/main.cgi?nreg=3611–3617*
10. *Закон України, прийнятий Верховною Радою України 23.12.2009 р. «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року».*
11. *Левин О. С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике / О. С. Левин. – Б. и., 2010. –С. 4–15.*
12. *Московяк Є. Й. Організація проблеми надання допомоги інкрабельним хворим / Є. Й. Московяк // Врачебное дело. – 2007. – № 4. –С. 86.*
13. *Наказ МОЗ України від 03.07.2007 р. № 368 «Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД».*
14. *Наказ МОЗ України від 17.04.08. № 210 про створення Координаційної Ради з паліативної та хоспісної допомоги при МОЗ України.*
15. *Наказ МОЗ України від 23 лютого 2000 року N 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я». 13*
16. *Наказ МОЗ України від 24 липня 2008 року № 159-0 «Про утворення Інституту паліативної та хоспісної медицини МОЗ України».*
17. *Наказ МОЗ України від 25.04.12р., №311 «Уніфікований клінічний протокол палліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі»*
18. *Наказ МОЗ України від 27.12.2007 р. № 866 «Про затвердження примірних положень про хоспіс та відділення паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію та СНІД»*
19. *Організація та методика розробки індивідуальної програми реабілітації: навчально-методичний посібник / уклад. Коробов М. В., Дворкін Е. А. та ін. – СПб. : Б.и., 1999.*
20. *Освіта з питань паліативного догляду та догляду наприкінці життя: посібник для викладачів, 2011.*
21. *Паллиативная помощь больным с тяжелой хронической сердечной недостаточностью / Г. А. Новиков, С. В. Рудой, М. А. Вайсман [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2008. – № 4. – С. 5–10.*
22. *Пінчук І. Я. Реабілітація людей літнього віку в умовах геронтопсихіатрчного стаціонару / І. Я. Пінчук // Запорозький медичний журнал. – 2009. – Т. 11, № 6. – С. 82–84.*
23. *Стандарты паллиативной помощи: обзор европейских рекомендаций / Г. А. Новиков, В. В. Самойленко, С. В. Рудой, М. А. Вайсман // Паллиативная помощь и реабилитация. – 2010. – № 4. – С. 6–10.*
24. *Стешенко В. С. Демографічні перспективи України до 2026 року. – К.: МСУ, 1999. – 56 с.*
25. *Чайковская В. В. Организация долговременной гериатрической помощи в условиях амбулатории семейной медицины / В. В. Чайковская, Н. В. Вержиковская, Н. А. Хаджинова // Охорона здоров'я України. – 2007. – Т. 25, № 1. – С. 278–279.*
26. *Чайковська В. В. Стан організації геріатричної допомоги населенню літнього віку в Україні / В. В. Чайковська, Н. В. Вержиковська, Н. А. Хаджинова // Проблемы старения и долголетия. – 2006. – № 6. – С. 358–366.*
27. *Чухловина М. Л. Деменции / М. Л. Чухловина. – Б.и., 2010. –С. 218–223.*
28. *Яхно Н. Н. Деменции / Н. Н. Яхно, В. В. Захаров, А. Б. Локшина. – Б.и., 2010. – С. 53–259.*
29. *Alzheimer disease and mortality: a 15-yearepidemiologicalstudy / Ganguli M., Dodge H. H., Shen C. [et al.] // Arch. Neurol. – 2005 – № 62 (5). – P. 779–784.*
30. *Alzheimer's disease: psychopathology, medical management and dental implications / A. H. Friedlander, D. C. Norman, M. E. Mahler [et al.] // J. Am. Dent. Assoc. – 2006. – № 137 (9) – P. 1240–1251.*

31. *Belmin J. Practical guidelines for the diagnosis and management of weight loss in Alzheimer's disease: a consensus from appropriateness ratings of a large expert panel // J. Nutr. Health Aging. – 2007. – № 11 (1): – P. 33–37.*
32. *Chemali Z. Older adult care in Lebanon: towards stronger and sustainable reforms / Z.Chemali, L. M. Chahine, A. M. Sibai // East Mediterr. Health J. – 2008. – 14, № 6. – P. 1466–1476.*
33. *Cumming J.L., Mackell J., Kaufer D. Behavioral effects of current Alzheimers disease treatments// Alzheimers dementia. –2008. –Vol. 4, №1. – P. 49–60.*
34. *Duursma S. A. Geriatric medicine in the European Union: future scenarios / S. A. Duursma, P. W. Overstall // Z. Gerontolog. Geriatr. – 2003. – Vol. 36, № 3. – P. 204–215.*
35. *Dying well with dementia: qualitative examination of end-of-life care / V. Lawrence, K. Samsi, J. Murray [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2011. – № 199. – P. 417–422.*
36. *Functional transitions and active life expectancy associated with Alzheimer disease / H. H. Dodge, C. Shen, R. Pandav [et al.] // Arch. Neurol. – 2003. – № 60 (2): – P. 253–259.*
37. *George J. T. Clinician's Guide To Palliative Care / George J. Taylor, Jerome E. Kurent (Eds). – Blackwell Science, 2007*
38. *Gomes B. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review / B. Gomes, I. J. Higginson // B.M.J. – 2006. – № 332 (7540). – P. 515–521.*
39. *Harris D. Forget me not: Palliative care for people with dementia / D. Harris // Journal of Postgraduate Medicine. – 2007. – № 83 (980). – P. 362–366.*
40. *Head B. Palliative care for persons with dementia / B. Head // Home Healthc Nurse. – 2008. – № 21 (1). – P. 53–60.*
41. *Herr K. Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: A state-of-the-science review / K. Herr, K. Bjoro, S. Decker // Journal of Pain and Symptom Management. – 2006. – № 31 (2). – P. 170–192. 4*
42. *Jagger C. Predictors of survival with Alzheimer's disease: a community-based study / C. Jagger, M. Clarke, A. Stone // Psychol. Med. – 1995. – № 25 (1). – P. 171–177.*
43. *Kinzbrunner B. 20 Common Problems In End-of-life Care / Barry Kinzbrunner, Neal Weinreb and Joel Policzer (Eds). – McGraw-Hill, 2005. 32*
44. *Martin M. Demenz in Schlusselbegriffen / Martin M., Schelling H. R. – Bern :Verlag Hans Huber, 2009. – 283 p.*
45. *McCarthy, Addington-Hall & Altmann, 1997; Shega, Hougham, Stocking, Cox-Hayley, & Sachs, 2008. Physicians prescribe less palliative medication for this vulnerable patient group than for cognitively intact patients (Afzal, Buhagiar, Flood, & Cosgrace, 2010), and many studies conclude that patients with dementia receive suboptimal palliative care (Afzal et al., 2010; Mitchell, Kiely, & Hamel, 2004a*
46. *Mls P. K. Long-term survival and predictors of mortality in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia / P. K. Mls, R. J. Marttila, U. K. Rinne // Acta. Neurol. Scand. – 1995. – № 91 (3). – P. 159–164.*
47. *Mls P. K. Survival and cause of death in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia / P. K. Mls, R. J. Marttila, U. K. Rinne // Acta. Neurol. Scand. – 1986. – № 74 (2). – P 103–107.*
48. *National End of Life Care Intelligence Network: Variations in Place of Death in England. England: National End of Life Care Intelligence Network, 2010.*
49. *National Institute for Health and Clinical Excellence. Dementia: Supporting people with dementia and their careers in health and social care. NICE clinical guideline 42. (P. 4–5). London : NICE; 2006, amended 2011.*
50. *O'Connor D. Epidemiology / D. O'Connor // In: A. Burns [et al.] (eds). Dementia. – 3-d edn. – New York : Holder Arnold, 2005. – P. 16–23.*
51. *Palliative care for cancer patients in a primary health care setting: Bereaved relatives' experience, a qualitative group interview study / M. A. Neergaard, F. Olesen, A. B. Jensen, J. Sondergaard // BMC Palliative Care. – 2008. – № 7. – P. 1.*
52. *Palliative Excellence in Alzheimer Care Efforts (PEACE): a program description / J. W. Shega, A. Levin, G. W. Hougham [et al.] // J. Palliat. Med. – 2003. – № 6 (2). – P. 315–320.*
53. *Patients dying with dementia: Experience at the end of life and impact of hospice care / J. W., Shega G. W. Hougham, C. B. Stocking [et al.] // Journal of Pain and Symptom Management. – 2008. – № 35 (5). – P. 499–507.*
54. *Perls T. T. Higher respiratory infection rates on an Alzheimer's special care unit and successful intervention / T. T. Perls, M. Herget // J. Am. Geriatr. Soc. – 1995. – № 43 (12). – P. 1341–1344.*
55. *Place of death of older persons with dementia. A study in five European countries / D. Houttekier, J. Cohen, J. Bilsen [et al.] // J. Am. Geriatr. Soc. – 2010. – № 58 (4). – P. 751–756.*
56. *Predictors of mortality in patients diagnosed with probable Alzheimer's disease / J. D. Bowen, A. D. Malter, L. Sheppard [et al.] // Neurology. – 1996. – № 47 (2) – P. 433–439.*
57. *Predictors of mortality in patients with Alzheimer's disease living in nursing homes / G. Gambassi, F. Landi, K. L. Lapane [et al.] // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr. – 2009. – № 67 (1). – P. 59–65.*
58. *Risk of death and hospital admission for major medical events after initiation of psychotropic medications in older adults admitted to nursing homes / K. F. Huybrechts, K. J. Rothman, R. A. Silliman [et al.] // Canadian Medical Association Journal. – 2011. – № 183 (7). – P. 411–419.*
59. *Sampson E. L. Improving end-of-life care for people with dementia / E. L. Sampson, A. Burns, M. Richards // Br. J. Psychiatry. – 2011. – № 199 (5). – P. 357–359.*
60. *Schmidt I. K. Nurse-physician communication and quality of drug use in Swedish nursing homes / I. K. Schmidt, B. L. Svarstad // Social Science and Medicine. – 2002. – № 54 (12). – P. 1767–1777.*
61. *Survival after initial diagnosis of Alzheimer disease / E. B. Larson, M. F. Shadlen, L. Wang [et al.] // Ann. Intern. Med. – 2004. – № 140 (7). – P. 501–509.*
62. *The clinical course of advanced dementia / S. L. Mitchell, J. M. Teno, D. K. Kiely [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2009. – № 361 (16). – P. 1529–1538.*
63. *The National Council for Palliative Care: National survey of patient activity data for specialist palliative care services 2011–2012. 2014. Available: http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/MDS%20Full%20Report%202012.pdf webcite*
64. *The Universal Declaration of Human Rights // http://www.un.org/ Overview/rights.html].*
65. *Training caregivers to change the sleep hygiene practices of patients with dementia: the NITE-AD project / S. M. McCurry, L. E. Gibbons, R. G. Logsdon [et al.] // J. Am. Geriatr. Soc. – 2008. – № 51 (10). – P. 1455–1460.*
66. *WHO Definition of Palliative Care. WHO, 2007. На портале ВОЗ: www.who.int/cancer/palliative/definition/en/*
67. *World population ageing 1950–2050. New York, United Nations Population Division, 2002.*
68. *Xie J. Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study Collaborators: Survival times in people with dementia: analysis from population based cohort study with 14 year follow-up / J. Xie, C. Brayne, F. E. Matthews // B.M.J. – 2008. – № 336 (7638). – P. 258–262.*
69. *Zwakhalen S. M. Improving the clinical usefulness of a behavioural pain scale for older people with dementia / S. M. Zwakhalen, J. P. Hemers, M. P. Berger // Journal of Advanced Nursing. – 2007. – № 58 (5). – P. 493–502.*

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ПО ВОПРОСАМ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ТЯЖЕЛОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ

И.Я. Пинчук, Ж.Г. Дудина, Н.М. Степанова

Несмотря на увеличение в мире заболеваемости деменцией, в настоящее время в отечественной нормативно-правовой базе и научной литературе отсутствуют данные об оказании паллиативной помощи пациентам с тяжелой деменцией. Существует совсем немного публикаций об оказании паллиативной помощи пациентам данной категории. Исследования паллиативного направления относительно усовершенствования предоставления паллиативной помощи носили фрагментарный характер, в то же время остались без внимания клинические и реабилитационные аспекты качества оказания помощи данному контингенту больных. Именно поэтому приоритетным направлением в мировой науке на данное время является паллиативная помощь больным тяжелой деменцией, основной целью которой является поддержание жизненных функций и обеспечение комфорта пациента на финальном этапе жизни.

Ключевые слова: паллиативная помощь, тяжелая деменция, болевой синдром, реабилитация.

INTERNATIONAL EXPERIENCE ON QUESTIONS OF PROVIDING OF PALLIATIVE HELP TO THE PATIENTS WITH A SEVERE DEMENTIA

I. Pinchuk, Zh. Dudina, N. Stepanova

In spite of increasing in the world of morbidity a dementia, presently, in a home normatively-legal base and scientific literature data are absent information about providing of palliative help to the patients with a severe dementia. There are a few publications about providing of palliative help to the patients of this category. Researches of palliative direction, in improvement of palliative help, carried fragmentary character, at the same time there are regardless clinical and rehabilitation aspects of quality of caring to this patients.Palliative care is one of the prior research topics in this area. It focuses on supporting the vital functioning and providing comfort for the patientson the last-age of life.

Key words: dementia, palliative care, pain, rehabilitation.

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895.8

О.О. Літвінов

ПЕРВАЗИВНІ ПОРУШЕННЯ РОЗВИТКУ ТА ШИЗОФРЕНІЯ: АСПЕКТИ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ

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

Ключові слова: первазивні порушення розвитку, розлади спектра аутизму, шизофренія, клініка, диференційна діагностика, адаптація, лікування.

У статті розглядаються питання диференціальної діагностики розладів спектра аутизму і розладів спектра шизофренії. Результати, отримані в ході дослідження, свідчать про необхідність застосування диференційованих стратегій лікування та медико-соціальної реабілітації пацієнтів з ендогенно-процесуальними і первазивними порушеннями.

Первазивні порушення розвитку (ППР) та шизофренія є одними з найпоширеніших інвалідизуючих захворювань. На шизофренію хворіє близько 1% населення планети [31]. Поширеність ППР серед дорослого населення є подібною та становить 1,8 % серед чоловіків та 0,8 % серед жінок, відповідно до офіційних даних британських досліджень [7]. Ще декілька десятиліть тому обидва розлади класифікувалися в єдиній дефініції. Згодом відділення ППР від дитячих процесуальних захворювань стало важливим кроком у розвитку психіатричної науки. За МКХ–10 та DSM–5 обидві нозології мають чітко визначені діагностичні критерії та алгоритми діагностики [16, 27].

У більшості випадків аутизм та інші ППР діагностують в ранньому дитячому віці, як правило до трьох років. Первинна діагностика ППР у дорослому віці відбувається рідко [16, 27].

Беручи до уваги ранній початок та схожість клінічної картини ППР і шизофренії, можна оцінити складність їх диференційної діагностики. Дитяча шизофренія маніфестує у віці до 13 років, зазвичай після 7 років, і є достатньо тяжкою формою захворювання [15]. Їй, як і аутизму, притаманна соціальна ізоляція, порушення комунікації та поганий зоровий контакт, що в даному випадку є негативною симптоматикою [3]. Водночас, аутисти, при змінах рутини, які є для них стресовими, стають тривожними, афективно нестабільними, мають невпорядковане мислення та вольові порушення [5]. Також деякий відсоток людей з ППР переживають вербальні та зорові галюцинації, як хворі на шизофренію [24].

На ранніх етапах діагностики розмежування шизофренії та ППР ускладнюється наявністю у багатьох дітей специфічних порушень сенсомоторного розвитку, мовлення та соціокогнітивного дефіциту, які на поведінковому рівні є психопатологічними особливостями обох розладів, окрім специфічних діагностичних ознак [9, 10].

Першим, хто описав тяжкість і частоту предпсихотичних порушень розвитку при дитячий шизофренії, був Kolvin, який визначив комунікативний і моторний дефіцити, а також недостатність у формуванні соціальних зв'язків [18]. Преморбідні порушення розвитку при шизофренії не є новою концепцією, і власне саму шизофренію науковці давно розглядають як порушення нейророзвитку [25]. Наразі існує чимало досліджень, які свідчать про затримку розвитку, що передувала маніфестації психозу [11–12]. Подібна ситуація була зафіксована при ППР, де ті ж самі дефіцити виявлено у 28–55% дітей. Ці результати було повторено багатьма авторами в численних подальших дослідженнях [17–19].

На наш погляд, найскладнішим випадком у диференційній діагностиці ППР та шизофренії є можлива наявність коморбідності обох розладів. Досвід світових досліджень вказує на те, що 28% психічно хворих дітей мають цю патологію [6]. Вчені з Йєльського Child Study Center позначили цю когорту як multiplex developmental disorder. У Нідерландах в даному випадку використовують термін multiple complex developmental disorder (MCDD), щоб описувати пацієнтів, які відповідають діагностичним критеріям ППР та мають порушення мислення або інші ознаки, властиві ендогенно-процесуальній патології [1, 2, 9, 20].

У сучасному науковому середовищі існує припущення, що у хворих на аутизм високим є ризик розвитку психозу, і порушення нейророзвитку, типове для ППР, може представляти альтернативну «entry-point» в загальний психотичний патогенез із шизофренією [24]. Зарубіжні дослідження показали, що із настанням дорослого віку психоз розвивається у 64 % дітей з MCDD [1, 25].

З появою нових досягнень в генетиці та нейробіології чимало спеціалістів позиціонують наявність певних зв'язків між ППР та шизофренією. Хоча існує дефіцит епідеміологічних досліджень у цій галузі, є докази спільних генетичних факторів розвитку обох розладів. З'ясувалося, що делеції хромосом, які асоційовані з шизофренією, також пов'язані з аутизмом, розладом дефіциту уваги та розумовою відсталістю [10].

Розлади спектра шизофренії (РСШ) та ППР схожі також на морфологічному рівні, завдяки подібним структурним порушенням мозочка, острівної кори і веретеноподібної звивини [4, 8, 24].

Незважаючи на те, що до сьогодні не проводилось системних порівняльних досліджень геномного зв'язку

ППР та шизофренії, наявні дані про функціональну єдність кальцієвих каналів, які є невід'ємною частиною пресинаптичної функції обох фенотипів [10]. Функціонально, при обох нозологіях, спостерігається однакова модель дефіциту нейрональної активності в правій мигдалині, веретеноподібній звивині та префронтальній корі під час виконування соціокогнітивних функцій [21].

Також встановлено, що на клітинному рівні змінюється спільний маркер даних розладів – Реєлін. Оскільки Реєлін надає сигнали мігруючим клітинам, припускають, що його недостатність може призводити до появи ранньої патології нейророзвитку, до якої залучені як ППР, так і шизофренія [17].

Якщо розглядати спільну траєкторію розвитку патологій з точки зору нейрохімії, то у деяких пацієнтів з ППР, як і у хворих на психоз, спостерігається порушення синтезу серотоніну та дисфункція його рецепторів [19, 28].

Достатньо очевидна наявність патофізіологічної схожості порушень розвитку мозку при обох захворюваннях у віці їх приблизного маніфестування. Але патогенетичні зв'язки не підтримують модель, в якій одна патологія трансформується в іншу. З подальшим розвитком патологічного процесу патоморфози ППР та РСШ відбуваються в паралельних площинах і мають все менше спільного.

Незважаючи на прихильність багатьох клініцистів до старої радянської школи психіатрії, ми підтримуємо положення світової науково-медичної спільноти, що наполягає на концептуальних відмінностях між розладами спектра шизофренії та ППР.

На базі Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології нами було проведене власне порівняльне дослідження когорти аутистів та ендогенних хворих з урахуванням анамнестичних особливостей маніфестування цих розладів, їх патогенезу та сучасного клінічного стану.

Мета дослідження. Порівняльне дослідження клініко-динамічних особливостей клінічного патоморфозу розладів спектрів шизофренії та аутизму у підлітків і повнолітніх. Порівняльне дослідження рівня їх соціальної адаптації та інклюзії.

Матеріали та методи дослідження

Об'єктом дослідження був 61 пацієнт. Рандомізовано 40 чоловіків та 21 жінка, у віці 15 – 30 років. Рандомізація хворих відбувалася за належністю до нозологічних груп ППР та шизофренії, які маніфестували та були діагностовані в дитинстві або в підлітковому віці. 30 пацієнтів належали до групи ППР, 31 – до групи шизофренії. Досліджували особливості раннього психомоторного розвитку, клінічний поліморфізм, коморбідні психічні розлади, рівень соціокогнітивного та побутового функціонування, методи терапії та медико-соціальної допомоги, які отримували підлітки та повнолітні хворі на ППР та РСШ.

Проводили анамнестичне та клініко-динамічне обстеження пацієнтів в групах порівняння. Для формалізованої структурованої оцінки використовували напівструктуроване діагностичне інтерв'ю аутизму ADI – R (адаптація УНДІ ССПН), напівструктуроване інтерв'ю афективних розладів і шизофренії (SADS), шкалу адаптивної поведінки Вайнленд (VABS), шкалу позитивних та негативних симптомів (PANSS), шкалу загального клінічного враження (CGI). Для оцінки інтелекту використовували тест Векслера (WAIS).

Результати та їх обговорення

Серед досліджених пацієнтів спадкову обтяженість на психічні захворювання виявлено у (25±5,5)%. У групі шизофренії вона виявлена у 10 випадках, в одного з сиблінгів або батьків, у групі ППР – у 5 хворих. У обох випадках анамнез був обтяжений захворюванням зі спектра шизофренії. Встановлено переважання представленості обтяженої спадковості у хворих на шизофренію, яка була вдвічі більшою, порівняно з ППР. Це свідчить на користь думки, що розлади спектра аутизму та шизофренії мають різний вплив цього фактора на розвиток захворювання.

Пренатальна патологія, представлена внутрішньоутробними інфекціями, токсикозом та труднощами при пологах (кесарів розтин, акушерські щипці, вакуумекстракція, стимуляція) частіше зустрічалася в групі ППР. Тільки у 4 пацієнтів, хворих на шизофренію, в анамнезі була патологічна вагітність, у 6 – ускладнені пологи. При ППР 26 рандомізованих хворих мали ускладнення на етапах внутрішньоутробного розвитку та при пологах.

У ранньому дитинстві 15 рандомізованих пацієнтів з ППР перебували під наглядом психіатрів чи неврологів з приводу відхилень розвитку чи його затримки, тоді як серед ендогенних хворих таких було лише 3. Привертає увагу тяжкість порушень розвитку. Наприклад, у групі спектра шизофренії спостерігали порушення мовлення III рівня, тоді як при ППР комунікативний дефіцит був представлений складною дислалією чи алалією. Навички написання та читання у хворих на шизофренію, на відміну від пацієнтів з ППР, були порушені частково, були відсутні порушення перцепції.

Катамнестичні дані свідчать про повне подальше відновлення розвитку в групі шизофренії та лише часткове в групі ППР. На цьому можна зробити акцент, як на діагностичній відмінності двох досліджуваних категорій хворих, які перекрилися в ранньому дитинстві. Особливістю аутизму в даному випадку є довготривала затримка психомоторного розвитку, який не відновиться спонтанно, без втручань спеціалістів, на відміну від шизофренії, при якій такий варіант цілком можливий.

Діапазон рівня інтелекту у пацієнтів з розладами спектра шизофренії був у межах від 63 до 112 балів, з середнім показником 88 балів. Серед аутистів 22 хворих мали IQ в межах, що відповідають рівню розумової відсталості, та лише у 8 рандомізованих пацієнтів IQ був вище 70. Не дивлячись на інтелектуальну недостатність, 18 з 30 хворих з ППР отримали середню освіту. Деякі з них, ті що мали відповідні когнітивні можливості, продовжили навчання: 4 вступили до ПТУ, 2 до технікуму, 2 до ВНЗу, решта ніде не навчалася. Досвіду трудової діяльності ніхто з пацієнтів даної групи на момент обстеження не мав. Інша ситуація спостерігалася в групі шизофренії. Всі хворі цієї групи навчалися в середній школі (2 з них в школі-інтернаті), і лише 3 пацієнти із

загалу мають незакінчену середню освіту. Надалі 3 пацієнти вступили до вишів і ще 2 отримали спеціальну освіту. 7 хворих групи РСШ працевлаштувалися: 3 вели кваліфіковану трудову діяльність, 4 виконували низькокваліфіковану роботу.

Таким чином, у пацієнтів із шизофренією виявився вищий рівень професійної адаптації а очевидною диференційно-діагностичною ознакою є їхня перевага над групою ППР у когнітивній компетентності.

В групі РСШ порушення пізнавального процесу були пов'язані із загостренням психотичної симптоматики та зростанням дефекту особистості, а труднощі з професійною діяльністю спостерігалися при прогресуванні апатії та гіпобулії, і, треба зазначити, без втрати навичок. Більш низький рівень адаптації та глибоке когнітивне порушення відмічалося у тих хворих, в структурі клініки яких була яскраво виражена галюцинаторно-параноїдна симптоматика та порушення поведінки. Когнітивне функціонування учасників групи ППР прямо залежало від рівня інтелекту та ступеня розвитку навичок. І, як видно з даних таблиці 1, половина хворих цієї групи мали окреслені проблеми.

Походження соціокомунікативного дефіциту в обох досліджуваних групах має певні відмінності. У когорті ППР якісні порушення соціальної взаємодії відбувалися за рахунок сталих первазивних відхилень у їх формуванні та подальшому розвитку. Тобто, недорозвинуті навички та особливості аутичної перцепції обмежували можливості у соціальній компетентності та комунікації з навколишнім світом, що продемонстровано у таблиці 1.

Таблиця 1. Клінічна типологія психічних розладів в групах хворих на шизофренію та ППР

Ознака	Шизофренія, кіль-сть хворих (% ± m)		ППР, кількість хворих (% ±m)	
	%	m	%	m
Галюцинації, псевдогалюцинації	51,6	8,9	0	-
Маячення	38,7	8,7	0	-
Порушення абстрактного мислення	77,4	7,5	13,3	6,1
Емоційно-вольові порушення	100	-	66,6	8,6
Стереотипна поведінка, ритуали	25,8	7,8	60	8,9
Порушення соціальної реципрокності	19,3	7	95	3,9
Порушення комунікації	19,3	7	73,3	8
Когнітивні порушення	16,1	6,6	53,3	9,1

Таблиця 2 описує рівень загальної адаптації цих хворих, близько третини яких були повністю дезадаптовані. Цікаво, що рівень адаптації у групі ППР був мозаїчним: більше половини пацієнтів інтегрувалися в суспільство, але водночас потребували сторонньої підтримки у побуті. На відміну від них, хворі на шизофренію еквівалентно орієнтувалися в повсякденному житті та функціонували в соціумі.

В ендогенній групі соціальні зв'язки були сформовані на достатньому рівні, а потім розривалися внаслідок наростання апато-абулічної симптоматики та поглиблення дисоціативних проблем, або відбувалося уникнення комунікації за галюцинаторно-маячними мотивами, при збереженні рівня отриманих навичок спілкування.

Таблиця 2. Порівняльна характеристика показників адаптації в групі хворих на ППР та шизофренію

Рівень адаптації	Група шизофренії, кількість хворих, (%)	Група ППР, кількість хворих (%)
Дезадаптація	25,8	40
Часткова адаптація	32,2	40
Високий рівень адаптації	41,9	20

Таблиця 3. Порівняльна характеристика коморбідної патології в групах хворих на ППР та РСШ

Супутня патологія	Група розладів спектра шизофренії, кількість хворих (% ± m)		Група ППР, кількість хворих (% ± m)	
	%	m	%	m
Тривожний розлад	16,1	6,6	26,6	8
Депресивний розлад	19,3	7	10	5,4
Агресія, аутоагресія	67,7	8,3	40	8,9
ВСД	12,9	6	46,6	9,1
Енцефалопатія	3,2	3,1	73,3	8
Епілепсія	3,2	3,1	13,3	6,1

Тобто, до зниження якості адаптаційних механізмів при шизофренії призвела виключно екзацербація психічних процесів, тоді як рівень інклюзії та соціального функціонування хворих з ППР корелював із ступенем зрілості розвитку та мірою зростання соціальних вимог середовища.

Важливе місце у формуванні адаптаційних механізмів займає коморбідна патологія. У таблиці 3 описана наявність супутньої патології в обох досліджуваних групах.

В таблиці відображено коморбідні розлади, які мають істотний вплив на становлення клініки основного захворювання та, відповідно, на рівень соціального функціонування хворих, обмежуючи його через когнітивну недостатність і емоційно-поведінкові фактори. Формування та закріплення пізнавальних навичок найбільше ускладнювались зниженням когнітивного ресурсу при наявності енцефалопатії. Підвищена тривожність та депресивні епізоди, в свою чергу, знижували соціальну інтеграцію хворих. Супутня епілепсія та порушення поведінки корелювали із тяжкістю симптоматики основного захворювання та дефіцитом загальної адаптації.

У лікуванні хворих з групи шизофренії переважали нейролептики. Використовували як типові, так і атипові антипсихотики. Найчастіше призначали рисперидон, кветіапін, амісульприд та аріпіпразол. При депресивних розладах застосовували, переважно, трициклічні антидепресанти. У хворих з РСШ переважала політерапія, мала місце поліпрагмазія. Політерапія включала комбінацію нейролептика, антидепресанта та транквілізатора (у гострому періоді). У групі хворих на ППР медикаментозна терапія включала застосування рисперидону та клозапіну. При депресіях призначали переважно СІОЗС та переважала монотерапія.

Методи лікування ендогенних розладів та первазивних порушень розвитку відрізнялися. Якщо при процесуальних розладах застосували декілька груп нейротропних препаратів, то при ППР пріоритет надавали біопсихосоціальним моделям терапії у вигляді поведінкових втручань. Використання нейролептиків та інших медикаментів було обмежене і спрямоване лише на нівелювання супутніх емоційно-вольових розладів, порушень поведінки тощо.

На сьогодні фармакотерапія залишається основним видом лікування шизофренії, а психотерапевтичні методики є вторинними і такими, що допомагають хворим ресоціалізуватися і відновити втрачені навички або компенсувати певний дефіцит.

Пацієнти з ППР потребують щоденного навчання навичкам соціокомунікативних інтеракцій. Поведінкова терапія та спеціальні освітні втручання належать до нечисленної групи методів психотерапії, які використовують на принципах наукової доказовості. Це дає змогу значно покращити якість життя та функціонування пацієнтів.

Висновки

Диференційна діагностика ППР та РСШ є важливою проблемою для клінічної психіатрії. ППР треба відмежувати від шизотипового розладу особистості, шизофреноформних розладів, дефектних станів. Найбільшу складність викликають випадки подвійної діагностики шизофренії та розладів спектра аутизму.

Ендогенно-процесуальні захворювання проявляються переважно психотичною симптоматикою або дисгармонійним дефіцитом психічних функцій. В структурі первазивних розладів переважають есенціальні соціокомунікативні, сенсомоторні та специфічні перцептивні порушення.

Якщо розглядати вплив клінічних проявів обох розладів крізь призму адаптації, то, як демонструє наше дослідження, хворі на шизофренію дезадаптуються за рахунок патологічної поведінки, а на пізніх етапах патогенезу втрачають соціальну компетентність та нарощують комунікативний дефіцит внаслідок дефективних змін особистості. При ППР спостерігаються труднощі із формуванням соціальних зв'язків від самого маніфесту розладу.

Отримані результати свідчать про необхідність застосування диференційованих стратегій лікування та медико-соціальної реабілітації хворих з ендогенно-процесуальними та первазивними розладами.

Список використаної літератури

1. *A control led multivariate chart review of multiple complex developmental disorder / R. J. VanderGaag, J. Buitelaar, E. VandenBan [et al.] // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1995. – Vol. 34. – P. 1096–1106.*
2. *A control led study of formal thought disor derin children with autism and multiple complex develop mental disorders / R. VanderGaag, R. Caplan, H. van Engeland [et al.] // J. Child Adolesc Psychopharmacol. – 2005. – Vol. 15. – P. 465–476.*
3. *A pilot study of D-cycloserine in subjects with autistic disorder / D. J. Posey, D. L. Kem, N. B. Swiezy [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 161. – P. 2115–2117.*
4. *A reviewof MRI finding sins chizophrenia / M. E. Shenton, C. C. Dickey, M. Frumin, R. W. McCarley // Schizophr Res. – 2001. – Vol. 49. – P. 1–52.*
5. *Autism – an evolving concept / T. P. Berney // Br. J. Psychiatry. – 2000. – Vol. 176. – P. 20–25.*
6. *Autism spectrum disorders and childhood-onset schizophrenia: clinical and biological contributions to a relation revisited / J. Rapoport, A. Chavez, D. Greenstein [et al.] // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 2009. – Vol. 48. – P. 10–18.*
7. *Autism Spectrum Disorders inadults living in house holds throughout England : a report from the Adult Psychiatric Morbidity Survey / T. Brugha, S. McManus, H. Meltzer [et al.]. – 2007.*
8. *Autistic disorders and schizophrenia: related or remote? Ananatomical Likelihood Estimation / C. Cheung, K. Yu, G. Fung [et al.] // PLoS ONE. –2010. – Vol. 5. – e12233.*
9. *Buitelaar J. K. Diagnostic rules for children with PDD-NOS and multiple complex developmental disorder / J. K. Buitelaar, R. J. VanderGaag // J. Child. Psychol. Psychiatry.– 1998. – Vol. 39. – P. 911–919.*
10. *Carroll L. S. Genetic overlap between autism, schizophrenia and bipolar disorder / L. S. Carroll, M. J. Owen // Genome Med. – 2009. – Vol. 1. – P. 102.*
11. *Child development risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort / P. Jones, B. Rodgers, R. Murray, M. Marmot // Lancet. – 1994. – Vol. 344 (8934). – P. 1398–1402.*
12. *Child hood and adoles cent predictors of schizophrenia in the Northern Finland 1966 birth cohort–a descriptive life-span model / M. Isohanni, P. Jones, L. Kemppainen [et al.] // Eur. Arch. Psychiatry. Clin. Neurosci. – 2000. – Vol. 250 (6). – P. 311–319.*
13. *Child hood antecedents of schizophrenia and affective illness: social adjustment stages 7 and 11 / D. J. Done, T. J. Crow, E. C. Johnstone, A. Sacker // BMJ. – 1994. – Vol. 309. – P. 699–703.*
14. *Child hood antecedents of schizophrenia and affective illness: social adjustment stages 7 and 11 / D. J. Done, T. J. Crow, E. C. Johnstone, A. Sacker // BMJ.–1994. – Vol. 309. – P. 699–703.*
15. *Childand Adoelscent Schizophrenia / C. Hollis, J. Rapoport, D. Weinberger, P. Harrison // Schizophrenia. – Vol. 3. – London, Blackwell .– 2008.*
16. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition / by American Psychiatric Association. – 2013.*
17. *Fatemi S. H. Reelin glycoprotein: structure, biology and roles in health and disease / S. H. Fatemi // Mol. Psychiatry. – 2005. – Vol. 10. – P. 251–257.*
18. *Kolvin I. Studies in the Childhood Psychoses / I. Kolvin // Diagnostic criteria and classification. – Br. J. Psychiatry. –1971.– Vol. 118.– P. 381–384.*
19. *Lam K. S Neurochemical correlates of autistic disorder: a reviewoftheliterature / K. S. Lam, M. G. Aman, L. E. Arnold // Res. Dev. Disabil. – 2006. – Vol. 27. – P. 254–289.*
20. *Multiple complex developmental disorder delineated from PDD-NOS / de Bruin E. I., de Nijs P. F., Verheij F. [et al.] // J. Autism Dev Disord. – 2007. – Vol. 37. – P. 1181–1191.*
21. *Neural bases for impaired social cognitionins chizophrenia and autism spectrum disorders / A. E. Pinkham, J. B. Hopfinger, K. A. Pelphrey [et al.] // Schizophr Res. – 2008. – Vol. 99. – P. 164–175.*
22. *Pathways to psychosis: a comparison of the pervasive developmental disorder subtype multiple complex developmental disorder and the "at risk mental state"/ M. Sprong, H. E. Becker, P. F. Schothorst [et al.] // Schizophr Res. – 2008. – Vol. 99. – P. 38–47.*
23. *Pervasive developmental disorder and childhood-onset schizophrenia: comorbid disorderor a phenotypic variant of a very early onset illness? / A. L. Sporn, A. M. Addington, N. Gogtay [et al.] // Biol. Psychiatry. – 2004. – Vol. 55. – P. 989–994.*
24. *Psychosis and autism: magnetic resonance imaging study of brain anatomy / F. Toal, O. J. Bloemen, Q. Deeley [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2009. – Vol. 194. – P. 418–425.*
25. *Psychosis and autism: magnetic resonance imaging study of brain anatomy / F. Toal, O. J. Bloemen, Q. Deeley [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2009. – Vol. 194. – P. 418–425.*
26. *Rapin I. Autism: definition, neurobiology, screening, diagnosis / I. Rapin, R. F. Tuchman // Pediatr. Clin. North. Am. – 2008. – Vol. 55. – P. 1129–1146.*
27. *The ICD – 10. Classification of Mental and Behavioral Disorders / by World Health Organization. – 1994.*
28. *The role of serotonin in the pathophysiology and treatment of schizophrenia / A. Abi-Dargham, M. Laruelle, G. K. Aghajanian [et al.] // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. – 1997. – Vol. 9. – P. 1–17.*
29. *Watkins J. M. Symptom development in childhood onset schizophrenia / J. M. Watkins, R. F. Asarnow, P. E. Tanguay // J. Child Psychol. Psychiatry. –1988.– Vol. 29. – P. 865–878.*
30. *Weinberger D. Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrena / D. Weinberger // Archivesof General Psychiatry. – 1987. – Vol. 44. – P. 660–669.*
31. *www.who*

ПЕРВАЗИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ И ШИЗОФРЕНИЯ:
АСПЕКТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

А.А. Литвинов

В статье рассматриваются вопросы дифференциальной диагностики расстройств спектра аутизма и расстройств спектра шизофрении. Результаты, полученные в ходе исследования, свидетельствуют о необходимости применения дифференцированных стратегий лечения и медико-социальной реабилитации пациентов с эндогенно-процессуальными и первазивными нарушениями.

Ключевые слова: первазивные нарушения развития, расстройства спектра аутизма, шизофрения, клиника, дифференциальная диагностика, адаптация, лечение.

PERVASIVE DEVELOPMENTAL DISORDERS AND SCHIZOPHRENIA:
ASPECTS OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

A.A. Litvinov

The article examines the differential diagnosis of autism spectrum disorders and schizophrenia spectrum disorders. The resultsof the study indicate the need for a differentiated treatment strategies, medical and social rehabilitation of patients with endogenous disorders and pervasive developmental disorders.

Key words: pervasive developmental disorders, autism spectrum disorders, schizophrenia, clinical manifestations, differential diagnosis, adaptation, treatment.

УДК 616.895.4-008.441.44-055.2:612.123

К.В. Аймедов

ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПІДЛІТКІВ, СХИЛЬНИХ ДО АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Метою нашого дослідження стало вивчення особистісної сфери підлітків зі схильність до аутоагресивної поведінки. У дослідженні взяли участь 176 підлітків віком від 13 до 17 років. У 114 з них в анамнезі відмічалась аутоагресивна поведінка (АП) у вигляді суїцидальних думок, намірів та спроб, ці підлітки склали основну групу (ОГ). До контрольної групи (КГ) увійшли 62 підлітки – учні середньої загальноосвітньої школи, які не мали схильності до аутоагресивної поведінки. У результаті дослідження виявлено, що для підлітків, схильних до аутоагресивної поведінки, характерними є низький рівень самооцінки, критичне ставлення до себе, незадоволеність власною поведінкою, недостатнє прийняття себе, акцентуації характеру.

Ключові слова: аутоагресивна поведінка, підлітковий вік, особистісна сфера.

Актуальність проблеми. Особливої уваги заслуговує сьогодні проблема суїцидальної поведінки. Відомо, що суїцид посідає третє місце у класифікації причин смертності серед населення (після онкологічних та серцево-судинних захворювань). Згідно з прогнозом ВООЗ, у 2020 році приблизно 1,5 мільйона людей у всьому світі загинуть через самогубства та в 10–20 разів більше людей здійснять суїцидальні спроби. За даними ВООЗ, близько 20% самогубств у світі скоюються людьми у юнацькому і підлітковому віці. Число ж суїцидальних дій та намірів набагато більше [4]. Самогубство підлітка найчастіше розглядається як результат того, що крик про допомогу не був почутий вчасно. Але, окрім того, – це вчинок, за допомогою якого юнак чи дівчина намагається привернути до себе увагу. Підлітки, як правило, чутливіше, сердитіше й імпульсивніше реагують на події, ніж люди з інших вікових груп. Нарешті, сугестивність підлітків, їх прагнення наслідувати інших, в тому числі і тих, хто намагається покінчити з собою, може сприяти суїциду. Особливу увагу слід приділяти профілактиці суїциду, яка включає також виявлення підлітків, які знаходяться у групі ризику з даної проблеми [1].

Метою цієї роботи стало вивчення особистісних особливостей підлітків, які мають в анамнезі аутоагресивну поведінку.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні взяли участь 176 підлітків віком від 13 до 17 років. У 114 з них в анамнезі відмічалась аутоагресивна поведінка (АП) у вигляді суїцидальних думок, намірів та спроб, вони склали основну групу (ОГ). До контрольної групи (КГ) увійшли 62 підлітки, які є учнями середньої загальноосвітньої школи та не мали раніше схильності до аутоагресивної поведінки. Дослідження включало методику діагностики акцентуацій К. Леонгарда, Г. Шмішека та методику «Особистісного диференціалу» (ОД). Дослідження проходило на базі ООМЦПЗ та середньої загальноосвітньої школи № 61 м. Одеси.

Результати та їх обговорення

Методику «Особистісного диференціалу» (ОД) використовували для вивчення певних властивостей особистості, її самосвідомості, міжособистісних стосунків. Методика складається із дослідження трьох показників: «Оцінка», яка відображає рівень самооцінки досліджуваного, «Сила», яка характеризує впевненість досліджуваного у собі та «Активність», яка характеризує самосприйняття [2].

При аналізі отриманих результатів (табл. 1) можна зробити висновок, що майже для всіх підлітків з ОГ характерний низький рівень самооцінки (97,37%), водночас, для підлітків з КГ більш притаманний середній рівень самооцінки. Показник «Оцінка» характеризує рівень самоповаги та критичності до себе, задоволеність собою, самоповагу, відображає бачення себе в очах інших людей.

При низькій самооцінці підліток критично ставиться до себе, незадоволений власною поведінкою, рівнем досягнень, особливостями особистості, недостатньо приймає себе.

Середній рівень самооцінки був притаманний більшість досліджених КГ (85,48%), в ОГ лише 2,63% досліджених мали цей рівень самооцінки. Високий рівень самооцінки в ОГ взагалі не виявлений, в КГ 11,29% осіб мали високий рівень самооцінки. Високі значення цього чинника говорять про те, що досліджуваний приймає себе як особистість, схильний усвідомлювати себе як носія позитивних, соціально бажаних характеристик, в певному сенсі задоволений собою, має критичне ставлення до себе.

Показник «Сила» (табл. 2) відображає впевненість досліджуваного в собі, незалежність, схильність покладатися на свої сили у складних ситуаціях, а також свідчить про розвиток вольових сторін особистості,

Таблиця 1. Визначення фактора «Оцінка» за методикою «Особистісний диференціал»

Рівень самооцінки	ОГ, n = 114		КГ, n = 62	
	N	%±m	N	%±m
Високий	-	-	7	11,29±4,02
Середній	3	2,63±1,50	53	85,48±4,47*
Низький	111	97,37±1,50	2	3,23±2,24*

*Примітка. * – різниця достовірна (p<0,05).*

як вони усвідомлюються самим досліджуваним. Високі показники за фактором «Сила» виявлено лише в групі підлітків з КГ (14,52%) Більшість осіб ОГ мали низькі показники за цим фактором (92,98%). Такі обстежені сприймали себе як осіб, залежних від зовнішніх обставин, нездатних домагатися бажаного, контролювати ситуацію, наполягати на своєму. Також низькі значення за фактором сили свідчать про недостатній самоконтроль, нездатність триматися прийнятої лінії поведінки, залежність від зовнішніх обставин і оцінок.

Показник «Активність» відображає самосприйняття підлітка як активної, енергійної людини, що емоційно відгукується на ситуацію – або замкнутої, спокійної, стриманої. Однозначного зв'язку з самооцінкою у цього фактора немає.

Таблиця 2. Визначення фактора «Сила» за методикою «Особистісний диференціал»

Рівень самооцінки	ОГ, n =114		КГ, n =62	
	N	%±m	N	%±m
Високий	0	0,00±0,00	9	14,52±4,47
Середній	8	7,02±2,39	49	79,03±5,17*
Низький	106	92,98±2,39	4	6,45±3,12*

*Примітка. * – різниця достовірна (p<0,05).*

За даними, наведеними в таблиці 3, можна побачити, що високий рівень активності у підлітків з ОГ зовсім не зустрічався, водночас, у підлітків з КГ цей показник виявлено майже у десятої частини обстежених (9,68%), а середній рівень мали 83,87% обстежених. Позитивні значення за фактором «Активність» вказують на екстравертованість, товариськість, імпульсивність.

Низький рівень активності визначено у 92,11% підлітків з ОГ, що свідчить про інтровертованість, певну пасивність, спокійні емоційні реакції, які притаманні таким особистостям.

Особистісні особливості обстежених були виявлені за методикою діагностики акцентуацій К. Леонгарда, Г. Шмішека, який містить 10 шкал відповідно до акцентованих рис характеру: демонстративний, «застрягаючий», педантичний, збудливий, гіпертимічний, дистимічний, тривожно-боязкий, афективно-екзальтований, емотивний та циклотимічний типи [3].

При аналізі отриманих даних, наведених у таблиці 4, виявилось, що «застрягаючий» та збудливий типи акцентуації зустрічаються серед досліджених ОГ частіше, ніж інші (14,04%). При «застрягаючому» типі акцентуації підлітки мають схильність до «застрягання афекту», до маячних реакцій, для них характерна педантичність, злопам'ятність, образливість. Іноді можуть давати афективні спалахи, можуть проявляти агресію. Кількість «застрягаючих» типів акцентуації в КГ є достовірно нижчою, порівняно з ОГ, і складає лише 4,84% обстежених (різниця між групами є достовірною, p<0,05). При збудливому типі акцентуації підлітки схильні до підвищеної імпульсивної реактивності у сфері потягу. В КГ даний тип виявлено у 8,06% обстежених.

Таблиця 3. Визначення фактора «Активність» за методикою «Особистісний диференціал»

Рівень самооцінки	ОГ, n =114		КГ, n =62	
	N	%±m	N	%±m
Високий	0	0,00±0,00	6	9,68±3,75
Середній	9	7,89±2,53	52	83,87±4,67*
Низький	105	92,11±2,53	4	6,45±3,12*

*Примітка. * – різниця достовірна (p<0,05).*

Емотивний тип акцентуації зустрічався у 13,16% підлітків ОГ. Такі особи характеризуються надмірною емоційною чутливістю, різкими змінами настрою в зв'язку з незначними приводами. Емотивні акцентувати здатні глибоко відчувати і переживати. Схильні до добрих стосунків з оточуючими, в любові вразливі, вкрай болісно сприймають грубість, хамство, впадають у відчай, депресію, якщо відбувається розрив або погіршення стосунків з близькими людьми. В КГ цей тип був представлений в 11,29% випадків. Циклотимічний тип також виявлено у 13,16% підлітків ОГ. Для таких особистостей характерними були різкі перепади настрою, з переважанням поганого. У підлітків з КГ цей тип був характерним 12,90% підлітків.

Тривожно-боязким типом акцентуації характеризувались 11,4%. обстежених ОГ. Ці особи мали високий рівень тривожності, були невпевненими у собі. Вони схильні недооцінювати, применшувати свої здібності. Лякаються відповідальності, побоюються всіляких неприємностей для себе і своїх рідних, не можуть вгамувати свої страхи і тривогу, «притягаючи» до себе і близьких реалізацію своїх страхів і побоювань. В КГ даний тип зустрічався у 12,9% осіб.

Таблиця 4. Визначення типів акцентуації в досліджених групах

Типи акцентуації	ОГ, n =114		КГ, n =62	
	N	%±m	N	%±m
Гіпертимічний тип	4	3,51±1,72	8	12,90±4,26*
Тривожно-боязкий тип	13	11,40±2,98	8	12,90±4,26
Дистимічний тип	13	11,40±2,98	5	8,06±3,46
Педантичний тип	11	9,65±2,77	6	9,68±3,75
Збудливий тип	16	14,04±3,25	5	8,06±3,46
Емотивний тип	15	13,16±3,17	7	11,29±4,02
«Застрягаючий» тип	16	14,04±3,25	3	4,84±2,73*
Демонстративний тип	8	7,02±2,39	7	11,29±4,02
Циклотимічний тип	15	13,16±3,17	8	12,90±4,26
Афективно-екзальтований тип	3	2,63±1,50	5	8,06±3,46

*Примітка. * – різниця достовірна (p<0,05).*

Дистимічний тип зустрічався приблизно в рівній пропорції в ОГ та КГ, відповідно 11,4% та 8,06% обстежених. Особам цього типу притаманна схильність до розладів настрою, настрій зазвичай знижений, песимістичні погляди на майбутнє, стомлюваність. Люди цього типу швидко виснажуються в контактах і прагнуть самотності.

Педантичний тип виявлено у 9,65% обстежених ОГ, а також у 9,68% обстежених КГ. У осіб даного типу переважають риси ригідності і педантизму. Ідея порядку й акуратності є головним сенсом їх життя.

Демонстративність була притаманною 7,02% досліджених ОГ, а також 11,29% КГ. Це люди, у яких сильно виражений егоцентризм, прагнення бути постійно в центрі уваги. В даного типу акцентуації часто спостерігається патологічна брехливість.

Щодо гіпертимної акцентуації, цей тип був достовірно більше поширеним у КГ (12,9%), порівняно з ОГ (3,51%). Такі особи є схильними до підвищеного настрою, оптимісти, швидко перемикаються з однієї справи на іншу, не доводять початого до кінця, недисциплінові, легко потрапляють під вплив неблагополучних компаній. Не терплять влади над собою, не люблять, коли ними опікуються.

Афективно-екзальтований тип спостерігався в невеликої кількості осіб в обох групах: в 2,63% випадків в ОГ та в 8,06% – в КГ.

Висновки

При узагальненні отриманих результатів можна зробити такі висновки:

1. Для підлітків, схильних до аутоагресивної поведінки, характерний низький рівень самооцінки, підліток критично ставиться до себе, незадоволений власною поведінкою, рівнем досягнень, особливостями особистості, недостатньо приймає себе. Такі підлітки сприймають себе як осіб, залежних від зовнішніх обставин, нездатних домагатися бажаного, контролювати ситуацію, наполягати на своєму.

2. Для таких підлітків найхарактерніші «застрягаючий», емотивний, збудливий та циклотимічний типи акцентуації. Цим пояснюється надмірна образливість, злопам'ятність, образливість, надмірна емоційна чутливість, або, навпаки, підвищена імпульсивна реактивність у сфері потягу.

Список використаної літератури

1. *Бачило Е. В. Факторы риска развития суицидального поведения (обзор) / Е. В. Бачило // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Т. 8, № 2. – С. 403–409.*
2. *Кабанов М. М. Методы психологической диагностики и коррекции / М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. А. Смирнов // Медицина. – 1983. – С. 3–20.*
3. *Леонгард К. Акцентуированные личности / К. Леонгард / пер. и ред. В. М. Блейхера. – К. : Вища школа, 1989. – 375 с.*
4. *Предотвращение самоубивств : справочное пособие для консультантов / Всемирная организация здравоохранения. – М. : WHO, 2006 – 30 с.*

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ ПОДРОСТКОВ С АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

К.В. Аймедов

Целью нашего исследования стало изучение личностной сферы подростков со склонностью к аутоагрессивному поведению. В исследовании приняли участие 176 подростков в возрасте от 13 до 17 лет. У 114 из них подростков в анамнезе отмечалась аутоагрессивное поведение (АП) в виде суицидальных мыслей, намерений и попыток, эти подростки составили основную группу (ОГ). В контрольную группу (КГ) вошли 62 подростка –ученики средней общеобразовательной школы, не имеющие склонности к аутоагрессивному поведению. В результате исследования выявлено, что для подростков, склонных к АП, характерны низкий уровень самооценки, критическое отношение к себе, недовольство собственным поведением, недостаточное принятие себя, акцентуации характера.

Ключевые слова: аутоагрессивное поведение, подростковый возраст, личностная сфера

PERSONALITY FEATURES IN ADOLESCENTS WITH AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR

K.V.Aymedov

The purpose of this study was to investigate personality features in teenagers with a penchant for the autoagressive behavior. The study involved 176 adolescents aged 13 to 17 years. Among them, 114 teenagers had a history of auto-aggressive behavior (AB) in the form of suicidal thoughts, intentions and attempts, they are the main group. In the control group included 62 teenagers who were students of secondary school and had no previous inclination to autoagressivnogo behavior. The study found that adolescents who are prone to autoaggressive behavior characterized by low self-esteem, critical attitude towards oneself, dissatisfaction with their own behavior, lack of acceptance of self, character accentuation.

Key words: auto-aggressive behavior, adolescence, personality sphere .

УДК 616.89.02 613.86.70+159.923

О.В. Погорелко

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ І СПЕЦИФІКА РЕАЛІЗАЦІЇ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ

Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня імені О.Ф. Мальцева, м. Полтава

З дотриманням принципів біоетики та деонтології протягом 2010–2013 років на базі дитячого психіатричного відділення Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О.Ф. Мальцева було обстежено 100 підлітків віком від 14 до 17 років зі змішаними розладами емоцій і поведінки F92, серед них у 50 осіб виявлено прояви аутоагресивної поведінки у вигляді суїцидальних думок, задумів, намірів, рішень (36 осіб, 72%) або суїцидальної спроби в анамнезі (14 осіб, 28%).

На основі встановлення клініко-феноменологічних особливостей аутоагресивної поведінки у даного контингенту, біологічних, психосоціальних і психологічних факторів ризику її розвитку розроблено програму лікування, психокорекції та психопрофілактики аутоагресивної поведінки у підлітків, створену з урахуванням загальних особливостей підліткового контингенту, а також специфіки чинників, що мають місце у осіб зі змішаним розладом емоцій і поведінки, є багаторівневою, орієнтованою на новітні психопрофілактичні тенденції і технології, що робить її універсальною для різних контингентів підлітків.

Ключові слова: аутоагресивна поведінка, підлітки, психопрофілактика, психокорекція.

Аутоагресивна поведінка (АП) є нині однією з серйозних проблем охорони здоров'я в усьому світі: за останні 45 років показники поширеності АП збільшилися на 60%, на сьогодні по причині суїциду щороку помирає майже один мільйон осіб. Це ставить АП на десяте місце серед провідних причин смерті в усьому світі, а у віковій категорії від 15 до 44 років – на одне з трьох провідних причин смерті [1, 2]. Україна на сьогодні входить до групи країн з середнім рівнем суїцидальної активності: на цей час фіксується до 20 випадків суїциду на 100 тисяч населення [1].

Для формування програм профілактики АП важливим є визначення предикторів і превенторів її появи [1]. Це сталі характеристики, що мають тенденцію до регулярного повторного знаходження в дослідженнях на великих вибірках людей, схильних до аутоагресії. До базових факторів ризику прийнято відносити соціально-демографічні, релігійні, етнічні, психологічні, біографічні, медичні, біологічні та інші чинники [2–4]. Відповідно до щільності цих факторів виділяють групи ризику АП, до яких, наряду з іншими, входять і підлітки.

За свідченнями фахівців [5–7], підлітковий контингент, в силу специфічних особливостей розвитку, а саме – раннього наростання біологічної зрілості на фоні психічної, соціальної, психологічної та іншої несформованості, є дуже уразливим для впливу будь-яких негативних чинників, наслідком чого можуть бути різноманітні між- та внутрішньоособистісні конфлікти, їх глобалізація й фіксація індивідуума. Це може призвести до розладів емоційної сфери (тривожних, депресивних, тривожно-депресивних, фобічних), формування агресивних форм зовнішньої поведінки, схильності до різноманітних адикцій, високого суїцидального ризику або інших проявів психосоціальної дезадаптації [8].

Отже, психопрофілактика АП у підлітків постає важливим медико-соціальним завданням, вирішення якого повинне здійснюватися з урахуванням сучасних світових тенденцій стосовно превентивних стратегій.

На теперішній час світові уявлення щодо підходів до профілактики психічних і поведінкових розладів дістали подальшого розвитку, і трикрокова модель профілактики (первинна, вторинна, третинна), не втративши свого значення, трансформувалася для того, щоб бути більш конгруентною до викликів сьогодення. Як визначають нині експерти ВООЗ, функція профілактики стосовно підліткового контингенту полягає, в першу чергу, в допомозі їм у структуризації поведінки, можливостей і систем забезпечення життя у зв'язку з численними впливами та вимогами з боку соціальних норм, взаємодії з однолітками, умов проживання чи просто їхніх індивідуальних особливостей [9, 10].

Отже, сучасними профілактичними стратегіями та моделями втручання щодо психічних і поведінкових розладів, зокрема АП, на сьогодні визнані:

1) універсальна (попереджувальна) профілактика, яка має на меті формування світогляду «здорового способу життя» і його активного впровадження, є переважно соціальною, найбільш масовою і орієнтована на загальну популяцію;

2) селективна (таргетна) профілактика – вибіркова, орієнтована на роботу з особами або групами осіб, ризик розвитку у яких психічних і поведінкових порушень є вищим, ніж в середньому в популяції, та спрямована на біологічні, психологічні чи соціальні фактори ризику, які більш притаманні даній групі осіб порівняно з іншими верствами населення;

3) індикативна (модифікаційна) профілактика – індивідуальна, орієнтована на окремих осіб з наявністю

клініко-психопатологічних проявів, вираженість яких не доходить до клінічно окресленого рівня, або з реакціями психічної/психологічної дезадаптації, що можуть призвести до розвитку психічних, емоційних або поведінкових розладів. В цьому випадку профілактичні втручання націлені на редукцію донозологічних порушень, ідентифікацію й нівеляцію патологічної дії провідних дезадаптуючих факторів, а також пошук і активацію дефензивних чинників, що мають місце в навколишньому середовищі [11].

Дещо спрощуючи, можна сказати, що сучасні превентивні стратегії у середовищі націлюються на соціальні норми, універсальна профілактика зосереджується на розвитку навичок і взаємодії з однолітками, селективна профілактика фокусується на умовах проживання та психосоціальних чинниках, а індикативна профілактика займається індивідуальними особливостями і психопатологією.

Таким чином, наведена класифікація профілактичних стратегій [12] на сьогодні зайняла місце медичної парадигми щодо первинної, вторинної та третинної профілактики, яка використовувалася раніше. Попередня класифікація була корисна для роботи з розвитком патологій і зовсім не підійшла для урахування тонкощів людської поведінки і проявів, а також вразливості і ризиків. Так, для універсальної профілактики, наприклад, все населення має однакові ризики, хоча для окремих людей – вони є різними. Для селективної профілактики соціальні чи демографічні показники є корисними для визначення рівнів вразливості, що дає можливість націлюватися на конкретну групу чи конкретні регіони проживання. Для індикативної профілактики в центрі роботи – вразливий індивідуум, але з супроводом скринінгових та моніторингових дій.

Враховуючи вищенаведене, з метою створення багаторівневої програми психопрофілактики та психокорекції АП у підлітків, з дотриманням принципів біоетики та деонтології, на базі дитячого психіатричного відділення Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О.Ф. Мальцева протягом 2010–2013 років було обстежено 100 підлітків віком від 14 до 17 років зі змішаними розладами емоцій і поведінки F92. Серед них у 50 осіб, які склали основну групу (ОГ), виявлено прояви АП у вигляді суїцидальних думок, задумів, намірів, рішень (36 осіб, 72%) або суїцидальної спроби в анамнезі (14 осіб, 28%). До групи порівняння (ГП) увійшли 50 пацієнтів без ознак АП.

Обстеження включало в себе розгорнуте клініко-психопатологічне та психодіагностичне дослідження з використанням клінічних рейтингових шкал HADS і HDRS, методики багатовимірної оцінки дитячої тривожності О. Роміциної, а також шкал виміру суїцидального ризику і самосвідомості смерті, розроблених під керівництвом професора В.Л. Гавенка. Також використовували патохарактерологічний діагностичний опитувальник (ПДО) А.Є. Лічка и Н.Я. Іванова для встановлення акцентуацій у осіб молодого віку та наявності реакції емансипації (прагнення звільнитися від контролю, опіки старших), психологічної схильності до алкоголізації та делінквентності; методику діагностики показників і форм агресії А. Басса і А. Даркі, що диференціює прояви агресії і ворожості індивіда, та методику визначення копінг-стратегій Р. Лазаруса.

Серед підлітків з проявами АП було 56% дівчинок (середній вік 15,4±1,8 року) і 44% хлопців (середній вік 16,3±1,7 року), а між обстеженими зі змішаними розладами емоцій і поведінки без АП – 62% хлопців (середній вік 15,9±1,2 року) і 38% дівчат (середній вік 15,1±1,4 року).

Серед поведінкових порушень у осіб обох груп переважали: прогулювання занять у школі – 86%, втеча з дому – 81%, образи й роздратування у відповідь на слова та дії оточуючих – 71%, безпідставне обурення – 61%, часті спалахи гніву – 59%, перекладання власної провини на інших людей – 58%, схильність до брехні – 56%, злопам'ятність або мстивість – 50%, прагнення сперечатися з дорослими – 49%, ігнорування вимог дорослих – 48%, демонстративні вчинки, неприємні для інших, – 40%, крадіжки цінних речей з дому або інших місць – 22%, часті бійки – 18%, жорстокість до тварин – 8%, переслідування інших осіб, завдання їм болю – 6%, грабування приміщень, автомобілів – 6% дітей.

Авторами виділено клінічні варіанти емоційних порушень, притаманних обстеженим різних груп. Для підлітків зі змішаним розладом емоцій та поведінки без проявів АП характерними виявилися тривожно-експлозивний (38%) і мозаїчний (62%) варіанти емоційних порушень. У підлітків з проявами АП встановлено депресивно-уникаючий (30%), тривожно-підозрілий (34%) і астено-істероїдний (36%) клінічні варіанти емоційних порушень.

Аналіз контекстуальних чинників дозволив встановити предиспозиційні біологічні, психосоціальні й психологічні фактори в ґенезі АП у підлітків.

Біологічні контекстуальні предиспозиційні чинники АП:

- спадкова обтяженість за психічними і поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю або АП;
- адиктивна поведінка у вигляді неодноразового вживання алкоголю зі шкідливими наслідками, паління похідних каннабісу та інгаляції токсичних речовин.

Психосоціальні (інтрапсихологічні) контекстуальні предиспозиційні чинники АП:

- 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.

Інтерпсихологічні предиктори АП у підлітків:

- наявність акцентуйованих рис нестійкості, гіпертимності, шизоїдності – ізольованих або сполучених з істероїдністю;
- виражені агресивні прояви у вигляді негативізму, підозрілості, образи й почуття провини;
- превалювання копінг-стратегій втеча–уникнення, пошук соціальної підтримки або конфронтація.

На основі узагальнення отриманих даних авторами запропоновано комплекс лікувальних психокорекційних і психопрофілактичних заходів щодо АП у підліт-

ків, який може бути застосована як для загальної популяції, так і для контингенту зі змішаним розладом емоцій і поведінки (рис. 1).

Спочатку на основі здійснення психодіагностичних процедур проводили диференційовану оцінку необхідності включення в терапевтичну або психопрофілак-

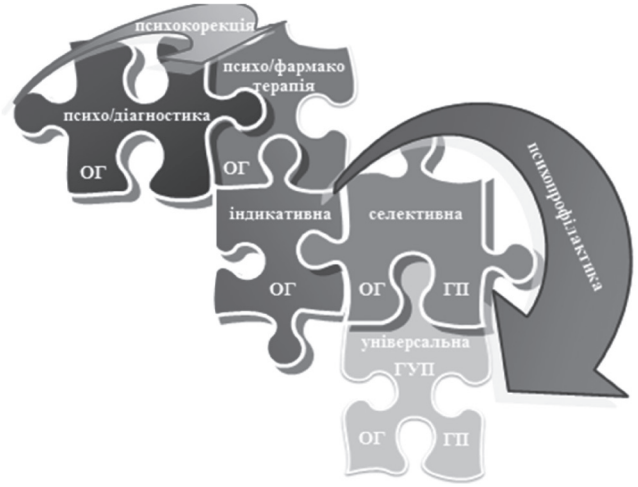


Рис. 1. Структура багаторівневої програми корекції й психопрофілактики аутоагресивної поведінки у підлітків зі змішаним розладом емоцій і поведінки

тичну групи. В терапевтичну групу, членам якої спочатку проводили лікувальні заходи, були спрямовані усі підлітки ОГ та деякі – за показаннями, залежно від вираженості симптоматики – з ГП.

Терапевтична робота починалася з проведення лікувальних та психокорекційних заходів, а з часом набувала психопрофілактичного характеру і змісту. Зусилля були спрямовані на: 1) ліквідацію проявів АП; 2) редукцію патологічної тривоги й депресії; 3) зниження зовнішньої агресивності; 4) профілактику адитивної поведінки; 5) нівелювання патологічних характерологічних та особистісних тенденцій, актуалізацію особистісних ресурсів самозмінення; 6) підвищення стресостійкості, формування продуктивного копінгу; 7) формування навичок адекватної комунікації, у тому числі в гендерній сфері; 8) розвиток навичок контролю за власною поведінкою та психічної саморегуляції; 9) активацію адаптивних особистісних ресурсів. Досягнення перших двох цілей проводили в рамках лікувальних психокорекційних (психотерапія + фармакотерапія) заходів, починаючи з третьої цілі – в рамках психопрофілактичних впливів.

Таким чином, розроблена багаторівнева програма лікування, психокорекції й психопрофілактики АП у підлітків зі змішаним розладом емоцій і поведінки є єдиною етапною послідовною системою взаємодоповнюючих лікувальних психокорекційних і психопрофілактичних впливів (рис. 2).

Після психодіагностичного етапу підліткам ОГ залежно від провідного клінічного синдрому призначалися фармакологічні засоби, на фоні яких розпочиналася психокорекційна робота. Після досягнення перших об'єктивних результатів зниження інтенсивності психопатологічної симптоматики вони включалися до індикативної психопрофілактичної роботи, після досягнення мети якої – переходили до заходів селективної

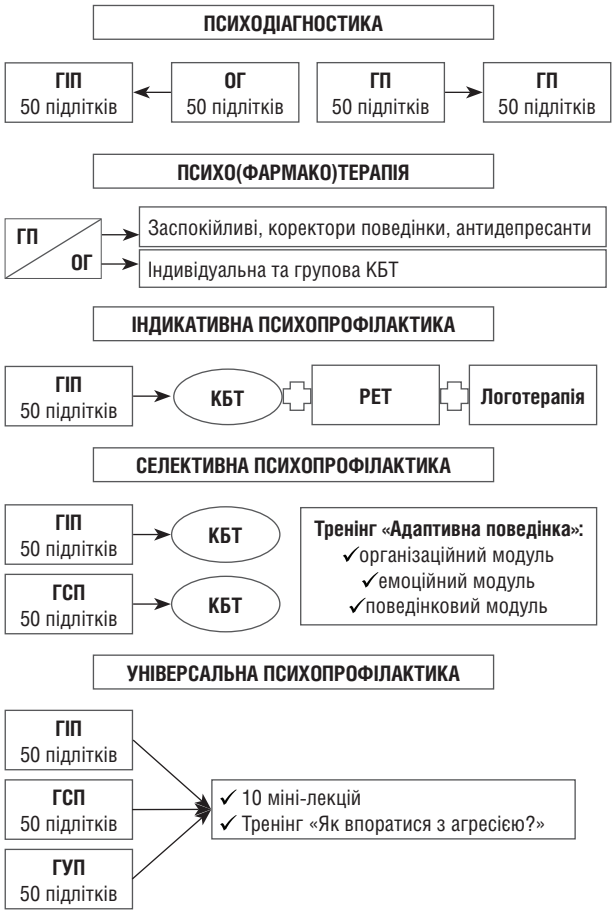


Рис. 2. Етапи, цільові групи та психокорекційні техніки багаторівневої програми корекції й психопрофілактики аутоагресивної поведінки у підлітків зі змішаним розладом емоцій і поведінки

психопрофілактики, які з початку лікування отримували підлітки ГП. Завершальним етапом роботи ставали заходи універсальної профілактики, спрямовані на загальну популяцію здорових підлітків.

Враховуючи специфіку даного виду психопрофілактичної роботи, для оцінки ефективності запропонованих заходів універсальної профілактики авторами залучена додаткова група – група універсальної профілактики (ГУП) – учнів 9-го і 10-го класів загальноосвітньої середньої школи м. Полтава, з якими, за узгодженням з дирекцією та залученням шкільного психолога, проводили цю роботу.

Основними психокорекційними техніками при здійсненні лікувальних, психокорекційних й психопрофілактичних впливів обрано когнітивно-поведінкову терапію (КБТ) в різних модифікаціях, раціонально-емоціональну терапію (РЕТ), елементи логотерапії за В. Франклом, а також тренінгові інтервенції. Вибір методу психокорекційного впливу та конкретний зміст проведених занять визначалися етапом й актуальними цілями конкретної роботи.

Таким чином, запропонована програма лікування, психокорекції й психопрофілактики АП у підлітків, створена з урахуванням загальних особливостей підліткового контингенту, а також специфіки чинників, що мають місце у осіб зі змішаним розладом емоцій і поведінки, є багаторівневою, орієнтованою на новітні психопрофілактичні тенденції і технології, що робить її універсальною для різних контингентів підлітків.

Список використаної літератури

1. Хаустова О.О. Суїцид: сучасні підходи до профілактики / О.О. Хаустова, О.П. Романів // Ліки України. – 2013. – №1 (167). – С. 89–94.
2. Хаустова О.О. Самогубства та побутова смертність в Україні: підсумки 2012 року / О.О. Хаустова // Укр. вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, вип. 4 (77). – С. 12–18.
3. Марута Н.О. Предиктори суїцидальної поведінки при невротичних розладах / Н.О. Марута, І.О. Явдак // Укр. вісник психоневрології. – 2006. – Т. 14, вип. 1 (47). – С. 59–63.
4. Кожина А.М. Современные подходы к психотерапии непсихотических депрессивных расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением / А.М. Кожина, Е.А. Зеленская // Медична психологія. – 2012. – №3. – С. 68–71.
5. Дитяча психіатрія / Г.М. Кожина [зі співавт.]. – К.: ВСИ «Медицина», 2012. – 416 с.
6. Табачников С.И. Школьная дезадаптация (неуспеваемость): взгляд на проблему с позиций детской психиатрии / С.И. Табачников, И.И. Марценковская // Здоров'я України: медична газета. – 2010. – №2 (13). – С. 42–43.
7. Гура Е.І. Психічні чинники розладів поведінки та емоцій у підлітків, позбавлених батьківського піклування / Е.І. Гура // Укр. вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50). – С. 67–71.
8. Маркова М.В. Психопрофілактика порушення функціонування студентської сім'ї (медико-психологічні аспекти): автореф. дис. … д. мед. н.: 19.00.04 / Маріанна Владиславівна Маркова. – Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. – Харків, 2007.– 32 с.
9. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. – Geneva: World Health Organization, 2008. – 77 p.
10. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report (a report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse; in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht). – World Health Organization, 2004. – 68 p.
11. Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities / M.E. O'Connell [at al]. – National Research Council and Institute of Medicine of the National Academies. Washington, D.C.: The National Academies Press, 2009. – 201 p.
12. Mrazek B.J. Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research / B.J. Mrazek, R.J. Haggerty. – Washington, D.C.: The National Academies Press, 1994. – 605 p.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И СПЕЦИФИКА РЕАЛИЗАЦИИ МНОГОУРОВНЕВОЙ ПРОГРАММЫ КОРРЕКЦИИ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

О.В. Погорелко

С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии в течение 2010–2013 годов на базе детского психиатрического отделения Полтавской областной клинической психиатрической больницы имени А.Ф. Мальцева обследовано 100 подростков в возрасте от 14 до 17 лет со смешанными расстройствами эмоций и поведения F92, среди них у 50 человек обнаружены проявления аутоагрессивного поведения (АП) в виде суицидальных мыслей, замыслов, намерений (36 человек, 72%) или суицидальной попытки в анамнезе (14 человек, 28%).

На основе выделения клинико-феноменологических особенностей АП у данного контингента, биологических, психосоциальных и психологических факторов риска его развития разработана программа лечения, психокоррекции и психопрофилактики АП у подростков, которая создана с учетом общих особенностей подросткового контингента, а также специфики факторов, имеющих место у лиц со смешанным расстройством эмоций и поведения, является многоуровневой, ориентированной на новейшие психопрофилактические тенденции и технологии, что делает ее универсальной для различных контингентов подростков.

Ключевые слова: аутоагрессивное поведение, подростки, психопрофилактика, психокоррекция.

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL FOUNDATIONS AND SPECIFIC OF MULTILEVEL TREATMENT CORRECTION AND PSYCHOPROPHYLAXIS PROGRAM OF AUTOAGRESSIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENTS

O. Pohorelko

With respect to the principles of bioethics and ethics for 2010–2013 biennium on the basis of the children's psychiatric ward Poltava Regional Clinical Psychiatric Hospital. AF Maltsev examined 100 adolescents aged 14 to 17 years with mixed disorders of conduct and emotions F92, among them 50 people found signs autoagressive behavior in the form of suicidal thoughts, plans, intentions, decisions (36 people 72%) or suicide attempt in history (14 persons, 28%).

Based on the establishment of clinical and phenomenological features autoagressive behavior in this contingent, biological, psychosocial and psychological risk factors for its development, has developed a program of treatment, correction and psychoprophylaxis autoagressive behavior in adolescents, which was created with the general characteristics of teenage contingent, as well as the specific factors that occur in patients with mixed disorders of conduct and emotions, is a multilevel, focused on the latest trends and technologies, making it versatile for different groups of adolescents.

Key words: autoagressive behavior, adolescents, psychoprophylaxis, psychocorrection.

УДК 159.922.8:616.1-008.6:615.851

Н.Ю. Веньовцева

ОСОБЛИВОСТІ БІОПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ ПІДЛІТКІВ ІЗ СОМАТОФОРМНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ЯК МІШЕНІ ЇХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків
Дитяча клінічна лікарня № 6, м. Київ

У дослідженні було вивчено особливості біопсихосоціальної сфери підлітків із соматоформною вегетативною дисфункцією серцево-судинної системи (СВД ССС) та умовно здорових школярів. Встановлено, що усі хворі підлітки мають знижені показники якості життя. Крім того, у всіх було виявлено ознаки вегетативної дисфункції. Проте у більшості школярів виявлено також ознаки вегетативних розладів. Незважаючи на це, вони зберігають достатній адаптаційний ресурс. Це можна пов'язати з наявністю значно більшої соціальної підтримки як з боку батьків, так і з боку друзів. Тому психокорекція має бути спрямована на покращення навичок спілкування із однолітками, нормалізацію внутрішньосімейних стосунків, підвищення самооцінки. Перевага у такому разі має надаватися груповій роботі перед індивідуальною.

Ключові слова: соматоформна вегетативна дисфункція, підлітки, якість життя, соціальна підтримка, медико-психологічний супровід.

На сьогодні в більшості розвинених країн світу спостерігається тенденція до погіршення психічного здоров'я населення в цілому, а особливо – дітей та підлітків. Найбільша питома вага належить психогенним невротичним розладам із тривожними та соматовегетативними порушеннями. Проблема вегетативних розладів є однією з провідних у сучасній медицині. Симптомокомплекс вегетативних порушень, зумовлених

розладами вегетативної регуляції внутрішніх органів та систем з афективними порушеннями, формують психовегетативний синдром [1, 2].

Світова тенденція перерозподілу структури нервово-психічних розладів свідчить про збільшення питомої ваги соматизованих та соматоформних порушень. Соматоформна вегетативна дисфункція серцево-судинної системи (СВД ССС) класифікується у МКХ-10 у рубриці F 45.30 [3, 4].

Невротичні розлади у підлітків та пов'язана з ними психологічна та соціальна дезадаптація належать до однієї з найбільш актуальних проблем підліткової медицини. Популяційні дослідження останніх років серед дітей шкільного віку свідчать про значне зростання в структурі захворюваності різних емоційних порушень, депресивних станів, агресивності, поведінкових розладів тощо [5–7].

СВД ССС як одне з найбільш частих захворювань серед дітей підліткового віку є поліетіологічним психічним розладом невротичного регістру, у виникненні якого важливу роль відіграє також ряд психосоціальних чинників [8, 9].

На даний час існує ряд концепцій, які описують різні етіопатогенетичні, психопатологічні особливості, однак більшість із них є однобічними та не висвітлюють усіх особливостей перебігу захворювання. Це не дає змоги адекватно будувати стратегії психотерапевтичної корекції, тому необхідним є більш глибоке вивчення психосоціальних аспектів у структурі СВД ССС у підлітків в аспекті їх медико-психологічного супроводу на етапі лікування у стаціонарі [10].

Таблиця 1. Розподіл підлітків основної групи та групи порівняння за наявністю ознак вегетативної дисфункції за опитувальником А.М. Вейна

Група	Тип	
	Наявність вегетативної дисфункції (>15 балів)	Відсутність вегетативної дисфункції (<15 балів)
Основна група	45 (100 %)	0 (0 %)
Група порівняння	29 (64,4 %)	16 (35,6%)
$P(\chi^2)$	$P(\chi^2)$ = 18,0 p=0,0001*	

*Примітки: * – (p<0,05) – різниця статистично значима.*

СВД ССС часто супроводжується погіршенням адаптації, зниженням працездатності та зрештою – якості життя [11]. Говорячи про поняття «якість життя», маємо на увазі комплекс соціально-економічного статусу та валеологічно-поведінкового благополуччя, невід'ємною частиною якого є характерне почуття «задоволеності життям». Це поняття є багатофакторним, але найголовнішими його аспектами є медичний, психологічний та соціальний [12].

Медичний аспект включає в себе загальне самопочуття й активність, а також відчуття болю. За даними деяких досліджень стійке відчуття болю значно погіршує та ускладнює повсякденне життя підлітків. Воно заважає виконанню щоденних обов'язків, особливо це стосується успішності навчання у школі та відвідування занять. Крім того, такі підлітки частіше скаржаться на порушення сну [9, 13]. Психологічний аспект стосується, в першу чергу, емоційного стану підлітків та їх індивідуальної оцінки власного стану здоров'я, а соціальний – пов'язаний із соціальними зв'язками та їх формуванням.

Таблиця 2. Розподіл середніх балів серед підлітків основної групи та групи порівняння за багатомірною шкалою сприйняття соціальної підтримки (M.S.P.S.S.)

Показник	Основна група	Група порівняння	$P(\chi^2)$
Інші	3,51±0,86	3,11±1,22	0,078
Родина	3,57±0,84	3,04±1,26	0,021*
Друзі	3,22±1,27	2,33±1,67	0,006*

*Примітка: * – (p<0,05) – різниця статистично значима.*

Таблиця 3. Розподіл середніх балів серед підлітків основної групи та групи порівняння за опитувальником SF-36 для визначення якості життя

Показник	Основна група	Група порівняння	$P(\chi^2)$
Фізичне функціонування (PF)	73,7±22	86,7±14,1	0,0013*
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (RP)	51,6±33,8	74,4±31,3	0,0013*
Інтенсивність болю (BP)	54,4±22	73,2±24,1	0,0002*
Загальний стан здоров'я (GH)	54,1±17,3	69±15,6	0,0001*
Життєва активність (VT)	48,7±23,3	62,8±18	0,0019*
Соціальне функціонування (SF)	64,4±22,7	79,8±20,4	0,0011*
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (RE)	47,3±37,9	62,8±33,5	0,04*
Психічне здоров'я (MH)	55,1±25,6	65,9±17,9	0,02*
Фізичний компонент здоров'я (PH)	43,4±8,4	51±7,3	0,0001*
Психологічний компонент здоров'я (MH)	38±12,9	45,3±9,9	0,003*

*Примітки: * – (p<0,05) – різниця статистично значима.*

Спілкування є провідною діяльністю підлітків, особливо це стосується однолітків, тобто референтної групи [9]. Проте і родина має важливе значення, адже створює атмосферу, у якій формується особистість підлітка. Конфліктні стосунки у родині можуть бути віднесені до «негативних життєвих факторів», поряд із зловживанням батьками психоактивними речовинами та неповною родиною. Вони можуть стати предикторами розвитку психічних розладів у дорослому віці [14, 15]. За даними деяких досліджень стабільні та підтримуючі стосунки між батьками та дитиною є фактором, що позитивно впливає на психологічне здоров'я підлітка. Вони також є фактором стійкості, який допомагає підлітку протистояти стресам. Підтримка батьків зменшує відчуття загрози у дитини при зустрічі зі стресовими ситуаціями, тому впливає на формування більш адаптивних копінг-стратегій, а також посилює почуття самоповаги [14, 15]. З іншого боку, діти запозичують від батьків певне ставлення до свого здоров'я та сприйняття хвороби. Тому стан здоров'я батьків, особливо психологічного, є одним із факторів ризику розвитку психологічних проблем у дитини [16]. Механізм передачі певних уявлень щодо стану здоров'я та розвитку соматизації включає генетичні й психологічні чинники, а також стосується особливостей виховання та сімейних стресів. Так, якщо батьки мають соматоформні розлади, скоріше за все така сама патологія буде розвиватися і у дітей. Особливо це стосується матерів, адже, ймовірно, такий стиль поведінки підлітком запозичується саме у неї [17].

Важливими для підлітків також є стосунки з однолітками, підтримка з боку референтної групи та вміння будувати довірливі, стабільні відносини. Вони позначуються на процесі соціалізації підлітків, впливають на формування їх самооцінки.

Матеріали та методи дослідження

Авторами було проведено клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 90 підлітків віком від 12 до 17 років (середній вік – 15,0 років), серед них 56 дівчат та 34 хлопці.

Обстежених було розподілено на дві групи. До складу основної групи (ОГ) увійшли підлітки, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні кардіоревматології ДКЛ №6 у м. Києві та яким було встановлено діагноз СВД ССС. До складу групи порівняння (ГП) увійшли підлітки, які навчаються у 10–11-му класах профільного середнього навчального закладу (Український медичний ліцей). В ОГ було обстежено 45 пацієнтів, з яких 32 дівчинки (середній вік – 14,7 року) та 13 хлопців (середній вік – 14,8 року). В ГП було обстежено 45 школярів, з яких 24 дівчинки (середній вік – 15,2 року) та 21 хлопчик (середній вік – 15,3 року).

Клініко-психопатологічне обстеження учасників ОГ включало детальне вивчення анамнезу захворювання, визначення соматичного та психологічного статусу пацієнтів на момент госпіталізації. Діагноз СВД ССС було встановлено з урахуванням анамнестичних данних та на основі скарг пацієнтів за критеріями МКХ-10. Для визначення особливостей біопсихосоціальної сфери підлітків були застосовані такі методики: опитувальник А. М. Вейна для виявлення ознак вегетативних змін [18], багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) Д. Зімета [19], опитувальник SF-36 для визначення якості життя [20]. Обстеження усіх пацієнтів було проведено в умовах стаціонару, в перші два дні після госпіталізації.

Обстеження пацієнтів ГП включало попередню бесіду з підлітками та застосування зазначених психодіагностичних методик.

Результати та їх обговорення

При обробці даних, отриманих за результатами дослідження наявності вегетативної дисфункції за опитувальником О.М. Вейна [18], було виявлено, що 45 підлітків основної групи (ОГ) мають ознаки вегетативної дисфункції. При цьому і більшість підлітків групи порівняння (ГП) – 29 школярів – мали ознаки вегетативних розладів (табл. 1).

При обробці даних, отриманих за результатами дослідження наявності соціальної підтримки за багатомірною шкалою сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) Д. Зімета [19], було виявлено, що середній бал оцінки підтримки з боку родини серед підлітків ОГ становить 3,04±1,26, а для підлітків ГП – 3,57±0,84. Середній бал оцінки підтримки з боку друзів підлітками ОГ становить 2,33±1,67; підлітки ГП оцінюють підтримку друзів у 3,22±1,27 бала. Результати щодо показників оцінки підтримки з боку інших підлітками в обох групах не виявилися статистично достовірними (табл. 2).

При обробці даних, отриманих за результатами опитувальника SF-36 для визначення якості життя [20], було виявлено, що за усіма шкалами підлітки ОГ мали статистично достовірно нижчі показники порівняно з підлітками ГП. Так, сумарний показник «фізичний компонент здоров'я» серед підлітків ОГ становить 43,4±8,4, тоді як серед підлітків ГП – 51±7,3. Сумарний показник «психологічний показник здоров'я» серед підлітків ОГ становив 38±12,9, а серед підлітків ГП – 45,3±9,9 (табл. 3).

Висновки

Більш низькі середні бали, отримані підлітками ОГ за всіма показниками опитувальника SF-36, свідчать про значно нижчу якість їх життя порівняно з підлітками ГП. Це стосується усіх сфер життя, але найбільше позначається на провідній для цього віку діяльності – навчанні та спілкуванні з однолітками. Підлітки ОГ мають більш низьку фізичну активність (показник PF) та підвищену втомлюваність (показник VT). Вони значно частіше відчувають біль (показник BP) та пов'язаний із цим фізичний дискомфорт. Це негативно позначається на здатності виконувати звичайні щоденні обов'язки, обмежує повсякденну діяльність, особливо це стосується навчального процесу (показник RP). У зв'язку з цим підліткам ОГ важче даються учбові навантаження, вони гірше засвоюють учбовий матеріал, частіше пропускають заняття та менш успішні у навчанні. Це може негативно позначатися на впевненості в собі, а також тримати підлітків у постійному напруженні через потребу надолужувати пропущені заняття. Крім того, поганий психоемоційний стан підлітків свідчить про значне обмеження їх соціальних контактів (показник SF), що поглиблює соціальну дезадаптацію та впливає на зниження самооцінки. Крім того, підлітки ОГ є більш емоційно лабільними, схильними до розвитку тривожно-депресивних станів та рідше переживають позитивні емоції (показники RE та MH).

Не менш важливим опитувальником щодо інформації про фізичний стан підлітків є опитувальник для виявлення вегетативних дисфункцій О.М. Вейна. Зрозуміло, що ознаки вегетативної дисфункції було виявлено в усіх підлітків ОГ. Однак у ГП ознаки вегетативних порушень також відзначалися у більшості підлітків – 29 школярів. Незважаючи на таку тенденцію, суб'єктивна оцінка власного стану здоров'я (показник GH) серед підлітків ГП є значно вищою, ніж серед підлітків ОГ. Схоже, що школярі ГП все ж зберігають адаптаційний ресурс, достатній для нормального повсякденного життя, вони значно краще долають щоденні навантаження та виконують свої обов'язки, не потрапляючи на стаціонарне лікування.

Це можна пов'язати з наявністю більшої соціальної підтримки у підлітків ГП. В першу чергу, це стосується підтримки з боку друзів, дещо менше значення має підтримка родини. У підлітків ОГ такі показники є значно нижчими. Ймовірно, що підлітки ГП вміють краще будувати стосунки з однолітками та включатися у референтну групу, мають більш високий рівень самооцінки. Крім того, у них кращі стосунки з батьками, що може

свідчити про більш сприятливу, менш конфліктну сімейну атмосферу.

Враховуючи все вищезазначене, заходи медико-психологічного супроводу для підлітків ОГ мають бути спрямовані на покращення навичок спілкування з однолітками, корекцію стратегій побудови стосунків із референтною групою, підвищення самооцінки. Перевага тут має надаватися груповій роботі перед індивідуальною. Крім того, важливою виявляється робота із батьками – як індивідуальна, так і спільна із дитиною.

Список використаної літератури

1. *Маховская Т.Г. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы в структуре пограничных психических расстройств (клинико-эпидемиологическое исследование) / Т.Г. Маховская // Росс. психиатр. журн. – 2004. – №3. – С. 19–22.*
2. *Kirmayer L. J. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives / L.J. Kirmayer, A. Young // Psychosomatic Medicine. – 1998. – Vol. 60. – P. 420–430.*
3. *Марута Н.О. Психопатологічні та патопсихологічні предиктори ефективності лікування хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію / Н.О. Марута, О.Є. Семікіна, О.С. Чередникова // Архів психіатрії. – 2008. – №4 (55). – С. 13–15.*
4. *Levenson J. L. The somatoform disorders: 6 characters in search of an author / J.L. Levenson // Psychiatric Clinics of North America. – 2011. – Vol. 34. – P. 515–524.*
5. *Проскурина Т. Ю. Клинико-психологические особенности невротических расстройств у современных подростков / Т.Ю. Проскурина, Т.Н. Матковская, В.С. Кудь // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2004. – №4 (14). – С. 127–129.*
6. *Dell M. L. Somatoform disorders in children and adolescents / M.L. Dell, J.V. Campo // Psychiatric Clinics of North America. – 2011. – Vol. 34. – P. 643–660.*
7. *Schulte I. E. Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria! What about children and adolescents? / I.E. Schulte, F. Petermann // J. of Psychosomatic Research. – 2011. – Vol. 70. – P. 218–228.*
8. *Гавенко В. Л. Клинико-анамнестические особенности студентов с соматоформной вегетативной дщисфункцией сердца и сердечно-сосудистой системы / В.Л. Гавенко, А.В. Самохвалов, В.М. Синайко, Т.П. Мозговая // Медицина сьогодні і завтра. – 2006. – №3–4. – С. 144–148.*
9. *Bisht J. Clinical Profile of Pediatric Somatoform Disorders / J. Bisht, N. Shanhyan, R. Kaushal // Indian Pediatrics. – 2008. – Vol. 45. – P. 111–115.*
10. *Самохвалов А.В. Патогенетическая модель развития соматоформной вегетативной дисфункции сердца и сердечно-сосудщистой системы у лиц молодого возраста / А.В. Самохвалов // Архів психіатрії. – 2006. – №1–4 (44–47). – С. 88–92.*
11. *Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age population in comparison with younger age groups: a systematic review / P.H. Hilderink, R. Collard, J. Rosmalen, R.C. Voshaar // Ageing Research Reviews. – 2013. – Vol. 12. – P. 151–156.*
12. *Михайлов Б.В. Роль и место психотерапии в формировании качества жизни больных с невротическими и психотическими расстройствами / Б.В. Михайлов, В.В. Чугунов, И.Н. Сарвир // Журнал психиатрии и мед. психологии. – №4 (14). – С. 30–33.*
13. *Children with unexplained chronic pain: substantial impairment in everyday life / A.Y. Konijnenberg, C. Uitwaal, J.L. Kimpen, J. van der Hoeven // Archives of Desease in Childhood. – 2005. – Vol. 90. – P. 680–686.*
14. *Associations between parent-adolescents attachment relationship quality, negative life events and mental health / R. Bannink, S. Broeren, P.M. van de Looij, H. Raat // Plos One. – Vol. 8. – Issue 11. – e80812.*
15. *Essau C. Course and outcomes of somatoform disorders in non-referred adolescents / C. Essau // Psychosomatics. – 2007. – Vol. 48 (6). – P. 502–509.*
16. *Childhood predictors of adult medically unexplained hospitalization / Hotopf M., Wilson-Jones C., Mayou R. [et al.] // British Journal of Psychiatry. – 2000. – Vol. 176. – P. 273–280.*
17. *Intergenerational transmission of health beliefs in somatoform disorders / Marshall T., Johnes D., Ramchandani P. [et al.] // Br. J. of Psychiatry. – 2007. – Vol. 191. – P. 449–450.*
18. *Мачерет Л.Е. Методы диагностики вегетативной дисфункции / Л.Е. Мачерет, Н.К. Мурашко, А.В. Писарук // Укр. мед. часопис. – 2000. – №2 (16). – С. 89–94.*
19. *19. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский. – СПб., 2004. – 547 с.*
20. *Ware J.E. SF-36. Physical and Mental Health summary Scale: a user's manual / J.E. Ware, M. Kosinski, S.D. Keller; The Health Institute, New England Medical Center. – Boston, 1994. – 12 p.*

ОСОБЕННОСТИ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПОДРОСТКОВ С СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ КАК МИШЕНИ ИХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

Н.Ю. Венёвцева

В исследовании изучались особенности биопсихосоциальной сферы подростков с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы (СВД ССС) и условно здоровых школьников. Обнаружено, что у всех подростков с СВД ССС снижены все показатели качества жизни. Кроме того, у всех пациентов определялись признаки вегетативной дисфункции. Большинство школьников также имели вегетативные расстройства. Однако, несмотря на это, они сохраняют достаточный адаптационный ресурс. Это может быть связано со значительно большей социальной поддержкой как со стороны родителей, так и друзей. Поэтому психокоррекция должна быть направлена на улучшение навыков общения со сверстниками, нормализацию внутрисемейных отношений, повышение самооценки. В таком случае предпочтение следует отдавать групповой психотерапии перед индивидуальной.

Ключевые слова: соматоформная вегетативная дисфункция, подростки, качество жизни, социальная поддержка, медико-психологическое сопровождение.

PECULARITIES OF BIOPSYCHOSOCIAL STATE OF INPATIENTS ADOLESCENTS WITH SOMATOFORM VEGETATIVE DYSFUNCTION OF CARDIOVASCULAR SYSTEM IN CASE OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT

N. Venovtseva

The aim of the study was to determine biopsychosocial state of adolescents with SVD CVS and without it and to compare results. All adolescents with SVD CVS had low level of life quality. They also had signs of vegetative disfunction. But most of students also had signs of vegetative disorders and they could save normal adaptation resourse. It could be associated with good social support by parents and friends. In this case psychotherapeutic intervention should be directed at improvement of communicative skills, reform of family relations. Group psychotherapy should be used.

Key words: somatoform vegetative dysfunction, adolescents, biopsychosocial state, life quality, social support, medical and psychological support.

УДК 616.89 - 008.48 - 053.2 : 616

O.V. Chernyshev

CLINICAL PATHOGENETIC COMORBIDITY OF SOMATOFORM DISORDERS AND DEPENDENCE BEHAVIOUR IN ADOLESCENCE

Mykolayiv Regional Psychiatric Hospital № 1

Introduction. Somatoform autonomic dysfunction manifested as a syndrome of cephalgia (CE) or abdominal pain (AP) is a diagnosis which is common in teenagers.

The purpose of the reaserach. Studying the clinical features of formation of comorbid combination of ADS with manifestations of chronic pain (CE and AP) and different kinds of addictive behavior in adolescents.

Materials and methods. 82 adolescents were examined: 48 girls (58.5 %) and 34 boys (41.5 %) aged 16–17. Differential diagnostic examination was conducted according to the diagnostic criteria ICD-10.

Results of the research. Most of all in adolescence the etiologic basis of CE and AP is different somatoform disorders (in 70.8 % of cases – in girls and in 58.8 % – in boys). In 32.9 % of examined patients the pain syndrome is formed on the basis of different neurotic disorders with anxiety-depressive symptoms. Somatoform autonomic dysfunction – is the most common cause of formation of CE and AP among adolescents. Among them cases of CE (68.8 % of cases – in girls, 58.8 % – in boys) significantly predominate over gastralgia (31.2 and 41.2 % cases respectively).

All examined patients were diagnosed with comorbid development of different kinds of behavioral and chemical addiction combined with CE and AP. Most of all there were recorded the emotional-dependent relationship with mother (67.1 %) and Internet-addiction (54.9 %). 23.9 % of adolescents on average had different variants of substance abuse or syndromes of chemical dependence.

Key words: somatoform disorders, cephalgia, abdominal pain, syndromes of chemical and behavioral dependence.

Different variants of somatoform disorders – are one of the most widespread types of mental disorders occurring now in adolescence in common somatic practice. A great amount of the pathology is presented by autonomic dysfunction syndrome (ADS). Clinical pathogenetic basis of ADS – is a dysregulation of suprasegmental vegetative structures, developing as a systemic reaction of higher nervous and mental activity on acute or chronic emotional stress. So, ADS manifests as vegetative disorders, various emotional and cognitive and behavioral disorders, in which intrapersonal psychological conflict is not expressed by psychopathological symptoms, but by somatic equivalents – somatoform neurotic complex of symptoms. Adolescence is characterized by polymorphic clinical picture of ADS. But almost all the variations of ADS in adolescents are accompanied by functional disorders of cardiovascular system and gastrointestinal tract, as well as pain. Most commonly, symptoms of chronic pain manifest in adolescents in the form of syndromes of cephalgia (CE), cardialgia (CA) and abdominal pain (AP). Psychosocial nature – is the basis of this cluster of psychopathological disorders, when somatic symptoms become the main manifestation of emotional and interpersonal problems in adolescents. One can attribute psychophysical infantilism, destructive parenting styles, alexithymia to psychological qualities and characteristics of personality, which condition the formation of ADS in adolescence [1–3,6,7].

Due to the whole complexity of pathogenesis ADS is often the basis for the development of comorbid mental and behavioral pathology.

Therefore, early diagnosis and effective treatment of ADS in adolescence – is the major problem of modern psychiatry, as the complexity of their differential diagnosis and therapy is connected with the fact that an important pathogenetic role in the development of psychopathologic disorders is played by psychological mechanisms and social factors [1–5].

The purpose of the research. Studying the clinical features of formation of comorbid combination of ADS with manifestations of chronic pain (CE and AP) and different kinds of addictive behavior in adolescents.

Materials and methods

Within the research, 82 adolescents were examined: 48 girls (58.5 %) and 34 boys (41.5 %) aged 16–17. All teenagers were students of senior high school. The reason for seeking psychiatric help was badly jugulated pain or failure to jugulate pain without identification of any serious somatic disease that can cause similar pain. Differential diagnostic examination of patients was conducted according to the diagnostic criteria for mental and behavioral disorders within the ICD-10 [8], statistical data processing – by methods of variation statistics using Microsoft Excel.

Results of the research

The table 1 shows the distribution of adolescents according to sex, as well as according to identified psychopathological nosologies and in accordance with presence of headache syndrome or gastralgia. It was found out that somatoform vegetative dysfunction with cephalgia syndrome (F 45.30) was most frequently observed in the group of examined adolescents –

Table 1. Distribution of adolescents according to gender, nosological entities disorders and a leading pain syndrome (CE and AP), absolute amount (%)

Nosological forms of disorders	Examined patients				
	boys, N = 34		girls, N = 48		Total in groups
	CE	AP	CE	AP	
Somatoform vegetative dysfunction with CE, F 45.30	6** (30.0)	–	13** (39.4)	–	19 (23.2)
Hypochondriacal disorder, F 45.2	1 (5.0)	3* (21.4)	2 (6.1)	6** (40.0)	12 (14.6)
Panic disorder, F 41.0	3* (15.0)	–	7* (21.2)	–	10 (12.2)
Slight depressive episode with somatic symptoms, F 32.01	2 (10.0)	3 (21.4)	3 (9.1)	2 (13.3)	10 (12.2)
Chronic pain disorder, F 45.4	2 (10.0)	4*(28.6)	1 (3.0)	3* (20.0)	10 (12.2)
Somatoform autonomic dysfunction with AP, F 45.31	–	4** (28.6)	–	4** (26.7)	8 (9.8)
Adjustment disorder: depressive reaction with CE, F 43.21	2 (10.0)	–	5* (15.2)	–	7 (8.5)
Asthenic organic disorder of CNS with CE, F 06.6	4* (20.0)	–	2 (6.1)	–	6 (7.3)
Total % of the total number of patients)	20 (24.3)	14 (17.1)	33* (40.2)	15 (18.3)	82 (100)

** p < 0,05; ** p < 0,01.*

23.2 % of cases. In general, among the examined patients, more than in half of cases ADS was the leading clinical manifestation of various somatoform disorders (60.9 %) in 29 girls (60.4 %) and 20 boys (58.8 %). Anxiety and depressive symptoms within various disorders in the whole were recorded in 32.9 % of cases: in 17 girls (35.4 %) and 10 boys (29.4 %). Asthenic symptoms within organic disorder of CNS were less likely to cause the formation of ADS , which were predominantly detected in boys. CE prevailed among both girls and boys considerably, in comparison with the number of cases, in which abdominal pain was presented as the leading complaint. But if the number of cases of CE in boys was in 17.7 % higher than the number of patients with AP ($p < 0.05$), among the girls this difference was already 37.5 % – that is almost twice as much ($p < 0.01$). An important result was the data that in both girls and boys in identifying hypochondriacal disorder (F 45.2) and chronic pain disorder (F 45.4) AP remarkably prevailed over CE ($p < 0.05$).

As it is known and mentioned above, ADS is somatoform expression of affective reaction to experiencing chronic or acute emotional stress. So ADS is considered as the conversion of unresolved intrapersonal and interpersonal conflicts. The results of diagnostic examination of adolescents showed that acute or chronic stressful situations occurred in each of the examined patients. Data, obtained during the diagnostic interview of patients, are presented in the Table 2. Overall, each of the adolescents talked about combination of different problematic areas, stressors in their lives. The greatest number of combined traumatic factors was identified in the subgroup of girls with CE and it reached 139.1 % in relation to the total number of patients in this subgroup. In other subgroups level of stressors was considerably lower and did not exceed 90 % ($p < 0.01$). The obtained results showed that among girls experiencing psychotraumatic factors was notably stronger than among boys. The least influence of stressful factors was found in boys with AP.

The most common problem among the examined adolescents was the sense of being overprotected by parents (65.9 % of cases). At the same time there was remarkable difference in such style of parent-child relationships in boys and girls. Among girls, suffering from CE, and AP, overprotection by parents was observed in almost equal numbers of cases and in more than 80 % of patients. And among boys with AP such style of parental behavior was detected in 2.6 times more frequently ($p < 0.01$).

An important indicator of increased stress vulnerability of the examined adolescents was the second most common among them prevalence of feelings of psychological loneliness. More than half of the patients reported that they felt such feeling (51.2 % of adolescents in general). Psychological loneliness was mostly experienced by patients with AP – both boys and girls. Girls of the subgroup with AP considerably more frequently experienced psychological loneliness as compared to patients of other subgroups ($p < 0.01$).

Almost half of the examined adolescents called frequent conflicts with parents and fear of the future as traumatic effects – in whole in 46.3 and 45.1 % respectively. Constant conflicts with parents considerably were more often detected in boys with CE , and fear of the future – in young men and women with AP ($p < 0.05$) . Patients of both sexes with AP also considerably more often called a sense of constant misunderstanding of their experiences and condition by parents, as well as anxiety and fears about inability to meet the expectations of relatives as a psychogenic stressor ($p < 0.05$). These psychogenic factors were not so significant for adolescents, suffering from CE .

Rather important result was the data that almost every fourth teenager (overall 26.8 % of cases) had a sense of meaninglessness in relation to his/her own life, which directly correlated with the severity of depressive symptoms in patients, as shown in the Tables 2 and 3. Specific feature of these disorders is that in girls with CE (18.2 %) and AP (26.7 %) they were less common. At AP among both boys and girls meaninglessness was experienced by every fourth patient. The fact that boys with CE experienced meaninglessness significantly more frequently indicates a high probability of comorbid transition of ADS to depressive pathology. This thesis was confirmed by the data that 40.0 % of boys with CE had constant conflicts with teachers at school. The majority of patients in this subgroup had constant conflicts with parents (in 55.0 % of cases), experienced sense of psychological isolation (60.0 %) and suffered more often than others (30.0 % of cases) from unsubstantiated claims, accusations from parents. These data support the conclusion that CE in boys cor-

Table 2. Distribution of adolescents according to gender, the leading pain syndrome (CE and AP), presence of intrapersonal and interpersonal problems, absolute amount (%)

The content of the problems	Examined patients				
	boys, N = 34		girls, N = 48		Total in groups
	CE, N = 20	AP, N = 14	CE, N = 33	AP, N = 15	
Overprotection by parents	5 (25.0)	9** (64.3)	27 (81.8)	13 (86.7)	54 (65.9)
Psychological loneliness	12 (60)	10 (71.4)	8 (24.2)	12 (80.0)	42 (51.2)
Frequent conflicts with parents	11* (55.0)	5(35.7)	16** (48.5)	6 (40.0)	38 (46.3)
Fear of the future	4 (20.0)	11 (78.6)	13 (39.4)	9 (60.0)	37 (45.1)
Misunderstanding with parents	7 (35.0)	7 (50.0)	12 (36.4)	10* (66.7)	36 (43.9)
Fear not to meet expectations	4 (20.0)	6 (42.9)	15 (45.5)	11 (73.3)	36 (43.9)
Meaninglessness	8* (40.0)	4 (28.6)	6 (18.2)	4 (26.7)	22 (26.8)
Conflicts with teachers	8 (40.0)	4 (28.6)	5 (15.2)	2 (13.3)	19 (23.2)
Unsubstantiated claims of parents	6 (30.0)	4 (28.6)	6 (18.2)	3 (20.0)	19 (23.2)
Conflicts with close friends	3 (15.0)	2*(14.3)	5 (15.2)	2 (13.3)	12 (14.6)
Total (% of total patients)	68 (82.9)	62 (75.6)	113** (139.1)	72 (87.8)	82 (100)

** p < 0,05; ** p < 0,01.*

relate with severe affective (depressive symptoms) and behavioral disorders (oppositional protest behavior).

An important factor in understanding the nature of psychogenic basis in the formation of CE and AP in the examined adolescents was that conflicts with close friends were considered by the patients as the most significant psycho-traumatic impact most rarely – overall in 14.6 % of cases and in almost equal proportions in all subgroups. Consequently, availability of problems in family relationships and depressing intrapersonal experiences have more significant pathogenetic sense in the development of neurotic (somatoform) and behavioral disorders in adolescence. These results were confirmed by rather low importance of conflict situations at school, with teachers for adolescents (overall in 23.2 % of cases).

Table 3. Distribution of adolescents according to gender, leading pain syndrome (CE and AP), nature of addictive behavior, absolute amount (%)

Characteristics of addictive behavior	Examined patients				
	boys, N = 34		girls, N = 48		Total in groups
	CE, N = 20	AP, N = 14	CE, N = 33	AP, N = 15	
Emotionally dependent relationship in the family	6 (30.0)	9 (64.3)	26 (78.8)	14 (93.3)	55 (67.1)
Internet addiction of social networking	8 (40.0)	6 (42.9)	26 (78.8)	7 (46.7)	47 (57.3)
Gaming Internet addiction	17 (85.0)	10 (71.4)	7 (21.2)	9 (60.0)	43 (52.4)
Occasional use of drugs	12 (60.0)	5 (35.7)	3 (9.1)	–	20 (24.4)
Nicotine Addiction	13 (65.0)	6 (42.9)	–	–	19 (23.2)
Emotionally addictive relationship with a partner	4 (20.0)	–	6 (18.2)	2 (13.3)	12 (14.6)
Abuse of alcohol (beer)	8 (40.0)	2 (14.3)	–	–	10 (12.2)
Cannabinoid addiction	6 (30.0)	–	–	–	6 (7.3)
Food addiction (anorexia)	–	–	–	5 (33.3)	5 (6.1)
Total (% to number of patients in group)	70 (350.0)	38 (271.4)	68 (206.1)	37 (246.7)	82 (100)

In patients, in whom the leading manifestation of ADS was CE, minimum level of depression was recorded at asthenic organic CNS disorder with CE (F 06.6), and the maximum one – at the depressive reaction with CE (F 43.21), chronic pain disorder (F 45.4) and mild depressive episode with somatic symptoms (F 32.01). Severity of depression in girls considerably prevailed in all kinds of nosological disorders ($p < 0.05$). The exception was only mild depressive episode, at which maximum severity of depressive symptoms was recorded in young men (24.8 %). The same tendency of notable prevalence of depressive experiences among girls was observed in patients with AP. Only at chronic pain disorder (F 45.4) in boys and girls the highest level of depression was recorded. The fact that at chronic pain disorder and mild depressive episode the highest level of depressive symptoms was observed indicates that these types of mental pathology are subjectively most severely suffered by teenagers. All the adolescents (11 boys and 9 girls), who were diagnosed with these types of pathology, had reported troublesome relationships in family and school during a long time. However, they did not associate their mental state with interpersonal problems, experienced by them.

Conclusions

Thus, it was found out during the research that among the examined patients-adolescents who were diagnosed with CE remarkably prevailed over those who had AP. Leading etiological basis of pain syndrome in adolescence are different variants of somatoform disorders. Significant contribution to the genesis of CE and AP is also made by affective neurotic disorders.

Chronic stressful situations were experienced by each of the examined patients. Each of the teens noted combination of stress problems in their lives. Overall among girls influence of psycho-traumatic impact on formation of ADS was considerably stronger than among boys. The largest number of combined psycho-traumatic factors was identified in the subgroup of girls with CE. The least stressful influence of psycho-traumatic factors was observed in young men with AP.

The widespread common problem among the examined adolescents was a sense of being overprotected by parents (65.9 % of cases). At the same time there was considerable difference in similar style of parent-child relationships in boys and girls. 51.2 % of teens said they felt sense of psychological isolation, that is the most typical for patients with AP. Overall in 46.3 and 45.1 % of the examined adolescents frequent conflicts with parents and fear of the future were called as traumatic effects. In boys CE was correlated with severe affective and behavioral disorders.

The study of depression level according to A. Beck depression inventory found out that all the examined patients had at least moderate severity of depressive symptoms. Patients with CE had maximum depression level, recorded in the depressive reaction with CE (F 43.21), chronic pain disorder (F 45.4) and mild depressive episode with somatic symptoms (F 32.01). Severity of depression in girls notably prevailed at almost all kinds of nosological disorders ($p < 0.05$). The highest level of depression in both boys and girls was observed at chronic pain disorder (F 45.4).

It is important to note that all the examined patients did not consult psychiatrist timely, as the main complaints among adolescents were headache or abdominal pain, masked mental disorders. Consequently, ADS accompanied by severe pain in adolescence – is a pathogenic complex and combined mental disorders, requiring adequate psychopharmacological and psychotherapeutic intervention.

References

1. *Antropov Y. F. Psychosomatic disorders in children and adolescents / Y. F. Antropov. – M.: 1997. – 198 p.*
2. *Isaev D. N. Psychosomatic disorders in children / D. N. Isaev. – St. Petersburg: Peter, 2000. – 512 p.*
3. *Mendelevich V. D. Neurosologia and psychosomatic medicine / V. D. Mendelevich, S. L. Solovieva. – Moscow: Medpress-inform, 2002. – 608 p.*
4. *Bräutigam V. Psychosomatic Medicine / V. Bräutigam, P. Christian, M. Rad. – M.: 1999. – 376 p.*
5. *Aleksander F. Psychosomatic medicine. Principles and application / F. Aleksander. – M.: Perrls, 2000. – 296 p.*
6. *Smulevich A. B. Psychosomatic disorders / A. B. Smulevich // Manual on Psychiatry (Edt. by A.S. Tiganova). – Moscow: Medicine, 2000. – P. 466 – 490.*
7. *Vegetative disorders. Clinical findings. Diagnostics. Treatment (Edt. by A. M. Vein). – M.: Medical information agency, 1998. – 749 p.*
8. *Rodtsevych O. G. Somatoform vegetative dysfunction of digestive system in children: clinical findings, diagnostics, treatment / O. G. Rodtsevych // Medical News. – 2010. – No 1. – P. 40–41.*
9. *Timerbulatov I. FNeurotic disorders in children and adolescents: the mechanisms of formation in the context of the impact of microsocial factors / I. F. Timerbulatov, V. L. Yuldashev // Review of Psychiatry and Medical Psychology n. a. Bekhterev. – 2008. – № 2. – P. 28–33.*
10. *Marincheva L. P. Socio-psychological and clinical risk factors of formation of somatoform vegetative dysfunction of cardiovascular system in adolescents / L. P. Marincheva, M. V. Zlokazova, A. G. Solovyev // Review of Psychiatry and Medical Psychology n. a. Bekhterev. – 2008. – № 1. – P. 38–44.*
11. *The classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and guidelines for the diagnosis. – Kiev: Fact, 1999. – 272 p.*
12. *Beck A. Cognitive therapy of depression / A. Beck, A. Rush, B. Shaw, G. Emery – Peter, 1979. – 198 p.*

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КОМОРБИДНОСТЬ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ И ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

О.В. Чернышев

Соматоформная вегетативная дисфункция, проявляемая 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 зависимого 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. Среди подростков случаи СЦфал (68,8% случаев – у девушек, 58,8% – у юношей) существенно преобладают над САбдал (соответственно 31,2 и 41,2% случаев).

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 злоупотребления психоактивными веществами или синдромы химической зависимости.

Ключевые слова: соматоформные расстройства, цефалгия, абдоминалгия, синдромы химической и поведенческой зависимости.

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНА КОМОРБІДНІСТЬ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ ТА ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

О.В. Чернишов

Соматоформна вегетативна дисфункція, що проявляється у вигляді синдрому цефалгії (СЦфал) чи абдоміналгії (САбдал), є діагнозом, котрий часто зустрічається у підлітків.

Мета дослідження. Вивчити клінічні особливості формування коморбідного сполучення соматоформної вегетативної дисфункції з проявами хронічного болю (СЦфал и САбдал) та різних варіантів залежної поведінки у підлітків.

Матеріали й методи дослідження. Було обстежено 82 підлітків: 48 дівчат (58,5 %) і 34 юнака (41,5 %) у віці 16 - 17 років. Диференційно-діагностичне дослідження проводилося, відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10.

Результати дослідження. Найчастіше в підлітковому віці етіологічною основою СЦфал та САбал є різні соматоформні розлади (в 70,8% випадків у дівчат і в 58,8% – у юнаків). У 32,9% обстежених пацієнтів основою синдром болю формується на підґрунті різних невротичних розладів з тривожно-депресивною симптоматикою. Соматоформна вегетативна дисфункція – найпоширеніша причина формування СЦфал та САбдал серед підлітків. Серед підлітків випадки СЦфал (68,8% випадків – у дівчат, 58,8% – у юнаків) істотно переважають над гастралгією (відповідно 31,2 і 41,2% випадків).

У всіх обстежених пацієнтів був діагностований коморбідний розвиток різних видів поведінкової та хімічної залежності у сполученні з СЦфал и САбдал. Найчастіше фіксувалися емоційно-залежні відносини з матір'ю (67,1%) і інтернет-залежність (54,9%). В середньому 23,9% підлітків мали різні варіанти зловживання психоактивними речовинами або синдроми хімічної залежності.

Ключові слова: соматоформні розлади, цефалгія, абдоміналгія, синдроми хімічної та поведінкової залежності.

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895.8-082.4/.6:340.63-039.76

А.М. Кушнір

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З НЕГАТИВНО-ОСОБИСТІСНИМ 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 та здійснили делікти за негативно-особистісним механізмом їх реалізації. На прикладі вичерпної популяції таких хворих в Україні виділено та описано характерні риси їх психічного статусу. Оцінено можливість використання зазначених ознак у лікувально-реабілітаційному процесі, а також як прогностичних показників ризику повторних злочинів у даного контингенту хворих.

Актуальність проблеми. Сучасний підхід до визначення суспільної небезпеки осіб з психічними та поведінковими розладами, сформульований Ф.В. Кондратьєвим, ґрунтується на уявленнях про тріаду основних її детермінант: «синдром–особистість–ситуація». Не випадково, що саме «синдром», тобто наявна психопатологія, в зазначеній тріаді посідає перше місце, адже численними дослідженнями показано, що вираженість та специфіка наявного психопатологічного синдрому має найбільший вплив на ризик вчинення та характер суспільно небезпечних діянь (СНД) особами, що належать до контингенту, про який йдеться.

Відомо, що СНД вчиняються хворими на шизофренію за одним із механізмів його реалізації: продуктивно-психотичним, негативно-особистісним або змішаним [1]. Результати наукових досліджень вказують на те, що найчастіше повторні СНД реалізуються за негативно-особистісним механізмом, що визначає його значущість для судово-психіатричної практики [2, 3].

Метою дослідження стало встановлення типових клініко-психопатологічних характеристик хворих на шизофренію з негативно-особистісним механізмом реалізації особливо суспільно небезпечних діянь.

Матеріали та методи дослідження

За своїм дизайном проведена робота мала 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), із них негативно-особистісний механізм реалізації делікту встановлено у 127 (24,85 %) осіб.

Критерії включення: інформована згода на участь у дослідженні; діагноз F20.xx за МКХ-10; здійснення хворим СНД, передбаченого ч. 2 ст. 121, ч.ч. 1, 2 ст. 115 розділу II «Злочини проти життя та здоров'я особи» Кримінального кодексу України (ККУ); негативно-особистісний механізм реалізації (Н-О МР) СНД; перебування на лікуванні у психіатричній лікарні з суровим наглядом на момент проведення дослідження; вік старше 14 років на момент вчинення СНД (ст. 22 ККУ). Єдиним критерієм виключення пацієнтів була жіноча стать (критерій введено для досягнення максимальної однорідності груп).

Таким чином, було виявлено 127 (24,85 %) осіб з Н-О МР делікту.

В процесі виконання цієї роботи використовували загальноприйнятий клініко-психопатологічний метод як для ідентифікації Н-О МР СНД, так і 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, що застосовуються у вітчизняній психіатрії [4].

За допомогою розробленої формалізованої карти психічного статусу здійснювали якісну та кількісну оцінку психопатологічних симптомів стосовно кожної з психічних сфер. При цьому ступінь вираженості симптоматики ранжували за відповідною шкалою (1 бал – легка, 2 бали – помірна, 3 бала – виражена, 4 бала – значно виражена) задля чіткого опису структури та ступеня вираженості клінічного криміногенного чинника (провідного психопатологічного синдрому) як складової суспільної небезпеки хворих. Використання шкали позитивних і негативних синдромів (PANSS) [5] дозволило провести уніфіковану, багатовимірну, динамічну оцінку психопатологічної симптоматики у зазначеного контингенту.

Обробку отриманих даних здійснювали методами математичної статистики (дисперсійний аналіз) на персональному комп'ютері за допомогою програм SPSS 15.0 та MS Excel v.8.0.3. [6].

Результати та їх обговорення

Особливості психопатологічної симптоматики, що були притаманні більшості обстежених з Н-О МР СНД, ми умовно визначали як типові або характерні риси їх психічного статусу. Такий підхід зумовлений тим, що дослідження проводили на вичерпно повній вибірці пацієнтів з шизофренією, які скоїли СНД ПЖО в Україні. Тому одержані результати вже на рівні частотних співвідношень і середніх величин показників клініко-психопатологічного обстеження є надійними та інформативними.

Проведено клініко-психопатологічне дослідження 127 хворих з Н-О МР СНД віком від 22 до 67 років (середній вік 40,19 ± 0,97 року). Серед них переважну кількість (112 осіб, 88,18 %) становили хворі на параноїдну шизофренію (F20.0), у 14 (11,02 %) обстежених діагностовано просту шизофренію (F20.6), а у 1 (0,78 %) особи – резидуальну (F20.5). У більшості випадків встановлено безперервний перебіг захворювання (115 пацієнтів, 90,55 %), неповну ремісію спостерігали у 39 (30,71 %) піддослідних, повну – у 8 (6,30 %). Розвиток дефектних станів зареєстровано у 48 (37,79 %) обстежених. Головним чином, це був психопатоподібний (28,35 %) дефект особистості (переважно експлозивний та емоційно-холодний варіанти) при меншому значенні параноїдного (6,30 %) і апатичного (3,15 %).

Поведінка у значної частини хворих з непсихотичним МР СНД (76 пацієнтів, 59,84 %) свідчила про порушення адекватності експектацій. Так, дисгармонічне усвідомлення власної соціальної ролі, зокрема в ситуації психіатричного огляду, проявлялося моральним огрубінням (61 особа, 48,03 %), грубістю (7 осіб, 5,51 %), безтактовністю та антисоціальною поведінкою (по 5 осіб, 3,94 %), відсутністю або зниженням дистанції (2 особи, особи, 2,36 %). Поведінку без особливостей спостерігали у 51 (40,16 %) хворого.

Відношення піддослідних до обстеження було переважно індиферентним (93 особи, 73,23 %), активне – реєстрували у 3,15 % випадків, позитивне – у 13,39 %, негативне – у 10,24 %. Формальний контакт фіксували у 104 (81,89 %) обстежених.

Сполучення вищевказаних складових дезадаптивної поведінки з індиферентним відношенням до обсте-

Таблиця. Середня вираженість особливостей поведінки, ставлення до обстеження та контакту при психіатричному огляді обстежених, M ± m*

Показник	Кількість хворих, осіб	Вираженість симптоматики, бали	Показник	Кількість хворих, осіб	Вираженість симптоматики, бали
1	2	3	4	5	6
Поведінка при обстеженні			**Ставлення до обстеження**		
Моральне огрубіння	61	2,48 ± 0,11	Індиферентне	93	2,20 ± 0,09
Без особливостей	51	1,33 ± 0,09	Позитивне	17	1,88 ± 0,24
Грубість	7	2,57 ± 0,43	Негативне	13	2,31 ± 0,21
Антисоціальна поведінка	5	1,80 ± 0,37	Активне	4	1,75 ± 0,48
Безтактність	5	2,80 ± 0,58	**Контакт**		
Відсутність або зниження дистанції	3	1,00 ± 0,00	Формальний	104	2,18 ± 0,09
			Продуктивний	18	1,56 ± 0,20
			Відсутній	0	– ± –

*Примітка: * – дані подано у порядку зменшення частоти, а середні значення показників – у форматі «середня арифметична ± стандартна похибка середньої арифметичної».*

ження та формальним контактом додатково вказували на дисгармонію особистості хворих з Н-О МР СНД і були проявами процесуального негативізму. Зазначене підтверджувалося наявністю у більшості пацієнтів стенічного та проміжного типів реагування на дефект (39 [30,97 %] осіб та 50 [39,37 %] осіб відповідно проти 22 осіб [17,32 %] з астенічним), які зумовлювали, у тому числі, агресивність та надактивність більше половини пацієнтів (27,56 % та 22,05 % відповідно) в умовах застосування заходів примусового характеру, а також грубі розлади інтерперсональних зв'язків у вигляді неадекватно негативного ставлення до мікро- та макросоціального оточення, проблем у спілкуванні, конфліктів [6]. З іншого боку, інверсія моральних настанов внаслідок морального дефекту (51,97 % випадків) проявлялася в антисоціальній спрямованості спонукань, свідченням чого були: наявність кримінального досвіду (13,39 %), зловживання психоактивними речовинами – ПАР (73,23 %).

Тим не менше, середня вираженість особливостей поведінки при обстеженні, ставлення до нього та контакту, що спостерігали протягом психіатричного огляду у хворих на шизофренію з Н-О МР СНД, була переважно помірною (таблиця).

У більшості обстежених були відсутні розлади сприйняття у вигляді галюцинацій (119 осіб, 93,7 %), ілюзій (120 осіб, 94,49 %), розладів схеми тіла (метаморфопсій) (123 особи, 96,85 %), викривленого сприйняття навколишнього світу (105 осіб [82,68 %] проти 22 осіб [17,32 %] з макропсіями). Збереження алопсихічної орієнтировки у просторі реєстрували у 121 (95,28 %) пацієнта, у часі – у 109 (85,83 %) обстежених, аутопсихічної – у 111 (87,40 %).

Нездатність розділяти та інтерпретувати зовнішні стимули внаслідок розщеплення сприйняття спостерігали у 1/5 частини пацієнтів (26 осіб, 20,47 %), а через порушення його константності – у 6 (4,72 %).

В свою чергу, вербальні ілюзії виявлено у 1 (0,79 %) хворого, галюцинації – у 6 (4,72 %). Останні були представлені слуховими (коментуючі оцінні – 1 особа, вербальні коментуючі, констатуючі, у формі діалогу – 1 особа), сполученням слухових з елементарними нюховими (1 особа) і псевдогалюцинацій з вербальними імперативними (1 особа), інтероцептивними (вісцеральними) (1 особа) та еротичними (1 особа) галюцинаціями.

В цілому, у хворих з Н-О МР СНД встановлено «пригнічення» сприйняття на фоні дефіцитарних порушень в інших складових пізнавальної сфери (увага, мислення, пам'ять) та в емоційній сфері.

Відсутність марення зареєстровано у 80 (62,99 %) пацієнтів, наявність однієї або двох неоформлених, нестійких ідей, що не впливали на мислення та поведінку обстежених, – у 21 (16,54 %) і лише у 26 (20,47 %) піддослідних виявлено чітко оформлені маревні ідеї. Це було здебільшого персекуторне марення (20 обстежених, 15,75 % від загального числа хворих з Н-О МР СНД): ідеї відношення спостерігали у 13 (10,24 %) пацієнтів, переслідування – у 4 (3,15 %), збитку – у 2 (1,57 %), фізичного впливу – у 1 (0,79 %). В поодиноких випадках реєстрували марення особливого призначення (1 особа), тілесних змін (1 особа), поєднання ідей відношення

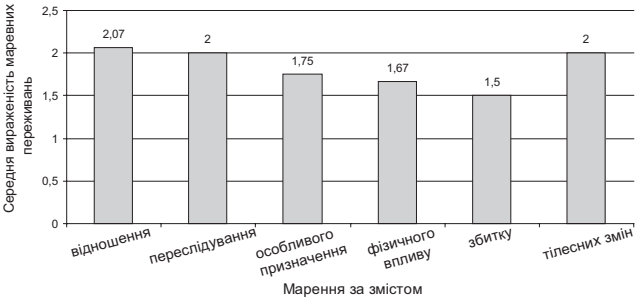


Рис. 1. Середня вираженість маревних переживань за змістом у хворих з негативно-особистісним механізмом реалізації суспільно небезпечних діянь

та переслідування (2 особи), відношення та фізичного впливу (1 особа), переслідування та фізичного впливу (1 особа).

Систематизоване марення фіксували частіше, воно було переважно стійким (15 [11,81 %] осіб проти 2 [1,57 %] осіб з нестійким), а несистематизоване – нестійким (9 [7,09 %] осіб проти 2 [1,57 %] осіб зі стійким).

Сполучення слухових галюцинацій з маревними ідеями відношення, переслідування, збитку (по одній особі відповідно) виявлено лише в 2,36 % випадків від загального числа хворих з Н-О МР СНД.

Наявність марення лише у 1/5 частини піддослідних та галюцинаторного, галюцинаторно-параноїдного синдромів у поодиноких випадках на момент обстеження порівняно з частотою їх виявлення при первинній судово-психіатричної експертизі (СПЕ) свідчила про редукцію психопатологічної симптоматики у 52,72 % та 76,92 % хворих (від усіх 55 осіб за параноїдним синдромом та 26 осіб з галюцинаторним при первинній СПЕ відповідно).

За середніми значеннями кількісних ознак маревна симптоматика хворих була переважно слабко вираженою та не перевищувала 2 бали (за винятком Σср вира-

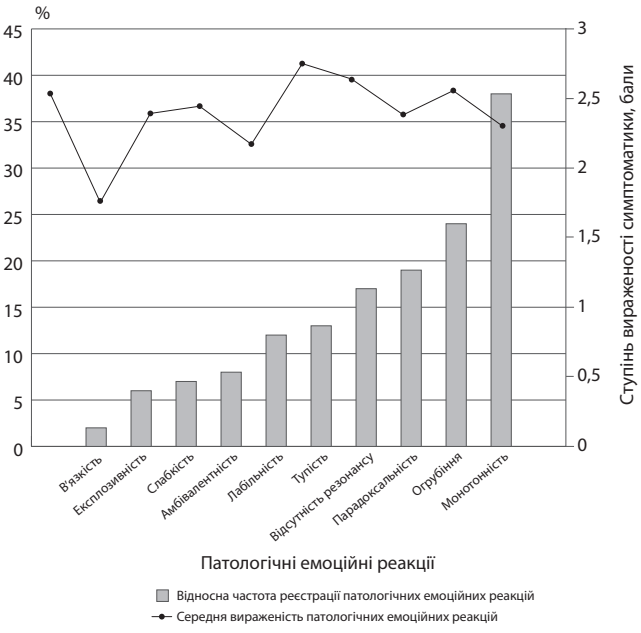


Рис. 2. Середня вираженість психопатологічної симптоматики в емоційній сфері хворих з негативно-особистісним механізмом реалізації суспільно небезпечних діянь, а також частота виявлення у них патології емоційних реакцій на момент обстеження

женості маревних ідей відношення, значення якого не суттєво перетнуло цю межу) (рис. 1).

Патологію емоційної сфери спостерігали у 110 (86,61 %) обстежених. Розлади настрою були представлені рівною мірою як апатією, так і гіпотимією (по 35 обстежених, 27,56 %), в поодиноких випадках відмічено гіпертимію, ейфорію та їх поєднання (по 2 особи та 1 особа відповідно). Постійну розсіяність виявлено у 12 (9,45 %) осіб, маревний настрій – у 7 (7,57 %), дисфорію – у 5 (3,94 %), тривога – у 2 (1,57 %) пацієнтів.

Патологія емоційних реакцій (ПЕР) на фоні описаного вище афективного фону проявлялася (у порядку зменшення частоти) монотонністю емоцій (49 особи, 38,58 %), емоційним огрубінням (30 осіб, 23,62 %), парадоксальністю емоцій (25 осіб, 19,69 %), відсутністю емоційного резонансу (21 особа, 16,54 %), емоційною тупістю (16 осіб, 12,60 %), лабільністю (15 осіб, 11,81 %), амбівалентністю емоцій (15 осіб, 7,87 %), їх слабкістю (9 осіб, 7,09 %), експлозивністю (7 осіб, 5,51 %) та в'язкістю (2 особи, 1,57 %).

Середні значення ступеня вираженості цих ПЕР у хворих з Н-О МР СНД, а також частоту виявлення ПЕР на момент обстеження наведено на рисунку 2.

Згідно з даними, представленими на рисунку 2, середні значення ступеня вираженості ПЕР обстежених були здебільше помірними та коливалися в діапазоні від 2 до 2,5 балів.

У 91 (71,65 %) хворого негативна симптоматика в емоційній сфері була представлена ізольованими ПЕР у вигляді: монотонності емоцій (25 осіб, 19,69 %), або їх парадоксальності (19 осіб, 14,96 %), або лабільності (13 осіб, 10,24 %), або огрубіння (12 осіб, 9,45 %), або відсутності емоційного резонансу (8 осіб, 6,30 %), чи емоційної слабкості (6 осіб, 4,72 %), в поодиноких випадках фіксували експлозивність, амбівалентність, збудливість, емоційну тупість (4, 2, 1 та 1 особа відповідно). У пацієнтів, що залишилися (19 осіб, 14,96 %), спостерігали різноманітні сполучення ПЕР. Найчастіше це було поєднання монотонності емоцій з емоційними огрубінням, тупістю, амбівалентністю або їх огрубіння з відсутністю резонансу, слабкістю.

Збіднення в емоційній сфері обстежених знаходило відображення в їх міміці. Так, амімію і гіпомімію спостерігали у переважної більшості таких пацієнтів (102 особи, 80,31 %), а гіпер- та парамімію фіксували практично з однаковою частотою (10 [7,87] % та 9 [7,09 %] осіб відповідно).

Частота абулії була також суттєво більшою, ніж пара- та гіпербулії (61,42 %, 6,30 % та 1,57 % відповідно).

Отримані дані свідчать про переважання дефіцитарних розладів в емоційній сфері хворих на шизофренію з Н-О МР СНД, які проявлялися у збідненні афекту, зменшенні тонкої його диференціації, превалюванні нижчих на фоні дефіциту вищих емоцій і як наслідок – примітивності кола інтересів, духовної сфери, сконцентрованості на простих потребах. Вищевказана патологія в емоційно-вольовій сфері сприяла полегшенню вироблення антисоціального способу життя і відповідних деліктогенних стереотипів поведінки.

Порушення інтрапсихічної переробки зовнішніх та внутрішніх стимулів внаслідок дисоціації психічних процесів проявлялися також у відсутності та зниженні критики до власного психічного стану (49,61 % та 44,09 % осіб відповідно), а також недостатньому усвідомленні своєї поведінки (ставлення до СНД). Так, соціальний сенс вчинку взагалі не усвідомлювали 40 (31,50 %) осіб, формально усвідомлювали – 68 (53,54 %), знижене усвідомлення фіксували у 16 (12,60 %) осіб, усвідомлення – у 1 (0,79); а соціальне значення свого діяння – 33 (25,98 %), 59 (46,46 %), 30 (23,62 %) та 2 (1,57 %) особи відповідно до зазначених критеріїв усвідомлення.

Проведене дослідження вказує на те, що в психопатологічній картині психічної патології більшості пацієнтів з Н-О МР СНД на перший план виступали поведінкові, зокрема психопатоподібні, дефіцитарні розлади на фоні неглибоких продуктивних.

При ініціативному варіанті непсихотичного механізму СНД значна питома вага належала негативній симптоматиці у вигляді емоційного та морального огрубіння, дефіциту вищих емоцій у сукупності з антисоціальними настановами (у тому числі кримінальним досвідом), емоційною безконтрольністю, вживанням ПАР (алкоголь). У цих випадках саме процесуально зумовлені зміни поведінки, моральних настанов, ціннісних орієнтацій, особистісні схильності хворих сприяли активному пошуку «обставин» для реалізації делікту. Це підтверджується зв'язком ініціативного варіанту Н-О МР СНД з моральним дефектом (антисоціальні настанови) пацієнтів (38 осіб, 29,92 %), наявністю у них дефіциту вищих емоцій (33 особи, 25,98 %), алкогольної залежності (23 особи, 18,11 %), збоченості, розгальмованості потягів (17 осіб, 13,39 %), псевдосоціальної гіперактивності (3 особи, 2,36 %).

У обстежених, що скоїли СНД за ситуаційно-спровокованим варіантом механізму його реалізації, привертали увагу помірна, с тенденцію до вираженої, дефіцитарна симптоматика, зокрема в емоційній (монотонність, огрубіння, слабкість емоцій тощо) та вольовій (абулія, парабулія) сферах, зниження або відсутність критики, а також слабко виражені продуктивні симптоми у вигляді дезорганізації мислення (паралогічне мислення), що зумовлювало порушення інтрапсихічної переробки зовнішніх стимулів (зокрема викривлення атрибуції сенсу).

Інтрапсихічна атаксія у цих хворих створювала базис для дезадаптивної поведінки як відповіді на вплив об'єктивної ситуації. Ця поведінка характеризувалася невідповідністю її мотивації реальним обставинам, викривленими спонуканнями, патологічними емоційними реакціями на фоні зниженої критики та вольових розладів, а також порушень інтерперсональних відношень через неадекватні експектації. Делікти, вчинені такими пацієнтами, були пов'язані більшою мірою з емоційною безконтрольністю (30 осіб, 23,62 %) або були спрямовані на активне усунення об'єкту, що спричиняв дискомфорт, а їх дії були індиферентними до зовнішніх впливів (8 осіб, 6,30 %). Суттєво менші значення мали такі причини, як інтелектуальна неспроможність та підвищена навіюваність, покірність (по 1 особі, 0,79 %).

У 28 (22,05 %) обстежених встановлено обидва варіанти Н-О МР СНД (поєднання морального дефекту з емоційною безконтрольністю), із них у 10 (35,71 %) під-

дослідних відмічалися стійкі, індиферентні до зовнішніх впливів дії щодо активного усунення особи, що викликає дискомфорт, а 8 (6,30 %) хворих вчинили правопорушення в стані сильного алкогольного сп'яніння. Кримінальний досвід мали 17 (13,39 %) пацієнтів, в основному це були обстежені з антисоціальними настановами (15 осіб, 11,81 %), із них 7 (46,67 %) осіб скоїли СНД за ініціативним, 8 (53,33 %) – за обома варіантами і лише 2 (1,57 %) обстежених – за ситуаційно-спровокованим варіантом.

Результати квантифікованої оцінки тяжкості психопатологічної симптоматики за шкалою PANSS підтверджують отримані дані щодо слабкого та помірно вираженого ступеня психопатологічної симптоматики (середні бали за субшкалами не перевищували 4 балів) у хворих з Н-О МР СНД. В свою чергу, сума середніх балів за шкалою позитивних симптомів становила 13,39, негативних – 26,1, загальних психопатологічних – 39,52, тобто перевищували середні орієнтовні бали [7] на 4,81, 5,00 та 1,88 бала відповідно, що свідчить про низьку вираженість загальних психопатологічних і продуктивних симптомів. В свою чергу, композитний індекс (P-N) дорівнював 12,71 бала (середнє орієнтовне значення – 2,69 бала [7]), що підтверджує значний внесок негативної симптоматики в психопатологічну картину шизофренії у даного контингенту.

Висновки

Істотний внесок у кримінальну активність хворих з негативно-особистісним механізмом реалізації суспільно-небезпечних діянь проти життя особи вносять емоційно-вольовий дефект, інверсія моральних спонукань та моральне огрубіння, розгальмованість потягів, вживання ПАР, які у сукупності з психопатоподібними змінами особистості сприяють високій частоті повторних суспільно небезпечних діянь. При цьому звертає на себе увагу, що відсутність вираженої процесуальності основного захворювання та іноді «психологічна тямущість», часткова особистісна збереженість даного контингенту призводять до ігнорування їх суспільної небезпеки оточенням.

Суспільна небезпека хворих з негативно-особистісним механізмом вчинення делікту зумовлена стійкими змінами особистості, а також відповідними ситуаційними та мікросоціальними чинниками, впливом антисоціального або кримінального оточення, вживанням ПАР. При цьому СНД не є пов'язаним з загальною психопатологічною або продуктивною симптоматикою, тому не залежить від загострення або патоморфозу основного захворювання.

Найбільш сприятливий прогноз щодо зменшення суспільної небезпеки зазначеного контингенту хворих є вірогідним, на наш погляд, при реєстрації фактів зниження рівнів соціально дезадаптації і госпіталізації цих пацієнтів, що повинні проявлятися в усвідомленні власної адекватної соціальної ролі та експектацій оточуючих, відмові від антисоціальних середовища та способу життя, відновленні інтерперсональних відношень.

Враховуючи вказане, основними мішенями профілактики повторних СНД у хворих з Н-О МР СНД має бути ефективна соціальна реабілітація в умовах досить тривалого застосування примусових заходів медичного характеру, що спрямована на зміну життєвих стереотипів, перебудову ціннісних орієнтацій, особистісної мотивації, зокрема формування соціально-трудової спрямованості особистості, нормативних соціальних настанов, правил міжособистісних відносин, а також корекцію емоційно-вольових порушень, профілактику негативного соціального дрейфу та компенсацію мікросоціальних чинників, внаслідок яких був скоєний делікт.

Список використаної літератури

1. *Кушнир А.Н. Клініко-психопатологічна характеристика хворих на шизофренію з продуктивно-психотичним механізмом реалізації суспільно небезпечних діянь // Архів психіатрії. – 2014. – № 1 (76). – С. 89–93.*
2. *Мальцева М.М. Опасные действия психически больных / М.М. Мальцева, В.П. Котов. – М.: Медицина, 1995. – 256 с.*
3. *Дмитриев А.С. Этапы стационарного принудительного лечения и типология больных в психиатрии / А.С. Дмитриев, В.П. Котов, М.М. Мальцева // Руководство по судебной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. – М., Медицина, 2004. – С. 474–479.*
4. *Жмуров В.А. Общая психопатология. – Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 1986. – 280 с.*
5. *Opler L.A., Kay S.R., Lindenmayer J.P., Fiszbein A. Structured Clinical Interview – Positive and Negative Syndrome Scale // SCI–PANSS booklet: Multi-Health Systems Inc., 1999. – 16 p.*
6. *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.*
7. *Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophr. Bull. – 1987. – Vol. 13 (2). – P. 261–276.*

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С НЕГАТИВНО-ЛИЧНОСТНЫМ МЕХАНИЗМОМ РЕАЛИЗАЦИИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ

А.Н. Кушнир

В статье приведены результаты анализа проявлений шизофрении у больных, представляющих особую общественную опасность и совершивших деликты по негативно-личностному механизму их реализации. На примере исчерпывающей 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.

Ключевые слова: шизофрения, клинико-психопатологическая характеристика, общественно опасные действия, механизм реализации особо опасных действий.

CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL DESCRIPTION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH NEGATIVE-PERSONALITY MECHANISM OF REALIZATION ESPECIALLY DANGEROUS ACTS

A.N. Kushnir

Article provides results of analyze the schizophrenia manifestation among especially dangerous patients with negative-personality 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.

Key words: schizophrenia, mental disorders, psychopathologic status, public dangerous acts against person's life and health, mechanism of realization the especially dangerous acts.

УДК 61:340.63

А.В. Каніщев, О.А. Ревенок, О.П. Олійник

СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ЕКСПЕРТИЗА АЛКОГОЛЬНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЦИВІЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ: ДАНІ ГАЛУЗЕВОЇ СТАТИСТИЧНОЇ ЗВІТНОСТІ

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

Ключові слова: алкогольна залежність, алкогольні психічні розлади, судово-психіатрична експертиза, дієздатність, правочиноздатність.

У статті проаналізована галузева статистична звітність МОЗ України щодо судово-психіатричних експертиз у цивільних справах, при яких були діагностовані алкогольні психічні розлади. Показана поширеність зазначених розладів і структура відповідних експертних рішень у судово-психіатричній практиці по цивільних справах. Акцентовано увагу на дискусійних проблемах, пов'язаних з діагностичною і експертною оцінкою психічних розладів алкогольного генезу в застосуванні до завдань цивільного процесу.

Алкогольна залежність та інші психічні розлади, пов'язані із вживанням алкоголю, залишаються важливою медичною та соціальною проблемою. Поширеність цієї патології серед населення не може не позначатися на її представленості в практиці судово-психіатричної експертизи (СПЕ) в цивільних справах. Крім того, останні два десятиріччя позначились істотним збільшенням загального обсягу СПЕ в цивільному процесі. Значно зросла кількість майнових правовідносин, і як наслідок – кількість цивільних позовів про визнання правочину недійсним. Наведені обставини зумовлюють необхідність вивчення кількісних показників та якісних закономірностей судово-психіатричної експертної практики стосовно алкогольних психічних розладів.

Метою нашого дослідження став аналіз даних офіційної статистичної звітності МОЗ України щодо судово-психіатричної експертної оцінки алкогольних психічних розладів у цивільних справах.

Матеріали та методи дослідження

Ми досліджували звіти щодо проведення судово-психіатричних експертиз (форма № 38–здоров) із зосередженням основної уваги на таблиці 2600 («Судово-психіатрична експертиза в цивільних справах») – останній із шести таблиць вказаної звітної форми.

Слід зазначити, що до 1999 р. форма № 38–здоров (затверджена наказом МОЗ України від 04.09.1992 № 130) передбачала лише мінімальні відомості про експертизи, проведені в цивільних справах. Нова редакція цієї форми, яка була затверджена наказом МОЗ України від 03.05.1999 № 102 і зазнала незначних змін у 2002 р. (наказ МОЗ України від 04.07.2002 № 274), містить глибшу деталізацію звітності за діагностичними рубриками та варіантами експертних рішень. Виходячи з наведеного, ми досліджували статистичні дані з 1999 по 2013 роки, тобто за 15-річний період.

Перед початком аналізу даних щодо судово-психіатричної експертної оцінки алкогольних психічних розладів необхідно коротко зупинитися на особливостях організації даних у таблиці 2600 форми № 38–здоров. Загальна кількість алкогольних психічних розладів представлена в рядку 21 («Розлади психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю»). У числі цих розладів окремо враховується гостра інтоксикація (рядок 22) та психотичні розлади (рядок 23). Відповідно, значення в рядку 21, за винятком значень рядків 22 та 23, становитиме кількість інших непсихотичних порушень алкогольного генезу.

Результати та їх обговорення

Привертає увагу невелика кількість розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, у практиці СПЕ в цивільному процесі (табл. 1). У більшості областей України вказана патологія представлена поодинокими випадками, що практично унеможливлює змістовний аналіз регіональних відмінностей експертної практики. Питома частка алкогольних психічних розладів серед усіх випадків СПЕ в цивільних справах також є незначною: протягом аналізованого 15-річного періоду вона становила 0,5–1,4%, із тенденцією до стабілізації в останні 5 років на рівні 1,2–1,4%.

Звіт щодо судово-психіатричної експертизи в цивільному процесі охоплює декілька принципово різних в правовому відношенні категорій експертиз (табл. 2). Найбільшою з них є експертизи у справах про визнання

Таблиця 1. Структура алкогольних психічних розладів у судово-психіатричній експертизі в цивільних справах

Рік	Психотичні розлади		Гостра інтоксикація		Інші розлади		Усього
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
1999	5	18,5	2	7,4	20	74,1	27
2000	6	42,9	1	7,1	7	50,0	14
2001	11	39,3	5	17,9	12	42,9	28
2002	12	36,4	3	9,1	18	54,5	33
2003	17	50,0	0	0,0	17	50,0	34
2004	17	43,6	0	0,0	22	56,4	39
2005	23	40,4	4	7,0	30	52,6	57
2006	21	35,0	1	1,7	38	63,3	60
2007	28	40,0	0	0,0	42	60,0	70
2008	34	47,9	0	0,0	37	52,1	71
2009	34	48,6	3	4,3	33	47,1	70
2010	23	31,9	2	2,8	47	65,3	72
2011	39	49,4	2	2,5	38	48,1	79
2012	36	47,4	0	0,0	40	52,6	76
2013	27	30,7	1	1,1	60	68,2	88
Разом за 15 років	**333**	**40,7**	**22**	**2,9**	**461**	**56,4**	**818**

особи недієздатною або обмежено дієздатною (стовпчики 2, 3 таблиці 2600). Друга за чисельністю група – це справи про визнання правочинів недійсними (стовпчики 4, 5). Передбачені також окремі нечисленні групи експертиз щодо оскарження недобровільної госпіталізації та встановленого діагнозу (стовпчики 6, 7) та «інших» експертиз (стовпчик 8). Останні, очевидно, включають до себе позови про відшкодування моральної шкоди, розірвання шлюбу, визначення місця проживання дитини тощо.

Серед загального числа підекспертних, визнаних дієздатними, частка осіб із алкогольними психічними розладами є відносно стабільною і коливається на рівні 2–4%. Водночас питома частка розладів алкогольного генезу серед недієздатних є майже на порядок нижчою (0,4–0,7%). Це, очевидно, пояснюється незначною поширеністю стійких тяжких психічних розладів суто алкогольного походження.

Досить значну кількість хворих із алкогольними психічними розладами визнано дієздатними. Так, якщо серед загального контингенту підекспертних дієздатними визнається лише 8–12%, то при розладах алкогольного генезу частка дієздатних коливається на рівні 25–45% (у 2013 р. досягла значення, максимального за останні роки – 57,1%). При цьому слід зауважити, що форма № 38–здоров не передбачає окремого обліку підекспертних, визнаних обмежено дієздатними, відтак вони автоматично потрапляють до групи дієздатних, що може частково пояснити високу питому частку останніх.

Серед підекспертних із алкогольними психічними розладами, які проходять СПЕ в цивільних справах, майже половина припадає на справи про визнання правочину недійсним. Протягом досліджуваного періоду питома частка таких справ коливалася в межах 30–60%, відносно стабілізувавшись в останні роки на рівні 42–46%. Це різко контрастує із показниками по загальному контингенту підекспертних: в цілому по Україні на справи про визнання правочину недійсним припадає лише 11–18% від усіх експертиз, проведених у цивільному процесі.

Частка неправочиноздатних серед досліджуваної групи коливається на рівні 16–35%, тоді як серед загального контингенту підекспертних вона складає 53–75%. Питома частка алкогольних психічних розладів є приблизно однаковою як серед неправочиноздатних (2–5%), так і серед правочиноздатних (3–5%).

Питома частка психотичних розладів алкогольного генезу при СПЕ в цивільних справах коливається на рівні 31–50% (табл. 3). Приблизно дві третини підекспертних із психотичними розладами алкогольного генезу проходили експертизу у справах про визнання особи недієздатною (обмежено дієздатною).

Привертає увагу певна кількість експертних рішень, у яких підекспертні із тяжкими психічними розладами алкогольного генезу визнані такими, що здатні усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними (до 10 випадків щороку по Україні). У справах про визнання правочину недійсним подібні рішення можуть пояснюватися динамікою психічного стану підекспертного в період між вчиненням спірного правочину та моментом обстеження СПЕ. Наприклад, на момент правочину констатується непсихотичний варіант алкогольної залежності, а на час проведення експертизи – алкогольний амнестичний розлад або алкогольна деменція. Відтак ці випадки можуть помилково потрапляти до рубрики психотичних розладів, тоді як при обліку діагностичного рішення необхідно орієнтуватися на той період часу, до якого належать юридично значимі дії.

Однак ще більше запитань викликають випадки визнання підекспертних із алкогольними психозами дієздатними. Незважаючи на незначну кількість, такі випадки трапляються майже кожного року (2–4 випадки по Україні). Ймовірно, причиною таких випадків є те, що до групи дієздатних потрапляють «невирішені» випадки (тобто експертизи, в яких, не зважаючи на встановлення певного діагнозу, констатується неможливість відповіді на питання про здатність особи усвідомлено керувати своїми діями). Зазначене трапляється, в основному, при посмертних експертизах. У справах про визнання особи недієздатною неможливість вирішення експертних питань може зумовлюватися невизначеністю прогнозу виявленого тяжкого психічного розладу (тобто неможливістю однозначної кваліфікації такого розладу як стійкого, хронічного). Подібна ситуація може виникнути, наприклад, при діагностиці алкогольного амнестичного синдрому незначної тривалості або затяжних алкогольних психозів. У таких випадках, незважаючи на встановлення діагнозу тяжкого психічного розладу, експерти можуть дійти висновку про необхідність відкладення експертного рішення. Наведені обставини й зумовлюють, на нашу думку, те, що вказані випадки потрапляють до категорії дієздатних, хоча насправді експертні питання залишаються невирішеними.

Алкогольні розлади непсихотичного рівня у кількісному відношенні складають більшу частину досліджуваної групи підекспертних (в останні роки – 50–70%). Причому експертизи у справах про встановлення недієздатності (обмеженої дієздатності) складають серед них лише третину. Відповідно, дві третини припадає на справи про визнання правочину недійсним (табл. 4).

Не може не викликати подиву те, що в групі непсихотичних алкогольних розладів приблизно третина підекспертних визнається нездатними усвідомлено керувати своїми діями. У справах про визнання правочину недійсним нездатність до усвідомлено-вольової поведінки констатується приблизно в шостій частині випадків. Такі цифри мають декілька пояснень. По-перше, в деяких регіонах досі існує експертна практика визнання недієздатними хворих на алкогольну залежність поза ознаками психозу або деменції (з посиланням на «ступінь вираженості» наявної психічної патології – наприклад, при алкогольній деградації особистості, абстинентному синдромі, запійному стані тощо). На нашу думку, такі підходи відображають скоріше патерналістські настанови експертів, а не клінічну реальність. По-друге, причина може бути в нечіткому формулюванні діагнозу і помилковому віднесенні виявленого тяжкого психічного розладу до непсихотичної діагностичної рубрики МКХ–10.

Цілком зрозуміло, що форма № 38–здоров охоплює не всі випадки алкогольних психічних розладів, діагностова-

Таблиця 2. Розподіл алкогольних психічних розладів залежно від категорії цивільних справ

Рік	Справи про визнання особи недієздатною (обмежено дієздатною)			Справи про визнання правочину недійсним			Справи про оскарження госпіталізації та діагнозу			Інші цивільні справи	Усього
	усього	в т. ч. визнані недієздатними		усього	в т. ч. визнані неправочиноздатними		усього	в т. ч. визнано необґрунтовано госпіталізованими			
		абс.	%		абс.	%		абс.	%		
1999	14	6	42,9	13	4	30,8	0	0	0,0	0	27
2000	8	5	62,5	4	1	25,0	0	0	0,0	2	14
2001	13	8	61,5	15	3	20,0	0	0	0,0	0	28
2002	13	10	76,9	20	7	35,0	0	0	0,0	0	33
2003	21	13	61,9	11	5	45,5	0	0	0,0	2	34
2004	22	14	63,6	16	7	43,8	0	0	0,0	1	39
2005	29	20	69,0	26	10	38,5	1	1	100,0	1	57
2006	25	14	56,0	32	10	31,3	0	0	0,0	3	60
2007	40	30	75,0	30	9	30,0	0	0	0,0	0	70
2008	36	21	58,3	30	5	16,7	0	0	0,0	5	71
2009	36	26	72,2	32	10	31,3	0	0	0,0	2	70
2010	40	23	57,5	32	5	15,6	0	0	0,0	0	72
2011	40	30	75,0	35	11	31,4	0	0	0,0	4	79
2012	37	28	75,7	37	13	35,1	0	0	0,0	2	76
2013	40	21	52,5	46	12	26,1	0	0	0,0	2	88
Разом за 15 років	**414**	**269**	**65,0**	**379**	**112**	**29,6**	**1**	**1**	**100,0**	**24**	**818**

них при СПЕ. Йдеться про так звані «подвійні діагнози», тобто випадки поєднання алкогольної залежності з іншим психічним розладом (наприклад, із органічним розладом особистості, розумовою відсталістю тощо). Так, за даними В.М. Шевельова та М.І. Проценко, «чиста» алкогольна залежність у СПЕ діагностується лише в 5,7% випадків; відповідно в 94,3% вона поєднується з іншими психічними розладами непсихотичного рівня [3]. У дослідженні Є.В. Корольової (на матеріалі двох судово-психіатричних установ м. Москви) синдром залежності від алкоголю був діагностований у 15,83% від загальної кількості експертиз з приводу встановлення правочиноздатності [1]. А.Р. Мохонько та Л.О. Муганцева вказують на 7,8% хворих із алкогольною залежністю серед підекспертних, визнаних неправочиноздатними в цілому по Російській Федерації у 2012 р. [2].

Як свідчить наш досвід, у більшості випадків «подвійних діагнозів» алкогольна залежність не вказується як основний діагноз, відтак діагностований в якості «другого діагнозу» синдром залежності від алкоголю залишається поза межами статистичної звітності. Встановити точну кількість таких випадків можна лише шляхом дослідження первинної медичної документації.

Таблиця 3. Експертні рішення стосовно психотичних розладів алкогольного генезу

Рік	Справи про недієздатність (обмежену дієздатність)			Справи про визнання правочину недійсним		
	усього	в т. ч. визнані недієздатними		усього	в т. ч. визнані неправочиноздатними	
		абс.	%			абс.
1999	2	2	100,0	3	3	100,0
2000	4	4	100,0	1	1	100,0
2001	8	7	87,5	3	2	66,7
2002	6	6	100,0	6	6	100,0
2003	13	11	84,6	4	4	100,0
2004	10	10	100,0	7	4	57,1
2005	15	15	100,0	8	8	100,0
2006	14	11	78,6	6	5	83,3
2007	22	18	81,8	6	4	66,7
2008	22	19	86,4	11	4	36,4
2009	27	24	88,9	6	5	83,3
2010	21	18	85,7	2	2	100,0
2011	27	25	92,6	9	5	55,6
2012	25	23	92,0	11	6	54,5
2013	18	15	83,3	9	8	88,9
Разом за 15 років	**234**	**208**	**88,9**	**92**	**67**	**72,8**

Разом із тим, незважаючи на неповну представленість діагностованої алкогольної залежності в галузевій звітності, а також попри невідворотні похибки та неточності при заповненні форми № 38–здоров у експертних установах (підрозділах) України, наявні дані відображають певні тенденції в діагностиці та експертній оцінці алкогольної залежності, дозволяють висвітлити структуру алкогольних розладів та розподіл експертних рішень при СПЕ в цивільних справах.

Наведені показники свідчать, що звернення родичів хворих із заявами про позбавлення їх дієздатності не завжди обґрунтовані, що призводить до певної надмірності у призначенні СПЕ. Причому це навряд чи можна вважати недоліком в роботі судів, адже чинне процесуальне законодавство встановлює обов'язковість призначення СПЕ за наявності достатніх даних про психічний розлад (ч. 1 ст. 239 ЦПК України). Подання таких заяв нерідко має на меті не встановлення опіки або піклування над пацієнтом, а спробу дисциплінуючого впливу на нього у зв'язку з імовірністю вчинення ним правочину, який може суперечити майновим інтересам його родичів.

У практиці інколи трапляються випадки призначення СПЕ при розгляді справ про обмеження дієздатності з підстав, передбачених ч. 2 ст. 39 ЦК України (зловживання алкоголем або наркотиками, що ставить близьких у скрутний матеріальний стан), хоча ці підстави не передбачають визначення здатності особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними.

При розгляді позовів про визнання правочину недійсним з підстав, передбачених ст. 225 ЦК України (недійсність правочину, вчиненого особою, яка не усвідомлювала значення своїх дій та не могла ними керувати), суди на сьогоднішній день зобов'язані призначити СПЕ за клопотанням хоча б однієї із сторін, тобто незалежно від наявності об'єктивних даних на користь тяжкого психічного розладу (див. п. 16 постанови Пленуму Верховного Суду України від 06.11.2009 № 9 «Про судову практику розгляду цивільних справ про визнання правочинів недійсними»). Така позиція призвела до ширшого, ніж раніше, призначення СПЕ (хоча в попередні

Таблиця 4. Експертні рішення стосовно непсихотичних розладів алкогольного генезу

Рік	Справи про недієздатність (обмежену дієздатність)			Справи про визнання правочину недійсним		
	усього	в т. ч. визнані недієздатними		усього	в т. ч. визнані неправочиноздатними	
		абс.	%		абс.	%
1999	12	4	33,3	10	1	10,0
2000	4	1	25,0	3	0	0,0
2001	5	1	20,0	12	1	8,3
2002	7	4	57,1	14	1	7,1
2003	8	2	25,0	7	1	14,3
2004	12	4	33,3	9	3	33,3
2005	14	5	35,7	18	2	11,1
2006	11	3	27,3	26	5	19,2
2007	18	12	66,7	24	5	20,8
2008	14	2	14,3	19	1	5,3
2009	9	2	22,2	26	5	19,2
2010	19	5	26,3	30	3	10,0
2011	13	5	38,5	26	6	23,1
2012	12	5	41,7	26	5	19,2
2013	22	6	27,3	37	6	16,2
Разом за 15 років	**180**	**61**	**33,9**	**287**	**45**	**15,7**

роки суди мали законні підстави відмовити у призначенні експертизи з мотивів відсутності достатніх даних, які б свідчили про тяжкий психічний розлад).

Трапляються випадки, коли при алкогольній залежності пред'явлення позову з підстав, передбачених ст. 225 ЦК України, має лише попередній, етапний характер і передує уточненню позовних вимог з переходом на інші, «непсихіатричні» вади волі, передбачені ЦК України – помилку (ст. 229), обман (ст. 230), фізичний або психічний тиск (ст. 231), вплив тяжкої обставини (ст. 233). Але й за таких підстав позову суди іноді призначають СПЕ, хоча зазначені норми цивільного законодавства не мають психіатричного змісту і не передбачають застосування спеціальних знань шляхом проведення судово-психіатричної експертизи.

Усе це зумовлює значну кількість СПЕ, які призначають без достатніх медичних підстав, а відтак і більшу питому частку експертних рішень про правочиноздатність. Очевидно, соціальний попит на СПЕ психічних порушень алкогольного генезу в позовних цивільних справах випереджає дійсну поширеність тяжких психічних розладів в рамках цієї нозологічної групи.

Висновки

Наведені дані статистичної звітності свідчать також про необхідність уніфікації експертних оцінок при судово-психіатричній оцінці алкогольних психічних розладів у цивільних справах, важливість дотримання єдиних та чітких критеріїв. Одним із шляхів удосконалення експертної практики в цьому напрямку може бути регулярний аналіз діагностичних та експертних розходжень. Крім того, назріла необхідність перегляду та вдосконалення звітної форми № 38–здоров (з урахуванням категорії обмеженої дієздатності).

Список використаної літератури

1. *Королёва Е. В. Судебно-психиатрическая оценка психических расстройств у лиц, совершивших сделки : автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед наук : 14.01.06 / Е. В. Королёва – М., 2010. – 42 с.*
2. *Мохонько А. Р. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе / А. Р. Мохонько, Л. А. Муганцева // Организационно-правовые, клинико-диагностические вопросы общей психиатрии, судебно-психиатрической экспертизы : тезисы научно-практической конференции. – СПб. : Альта Астра, 2013. – С. 13.*
3. *Шевелёв В. Н. Особенности алкоголизма в судебно-психиатрической практике / В. Н. Шевелёв, М. И. Проценко // Судебная и социальная психиатрия 90-х годов : материалы международной конференции : В 2 т. – Киев–Харьков–Днепропетровск, 1994. – Т. 2. – С. 132–133.*

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ: ДАННЫЕ ОТРАСЛЕВОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОТЧЁТНОСТИ

А.В. Канищев, А.А. Ревенок, О.П. Олейник

В статье проанализирована отраслевая статистическая отчётность МЗ Украины в отношении судебно-психиатрических экспертиз по гражданским делам, при которых были диагностированы алкогольные психические расстройства. Показана распространённость указанных расстройств и структура соответствующих экспертных решений в судебно-психиатрической практике по гражданским делам. Акцентировано внимание на дискуссионных проблемах, связанных с диагностической и экспертной оценкой психических расстройств алкогольного генеза в применении к задачам гражданского процесса.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, алкогольные психические расстройства, судебно-психиатрическая экспертиза, дееспособность, сделкоспособность.

FORENSIC PSYCHIATRIC EXPERTISE OF ALCOHOL-RELATED MENTAL DISORDERS IN CIVIL CASES: DATA OF BRANCH STATISTICAL REPORTS

A.V. Kanishchev, O.A. Revenok, O.P. Oliynyk

The article deals with analysis of branch statistical reports concerning forensic psychiatric expertise of alcohol-related mental disorders in civil cases. General qualitative data, rates and structure of expert conclusions are shown. The special notice is given to controversial issues in diagnostic and forensic assessment of alcohol dependence and other alcohol disorders in context of civil procedure.

Key words: alcohol dependence, alcohol-related mental disorders, forensic psychiatric expertise, civil capacity.

УДК: 616.89

С.С. Шум[1], О.О. Суховій[1], Ю.Б. Поліщук[2], Г.А. Інджикулян[1]

ЗАСТОСУВАННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ У ВИДІ НАДАННЯ АМБУЛАТОРНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ПРИМУСОВОМУ ПОРЯДКУ (СТАНОМ НА 2010–2012 РР.)

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України[1], м. Київ
Міністерство охорони здоров'я України[2], м. Київ

У статті відображено застосування в Україні амбулаторного виду примусових заходів медичного характеру (ПЗМХ) станом на 2010–2012 рр. У результаті аналізу були виявлені основні характеристики застосування ПЗМХ у виді надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку (АПДПП), визначені установи та контингенти хворих, обсяги та структура заходів, що застосовуються. Отримана інформація підтверджує необхідність науково-методичного забезпечення даного виду державного примусу з метою підвищення ефективності заходів профілактики суспільно небезпечних діянь осіб із психічними розладами. Застосування АПДПП як виду ПЗМХ поєднується зі значно меншими обмеженнями особистої свободи осіб, які страждають на психічні розлади, порівняно зі стаціонарними видами ПЗМХ. Завдяки децентралізації та районуванню такого виду допомоги значно ширше будуть застосовуватися методи реабілітації та ресоціалізації досліджуваного контингенту осіб. Це дозволить широко підключати до терапевтичного процесу, окрім лікарів-психіатрів, лікарів-психотерапевтів, психологів, соціальних працівників, що сприятиме подоланню наслідків госпіталізму, поліпшенню параметрів соціального функціонування пацієнтів і ефективнішомувідновленню соціальних зв'язків у звичному середовищі проживання.

Ключові слова: примусові заходи медичного характеру, амбулаторна психіатрична допомога у примусовому порядку, суспільна небезпечність осіб, які хворіють на психічні розлади, кримінальне провадження.

Примусові заходи медичного характеру (ПЗМХ) є заходами кримінально-правового характеру – видом державного примусу, який застосовують з метою запобігання суспільно небезпечним діянням (СНД) осіб, які хворіють на психічні розлади, а також їх лікування, реабілітації та ресоціалізації.

Одним з головних недоліків стаціонарних видів ПЗМХ є переважання обмежувальних заходів над реабілітаційними, що стоїть на заваді активній ресоціалізації пацієнтів та відновленню соціального функціонування. Суттєві переваги амбулаторного лікування осіб, які хворіють на психічні хвороби, порівняно з тривалим стаціонарним лікуванням, обумовлюють необхідність ширшого застосування позалікарняної допомоги.

Амбулаторний вид ПЗМХ став однією з новел Кримінального кодексу України, що набрав чинності 1 вересня 2001 року. Але, незважаючи на більш ніж 12 років застосування, ПЗМХ у виді надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку (АПДПП) досі відповідним чином не врегульовані і здійснюються у різних регіонах України вкрай нерівномірно.

Окремо слід зауважити, що АПДПП може також надаватись у порядку цивільного судочинства особі, яка не вчиняла СНД, але у котрої встановлено наявність тяжкого психічного розладу. Така особа, у разі ненадання їй психіатричної допомоги, може завдати значної шкоди своєму здоров'ю у зв'язку з погіршенням психічного стану (відповідно до ст. 12 Закону України «Про психіатричну допомогу»).

Варто наголосити, що у разі суспільної небезпечності такої особи для себе та/або навколишніх у разі наявності у неї психопатологічної симптоматики з агресивними тенденціями та в деяких інших випадках статтею 12 Закону України «Про психіатричну допомогу» не передбачено можливості для надання АПДПП у порядку цивільного судочинства. Відповідно до ст. 14 Закону України «Про психіатричну допомогу», при встановленні у особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, особу може бути госпіталізовано до психіатричного закладу в примусовому порядку.

Практика застосування АПДПП свідчить про недостатню поінформованість задіяних у її наданні суб'єктів.

Значна кількість працівників цих установ недостатньо чітко розрізняють такого роду заходи, призначені в порядку кримінального провадження (як виду ПЗМХ), від призначених у порядку цивільного судочинства.

Це створює перешкоди належному застосуванню цього виду державного примусу, адже амбулаторні примусові психіатричні заходи переважно розцінюються лише як «позастаціонарні», а порядок їх застосування взагалі не регулюється жодними нормативно-правовими актами.

Не сприяє конкретизації цього виду ПЗМХ і відсутність чіткого формулювання в Кримінальному кодексі України (а саме в ч. 2 ст. 94), відповідно до якого регламентується застосування АПДПП судом у разі, «якщо особа за станом свого психічного здоров'я не потребує госпіталізації до психіатричного закладу».

Кримінальний процесуальний кодекс України не містить жодних положень відносно застосування амбулаторного виду ПЗМХ. У ст. 19 Закону України «Про психіатричну допомогу» лише констатується наявність амбулаторного виду ПЗМХ, без жодних уточнень щодо його застосування. Відповідно до п. 7 «Порядку застосування ПЗМХ в психіатричних закладах до осіб, які хворі на психічні розлади і вчинили СНД», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ України) від 08.10.2001 № 397, окрім формулювання, аналогічного наявному у ч. 2 ст. 94 Кримінального кодексу України, вказано, що «зазначені особи підлягають лікарському нагляду та лікуванню в амбулаторних психіатричних закладах».

Недостатнє урегулювання законодавством України застосування амбулаторного виду ПЗМХ є однією з причин розмаїття у розумінні цього виду державного примусу.

При аналізі досвіду застосування АПДПП як виду ПЗМХ за кордоном можна виокремити наступні складові мети надання такого виду допомоги:

- по-перше, це вторинна профілактика вчинення СНД особами, які хворіють на психічні розлади;
- по-друге, реабілітація та ресоціалізація таких осіб, адже, за оцінкою європейських науковців, близько 50% осіб, які хворіють на психічні розлади та вчинили СНД у минулому, вже ніколи не зможуть жити у суспільстві самостійно, їм буде необхідна постійна допомога в тій чи іншій формі;
- по-третє, фінансові переваги застосування АПДПП перед стаціонарними видами допомоги. Низка науковців зазначають, що вартість надання АПДПП як виду ПЗМХ (або аналогів такої допомоги у зарубіжних державах) становить лише близько 14%, порівняно з вартістю застосування стаціонарних видів ПЗМХ [1, 3, 6, 7].

За умови приблизної подібності клінічної картини і рівнів суспільної небезпечності осіб, застосування до них ПЗМХ у виді надання АПДПП дає змогу домогтися кращих результатів у їх лікуванні та реабілітації завдяки більш значній редукції негативних розладів та більш високому рівню соціалізації, порівняно із застосуванням ПЗМХ у виді госпіталізації особи до психіатричного закладу із звичайним наглядом [2, 4].

Впродовж останніх 3 років в Україні спостерігається стале зростання числа рекомендованих призначень особам ПЗМХ у виді надання АПДПП внаслідок проведення судово-психіатричних експертиз (СПЕ) (у 2010 р. – 408 особам, у 2011 р. – 464 особам та у 2012 р. – 482 особам). Впродовж 2010–2012 років близько 50% рекомендацій ПЗМХ у виді надання АПДПП стосувались осіб, які не могли усвідомлювати свої дії (бездіяльність) або керувати ними під час вчинення СНД.

За даними офіційної статистики, у період 2010–2012 років кількість осіб з розладами психіки та поведінки, до яких застосовувались ПЗМХ у виді надання АПДПП, також постійно зростала та складала станом на кінець 2010 року 1104 особи, на кінець 2011 року – 1219 осіб та на кінець 2012 року – 1428 осіб.

Загальна кількість осіб, яким було призначено застосування АПДПП та змінено вид ПЗМХ зі стаціонарного на амбулаторний, зростала, та складала у 2010 році 458 осіб, у 2011 році – 506 осіб та у 2012 році – 668 осіб.

Загальна кількість осіб, стосовно яких було припинено застосування амбулаторного виду ПЗМХ, змінено вид ПЗМХ з амбулаторного на стаціонарний та які померли під час застосування даного виду ПЗМХ, впродовж 2010–2012 рр. також зростала, та становила у 2010 році 365 осіб, у 2011 – 391 особу, у 2012 році – 458 осіб.

Донині в Україні не проводили епідеміологічних досліджень стосовно застосування амбулаторного виду ПЗМХ, відсутні методологічні розробки принципів і системних складових його застосування, не затверджено законодавством порядок надання, не розроблені критерії призначення та припинення.

У багатьох випадках спостерігається недостатньо обґрунтоване застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП, що створює істотні перепони для досягнення основної мети застосування такого виду державного примусу – ефективної профілактики СНД, лікування та ресоціалізації осіб, до яких застосовується амбулаторний вид ПЗМХ.

Відповідно до п. 36 «Порядку застосування ПЗМХ в психіатричних закладах до осіб, які хворі на психічні розлади і вчинили СНД», затвердженого наказом МОЗ України від 08.10.2001 № 397, науково-методичне забезпечення щодо застосування ПЗМХ здійснюється МОЗ України через Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (далі – УкрНДІ ССПН МОЗ України).

У зв'язку з нагальною потребою наукового супроводу застосування амбулаторного виду ПЗМХ, як перспективного напрямку профілактики СНД осіб з вадами психічного здоров'я, МОЗ України було затверджено виконання УкрНДІ ССПН МОЗ України впродовж 2014–2016 років прикладної науково-дослідної роботи «Розробка методичних принципів застосування примусових заходів медичного характеру у виді надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку».

У 2013 році співробітниками відділу примусових психіатричних заходів та пенітенціарної психіатрії УкрНДІ ССПН МОЗ України було проведено дослідження стану застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП у регіонах України. За даними, які було отримано від 21 регіону України, у 2012 р. ПЗМХ у виді надання АПДПП застосовувались в 176 закладах до 1520 осіб, а фактична кількість таких осіб на кінець 2012 року складала 1115 (табл. 1, рис. 1).

Не надали інформацію Івано-Франківська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Сумська області та м. Севастополь. Частково інформацію надали АР Крим, Запорізька,

Таблиця 1. Кількість осіб, до яких застосовували ПЗМХ у виді надання АПДПП

За даними 21 регіону України*	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Кількість закладів, у яких до осіб застосовували ПЗМХ у виді надання АПДПП	154	162	176
Загальна кількість осіб, до яких застосовували ПЗМХ у виді надання АПДПП впродовж року (фактична кількість осіб на кінець року + особи, яким було змінено вид ПЗМХ на стаціонарний + особи, яким було припинено застосування ПЗМХ + особи, які померли впродовж року)	1197	1346	1520
Фактична кількість осіб, до яких станом на кінець звітного року застосовували ПЗМХ у виді надання АПДПП	894	1005	1115

** Примітка: відсутні дані від Івано-Франківської, Миколаївської, Одеської, Полтавської, Сумської областей та м. Севастополя.*



Рис. 1. Регіональний розподіл закладів, у яких до осіб застосовували ПЗМХ у виді надання АПДПП

Рівненська та Херсонська області.

Результати проведеного дослідження відображено у нижченаведених графічних матеріалах та супроводжуються текстовою аналітичною інформацією.

Характерною особливістю є значне щорічне зростання не лише фактичного та загального числа осіб, але й збільшення кількості закладів, у котрих до осіб застосовували амбулаторний вид ПЗМХ.

Незважаючи на застосування ПЗМХ з метою запобігання СНД, впродовж 2010–2012 років 255 осіб, до яких було застосовано амбулаторний вид ПЗМХ, вчинили СНД (в т. ч. агресивного характеру у 27,5% випадків), що свідчить про недостатню ефективність заходів, які здійснювались у рамках ПЗМХ у виді надання АПДПП (табл. 2).

Таблиця 2. Суспільно небезпечні діяння, вчинені особами під час застосування до них ПЗМХ у виді надання АПДПП

За даними 21 регіону України*	2010 р.	2011 р.	2012 р.	2010-2012 рр.
Кількість осіб, які вчинили СНД неагресивного характеру протягом року під час застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП	61	63	61	185
Кількість осіб, які вчинили СНД агресивного характеру впродовж року під час застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП	24	21	25	70
Кількість осіб, які вчинили суїцидальні спроби протягом року під час застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП	4	3	6	13
Кількість осіб, які вчинили завершений суїцид протягом року під час застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП	1	3	1	5

*Примітка: * відсутні дані від Івано-Франківської, Миколаївської, Одеської, Полтавської, Сумської областей та м. Севастополя.*

Через недосконаліть існуючих форм медичної статистики системно відстежувати рух осіб, до яких застосовують ПЗМХ, наразі практично неможливо. На практиці існує декілька «маршрутів», якими особи з вадами психічного здоров'я надходять до психіатричних закладів для застосування до них певного виду ПЗМХ, а також шляхи, якими вони вибувають з цих закладів.

Існують два шляхи початку застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП:

– внаслідок ухвали суду про застосування даного виду ПЗМХ (первинно);
– після ухвали суду про зміну виду ПЗМХ зі стаціонарного на амбулаторний (вторинно).

За період 2010–2012 рр. першим «маршрутом» пройшли 1203 особи, а другим – 1111 осіб, серед яких 95,3% з психіатричних закладів із звичайним наглядом.

Таблиця 3. Призначення, продовження, зміна виду та припинення застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП

За даними 21 регіону України*		2010 р.	2011 р.	2012 р.	2010-2012 рр.
Надійшли	Винесено ухвалу суду про призначення ПЗМХ у виді надання АПДПП	375	378	450	1203
	Винесено ухвалу суду про зміну виду ПЗМХ зі стаціонарного виду у психіатричному закладі із суворим наглядом – на ПЗМХ у виді надання АПДПП	1	3	6	10
	Винесено ухвалу суду про зміну виду ПЗМХ зі стаціонарного виду у психіатричному закладі з посиленим наглядом – на ПЗМХ у виді надання АПДПП	9	13	20	42
	Винесено ухвалу суду про зміну виду ПЗМХ зі стаціонарного виду у психіатричному закладі із звичайним наглядом – на ПЗМХ у виді надання АПДПП	334	325	400	1059
Всього надійшло		**719**	**719**	**876**	**2314**
Винесено ухвалу суду про продовження застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП		**688**	**796**	**991**	**2475**
Вибули	Винесено ухвалу суду про зміну виду ПЗМХ у виді надання АПДПП на стаціонарний вид ПЗМХ у психіатричному закладі із суворим наглядом	4	4	6	14
	Винесено ухвалу суду про зміну виду ПЗМХ у виді надання АПДПП на стаціонарний вид ПЗМХ у психіатричному закладі з посиленим наглядом	5	7	6	18
	Винесено ухвалу суду про зміну виду ПЗМХ у виді надання АПДПП на стаціонарний вид ПЗМХ у психіатричному закладі із звичайним наглядом	19	19	25	63
	Винесено ухвалу суду про припинення застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП та передання особи на піклування родичам або опікунам з обов'язковим лікарським наглядом	37	47	59	143
	Винесено ухвалу суду про припинення застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП	221	284	281	786
	Кількість осіб, які померли протягом року під час застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП	14	16	26	56
Всього вибуло		**300**	**377**	**403**	**1080**

*Примітка: * відсутні дані від Івано-Франківської, Миколаївської, Одеської, Полтавської, Сумської областей та м. Севастополя.*



*Примітка: * відсутні дані від Івано-Франківської, Миколаївської, Одеської, Полтавської, Сумської областей та м. Севастополя.*

Рис. 2. Призначення, продовження, зміна виду та припинення застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП (дані за 2012 р.)

Зворотний шлях має більшу кількість варіантів. Так, за той самий 3-річний період стосовно 786 осіб було винесено ухвали суду про припинення застосування амбулаторного виду ПЗМХ, а стосовно 143 – про припинення застосування амбулаторного виду ПЗМХ та передання особи на піклування родичам або опікунам з обов'язковим лікарським наглядом (загалом – 929 осіб).

Стосовно 95 осіб було змінено вид ПЗМХ з амбулаторного на стаціонарний (серед яких 66,3% надійшли до психіатричних закладів із звичайним наглядом). 56 осіб померли (табл. 3, рис. 2).

Найсумнівнішим «маршрутом» серед вищезазначених є зміна амбулаторного виду ПЗМХ на один із стаціонарних. Проведений нами аналіз не дає змоги з'ясувати, чим саме мотивувались комісії лікарів-психіатрів під час обґрунтування необхідності зміни виду ПЗМХ з амбулаторного на стаціонарний, та суди, постановляючи ухвали щодо таких змін виду ПЗМХ.

При аналізі нормативно-правових актів стосовно такого напрямку руху осіб під час застосування до них ПЗМХ можна виявити наступне.

У ч. 2 ст. 514 Кримінального процесуального кодексу України зазначено: «зміна або припинення застосування ПЗМХ здійснюється, якщо особа ... видужала або якщо внаслідок змін у стані її здоров'я відпала потреба в раніше застосовуваних заходах медичного характеру». Отже, хоча прямо й не стверджується про неможливість зміни амбулаторного виду ПЗМХ на один з числа стаціонарних, проте словосполучення «відпала потреба» досить складно трактувати на користь «посилення» виду ПЗМХ.

Наявне у ст. 19 Закону України «Про психіатричну допомогу» формулювання є дещо інакшим: «питання про зміну або припинення застосування ПЗМХ вирішується судом у разі такої зміни стану психічного здоров'я особи, за якої відпадає необхідність застосування раніше призначеного заходу або виникає необхідність у призначенні іншого ПЗМХ». У цьому випадку також відсутнє чітке формулювання, але словосполучення «виникає необхідність» можна вже трактувати, як на користь «пом'якшення», так і на користь «посилення» виду ПЗМХ.

При аналізі п. 8 «Порядку застосування ПЗМХ в психіатричних закладах до осіб, які хворі на психічні розлади і вчинили СНД», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08.10.2001 № 397, можна зазначити, що зміну виду ПЗМХ на госпіталізацію до психіатричного закладу із суворим, посиленим або звичайним наглядом може бути здійснено у разі «зниження суспільної небезпечності»; разом з тим, про порядок дій, які слід застосовувати за умови підвищення суспільної небезпечності, не йдеться.

На підставі аналізу даних з таблиці 2 щодо вчинення правопорушень особами, до яких застосовувався амбулаторний вид ПЗМХ, можна припустити, що наслідками вчинення особами СНД, або проявів агресії під час застосування до них ПЗМХ, були рішення комісій лікарів-психіатрів про підвищення суспільної небезпечності осіб і зміна амбулаторного виду ПЗМХ на один з числа стаціонарних.

Слід також враховувати судову практику застосування ПЗМХ. У Постанові Пленуму Верховного Суду України від 03.06.2005 № 7 «Про практику застосування судами примусових заходів медичного характеру та примусового лікування» [7] зазначено, що за змістом ст. 95 Кримінального кодексу України, а також ст. 19 Закону України «Про психіатричну допомогу», зміна ПЗМХ може полягати лише в його пом'якшенні у зв'язку з поліпшенням психічного стану особи (наприклад, переведення з психіатричного закладу з посиленим наглядом до закладу зі звичайним наглядом), чи у скороченні терміну перебування у психіатричному закладі.

Звісно ж, рекомендації Пленуму Верховного Суду України не мають імперативного характеру, тим більше, що, на відміну від покарання, ПЗМХ не призначаються на певний термін. Відтак «скорочення перебування у психіатричному закладі» судом є неможливим та незрозумілим з позиції кримінального права, адже певний термін має лише покарання, а ПЗМХ таким не є.

Окрім того, ст. 95 КК України та ст. 19 Закону України «Про психіатричну допомогу» не лише не містять положень, що забороняють змінювати амбулаторний вид ПЗМХ на стаціонарний, але й навпаки, у ст. 19 Закону України «Про психіатричну допомогу» зазначається, що питання про зміну або припинення застосування ПЗМХ вирішується судом у разі такої зміни стану психічного здоров'я особи, за якої відпадає необхідність застосування раніше при-

Таблиця 4. Психічні розлади, що було діагностовано в осіб, до яких застосовували ПЗМХ у виді надання АПДПП (серед загальної кількості осіб за рік)

За даними 21 регіону України*	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Органічні психічні розлади (F00–F09 за МКХ–10)	189	214	249
Розлади психіки та поведінки, пов'язані з вживанням ПАР (F10–F19 за МКХ–10)	6	8	13
Шизофренія (F20 за МКХ–10)	627	671	748
Хронічні маячні розлади (F22 за МКХ–10)	18	22	27
Афективні розлади (F30–F39 за МКХ–10)	23	30	28
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40–F48 за МКХ–10)	1	1	2
Розумова відсталість (F70–F79 за МКХ–10)	196	212	267
Інші психічні розлади	42	69	68
Всього**	**1102**	**1227**	**1402**

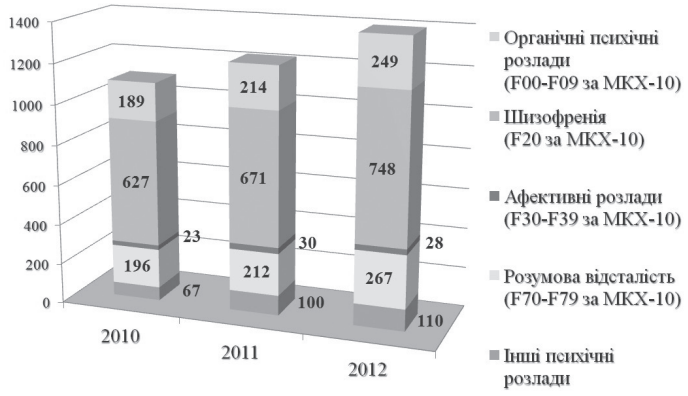
*Примітки: * відсутні дані від Івано-Франківської, Миколаївської, Одеської, Полтавської, Сумської областей та м. Севастополя;*
*** сумарні дані, зазначені у таблиці 1 і у таблицях 4–7, відрізняються у зв'язку з наданням деякими регіонами неповного об'єму відомостей.*

значеного заходу або виникає необхідність у призначенні іншого ПЗМХ.

Необхідність призначення стаціонарного виду ПЗМХ може бути зумовлена погіршанням психічного стану, яке неможливо скоригувати у амбулаторних умовах.

З урахуванням того, що продовження, зміна виду або припинення застосування ПЗМХ здійснюються судом за заявою представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра), який надає особі таку психіатричну допомогу, на підставі висновку комісії лікарів-психіатрів, – положення статті 19 Закону України «Про психіатричну допомогу» можна розцінювати як підставу для зміни амбулаторного виду ПЗМХ на стаціонарний у разі його необхідності.

Дані таблиці 4 та рисунка 3 демонструють частоту психічних розладів серед осіб, до яких застосовувався амбулаторний вид ПЗМХ впродовж 2010–2012 років. Серед загальної кількості осіб, до яких впродовж 2012 р. було застосовано даний вид державного примусу, 53,4% (748 осіб) хворіли на шизофренію, 19,0% (267 осіб) – на розумову



*Примітка: * відсутні дані від Івано-Франківської, Миколаївської, Одеської, Полтавської, Сумської областей та м. Севастополя.*

Рис. 3. Психічні розлади, які було діагностовано в осіб, до яких застосовували ПЗМХ у виді надання АПДПП (серед загальної кількості осіб за рік)*

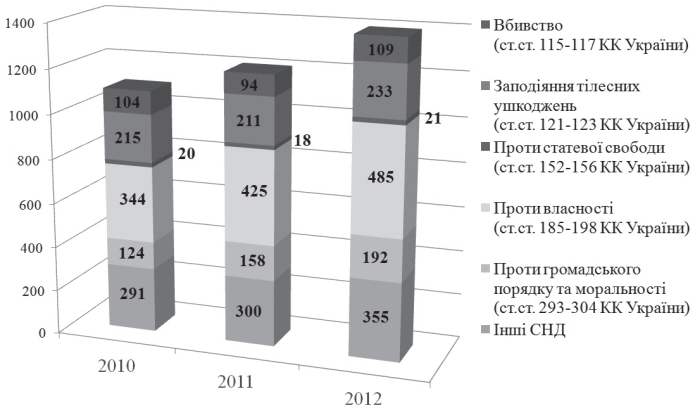
відсталість, 17,8% (249 осіб) – на органічні психічні розлади. Решта захворювань складали 9,8%.

У таблиці 5 та на рисунку 4 відображено характер СНД, у зв'язку з якими впродовж 2010–2012 рр. до осіб застосовувався амбулаторний вид ПЗМХ. Серед загальної кількості осіб станом на 2012 р. найбільша кількість СНД (34,8%) була вчинена проти власності, кількість осіб, які вчинили вбивства та тілесні ушкодження, складала 24,5%, СНД проти громадського порядку та моральності – 13,8%.

Дані таблиці 6 відображають значну чисельність осіб з інвалідністю (76,1% або 1063 особи серед 1397, станом на 2012 р.) серед загального числа осіб, до яких застосовували амбулаторний вид ПЗМХ. Окрім того, станом на 2012 р., 13,9% осіб були визнані недієздатними або обмежено дієздатними (табл. 7). Це обумовлює необхідність тісної взаємодії з Міністерством соціальної політики України під час застосування до осіб даного виду ПЗМХ.

Впродовж 2010–2012 рр. в рамках застосування амбулаторного виду ПЗМХ було здійснено майже 38,8 тис. консультацій лікарями-психіатрами, 11,8% з яких склали виїзди лікарів-психіатрів до місць проживання осіб (табл. 8).

Станом на 2012 р. окрім психофармакотерапевтичної допомоги (71,7% осіб отримували її регулярно, а 15,9% –



*Примітка: * відсутні дані від Івано-Франківської, Миколаївської, Одеської, Полтавської, Сумської областей та м. Севастополя.*

Рис. 4. Характер суспільно небезпечних діянь, вчинених особами, до яких застосовували ПЗМХ у виді надання АПДПП (серед загальної кількості осіб за рік)*

періодично), 35,0% пацієнтів одночасно надавали психотерапевтичну або психологічну допомогу, 6,9% отримували допомогу соціальних працівників, 2,2% – допомогу у зв'язку із залежністю від психоактивних речовин (ПАР), 1,6% – допомогу лікаря-фтизіатра (табл. 9).

Станом на 2012 р. 84,5% осіб, до яких застосовували амбулаторний вид ПЗМХ, мали постійне місце проживання, але працевлаштованими були лише 2,2%, що обумовлювало низький ступінь соціальної адаптації (табл. 10).

У результаті проведеного аналізу було виявлено основні характеристики застосування амбулаторного виду ПЗМХ в Україні, визначено заклади та контингенти хворих, обсяги та структуру застосованих заходів. Завдяки отриманій інформації було підтверджено необхідність науково-методичного забезпечення даного виду державного примусу з метою підвищення ефективності заходів профілактики суспільно небезпечних діянь осіб з вадами психічного здоров'я.

Застосування АПДПП як виду ПЗМХ поєднане зі значно меншими обмеженнями особистої свободи осіб, які

Таблиця 5. Характер суспільно небезпечних діянь, вчинених особами, до яких застосовували ПЗМХ у виді надання АПДПП (серед загальної кількості осіб за рік)

За даними 21 регіону України*	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Вбивство (ст.ст. 115–117 КК України)	104	94	109
Заподіяння тілесних ушкоджень (ст.ст. 121–123 КК України)	215	211	233
Проти статевої свободи (ст.ст. 152–156 КК України)	20	18	21
Проти власності (ст.ст. 185–198 КК України)	344	425	485
Проти громадського порядку та моральності (ст.ст. 293–304 КК України)	124	158	192
Інші СНД	291	300	355
Всього**	**1098**	**1206**	**1395**

*Примітки: * відсутні дані від Івано-Франківської, Миколаївської, Одеської, Полтавської, Сумської областей та м. Севастополя;*
*** сумарні дані, зазначені в таблиці 1 і таблицях 4–7, відрізняються, у зв'язку з наданням деякими регіонами неповного об'єму відомостей.*

Таблиця 6. Інвалідність осіб, до яких застосовували ПЗМХ у виді надання АПДПП (серед загальної кількості осіб за рік)

За даними 21 регіону України*	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Інваліди I групи	29	30	31
Інваліди II групи	685	723	826
Інваліди III групи	133	190	206
Особи без інвалідності	248	274	334
Всього**	**1095**	**1217**	**1397**

*Примітки: * відсутні дані від Івано-Франківської, Миколаївської, Одеської, Полтавської, Сумської областей та м. Севастополя;*
*** сумарні дані, зазначені в таблиці 1 і таблицях 4–7, відрізняються у зв'язку з наданням деякими регіонами неповного об'єму відомостей.*

Таблиця 7. Дієздатність осіб, до яких застосовували ПЗМХ у виді надання АПДПП (серед загальної кількості осіб за рік)

За даними 21 регіону України*	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Визнані недієздатними	103	103	132
Визнані обмежено дієздатними	38	45	57
Дієздатні	908	1025	1170
Всього**	**1049**	**1173**	**1359**

*Примітки: * відсутні дані від Івано-Франківської, Миколаївської, Одеської, Полтавської, Сумської областей та м. Севастополя;*
*** сумарні дані, зазначені в таблиці 1 і таблицях 4–7, відрізняються у зв'язку з наданням деякими регіонами неповного об'єму відомостей.*

Таблиця 8. Кількість візитів осіб, до яких застосовували ПЗМХ у виді надання АПДПП, до лікаря-психіатра (серед загальної кількості осіб за рік)

За даними 21 регіону України*	2010 р.	2011 р.	2012 р.	2010-2012 рр.
Кількість візитів осіб до лікаря-психіатра	9929	11934	12356	34219
Кількість виїздів лікаря-психіатра до місця проживання особи	1419	1470	1682	4571
Всього	**11348**	**13404**	**14038**	**38790**

*Примітка: * відсутні дані від Івано-Франківської, Миколаївської, Одеської, Полтавської, Сумської областей та м. Севастополя.*

Таблиця 9. Заходи, котрі здійснювали відносно осіб, до яких застосовували ПЗМХ у виді надання АПДПП (серед загальної кількості осіб за рік)

За даними 21 регіону України*	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Кількість осіб, які перебували на лікуванні у денному стаціонарі під час застосування ПЗМХ у виді надання АПДПП	97	102	157
Кількість осіб, які отримували регулярну психофармакотерапевтичну допомогу	868	949	1090
Кількість осіб, які отримували періодичну психофармакотерапевтичну допомогу	192	204	242
Кількість осіб, які отримували допомогу у зв'язку з залежністю від ПАР	32	38	34
Кількість осіб, які отримували фтизіатричну допомогу	21	23	25
Кількість осіб, які отримували психотерапевтичну або психологічну допомогу	417	465	532
Кількість осіб, які отримували допомогу соціальних працівників	86	103	105
Загальна кількість осіб за рік (з табл. 1)	**1197**	**1346**	**1520**

*Примітка: * відсутні дані від Івано-Франківської, Миколаївської, Одеської, Полтавської, Сумської областей та м. Севастополя.*

хворіють на психічні розлади, порівняно зі стаціонарними видами ПЗМХ. Децентралізація та районування такого

Таблиця 10. Працевлаштування та забезпечення постійним місцем проживання осіб, до яких застосовували ПЗМХ у виді надання АПДПП (серед загальної кількості осіб за рік)

За даними 21 регіону України*	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Кількість працевлаштованих осіб	37	31	34
Кількість осіб, які мали (або отримали) постійне місце проживання	987	1114	1285
Загальна кількість осіб за рік (з табл. 1)	**1197**	**1346**	**1520**

*Примітка: * відсутні дані від Івано-Франківської, Миколаївської, Одеської, Полтавської, Сумської областей та м. Севастополя.*

виду допомоги нададуть змогу значно ширше застосовувати методи реабілітації і ресоціалізації стосовно зазначеного контингенту осіб, ширше залучати до терапевтичного процесу, окрім лікарів-психіатрів, також лікарів-психотерапевтів, психологів, соціальних працівників.

Наведене сприятиме подоланню наслідків госпіталізму, покращенню параметрів суспільного функціонування хворих та більш ефективному відновленню соціальних зв'язків у звичному середовищі проживання.

Список використаної літератури

1. *Балашов А. Д. Принудительное амбулаторное наблюдение и лечение у врача-психиатра невменяемых лиц, страдающих шизофренией / А. Д. Балашов // Медицинский журнал. – 2007. – № 4. – С. 28–32.*
2. *Белоус И. В. Клинико-социальные особенности больных шизофренией с агрессивными формами общественно опасного поведения в условиях амбулаторной психиатрической помощи : автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук / И. В. Белоус. – М., 2011. – 23 с.*
3. *Дианов Д. А. Зарубежный опыт амбулаторного принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные деяния : (обзор литературы) / Д. А. Дианов, С. В. Абрамов // Российский психиатрический журнал. – 1999. – № 6. – С. 54–59.*
4. *Иванова А. А. Амбулаторное принудительное лечение больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (клинико-социальный и реабилитационный аспекты) : автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук / А. А. Иванова. – Томск, 2007. – 23 с.*
5. *Постанова Пленуму Верховного Суду України № 7 від 03.06.2005 р. «Про практику застосування судами примусових заходів медичного характеру та примусового лікування» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/v0007700-05*
6. *Compulsory ambulatory psychiatric treatment / R. Durst, A. Teitelbaum, Y. Bar-El [et al.] // Harefuah. – 1997. – Vol. 133. – P. 597–602.*
7. *Involuntary outpatient commitment: a naturalistic study of its use and a consumer survey at one community mental health center / D. Greenberg, J. Mazar, D. Brom, Y. C. Barer // Med. Law. – 2005. – № 24 (1). – P. 95–110.*

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА В ВИДЕ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ (ПО СОСТОЯНИЮ НА 2010–2012 ГГ.)

С.С. Шум, А.А. Суховей, Ю.Б. Полищук, Г.А. Инджикулян

В статье отражено применение в Украине амбулаторного вида принудительных мер медицинского характера (ПММХ) – по состоянию на 2010–2012 гг. В результате проведенного анализа были выявлены основные характеристики применения ПММХ в виде предоставления амбулаторной психиатрической помощи в принудительном порядке (АППППП), определены учреждения и контингенты больных, объемы и структура применяющихся мероприятий. Полученная информация подтверждает необходимость научно-методического обеспечения данного вида государственного принуждения с целью повышения эффективности мер профилактики общественно опасных деяний лиц с психическими расстройствами. Применение АППППП как вида ПММХ сочетается со значительно меньшими ограничениями личной свободы лиц, страдающих психическими расстройствами, по сравнению со стационарными видами ПММХ. Благодаря децентрализации и районированию такого вида помощи, значительно шире будут применяться методы реабилитации и ресоциализации данного контингента лиц. Это позволит широко подключать к терапевтическому процессу, кроме врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов, психологов, социальных работников, что будет способствовать преодолению последствий госпитализма, улучшению параметров социального функционирования пациентов и более эффективному восстановлению социальных связей в привычной среде проживания.

Ключевые слова: принудительные меры медицинского характера, амбулаторная психиатрическая помощь в принудительном порядке, общественная опасность лиц, болеющих психическими расстройствами, уголовное судопроизводство.

APPLICATION OF COMPULSORY MEDICAL MEASURES IN THE FORM OF COMPULSORY OUTPATIENT MENTAL HEALTH CARE IN 2010-2012

S. Shum, O. Sukhovii, Yu. Polishchuk, G. Indzhykulyan

The article presents the compulsory medical measures (CMM) application results in Ukraine for 2010–2012. Current analysis identifies main areas of application for the compulsory outpatient mental health care (COMHC). In addition, institutions and patient populations, the intensity and the structure of applied measures were defined. Our results confirm a substantial need for a scientific support of such coercion in order to improve the prevention of socially dangerous acts by mentally disordered individuals. Application of COMHC as a form of CMM results in fewer restrictions on personal liberty of individuals with mental disorders, as compared to the stationary forms of CMM. Due to decentralization and regionalization of the aid provided, we expect much wider application of rehabilitation and re-socialization methods to this group of patients. Such steps allow other specialties such as psychotherapists, psychologists or social workers to be involved to the therapeutic process. This would help to overcome the effects of hospitalism, improve the social functioning of the patients. Such approach would also increase the effectiveness of the social recovery for the patients as they stay in their usual living environment.

Key words: compulsory medical measures, compulsory outpatient psychiatric care, mental disorder, social danger, criminal proceeding.

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 616-052: 616.5

С.О. Галникіна

ПСИХІАТРИЧНІ АСПЕКТИ ДЕРМАТОЛОГІЧНОЇ ПРАКТИКИ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль

Ключові слова: психосоматичні хвороби шкіри, дерматологічні артефакти, патомімії, синдром тактильного галюцинозу.

У статті розглянуті деякі психіатричні аспекти в дерматологічній практиці, зокрема описані клінічні прояви дерматологічних артефактів, патомімій, синдрому тактильного галюцинозу.

Спільне ембріональне походження шкіри і центральної нервової системи є достатньою підставою для передбачення взаємозв'язку цих систем.

Психосоматичні хвороби шкіри трапляються часто і становлять 14–18% усіх дерматозів. У 21% пацієнтів психотерапевтичних стаціонарів виявляють шкірні симптоми. За даними багатьох дослідників, частота емоційних чинників серед причин шкірної патології становить 25–50%, а ефективне лікування майже 40% дерматологічних хворих є неможливим, якщо ігнорувати роль емоційних чинників у розвитку дерматозів. Зважаючи на те, що стан шкіри завжди доступний для самоспостереження, психічні реакції хворих постійно стимулюються.

У хворих на хронічні дерматози спостерігають часті:

- неврози
- невротичні синдроми (проявляються дратівливістю, частою зміною настрою, плаксивістю, неприємними відчуттями в ділянці різних органів).

Навіть незначне погіршення у дерматологічних хворих, особливо коли уражені відкриті ділянки, відображається на психічному стані а це призводить до несприятливого перебігу дерматозів.

Лікування:

1) *Сугестивна терапія* вельми сприятливо впливає на емоційну сферу хворих. Треба ненав'язливо в кожному зручному випадку навіювати хворим, що наслідок хвороби буде сприятливим, заспокоювати їх. Це особливо ефективно у дітей, які добре піддаються сугестії.

Сприятливо на психіку хворих дітей впливають:

- ігротерапія;
- музикотерапія;
- демонстрація відповідних фільмів;
- художня самодіяльність.

Замаскована сугестія полягає в призначенні слабких паліативних засобів, дієти з відповідним налаштуванням хворого на обов'язковий позитивний ефект

2) Психотерапія

Складові успішної терапії:

- довіра пацієнта, віра в авторитет лікаря, в одужання. Навіть вигляд лікаря здатний змінити ставлення хворого до своєї хвороби, самопочуття і навіть перебіг хвороби. Дерматолог має словом впливати на психіку хворого, говорити з пацієнтами неголосно, спокійно, впевнено, повідомляти тільки те, що іде їм на користь. Слово дерматолога тільки тоді набирає сили, коли воно звучить переконливо, проникливо.
- хворим, які втратили віру в медицину, доцільно наводити приклади із власної практики вилікування пацієнтів із такими чи подібними хворобами. Корисні зустрічі із хворими, які одужали від певних дерматозів.
- хворі на дерматози часто переживають з приводу того, що оточуючі можуть уникати їх через побоювання заразитися, це травмує психіку пацієнта, заважає його одужанню. Людям, які оточують хворого, треба пояснювати, що ці хвороби не заразні.

У дерматологічній практиці все частіше трапляються артефакти. Виділяють такі в**иди дерматологічних артефактів**.

1. *Дерматоманії:* трихотиломанія (висмикування волосся), оніхофагія (звичка гризти нігті), невротичні екскоріації.
2. *Калічення:* симуляція (ушкодження інтактної шкіри з метою якоїсь вигоди), аггравація, патомімії.
3. *Психопатії* (самоушкодження шкіри у психічно хворих): прикладання до шкіри різних подразнювальних речовин та інші ушкодження.

Патомімії (штучні артефакти) – це штучні ушкодження шкіри, які відносять до групи психосоматичних розладів. Деякі автори розглядають патомімії в широкому розумінні цього слова і включають сюди всю групу артефактів, самоушкоджень. У вузькому розумінні, патомімії – це підгрупа самоушкоджень шкіри у психопатів, які вдаються до них з метою самозадоволення і вперто заперечують сам факт нанесення цих самоушкоджень.

Ураження шкіри при патоміміях, порівняно з невротичними екскоріаціями, більш глибокі, незвичні, поліморфні й не вкладаються в клінічну картину якогось дерматозу.

Такі саморуйнівні дії можуть проявлятися у рамках різних нозологічних форм: при генетично обумовлених

синдромах з розумовою відсталістю, ендогенній депресії, пограничних станах, неврозах, істерії, шизофренії. Самоушкодження спричиняють при афективній напруженості, а інколи вони сприяють емоційній розрядці.

Описані артефіційні дерматози як прояв міфоманії, коли хворі намагаються створити штучну картину хвороби, привернути до себе і ушкодження увагу лікарів, родичів, співробітників, викликати співчуття. Треба мати на увазі, що артефіційні дерматози можуть бути спричинені хворими з метою якоїсь вигоди і свідчити про аггравацію чи симуляцію. Однак такі самоушкодження частіше виявляють при психічній неповноцінності.

Екскорійовані вугри молодих жінок (невротичні екскоріації)

Причина виникнення – самоушкодження шкіри обличчя, грудей, сідниць, розгинальних поверхонь кінцівок на психопатичному грунті після емоційних перевантажень.

Скарги: на сверблячку шкіри, яка минає тоді, коли хворі здирають усі кірочки і видавлюють вугри. На шкірі виникають екскоріації, вкриті кірочками, рубчики, де- і гіперпігментовані плями, висипка часто лінійна.

Патологія обумовлена:

- неврозом нав'язливих станів;
- депресією;
- астенічною психопатією.

Частина хворих категорично заперечує самоушкодження. Хвороба триває доти, поки зберігається психотравмуючий чинник.

Артефіційний хейліт розвивається у психопатів при травмуванні губ руками, зубами, смоктальними рухами, постійним облизуванням. Таким хейлітам притаманна сухість губ, лущення, утворення тріщин, кірочок.

Перебіг хвороби погіршується під впливом стресових ситуацій і поліпшується при лікуванні малими транквілізаторами. У випадках тривалого перебігу слід виключити атопічний хейліт, контактну сенсибілізацію, зокрема до харчових алергенів, фотосенсибілізацію тощо.

Трихотиломанія – нестримне бажання висмикувати волосся.

Клінічно проявляється наявністю ділянок поріджшання волосся або облисінням на волосистій частині голови, бровах, віях. Волосся частково висмикнуте, обламане на різних рівнях. Шкіра у вогнищах не змінена.

Трихотиломанія частіше трапляється у дітей, але можуть хворіти і дорослі. Висмикування волосся здійснюється несвідомо, а в окремих випадках спеціально, але ретельно приховується від стороннього ока.

Диференційна діагностика проводиться із вогнищевим випаданням волосся, грибковими хворобами (трихофітія, мікроспорія), псевдопеладою.

У пацієнтів із такими патологічними станами спостерігають невротичні симптоми: скарги на головний біль, поганий сон, зниження працездатності, дратівливість, швидку втомлюваність.

Встановлення діагнозу:

У ідеальних випадках діагноз патомімії правочинний, коли вдається викрити хворого, який ушкоджує себе, або домогтися його зізнання. Головним у діагностичному процесі є клінічне спостереження, анамнез, спостереження за поведінкою хворого, диференційна діагностика з ідіопатичними хворобами шкіри. Правильний діагноз підтверджують також позитивні результати лікування із застосуванням психотропних препаратів, гіпнозу, а також засобів, які заважають заподіянню травм (цинк-желатинові пов'язки, гоління голови, накладання лейкопластирних пов'язок тощо).

Варто також зазначити, що самоушкодження шкіри, які виникають на грунті органічного ураження мозку, мають надзвичайно тривалий перебіг і не піддаються лікуванню.

Синдром тактильного галюцинозу (Екбом – синдром, синдром неспокійних ніг) уперше описав шведський дерматолог Екбом у 1938 році. Це психічна патологія, яка, однак, рідко трапляється у практиці психіатрів, оскільки хворі, які не мають критичного ставлення до свого стану, зазвичай звертаються до дерматологів. Хвороба характеризується значною тривалістю і резистентністю до терапії. Частіше хворіють жінки віком понад 40 років, однак хвороба трапляється й у чоловіків.

Вважають, що в основі цієї патології лежить ураження мозку судинного чи токсичного генезу. Цей синдром може траплятись і при ендогенних психозах, в клініці іпохондричної форми шизофренії, у депресивній фазі маніакально-депресивного психозу.

У хворих спостерігають численні тактильні галюцинації на тлі ясної свідомості і формально правильного орієнтування за відсутності зорових і слухових галюцинацій. Хворі відчувають повзання по шкірі або під шкірою якихось живих істот, яких вони називають комахами, мухами, блохами, мурашками, кліщами, дрібними черв'яками, кандидами. Хворі повідомляють, що ці живі істоти розмножуються, вгризаються в шкіру. У окремих пацієнтів ці відчуття супроводжуються інтенсивною сверблячкою, яка призводить до значних розчухів. Хворі видирають нігтями, вирізають ножицями або лезом шматочки шкіри з метою механічного видалення цих істот або одержання матеріалу для проведення аналізів, іноді змащують кислотами, щоб убити паразитів.

Галюцинаторні відчуття бувають:

- генералізованими,
- рідше мають обмежений характер у ділянці голови, обличчя, тулуба, статевих органів, слизових оболонок порожнини рота, кон'юнктиви, уретри, піхви, кишок.

Окремі хворі настільки переконані в об'єктивному існуванні паразитів, що ідеально описують зовнішні ознаки «збудника», підкреслюючи його велику рухливість і труднощі у виявленні. Лікарям такі хворі приносять шматочки шкіри, кров'янисті кірочки із волоссям як об'єкти, в яких при детальному огляді лікар має виявити паразитів. Такі хворі також скаржаться на неприємний запах і липкість шкіри в ті періоди, коли збудники активізуються і «масово з'являються на шкірі». Рідко поведінка хворих змінюється: вони тривалий час перуть білизну, кип'ятять її, часто миються, натирають шкіру різними розчинами, завдають собі численних ушкоджень, ніби витягуючи з-під шкіри комах. Щоб не передавати своєї хвороби іншим, хворі іноді звільняються з роботи, довго не виходять з квартири. Вони відвідують десятки лікарів, вимагаючи обстежень з метою виявлення паразитів, а також «сильних» методів лікування, самі підвищують собі дози призначених ліків.

Спроби переконати хворих на основі результатів повторних досліджень у відсутності у них паразитарної хвороби викликають негативну, а то й ворожу реакцію, що іноді призводить до ще більшої замкнутості хворих.

Цей синдром, незалежно від того, в рамках якої хвороби він розвинувся, включає у свою структуру тактильні галюцинації та їх маячну інтерпретацію. Ураження шкіри є наслідком галюцинацій, маячних ідей і виражається численними розчухами та більш грубими самоушкодженнями шкіри. У дерматологічному аспекті цей синдром має належати до групи патомімій. Механізм його розвитку має психологічну основу, тому лікування має проводитися за участю психіатра.

Список використаної літератури

1. *Антоньев А. А. Клинико-терминологические вопросы патомимии / А. А. Антоньев, А. В. Шатилов, Н. С. Нешков // Вестн. дерматол. венерол. – 1989. – 10. – С. 32–37.*
2. *Блейхер В. М. Эпонимические термины в психиатрии и психотерапии и медицинской психологии / В. М. Блейхер. – Киев, 1984. – 223 с.*
3. *Бройтигам В. Психосоматическая медицина : крат. учеб ; пер. с нем. / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. – М, 1999. – 373 с.*
4. *Брюн Е. А. Тактильные галлюцинации и синдром тактильного галлюциноза в клинике психозов позднего возраста. В кн. : Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. Т. 77 «Вопросы общей психопатологии (иллюзии, галлюцинации, бред)». – 1976. – С. 57–63.*
5. *Введение в психосоматическую дерматологію : учеб.-метод. рекомендации / А. В. Сухарев, Р. Н. Назаров, А. В. Стаценко, О. И. Бондарь. – СПб., 2006. – 39 с.*
6. *Горчаков И. А. Своеобразный случай патомимии / И. А. Горчаков // Вестн. дерматол. венерол. – 1946. – № 2. – С. 60–61.*
7. *Диагностика и коррекция пограничных психических расстройств у больных атопическим дерматитом (часть I) / В. В. Остришко, О. Л. Иванов, В. С. Новоселов, Д. Б. Колесников // Вестн. дерматол. венерол. – 1998. – № 2. – С. 34–37.*
8. *Елецкий В. Ю. Пограничные психические расстройства у больных псориазом и нейродермитом : автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук / В. Ю. Елецкий. – М., 1986.*
9. *Иванов С. В. Постпроцессуальное сенситивное развитие (клиника, патогенез, лечение) : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук / С. В. Иванов. – М., 1993.*
10. *Иванова Н. С. О синдроме тактильного галлюциноза с бредом одержимости кожными паразитами / Н. С. Иванова // Журн. невропатол. и психиатр. – 1964. – № 10. – С. 1547–1552.*
11. *Каламкарян А. А. К вопросу о патомимии / А. А. Каламкарян, В. Н. Гребенюк // Вестн. дерматол. венерол. – 1978. – № 11. – С. 3–6.*
12. *Коваленко А. П. Реабилитация больных с заболеваниями и травмами нервной системы / А. П. Коваленко. – М. : ГВКГ им. Н. Н. Бурденко, 2006. – 303 с.*
13. *Концевой В. А. Функциональные психозы позднего возраста : руководство по психиатрии / В. А. Концевой ; под ред. А. С. Тиганова. – М, 1999. – С. 667–721.*
14. *Коркина М. В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте / М. В. Коркина. – М., 1984.*
15. *Кошевенко Ю. Н. Психосоматические дерматозы в косметологической практике. Особенности клиники, патогенеза, лечения, профилактики и реабилитации / Ю. Н. Кошевенко // Рос. журн. кожн. и венерол. болезней. – 1999. – С. 60–65.*
16. *Курпатов А. В. Руководство по системной поведенческой психотерапии / А. В. Курпатов, Г. Г. Аверьянов. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2006. – 576 с.*
17. *Лесик Н. В. Патогенетическая терапия больных атопическим дерматитом на основе клинико-психо-вегето-иммуных взаимодействий : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук / Н. В. Лесик. – М., 1988.*
18. *Львов А. Н. Особенности психосоматического статуса у больных атопическим дерматитом и пути их комплексной коррекции : автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук / А. Н. Львов. – М., 2001.*
19. *Медведев А. В. Бредовые и галлюцинаторные расстройства при поздних психозах, протекающих с картиной «параноида жилья» // Журн. неврол. и псих. – 1990. – № 9. – С. 62–67.*
20. *Милич М. В. Случай патомимии / М.В. Милич, К.Н. Суворова, В. Н. Шеварова // Вестн. дерматол. венерол. – 1990. – № 5. – С. 75–76.*
21. *Новицкая Н. Н. Качество жизни и псориаз: психологические аспекты / Н. Н. Новицкая, А. И. Якубович // Сибирский медицинский журнал. – 2008. – № 2. – С. 8–13.*
22. *Психодерматология: история, проблемы, перспективы / О. Л. Иванов, А. Н. Львов, В. В. Остришко [и др.] // Рос. журн. кожн. и венерол. болезней. – 1999. – № 1. – С. 28–38.*
23. *Психологические аспекты патогенеза хронических дерматозов / А. В. Сухарев, Р. Н. Назаров, О. С. Королева [и др.] // Эстетическая медицина. – 2005. – № 1. – С. 68–72.*
24. *Современные представления о патогенезе и лечении розацеа / А. М. Лалаева, С. И. Данилов, В. А. Пирятинская, Т. В. Грибанова // Клин. дерматол. и венерол. – 2003. – № 2. – С. 29–34.*
25. *Сосновский А. Т. Патомимия : лекция / А. Т. Сосновский, Л. С. Капитула // Здравоохранение Беларуси. – 1990. – № 11. – С. 58–62.*
26. *Столяров Г. В. О так называемом тактильном галлюцинозе / Г. В. Столяров // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1966. – № 12. – С. 1812–1816.*
27. *Сухарев А. В. Этапы становления психосоматического направления современной дерматологии / А. В. Сухарев // Журнал дерматовенерологии и косметологии. – 2005. – №1.*
28. *Щербенко Н. Б. Особенности аллергопатологии у больных с неврозами : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук / Н. Б. Щербенко. – М., 1998.*
29. *A. Persistent stress as a Predictor of Genital Herpes Recurrence / F. Cohen, M. Kemeney [et al.] // Archives of internal medicine. – 1999. – № 159 (8). –P. 2430–2436.*
30. *Al´Abadie M. The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions / M. Al´Abadie, G. Kent, D. Gawkrodger // Br. J. Dermatol. – 1994. – № 130. – P. 199–203.*
31. *Alexander F. Psychosomatic medicine / F. Alexander. – New York : Norton, 1950.*
32. *Arnold L. Psychogenic excoriation: clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment / L. Arnold, M. Auchrnbach, S. McElroy // CNS Drugs. – 2001.– № 15 (5). – P. 351–359.*
33. *Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus / A. Akay, A. Pekcanlar, K. E. Bozdag [et al.] // J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol. – 2002. – № 16 (4). – P. 347–352.*
34. *Barton S. The Psychological Impact of Genital Herpes / S. Barton, J. Green. – London, 1999. – P. 24.*
35. *Bergmann B. Zur Genese der taktilen Halluzinose bzw / Bergmann B. // Des Dermatozoenwahns. Nervenarzt. – 1957. – № 28. – P. 22–27.*
36. *Berrios G. Delusional parasitosis and physical disease / G. Berrios // Comparative Psychiatry. – 1985. – № 26. – P. 395–403.*
37. *Bhatia M. Delusional Parasitosis: a Clinical Profile / M. Bhatia, T. Jagawat, S. Choudary // Int. J. Psychiatry Med. – 2000. – № 30 (1). – P. 83–91.*
38. *Bierman S. A possible psychoneuroimmunologic basis for recurrent genital herpes simplex / S. Bierman // West J. Med. – 1983. – № 139 (4). – P. 547–552.*
39. *Böttcher W. Das Syndrom des wahnhaften Ungezieferbefalls / W. Böttcher. – Berlin : Humboldt-Univ, 1954.*
40. *Cotterill J. Dermatologic non-disease: a common and potentially fatal disturbance of cutaneous body image// Br. J. Dermatol. – 1981. – № 104. – P. 611–619.*
41. *Cotterill J. Psychophysiological aspects of eczema / J. Cotterill // Semin. Dermatol. – 1990. – № 9. – P. 216–219.*
42. *Cyr P. Neurotic excoriations / P. Cyr, G. Dreher // Am. Fam. Physician. – 2001. – № 64. – P. 1981–1984.*
43. *Czubalski K. Neuropsychic factors in physical urticaria / K. Czubalski, E. Rudzki // Dermatol. – 1977. – № 154. – P. 1–4.*
44. *Delusional Parasitosis / A. Hillert, U. Gieler, V. Niemeier, B. Brosig // Dermatology and Psychosomatics. – 2004. – № 5. – P. 33–35.*
45. *Dermatologie und Venerologie (5 Aufl.) / O. Braun-Falko, G. Plewig, H. Wolff [et al.] – Berlin : Springer, 2004.– P. 1582.*
46. *Freudenmann R. Der «Dermatozoenwahn». Eine aktuelle Übersicht / R. Freudenmann // Fortschr. Neurol. Psychiat. – 2002. – № 70. – P. 531–541.*
47. *Gabbard G. Two subtypes of narcissistic personality disorders / G. Gabbard // Bull. Mening. Clinic. – 1989. – № 53 (6). – P. 527–532.*
48. *Gaupp R. Der Fall Wagner. Eine Katamnese, zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Paranoia / R. Gaupp // Z. ges Neurol. Psychiat. (Orig.). – 1920. – № 60. – P. 312–327.*
49. *Gieler U. Hauterkrankungen in psychologischer Sicht. / U. Gieler, U. Stangier, E. Brähler. – Göttingen.–Bern–Toronto–Seatle, 1995.*
50. *Griesemer R. Emotionally triggered disease in a dermatologic practice / R. Griesemer // Psychiatr. Ann. – 1978. – № 8. – P. 49–56.*
51. *Gupta M. Neurotic excoriations: a review and some new perspectives / M. Gupta, A. Gupta, H. Haberman // Compr. Psychiatry. – 1986. – № 27. – P. 381–386.*
52. *Gupta M. Psychodermatology: An update / M. Gupta, A. Gupta // J. of the American Academy of Dermatol. – 1996. – № 34 (6). – P. 1030–1046.*
53. *Gupta M. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis / M. Gupta, A. Gupta // BJD. – 1998. – № 139. – P. 846–850.*
54. *Gupta M. The psychological comorbidity in acne / M. Gupta, A. Gupta // Clinics in Dermatol. – 2001. – № 19. – P. 360–363.*
55. *Horing C. Alopecia areata / C. Horing, U. Gieler // Dermatologie und Psychosomatik. – 2002. – № 3. – P. 196–197.*
56. *Huber G. Indizien für die Somatosehypothese bei den Schizophrenien / G. Huber // Fortschr. Neurol. Psychiat. – 1976. – № 44 (3). – P. 77–94.*
57. *Jenike M.A. Neurotic excoriations/ M. A. Jenike, L. Baer, W. E. Minichiello // Obsessive-Compulsive Disorders: practical management, 1998.*
58. *Kalivas J. Dermatitis Artefacta vs. Dermatitis Factitia / Kalivas J. // Dermatologie und Psychosomatik. – 2003. – № 4. – P. 168.*
59. *Le délire de parasitose ou syndrome d´Ekbom / A. Ait-Ameur, P. Bern, M. Firoloni, P. Menecier // Rev. Med. Interne. – 2000.– № 21. – P. 182–186.*
60. *The Relation of Psychogenic Excoriation With Psychiatric Disorders: A Comparative Study / C. Calikusu, B. Yücel, A. Polat [et al.] // Comp. Psych. – 2003.– № 44 (3). – P. 256–261.*
61. *The relationship of pathologic skin picking to obsessive-compulsive disorder / B. Cullen, J. Samuels, O. Bienvenu [et al.] // The Journal of nervous and mental disease. – 2001. – № 189 (3). – P. 193–195.*
62. *Treatment of psychogenic excoriation in the elderly patient / Arnold L., McElroy S. [et al.] // Clin. Geriatrics. – 2002. – № 10 (12). – P. 36–46.*

ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ
С.О. Галныкина

В статье рассмотрены некоторые психатрические аспекты в дерматологической практике, в частности описаны клинические проявления дерматологических артефактов, патомимий, синдрома тактильного галлюциноза.

Ключевые слова: психосоматические заболевания кожи, дерматологические артефакты, патомимии, синдром тактильного галлюциноза.

PSYCHIATRIC ASPECTS OF DERMATOLOGICAL PRACTICE
S.O. Halnykina

The article discusses some aspects of psychiatric practice in dermatology, in particular, clinical manifestations of dermatological artefacts, patomimias, syndrome of tactil hallusinosis are described.

Key words: pshychosomatic skin diseases, dermatological artefacts, patomimias, syndrome of tactil hallicinosis.

УДК: 616.35-006-089.87:316.6

С.В. Мєрліч

ВПЛИВ ОНКОЛОГІЧНОЇ ХВОРОБИ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

У статті наведено емпіричне дослідження якості життя пацієнтів з онкологічним захворюванням, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми. В дослідженні взяли участь 311 осіб віком від 32 до 63 років, яких було опитано за допомогою методики SF–36. У результаті дослідження зроблено наступні висновки. В осіб, хворих на онкопатологію, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, виявлено ознаки зниження загальної якості життя. Показники фізичного компонента здоров'я онкологічних пацієнтів мають низькі значення за всіма складовими: рольове функціонування, обумовлене фізичним станом; інтенсивність болю; загальний стан здоров'я. Шкали, які визначають психічний компонент здоров'я пацієнтів, дозволяють констатувати, що онкологічна хвороба негативно впливає на психоемоційний стан онкохворого: виявлено наявність депресивних, тривожних тенденцій, порушення соціального функціонування, життєвої активності та загальне психологічне неблагополуччя.

Ключові слова: онкологічна хвороба, якість життя.

Постановка проблеми. Інтенсивний вплив онкологічної патології не лише відображається на рівні фізичного здоров'я людини, а й містить психотравмуючу складову, яка поєднує наявність високого рівня соматичного та психоемоційного дистресу, зниження адаптивності хворої людини, усвідомлення загрози порушення соціального функціонування та зниження якості життя загалом [2, 4]. Актуальність та важливість даної проблеми обумовлена медичними, психологічними та психосоціальними наслідками онкологічного захворювання для пацієнта, а також необхідністю створення та втілення комплексних терапевтичних програм, які б не тільки враховували медичну складову проблеми, але й дозволяли корегувати порушення в клініко-психологічній, індивідуально-психологічній, а також у сфері соціального функціонування хворого на онкопатологію [1–3]. Вищенаведене й обумовило логіку та організацію нашого дослідження.

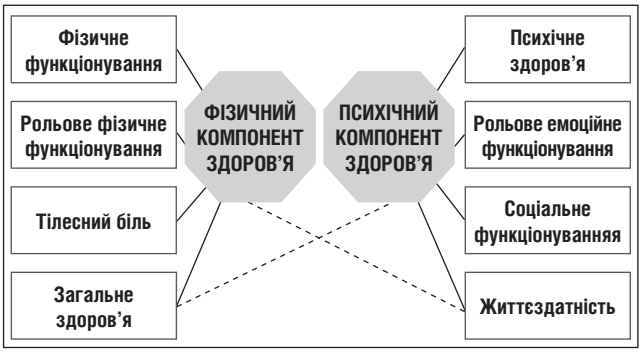


Рис. 1. Модель оцінювання якості життя

Матеріали та методи дослідження

На базі Одеського обласного онкологічного диспансеру за умови інформованої згоди обстежено 324 особи, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми.

Серед загальної кількості обстежених було відібрано 311 осіб у віці від 32 до 63 років, з яких було сформовано дві групи дослідження за статевою належністю (154 чоловіки – Г1 та 157 жінок – Г2).

Для оцінки якості життя пацієнтів використовували опитувальник SF–36 (The Short Form–36). Опитувальник дозволяє визначити загальний рівень благополуччя і ступінь задоволеності тими сторонами життєдіяльності людини, на які впливає стан здоров'я.

Модель, яка лежить в основі конструкції шкал і сумарних вимірювань опитувальника SF–36, має три рівні:

I рівень – 36 питань;

II рівень – 8 шкал, сформованих з 2–10 питань;

III рівень – 2 сумарних вимірювання, якими об'єднуються шкали (рис. 1).

Таким чином, всі 8 шкал опитувальника групуються в два показники: РН («Фізичний компонент здоров'я») і МН («Психологічний компонент здоров'я»):

1. Шкали фізичного компонента здоров'я (Physical health – PH) фізичне функціонування;
   - рольове функціонування, обумовлене фізичним станом;
   - інтенсивність болю;
   - загальний стан здоров'я.
2. Шкали психологічного компонента здоров'я (Mental Health – MH):
   - психічне здоров'я;
   - рольове функціонування, обумовлене емоційним станом;
   - соціальне функціонування;
   - життєва активність.

Результати та їх обговорення

Результати дослідження осіб, які входили до складу Г1 та Г2, за допомогою опитувальника SF–36 наведено на рис. 2–3.

Рівень якості життя всіх обстежених був значно зниженим за всіма показниками фізичного та психічного компонентів здоров'я.

Середнє значення за шкалою PF у чоловіків дорівнювало 40,50 бала; у жінок – 41,72 бала. Обстежувані відмічали обмеженість фізичної активності, такі як труднощі з самообслуговуванням, неприємні та больові відчуття при ходьбі, труднощі при підйомі по сходах, неможливість виконання прийнятних до хвороби фізичних навантажень.

Показники за шкалою RP, яка показує роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, досягали низьких значень в обох групах обстежених (19,75 бала в Г1; 18,64 бала в Г2). Пацієнти відмічали, що стан їхнього здоров'я лімітує виконання звичайної діяльності, обмежує виконання роботи або повсякденних обов'язків

Шкала BP оцінювала інтенсивність больового синдрому онкохворих і його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю. Низькі значення, отримані

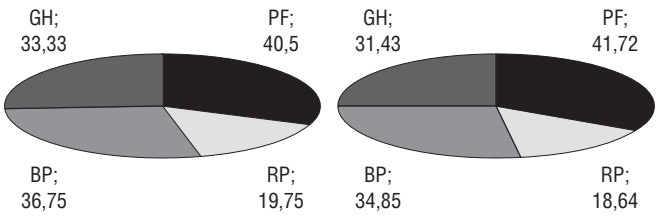


Рис. 2. Показники фізичного компонента здоров'я в групах дослідження

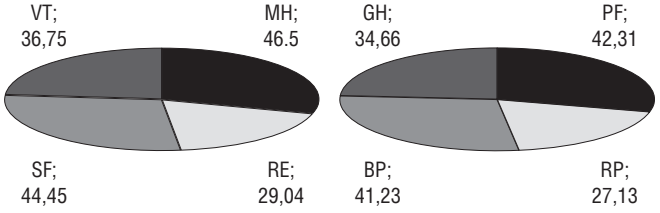


Рис. 3. Показники психічного компонента здоров'я в групах дослідження

за даною шкалою в Г1 та Г2 (36,75 бала в Г1; 34,85 бала в Г2) свідчать про те, що больові відчуття значно обмежували фізичну активність обстежуваних.

За показником загального здоров'я GH хворі Г1 та Г2 отримали низькі бали: 33,33 бала – чоловіки; 31,43 бала – жінки. Такі дані свідчать про досить негативну оцінку власного стану здоров'я, перспектив лікування і здатності опиратись хворобі.

Рисунок 3 демонструє результати оцінювання обстеженими психічного компонента власного здоров'я. Шкала VT оцінювала відчуття пацієнтом повноти сил і енергії. Низькі бали, отримані в групах дослідження за даною шкалою (36,75 бала в Г1; 34,66 бала в Г2), свідчать про стан загального стомлення та виснаження обстежуваних, зниження їх життєвої активності.

Про незадоволеність рівнем власної соціальної активності, а також обмеженість можливостей спілкування, проведення часу з друзями, сім'єю, сусідами, в колективі, свідчили показники, отримані за шкалою SF (44,45 бала в Г1; 41,23 бала в Г2).

Значно зниженим в Г1 та Г2 був показник рольового емоційного функціонування (RE), який визначає, в якій мірі емоційний стан пацієнта заважає виконанню роботи або іншої звичайної повсякденної діяльності, включаючи великі витрати часу на їх виконання, зменшення об'єму зробленої роботи, зниження її якості. За даними дослідження, середній показник за шкалою RE в Г1 досягав значення 29,04 бала; в Г2 – 27,13 бала; що свідчить про емоційне виснаження пацієнтів, яке негативно впливає на якість життя обстежених. Дещо зниженими в групах обстежених виявились і значення за показником «Психічне здоров'я» (шкала MH) (46,50 бала в Г1; 42,31бала в Г2). Низькі значення за даним показником свідчили про наявність у пацієнтів депресивних, тривожних станів та загальне психологічне неблагополуччя.

Висновки

1. В осіб, хворих на онкопатологію, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, виявлено ознаки зниження загальної якості життя.

2. Показники фізичного компонента здоров'я онкологічних пацієнтів досягають низьких значень за всіма складовими: рольове функціонування, обумовлене фізичним станом; інтенсивність болю; загальний стан здоров'я.

3. Шкали, що визначають психічний компонент здоров'я пацієнтів, дозволяють констатувати, що онкологічна хвороба негативно впливає на психоемоційний стан онкохворого: наявність депресивних, тривожних тенденцій, порушення соціального функціонування, життєвої активності та загальне психологічне неблагополуччя.

Список використаної літератури

1. *Гнездилов А. В. Психические изменения у онкологических больных / А. В. Гнездилов // Практическая онкология. – 2001. – № 1. – С. 5–11.*
2. *Максименко С. Д. Психологічна допомога тяжким соматично-хворим : навч. посіб. для студ. вищих навч. закладів / С. Д. Максименко, Н. Ф. Шевченко. – К. : Ніжин Міланік, 2007. – 115 с.*
3. *Саймонтон К. Психотерапия рака / К. Саймонтон, С. Саймонтон. – СПб. : Питер, 2001. – 227 с.*
4. *Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В.Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.*

ВЛИЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ
С.В. Мерлич

В статье приводится эмпирическое исследование качества жизни онкологических пациентов, перенесших оперативное вмешательство с формированием кишечной стомы. В исследовании приняли участие 311 человек в возрасте от 32 до 63 лет, тестированные с помощью методики SF–36. В результате исследования сделаны следующие выводы. У лиц, страдающих онкопатологией, перенесших оперативное вмешательство с формированием кишечной стомы, выявлены признаки снижения общего качества жизни. Показатели физического компонента здоровья онкологических пациентов достигают низких значений по всем составляющим: ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здоровья. Шкалы, определяющие психический компонент здоровья пациентов, позволяют констатировать, что онкопатология оказывает негативное влияние на психоэмоциональное состояние больного: установлено наличие депрессивных, тревожных тенденций, нарушение социального функционирования, жизненной активности и общее психологическое неблагополучие.

Ключевые слова: онкологическое заболевание, качество жизни.

THE ONCOLOGICAL DISORDER INFLUENCE ON PATIENTS' QUALITY OF LIFE
S.V. Merlich

This article provides an empirical study on the cancer patients' quality of life undergoing surgery with the formation of intestinal stoma. The study involved 311 people aged from 32 to 63 years tested using the method of SF–36. The study reached the following conclusions. Individuals suffering from cancer pathology undergoing surgery with the formation of intestinal stoma, showed signs of lowering the overall quality of life. Indicators of physical health component of cancer patients reach low values in all components: role functioning due to physical condition, the intensity of pain, and general health. Scale defining mental health component of patients lead to the conclusion that cancer has a negative impact on the emotional state of the patient: the presence of depressive, anxiety tendencies, impaired social functioning, vitality and general psychological disadvantage.

Key words: cancer pathology, quality of life.

УДК: 616.517:616.89-008

І.В. Онищенко

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ХВОРИХ НА ПСОРІАЗ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

У статті наведені результати дослідження емоційної сфери хворих на псоріаз. Багато авторів вказують на те, що одним із основних етіологічних факторів дерматологічних захворювань є безпосередній вплив психоемоційного стану хворого. Псоріаз супроводжується значними змінами зовнішності, небажаною реакцією навколишніх людей, тривалим лікуванням, частими рецидивами та зривами лікувального процесу, що, в свою чергу, може спричинити пригнічення емоційного стану хворого. Це може значним чином впливати на ефективність лікування.

Ключові слова: псоріаз, емоційна сфера, тривожність, депресія, відчуття самотності, самопочуття, агресія.

Постановка проблеми. Значення емоційного тригерного фактора в етіопатогенезі і клінічному перебігу псоріазу у більшості дослідників не викликає сумніву. Сьогодні необхідність комплексного мультифакторного підходу до вивчення дерматологічних захворювань стала особливо актуальною [4].

Вплив хвороби на психіку різниться залежно від наслідків, які захворювання спричиняє у житті людини. Наявність дерматологічного захворювання супроводжується інтенсивною психотравмуючою складовою, яка поєднує наявність високого рівня соматичного та психоемоційного дистресу, зниження адаптивності хворої людини, усвідомлення загрози порушення соціального функціонування та зниження якості життя пацієнта в цілому [7]. Унаслідок певних обмежень, пов'язаних з лікуванням і впливом на спосіб життя, низької самооцінки, труднощів у спілкуванні, тобто ознак, притаманних хворим на псоріаз, у деяких осіб формується емоційний захист . Хворі відмовляються виявляти свої почуття й уникають міжособистісних контактів [8]. Попри те, що псоріаз може призводити до тривожних станів і депресії, дерматологи й психіатри не повинні недооцінювати психологічних проблем, які передують власне захворюванню на псоріаз. Часом складно визначити, чи депресія або тривожність виникла як первинна патологія, чи як наслідок псоріазу [3, 5].

Матеріали та методи дослідження

За умови інформованої згоди на базі Одеського міського шкірно-венерологічного диспансеру обстежено 183 хворих, які мали соматичний діагноз псоріаз. Серед загальної кількості обстежених для участі в подальшій роботі було відібрано 114 осіб – основна група (ОГ). Дані 69 респондентів були вилучені з наступної статистичної обробки з метою формування репрезентативної за стажем роботи, віком та статтю вибірки. В якості контрольної групи (КГ) було відібрано 62 умовно здорових досліджених відповідного віку та статі. В дослідженні використовували психодіагностичний метод. Для вивчення стану емоційно-вольової сфери пацієнтів, які страждали на псоріаз, використано наступні психодіагностичні

Таблиця 1. Розподіл досліджених за рівнем особистісної та ситуативної тривожності

Рівень	Особистісна тривожність				Ситуативна тривожність			
	ОГ, n=114		КГ, n =62		ОГ, n=114		КГ, n=62	
	n	%±m	n	±m	n	%±m	n	%±m
Високий	88	77,19±3,93	3	4,84±2,73*	92	80,70±3,70	5	8,06±3,46*
Середній	22	19,30±3,70	14	22,58±5,31	19	16,67±3,49	15	24,19±5,44
Низький	4	3,51±1,72	45	72,58±5,67*	3	2,63±1,50	42	67,74±5,94*

*Примітка: * – різниця достовірна (p<0,05).*

тестові методики: опитувальник САН [1], методика Ч.Д. Спілбергера в адаптації Ю.Л. Ханіна [2], «Опитувальник депресивного стану А.Т. Бека» (Beck Depression Inventory – BDI), опитувальник Баса–Дарки [6].

Результати та їх обговорення

Визначення рівнів особистісної та ситуативної тривожності проводили за методикою Спілбергера–Ханіна.

Дані таблиці 1 свідчать про достовірне переважання у хворих на псоріаз високого рівня тривожності, порівняно з групою відносно здорових осіб. В ОГ високий рівень тривожності виявлено у 77,19% випадків, тоді як в КГ цей показник характеризував 4,84% обстежених ($p<0,05$). Відомо, що особи, які належать до категорії високотривожних, схильні сприймати загрозу своїй самооцінці і життєдіяльності у великому діапазоні ситуацій і реагувати дуже вираженим станом тривожності, що заважає адаптації та соціалізації особистості. Низький рівень особистісної тривожності достовірно частіше виявляли у здорових досліджених (72,58% досліджених КГ, 3,51% досліджених ОГ) ($p<0,05$).

Вивчення рівня ситуативної або реактивної тривожності також виявляє достовірну різницю між дослідженими групами. Так, для досліджених ОГ найбільш притаманним є високий рівень ситуативної тривожності (80,70% осіб), а для більшості здорових досліджених характерним був низький рівень ситуативної тривожності (67,74%), різниця між групами є достовірною ($p<0,05$). Слід зазначити, що значні відхилення від рівня помірної тривожності вимагають особливої уваги, висока тривожність передбачає схильність до прояву стану тривоги в ситуаціях оцінки власної компетентності. Низька тривожність, навпаки, вимагає підвищення уваги до мотивів діяльності та підвищення почуття відповідальності.

Наступною психоемоційною характеристикою, яку визначали в пацієнтів, хворих на псоріаз, був рівень виразності депресивних тенденцій за допомогою методики BDI.

Як свідчать дані, наведені в таблиці 2, для більшості хворих на псоріаз (ОГ) був характерним помірний ступінь депресії. Такі особи вирізнялись пригніченістю настрою, в них об'єктивно виявлялися загальмованість розумових і рухових процесів, значне зниження активності і працездатності, зниження самооцінки, втрата перспективи майбутнього і песимістична оцінка минулого, майбутнього і сьогодення, втрата критичного ставлення до хворобливого стану. У значної кількості досліджених були суїцидальні думки (77,19%). У хворих на псоріаз, які мали виражений рівень депресії, крім вищезазначених депресивних ознак спостерігали суїцидальні наміри і спроби (1,75%). Легкий ступінь депресії, який виявлено у 42,98% досліджених ОГ, характеризувався нерізким пригніченням настрою, зниженням активності та інтересів, суб'єктивним відчуттям загальмованості розумових процесів, ослабленням інтенсивності позитивних емоцій і занепадом життєрадісності та уяви, ослабленням прихильності до життя, але чи не головне, – це усвідомлення пацієнтом того факту, що його настрій залишається нижчим того, який відповідає обставинам його життя.

Таблиця 2. Розподіл досліджених за рівнем депресії

	ОГ, n=114		КГ, n=62	
	n	%±m	n	%±m
Відсутність депресивних симптомів	2	1,75±1,23	62	100,00±0,00*
Легка депресія	49	42,98±4,64	0	0,00±0,00
Помірна депресія	61	53,51±4,67	0	0,00±0,00
Виражена депресія середньої тяжкості	2	1,75±1,23	0	0,00±0,00
Тяжка депресія	0	0,00±0,00	0	0,00±0,00

*Примітка: * – різниця достовірна (p<0,05).*

Таблиця 3. Розподіл досліджених за рівнями відчуття самотності

Рівень самотності	ОГ, n=114		КГ, n=62	
	n	%±m	n	%±m
Високий	96	84,21±3,42	0	0,00±0,00*
Середній	16	14,04±3,25	3	4,84±2,73*
Низький	2	1,75±1,23	59	95,16±2,73*

*Примітка: * – різниця достовірна (p<0,05).*

Таблиця 4. Рівні самопочуття, активності, настрою в групах досліджених

Самопочуття, активність, настрій	ОГ, n=114		КГ, n=62	
	n	%±m	n	%±m
Сприятливий стан	5	4,39±1,92	58	93,55±3,12*
Несприятливий стан	109	95,61±1,92	4	6,45±3,12*

*Примітка: * – різниця достовірна (p<0,05).*

Дані щодо вивчення рівня відчуття самотності в досліджених наведено в таблиці 3.

Отримані дані свідчать про явне превалювання у хворих на псоріаз високого рівня відчуття самотності, який виявлено в 84,21% випадків у ОГ. Середній рівень виразності суб'єктивного відчуття самотності також достовірно більше притаманний хворим на псоріаз, порівняно з КГ. Так, в ОГ середній рівень відчуття самотності виявлено у 14,04% пацієнтів, в КГ – лише в поодиноких випадках (4,84%). Низький рівень відчуття самотності є характерною рисою здорових досліджених; він зустрічається майже в усіх осіб КГ (95, 16%).

Наступними психоемоційними характеристиками досліджених, які ми вивчали, були особливості самопочуття, активності, настрою, за допомогою методики САН (табл. 4).

Переважна більшість пацієнтів, хворих на псоріаз (ОГ), визначили свій стан за показниками самопочуття, активності та настрою як несприятливий (95,61%). У КГ спостерігали зворотні тенденції: сприятливий стан за всіма трьома показниками відмітили 93,55% досліджених (різниця між групами є достовірною; $p<0,05$).

В рамках дослідження вивчали також агресивність. А. Басс і А. Дарки виділили такі види реакцій: фізична агресія – використання фізичної сили проти іншої особи; непряма – агресія, обхідним шляхом спрямована на іншу особу або ні на кого не спрямована; роздратування – готовність до прояву негативних почуттів при найменшому порушенні (запальність, грубість); негативізм – опозиційна манера в поведінці, від пасивного опору до активної боротьби проти встановлених звичаїв і законів; образа – заздрість і ненависть до навколишніх за дійсні і вигадані дії; підозріливість – в діапазоні від недовіри і обережності по відношенню до людей до переконання у тому, що інші люди планують і приносять шкоду; вербальна агресія – вираз негативних відчуттів як через форму (крик, волання), так і через зміст словесних відповідей (прокляття, погрози); відчуття провини – виражає можливу впевненість суб'єкта в тому, що він є поганою людиною [7].

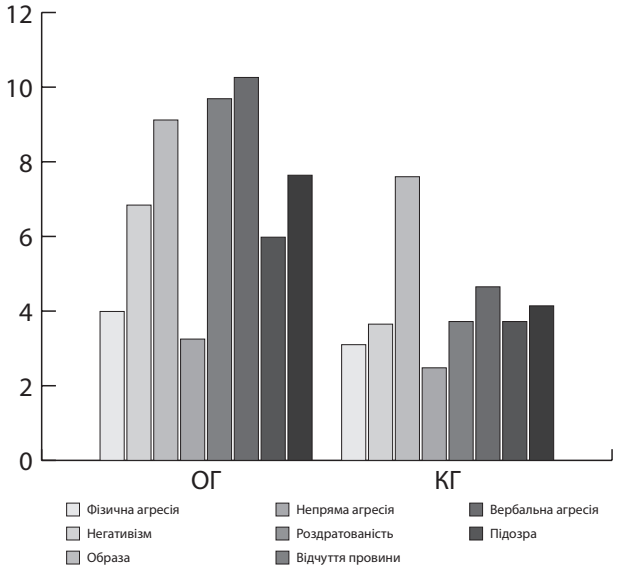


Рисунок. Розподіл досліджених за рівнями агресії

Розподіл досліджених за рівнями агресії наведено на рисунку.

Як свідчать дані рисунка, для хворих на псоріаз значно більшою мірою, ніж для здорових досліджених, характерними були прояви непрямої агресії у вигляді підозри, роздратованості, відчуття провини. Вербальна агресія майже однаковою мірою характерна як для пацієнтів ОГ, так і для досліджених КГ.

Розподіл досліджених за індексами агресивності та ворожості був наступним: в ОГ рівень агресивності був у межах норми і складав 22,88 бала; проте рівень ворожості в цій групі сягав майже максимального значення – 16,24 бала. В КГ показники за індексами були в межах нормативних.

Висновки

1. У результаті проведеного дослідження психоемоційної сфери хворих на псоріаз виявлено наступні дезадаптивні характеристики: високий рівень ситуативної та особистісної тривожності, наявність депресивних тенденцій, високий рівень суб'єктивного відчуття самотності, прояви непрямої агресії (підозри, роздратованості, відчуття провини).

2. В ОГ високий рівень тривожності виявлено у 77,19% випадків, тоді як в КГ цей показник характеризував 4,84% обстежених ($p<0,05$). Високий рівень ситуативної тривожності найбільш притаманним є досліджений ОГ (80,70% осіб), для більшості здорових досліджених характерним був низький рівень ситуативної тривожності (67,74%), різниця між групами є достовірною ($p<0,05$).

3. Для більшості хворих на псоріаз характерним є помірний ступінь депресії (53,51%). Легкий ступінь депресії виявлено у 42,98%. При цьому в значної кількості досліджених наявні суїцидальні думки (77,19%). У хворих на псоріаз, які мали виражений рівень депресії, крім вищезазначених депресивних ознак виявлено суїцидальні наміри і спроби (1,75%).

4. Переважна більшість пацієнтів, хворих на псоріаз (ОГ), визначили свій стан за показниками самопочуття, активності, настрою як несприятливий (95,61%). У КГ спостерігали зворотні тенденції: сприятливий стан за всіма трьома показниками був у 93,55% досліджених (різниця між групами є достовірною; $p<0,05$).

5. Для хворих на псоріаз значно більшою мірою, ніж для здорових досліджених, характерними є прояви непрямої агресії у вигляді підозри, роздратованості, відчуття провини. Вербальна агресія майже однаковою мірою характерна як для пацієнтів ОГ, так і для досліджених КГ.

Список використаної літератури

1. *Альманах психологических тестов. – М., 1995. – 397 с.*
2. *Анастизи А. Психологическое тестирование / Анастизи А. – М., 2005. – 688 с.*
3. *Белоусова Т. А. Психоэмоциональные факторы в патогенезе упорных дерматозов / Т. А. Белоусова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 1981. – № 11.– 364 с.*
4. *Кубанова А. А. Иммунные механизмы псориаза. Новые стратегии биологической терапии / А. А. Кубанова // Вестник дерматологии и венерологии.– 2010.– № 1.– С. 35–48.*
5. *Мушет Т. В. Изменение психоэмоциональной сферы у больных псориазом / Т. В. Мушет, А. М. Ямковой. – Кишинёв, 1988. – № 3. – С. 14–16.*
6. *Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учебное пособие / Д. Я. Райгородский – Самара : Бахрах–М, 2002. – 672 с.*
7. *Штейнлухт Т. П. О некоторых патогенетических различиях экземы, аллергического дерматита и атопического дерматита / Т. Штейнлухт // Вестник дерматологии и венерологии.– 1991. – № 9. – С. 16–18.*
8. *Nagel F. Efficacy of crisis intervention treatment with topical corticosteroid prednicarbat with and without partial wet–wrap dressing in atopic dermatitis / F. Nagel, P. Zoellner, D. Spaeth // Dermatology. – 2006. – Vol. 212. – P. 66–69.*

ИССЛЕДОВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

И.В. Онищенко

В статье приведены результаты исследования эмоциональной сферы больных псориазом. Многие авторы указывают на то, что одним из основных этиологических факторов дерматологических заболеваний является непосредственное влияние психоэмоционального состояния больного. Псориаз сопровождается значительными изменениями внешности, нежелательной реакцией окружающих людей, длительным лечением, частыми рецидивами и срывами лечебного процесса, что, в свою очередь, может вызвать угнетение эмоционального состояния больного. Это может в значительной степени повлиять на эффективность лечения.

Ключевые слова: псориаз, эмоциональная сфера, тревожность, депрессия, чувство одиночества, самочувствие, агрессия.

RESEARCH EMOTIONAL OF STATE OF PATIENTS WITH PSORIASIS

I.V. Onishchenko

In this article, the research results expressed emotional sphere of patients with psoriasis. Many authors suggest that one of the main etiological factors of dermatological diseases is a direct effect of emotional state of the patient. However, psoriasis is accompanied by significant changes in appearance, not the desired reaction of people around, long term care, frequent relapses and disrupting the treatment process, which in turn may result in inhibition of the emotional state of the patient. That in turn can significantly impact the effectiveness of treatment.

Key words: psoriasis, emotional sphere, anxiety, depression, loneliness, mood, aggression.

УДК: 614.23:617-089:811.161.2'42

А.О. Камінська

ОСОБЛИВОСТІ КОМУНІКАТИВНОЇ УСТАНОВКИ У ЛІКАРІВ ХІРУРГІЧНОГО ТА ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛІВ

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

Досліджено особливості комунікативної установки та рівень комунікативної толерантності залежно від стажу професійної діяльності у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю, а також зв'язок виявлених особливостей зі станами професійної дезадаптації (ПД). Як психодіагностичний інструментарій дослідження було використано опитувальник професійної дезадаптації О.Н. Родіної, методику діагностики рівня невротизації Л.І. Вассермана, методику діагностики комунікативної установки В.В. Бойко. На першому етапі обстежено 280 лікарів; на другому етапі респондентів було розподілено по групах таким чином: основна група 1 (ОГ1) – лікарі хірургічного профілю з ознаками ПД, основна група 2 (ОГ2) – лікарі терапевтичного профілю з ознаками ПД, контрольна група (КГ) – лікарі без ознак ПД. Отримані в результаті дослідження дані свідчать про те, що лікарі хірургічного та терапевтичного профілю з ознаками ПД характеризуються вищим порівняно з лікарями КГ рівнем невротизації та підвищеною вираженістю деяких компонентів негативної комунікативної установки («прихована жорстокість», «відкрита жорстокість», «обґрунтований негативізм» та «негативний досвід спілкування»). В результаті дослідження також було виявлено взаємозв'язок деяких ознак зниженої комунікативної толерантності (невміння приховувати неприємні почуття при зіткненні з некомунікабельними якостями партнерів, невміння пристосовуватися до партнерів, невміння пробачати помилки або мимовільно завдані неприємності, неприйняття індивідуальності людини) зі станами ПД.

Ключові слова: професійна дезадаптація, лікарі хірургічного та терапевтичного профілів, рівень невротизації, комунікативна установка, комунікативна толерантність.

Актуальність. Ефективні комунікативні стратегії мають важливе значення для хірургів, надаючи їм можливість встановлювати відносини з пацієнтами, приймати рішення та знаходити застосування технічним навичкам [8]. Комунікація є невід'ємною частиною надання медичної допомоги. Значна частина медичної допомоги (від госпіталізації та співпраці хірургічної бригади в операційній до подолання занепокоєння пацієнта і повідомлення діагнозу) здійснюється в процесі спілкування. Роль комунікації у наданні безпечної та ефективної медичної допомоги важко переоцінити. Існує помітний дефіцит досліджень у сфері взаємодії в системі хірург–пацієнт, що вказує на необхідність подальших досліджень [6].

Згідно з даними Greenberg та співавторів [5], на хірургічний результат впливає багато факторів; традиційно хірургічний ризик оцінюється, перш за все, за характеристиками хвороби пацієнта, наявністю супутньої патології, складністю лікувальних процедур, натомість приділяється відносно мало уваги ролі медичних працівників та організації лікувального процесу. Проте така точка зору почала змінюватися впродовж останнього десятиліття – поглиблюється розуміння факторів, що впливають на безпеку пацієнтів, зокрема зростає визнання індивідуального впливу лікарів на результативність хірургічної допомоги, а саме – значення комунікації з іншими лікарями та навколишнім середовищем як системою [5].

Еволюціонування хірургічної допомоги до командного підходу робить ставку на якість передачі інформації та комунікації хірурга. Ряд наукових досліджень вказує, що порушення комунікації між лікарями є ключовим фактором у виникненні медичних помилок; однак досі мало що відомо про специфіку комунікативної установки хірурга в медичних установах та за межами операційної [8].

Невдачі координації та комунікації в хірургічній бригаді призводять до багатьох негативних наслідків, в тому числі до підвищення рівня смертності у відділеннях інтенсивної терапії, збільшення тривалості перебування пацієнтів у лікарні, інтенсивнішого післяопераційного болю в поєднанні з низьким рівнем функціонування пацієнтів тощо [6].

Професійна дезадаптація може призводити до порушень комунікації, які є повсякчасною загрозою для хірургічної безпеки, проте даних, необхідних для спрямування зусиль на покращення комунікації між лікарями, донині бракує [7]. Оцінка ефективності співпраці та комунікації у хірургічних бригадах має вирішальне значення для своєчасного розв'язання проблем в організації надання хірургічної допомоги [6]. Успішне зниження кількості комунікативних порушень може істотно підвищити безпеку пацієнтів та знизити кількість лікарських помилок. Розмаїття видів комунікації та кількість учасників комунікації, залучених в надання хірургічної допомоги, ускладнюють розуміння точки прикладання досліджень

у цій сфері. Комунікація відбувається всередині та за межами лікувального закладу, включаючи стаціонарне та амбулаторне лікування, а також пре-, інтра- та післяопераційний догляд; часто включає велику кількість учасників, а також охоплює комплекс життєво важливих питань, таких як стан пацієнта, хід операції або план лікування [5].

Вивчення особливостей комунікативної установки лікарів хірургічного та терапевтичного профілю може сприяти пошуку нових ресурсів для надання психологічної підтримки фахівцям та вказати нові напрями для дослідницької діяльності.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей комунікативної установки та рівня комунікативної толерантності залежно від стажу професійної діяльності у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю та їхнього зв'язку зі станами професійної дезадаптації.

Матеріали та методи дослідження

Робота проводилась у два етапи: на першому етапі на основі інформованої згоди було обстежено 280 лікарів хірургічного та терапевтичного профілю з метою виявлення ознак професійної дезадаптації (за методикою О.Н. Родіної [2]). На другому етапі зі всього загалу обстежених було сформовано три групи респондентів. До першої основної групи (ОГ1) увійшли 97 лікарів хірургічного профілю у віці від 27 до 56 років (середній вік – 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) становили 85 лікарів терапевтичного профілю у віці від 25 до 52 років (середній вік – 42,7 ± 5,1 року), стаж роботи за спеціальністю – від 3 до 21 року (в середньому – 15,9 ± 1,2 року). До групи контролю (КГ) було включено 73 лікаря без ознак професійної дезадаптації у віці від 25 до 56 років (середній вік – 43,7 ± 5,5 року), стаж роботи за спеціальністю – від 3 до 23 років (в середньому – 15,6 ± 1,2 року). Критеріями включення респондентів до всіх трьох груп були: відсутність хронічної соматичної патології, яка вимагала б госпіталізації; відсутність психічних та поведінкових розладів, черепно-мозкових травм в анамнезі та психотравмуючих ситуацій протягом останніх трьох місяців.

Для визначення рівня невротизації у обстежених груп лікарів було використано методику діагностики рівня невротизації Л.І. Вассермана [3]. Для визначення особливостей комунікативних компонентів було використано методику діагностики комунікативної установки В.В. Бойко [3]. З метою оцінки наявності ознак професійної дезадаптації використано методику О.Н. Родіної в адаптації М.А. Дмітрієвої [2].

Математико-статистичний метод включав методи математичної статистики з обчисленням стандартних величин та похибок. Відмінності показників у групах за t-критерієм Стьюдента вважали достовірними при $p \leq 0,05$. Взаємозв'язок між даними визначався за допомогою кореляційного аналізу. Дані, отримані у ході проведеного дослідження, було оброблено на персональному комп'ютері Pentium PC із використанням стандартного пакету програм загального призначення SPSS (Statistical Package for Social Science) версії 12.0.2 та електронних таблиць (Excel). При складанні табличних алгоритмів виконували просте ранжування факторів (р) у послідовності їх зменшуваної інформованості. Розраховували їх середні показники та середні похибки (М).

Результати та їх обговорення

Результати дослідження показали, що у групах лікарів хірургічного та терапевтичного профілю з ознаками професійної дезадаптації виявлено ознаки високого рівня невротизації достовірно частіше ($p<0,001$) порівняно з лікарями контрольної групи (ОГ1 – 23,1 ± 0,18 бала; ОГ2 – 23,3 ± 0,16 бала; КГ – 18,5 ± 0,09 бала) (рис. 1).

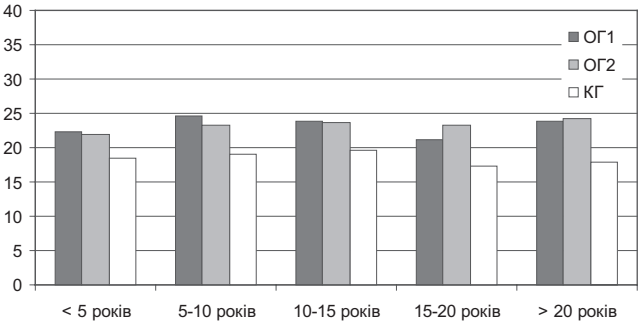


Рис. 1. Рівень невротизації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів залежно від стажу професійної діяльності

Серед лікарів зі стажем професійної діяльності до 5 років рівень невротизації становив у середньому 20,7 бала (ОГ1 – 22,3 бала; ОГ2 – 21,9 бала; КГ – 18,5 бала). Дещо вищий рівень невротизації спостерігався у лікарів усіх груп зі стажем професійної діяльності від 5 до 10 років (ОГ1 – 24,6 бала; ОГ2 – 23,2 бала; КГ – 19,1 бала). Найвищі показники рівня невротизації виявлено у досліджуваних основних груп зі стажем професійної діяльності 10–15 років (ОГ1 – 23,9 бала; ОГ2 – 23,7 бала; КГ – 19,6 бала) та зі стажем понад 20 років (ОГ1 – 23,8 бала; ОГ2 – 24,3 бала; КГ – 17,9 бала). Натомість найнижчий рівень невротизації було виявлено в усіх групах досліджуваних зі стажем професійної діяльності від 15 до 20 років (ОГ1 – 21,2 бала; ОГ2 – 23,2 бала; КГ – 17,3 бала).

Високий рівень невротизації виявляється соціальною невпевненістю, труднощами у спілкуванні, вираженою емоційною напруженістю, зокрема переживаннями тривоги, неспокою, роздратованості, безсилля. Низький рівень невротизації свідчить про емоційну стійкість, позитивний фон переживань (спокій, оптимізм), ініціативність, незалежність, соціальну сміливість, легкість у спілкуванні та не потребує проведення психокорекційних заходів.

Комунікативна установка особистості являє собою готовність реагувати на ті чи інші типи партнерів по взаємодії певним чином, що зумовлено наявним у неї досвідом спілкування, оцінками і переживаннями їх сутності, поглядів і поведінки (В.В. Бойко). В результаті

обробки та інтерпретації даних, отриманих за допомогою методики діагностики комунікативної установки В.В. Бойко, виявлено ознаки негативної комунікативної установки у всіх трьох групах досліджуваних (рис. 2), причому у групах ОГ1 та ОГ2 вираженість негативної комунікативної установки виявилася вищою порівняно з КГ (ОГ1 – 67,2 % ± 0,25; ОГ2 – 72,6 % ± 0,28; КГ – 43,9 % ± 0,09).

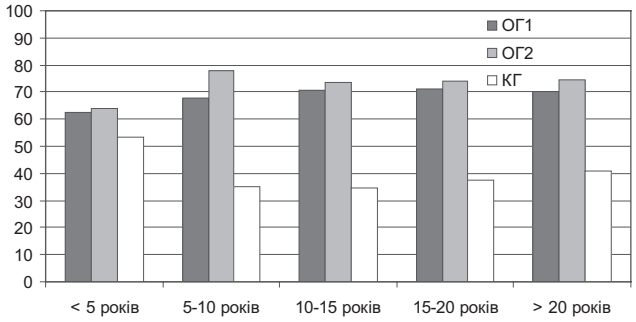


Рис. 2. Рівень невротизації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів залежно від стажу професійної діяльності

При подальшому аналізі виявлено домінування у групах лікарів з ознаками професійної дезадаптації таких компонентів негативної комунікативної установки, як «завуальована жорстокість» (ОГ1 – 85,4 %; ОГ2 – 89,0 %; КГ – 52,3 %), «відкрита жорстокість» (ОГ1 – 60,5 %; ОГ2 – 65,3 %; КГ – 33,1 %), «обґрунтований негативізм»(ОГ1 – 60,5 %; ОГ2 – 58,3 %; КГ – 54,3 %), «негативний досвід спілкування» (ОГ1 – 55,3 %; ОГ2 – 51,0 %; КГ – 45,2 %). Такі результати вказують на приховану ворожість, схильність до негативних оцінок та переживань через інших людей, наявність негативного досвіду взаємодії з комунікативними партнерами, що призвело до формування об'єктивно обґрунтованих негативних висновків щодо певних типів людей та певних ситуацій (табл. 1).

Таблиця 1. Компоненти негативної комунікативної установки у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів (у % до можливого максимуму балів)

Компонент комунікативної установки	ОГ1 (n=97)	ОГ2 (n=85)	КГ (n=73)
Прихована жорстокість	85,4	89,0	52,3
Відкрита жорстокість	60,5	65,3	33,1
Обґрунтований негативізм	60,5	58,3	54,3
Бурчання	35,7	40,9	20,8
Негативний досвід спілкування	55,3	51,0	45,2
Всього	62,1	60,8	38,3

Слід зазначити, що в структурі комунікативної установки лікарів усіх груп відзначається певне зниження компоненту «буркотіння», що вказує на відсутність схильності до необґрунтованих стереотипних узагальнень негативних фактів у сфері взаємодії з партнерами та спостереженнях за соціальною реальністю.

Негативна комунікативна установка несприятливо позначається на самопочутті учасників комунікації, що особливо виражено в умовах професійної взаємодії, коли з етичних міркувань лікар стримується, приховує свою негативну налаштованість, що призводить до психоемоційного напруження та підвищення рівня невротизації. Професійна комунікативна толерантність передбачає терпимість до людей, взаємодія з якими зумовлена специфікою та умовами професійної діяльності. У професійній діяльності лікаря комунікативна толерантність відіграє надзвичайно важливу роль у ситуаціях взаємодії з пацієнтами та медичним персоналом. Знижений рівень комунікативної толерантності виявляється низкою ознак, зокрема нерозумінням або неприйняттям індивідуальності інших людей, категоричністю в оцінці людей, нетерпимістю до фізичного або психічного дискомфорту партнера по спілкуванню, невмінням пристосовуватися до особливостей комунікативного партнера. В структурі комунікативної установки лікарів ОГ1 та ОГ2 виявлено переважання таких ознак зниженої комунікативної толерантності, як неприйняття або нерозуміння індивідуальності іншої людини (ОГ1 – 6,7 ± 0,03 бала; ОГ2 – 6,1 ± 0,03 бала; КГ – 4,7 ± 0,03 бала), використання себе як еталону при оцінці інших людей (ОГ1 – 7,5 ± 0,08 бала; ОГ2 – 7,6 ± 0,04 бала; КГ – 6,2 ± 0,03 бала) та прагнення зробити партнера зручним, пристосувати до себе (ОГ1 – 6,2 ± 0,08 бала; ОГ2 – 6,6 ± 0,04 бала; КГ – 4,9 ± 0,03 бала). Привертає увагу підвищення показника нездатності приховувати неприємні почуття при зіткненні з некомунікабельними партнерами у лікарів КГ порівняно з лікарями ОГ1 та ОГ2 (ОГ1 – 3,2 ± 0,08 бала; ОГ2 – 3,6 ± 0,04 бала; КГ – 6,3 ± 0,03 бала), що опосередковано може свідчити про спрямованість зусиль лікарів із ознаками професійної дезадаптації на збереження самоконтролю та демонстрації соціально-схвалюваної поведінки у проблемних ситуаціях. Відчуваючи емоційну напругу при спілкуванні з пацієнтами, ці лікарі підпорядковуються соціальним нормам, що диктують жорсткі стереотипи емоційного реагування (бути стриманим, терплячим, толерантним, дбайливим, розуміючим, співчуваючим тощо).

Показник компоненту нетерпимості до фізичного або психічного дискомфорту партнера виявився дещо нижчим у лікарів ОГ2 порівняно з ОГ1 та КГ (ОГ1 – 3,2 ± 0,08 бала; ОГ2 – 2,6 ± 0,04 бала; КГ – 2,9 ± 0,03 бала).

Проведений кореляційний аналіз виявив певні взаємозв'язки між ознаками низької комунікативної толерантності та рівнем професійної дезадаптації.

Таблиця 2. Кореляційний аналіз окремих компонентів комунікативної установки з рівнем професійної дезадаптації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів

Ознаки зниженої комунікативної толерантності	Рівень професійної дезадаптації		
	Середній	Виражений	Високий
Неприйняття або нерозуміння індивідуальності людини	0,125	0,263**	0,215*
Використання себе як еталону при оцінці інших	0, 215*	0,175	0,165
Категоричність або консерватизм при оцінці людей	0,238*	0,147	0,187*
Невміння приховувати неприємні почуття при зіткненні з некомунікабельними якостями партнерів	0,232*	0,313**	0,345**
Прагнення переробити партнерів	0, 162*	0,175*	0,119
Прагнення підігнати партнера під себе, зробити його зручним	0,153*	0,115	0,125
Невміння пробачати помилки або мимовільно завдані неприємності	0,215*	0,394**	0,223*
Нетерпимість до фізичного або психічного дискомфорту партнера	0,122	0,107	0,115
Невміння пристосовуватися до партнерів	0,167*	0,283**	0,328**

*Примітка: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$.*

Так, було отримано показники, що вказують на позитивний кореляційний зв'язок між такими ознаками, як «невміння приховувати неприємні почуття при зіткненні з некомунікабельними якостями партнерів» ($r = 0,345$; $p < 0,01$), «невміння пристосовуватись до партнерів» ($r = 0,328$; $p < 0,01$), «невміння пробачати помилки або мимовільно завдані неприємності» ($r = 0,223$; $p < 0,05$), «неприйняття індивідуальності людини» ($r = 0,215$; $p < 0,05$), та вираженим рівнем професійної дезадаптації (табл. 2).

Висновки

Таким чином, лікарі хірургічного та терапевтичного профілю з ознаками професійної дезадаптації мають ознаки невротизації та негативну комунікативну установку зі зниженими показниками комунікативної толерантності, що найчастіше виявляється у неприйнятті індивідуальних особливостей партнерів по комунікації, невмінні пробачати помилки або мимовільно завдані неприємності, невмінні пристосовуватися до партнерів, невмінні приховувати неприємні почуття при зіткненні з некомунікабельними якостями партнерів. Виявлені особливості комунікативної установки лікарів хірургічного та терапевтичного профілю з ознаками професійної дезадаптації створюють підґрунтя для розробки відповідних програм психопрофілактики та психокорекції станів професійної дезадаптації з урахуванням її комунікативних аспектів та загального стажу лікарської діяльності.

Список використаної літератури

1. *Горшунова Н.К., Медведев Н.В. Формирование коммуникативной компетентности современного врача // Успехи современного естествознания. – 2010. – № 3 – С. 36–37.*
2. *Практикум по психологии профессиональной деятельности: Учебное пособие / Под. ред. Т.С. Никифорова, А.М. Дмитриевой, В.М. Снеткова. – СПб: Изд. СПб ун-та, 2000. – 304 с.*
3. *Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 1998. – 672 с.*
4. *Ясько Б.А. Экспертный анализ профессионально важных качества врача / Б.А. Ясько // Психологический журнал. – 2004. – Т. 25, № 3. – С. 71–78.*
5. *Greenberg C. Caprice, Regenbogen E. Scott, Studdert M. David et al. Patterns of Communication Breakdowns Resulting in Injury to Surgical Patients / Caprice C. Greenberg, Scott E. Regenbogen, David M. Studdert et al. // Journal of the American College of Surgeons. – 2007. – Vol. 204. – P. 533–540.*
6. *Mills P., Neily J. Teamwork and Communication in Surgical Teams: Implications for Patient Safety / Mills Peter,, Neily Julia // Journal of the American College of Surgeons. – 2008. – Vol. 206. – P. 107–112.*
7. *Wetzel M. Cordula, Kneebone L. Roger, Woloshynowych Maria et al. The effects of stress on surgical performance / Cordula M. Wetzel, Roger L. Kneebone, Maria Woloshynowych et al. // The American Journal of Surgery. – 2008. – Vol. 291. – P. 5–10.*
8. *White J. Sarah, Stubbe H. Maria, Dew P. Kevin et al. Understanding communication between surgeon and patient in outpatient consultations / Sarah J. White, Maria H. Stubbe, Kevin P. Dew et al. // ANZ Journal of Surgery. – 2013. – Vol. 83, Issue 5. – P. 307–311.*

ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАТИВНОЙ УСТАНОВКИ У ВРАЧЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЕЙ

А.А. Каминская

Исследованы особенности коммуникативной установки и уровень коммуникативной толерантности в зависимости от стажа профессиональной деятельности у врачей хирургического и терапевтического профиля, а также связь выявленных особенностей с состояниями профессиональной дезадаптации (ПД). В качестве психодиагностического инструментария исследования были использованы: опросник профессиональной дезадаптации О.Н. Родиной, методика диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана, методика диагностики коммуникативной установки В.В. Бойко. На первом этапе обследовано 280 врачей; на втором этапе респонденты были распределены по группам следующим образом: основная группа 1 (ОГ1) – врачи хирургического профиля с признаками ПД, основная группа 2 (ОГ2) – врачи терапевтического профиля с признаками ПД, контрольная группа (КГ) – врачи без признаков ПД. Полученные в результате исследования данные свидетельствуют о том, что врачи хирургического и терапевтического профиля с признаками ПД характеризуются более высоким по сравнению с врачами КГ уровнем невротизации и повышением выраженности некоторых компонентов негативной коммуникативной установки («завуалированная жестокость», «открытая жестокость», «обоснованный негативизм» и «негативный опыт общения»). В результате исследования также была обнаружена взаимосвязь некоторых признаков пониженной коммуникативной толерантности (неумение скрывать неприятные чувства при столкновении с некоммуникабельными качествами партнеров, неумение приспосабливаться к партнерам, неумение прощать ошибки или невольно причиненные неприятности, неприятие индивидуальности человека) с состояниями ПД.

Ключевые слова: профессиональная дезадаптация, врачи хирургического и терапевтического профиля, уровень невротизации, коммуникативная установка, коммуникативная толерантность.

CHARACTERISTICS OF COMMUNICATIVE SETTING IN SURGICAL AND THERAPEUTIC PROFILE DOCTORS

A. Kaminska

Some characteristics of communicative setting and communicative tolerance level depending on the experience of professional work in surgeons and therapeutic profile doctors were investigated, as well as the relationship with the professional disadaptation (PD). Professional disadaptation questionnaire by O.N. Rodina, test for psychological diagnostics of neuroticism by L.I. Wasserman and communicative setting questionnaire by V.V. Boyko were used as psychodiagnostic research instruments. 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 findings suggest that surgical and therapeutic profile doctors with the signs of PD are characterized by higher compared with CG doctors levels of neuroticism and increased expression of negative communicative setting components («veiled cruelty», «open cruelty», «reasonable negativism» and «bad experience»). The study also found some evidence of the relationship between decreased communicative tolerance (inability to hide unpleasant feelings when faced with uncommunicative partners, inability to adapt to the partners, inability to forgive mistakes or inadvertently caused trouble, human individuality rejection) and PD.

Key words: professional disadaptation, surgical and therapeutic profile doctors, neuroticism level, communicative setting, communicative tolerance.

614.253:616.12

О.О. Хаустова, С.Г. Сахно

МЕХАНІЗМИ ВПЛИВУ КОМУНІКАЦІЇ ЛІКАР–ПАЦІЄНТ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

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

Мета роботи. Дослідити особливості та механізми впливу комунікації на фізичний стан пацієнта. Вивчити вплив окремих елементів комунікації (вербальних, невербальних, паравербальних) як умовнорефлекторних подразників, що формують певну психосоматичну відповідь у пацієнтів з артеріальною гіпертензією.

Матеріали та методи. Проаналізовано 98 джерел за основними ключовими словами «психокорекція, вербальна комунікація, друга сигнальна система, умовні рефлекси, психосоматика, вплив слова». Найбільш вживаними ключовими словами були «психокорекція, вербальна комунікація, психосоматика», найменш вживані – «друга сигнальна система, умовні рефлекси, вплив слова». З даних огляду літератури можна зробити висновок, що дослідження вербальної комунікації в контексті вищої нервової діяльності і, відповідно, психосоматики є найменш вивченим.

Результати та їх обговорення. Тілесне реагування на умовний подразник є закономірним, оскільки формування умовного рефлексу відбувається на базі безумовного рефлексу (а саме орієнтовний рефлекс на новизну). Комунікація є основним джерелом умовнорефлекторних подразників. Одиницею комунікації є транзакція. Умовнорефлекторна реакція основана на онтогенетично сформованих когніціях і системі світогляду людини.

Висновки. Транзакція є умовнорефлекторним подразником і може бути індуктором змін у вегетативній нервовій системі і відповідно – у всьому тілі, що може бути підґрунтям до соматичних захворювань або їх рецидивів.

Ключові слова: комунікація, транзакція, вища нервова діяльність, психосоматика.

Актуальність. Життя людини супроводжується хронічними стресовими станами, які часто поєднуються з розвитком депресії або агресії та призводять до порушення психофізіологічного благополуччя [8]. Застосування ресурсів психокорекції безумовно підвищує якість лікування і реабілітації пацієнтів медичних стаціонарів. Дана тенденція характеризується тим, що успіх будь-якої терапії визначається не тільки ліками, оперативним втручанням, лікувальними процедурами, але і моральними факторами – довірою хворого, вмінням впливати на особистість пацієнта [1]. Психологічна корекція забезпечується шляхом комунікації з пацієнтом. Явище комунікації здавна цікавило людство саме через силу впливу слова на психіку людини. Важливе значення у формуванні робочого альянсу в системі лікар–пацієнт мають особливості терапії, особистість лікаря (його комунікативні характеристики) та організація надання медичної допомоги [9, 10].

Давно відомо, що явище вербальної комунікації доступне людині завдяки наявності другої сигнальної системи (ДСС) вищої нервової діяльності (ВНД). Людське мислення, формою якого є слово, забезпечується завдяки функціонуванню ДСС. Мовлення – це безпосередня дійсність думки [2].

Застосування моделей ефективної комунікації в медицині стає можливим завдяки використанню науково-практичного підходу медичної психології. Теорія комунікації принципово є сферою міждисциплінарного знання, пов'язаного з психологією, фізіологією, філософією тощо. На сьогоднішній день в сфері охорони здоров'я вже досліджено, як завдяки тільки комунікативним інструментам можна підвищити рівень комплаєнсу пацієнтів із цукровим діабетом, хворобами шлунково-кишкового тракту, інфекційними захворюваннями (ВІЛ/СНІД), артеріальною гіпертензією тощо (Greenberg R.N., 1984; Eisen S.A., Miller D.K., 1990; Waeber B., 1994; Lee J.Y., 1996; Philip S. Wang, 2002; Schroeder K., 2004; Osterberg L., 2005; Bangalore S., 2007; Kenneth J., 2008; Martha N. Hill, 2010 та ін.). Розроблено багато психокорекційних програм в контексті психосоматичного підходу в медицині, які передбачають використання слова для лікування [3, 4]. Можливості вербального впливу на пацієнта з метою покращення якості життя продовжують досліджуватися науковцями, лікарями і медичними психологами.

Значення і вплив слова є феноменом, який продовжує досліджуватися психологами у різних сферах наук, в тому числі в медицині. Не вивченими залишаються аспекти індивідуального, особистісного механізму реагування пацієнта в процесі комунікації, а також слово як відображення когнітивних процесів пацієнта, його вплив на фізичний стан і самопочуття. Щодо цих аспектів існують неоднозначні думки.

Мета роботи: дослідити особливості та механізми впливу комунікації на фізичний стан пацієнта. Вивчити вплив окремих елементів комунікації (вербальних, не-

вербальних, паравербальних) як умовнорефлекторних подразників, що формують певну психосоматичну відповідь у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали та методи дослідження

Авторами було проаналізовано 98 джерел за основними ключовими словами «психокорекція, вербальна комунікація, друга сигнальна система, умовні рефлекси, психосоматика, вплив слова». Із них було виключено 20 джерел, оскільки в даних матеріалах використовувалися методики, які автори не планують використовувати в майбутніх дослідженнях. Серед відібраних джерел: 5 мета-аналізів, 21 стаття, 11 монографій, 9 книжкових видань, 15 методичних рекомендацій, 17 електронних ресурсів. Найбільш вживаними ключовими словами були «психокорекція, вербальна комунікація, психосоматика», найменш вживані – «друга сигнальна система, умовні рефлекси, вплив слова». З даних огляду літератури можна зробити висновок, що дослідження вербальної комунікації в контексті ВНД і, відповідно, психосоматики є найменш вивченим.

Результати та їх обговорення

За теорією І.П. Павлова, набуття людиною досвіду протягом зростання забезпечується завдяки формуванню умовних рефлексів (УР). [5] Оскільки УР формуються на базі безумовних, основою для яких є підкіркові центри головного мозку, йдеться про інтеграцію кори з підкірковими центрами, що відображає власне зв'язок психіки (вербалізація когнітивних процесів, кора) і соматики (підкіркові центри). Для формування УР необхідне поєднання в часі певної зміни в середовищі або внутрішнього стану організму, яка буде сприйнята корою півкуль, на основі безумовного рефлексу (БР). Така зміна називається умовним подразником, оскільки викликає УР (рисунок) [1].

Отже, доцільно розглядати дану схему, починаючи з БР, без якого неможливе утворення УР. Особливе місце серед БР, які закладені в таких структурах, як підкоркові ядра, стовбур, спинний мозок, займає орієнтовний рефлекс (ОР). Закономірним висновком є те, що саме ОР є базою для формування індивідуального спектра УР, які в майбутньому репрезентують реагування людини на умови зовнішнього і внутрішнього середовища. Це положення пояснюється тим, що ОР – це рефлекс на новизну. Він виникає у відповідь на будь-яку зміну зовнішнього середовища (наприклад, агресивні події) і проявляється зовнішньо в настороженні, прислуховуванні, обнюхуванні, поворотi очей і голови, а іноді і всього тіла, в бік нового подразника тощо. Тобто певний стимул зовнішнього середовища, який виник вперше, супроводжується тілесним реагуванням організму. І.П. Павлов називав ОР рефлексом «що таке?». Відмінність ОР від інших безумовнорефлекторних реакцій є те, що він порівняно швидко послаблюється – згасає при повторному застосуванні одного і того самого подразника. А умовнорефлекторна реакція закріплюється. Тобто виникає стереотипний тип реагування на елементи подій зовнішнього середовища.

Таким чином, можна спостерігати зв'язок будь-якої УР (психічної) діяльності з безумовнорефлекторним (тілесним) реагуванням.

Попри значимість ПСС і БР, вищим регулятором поведінки людини є ДСС – основа для мислення і вербальної комунікації. Тобто когнітивні процеси, які замикаються на рівні кори головного мозку і зовнішньо проявляються шляхом вербальних і невербальних форм поведінки, можуть пригнічувати БР і інстинкти. Пригнічення інстинктів здавна увійшло у норму соціальних взаємодій, коли створювалася суспільна мораль і розвивалися певні стереотипи мислення, що поширювалися шляхом різних каналів комунікації. З часів фрейдівської психології з'явився інший погляд на процес пригнічення інстинктів. Таким чином, реальність пригнічення інстинктів стає неможливою, оскільки те, що раніше вважалося пригніченням інстинкту, тепер вважається витісненням інстинкту в безсвідоме. Отже, пригнічення першої сигнальної системи (ПСС) другою є важливим механізмом соматизації та формування психосоматичної клінічної картини пацієнта. Ми коротко розглянули вплив комунікативних особливостей (когніції та вербалізація) на соматичну природу людини через призму ВНД. Прикладом такого взаємозв'язку є те, що невротичні розлади, в патогенезі яких важливе місце займає когнітивний компонент особистості, супроводжуються розладами вегетативних функцій, що відображає не тільки структурний, але й функціональний зв'язок кори великого мозку і внутрішніх органів [1].

Оскільки слово може бути умовним подразником для окремої людини і викликає УР, обов'язково супроводжується тілесним реагуванням, в процесі лікування важливо сформувати уявлення про дані феномени спілкування з пацієнтом, що можливе за допомогою психотерапії.

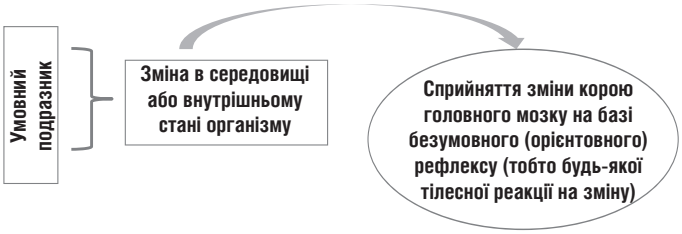


Рисунок. Формування умовного рефлексу

Адаптація людини до умов зовнішнього і внутрішнього середовища відбувається на базі психофізіологічних механізмів сприйняття, мовлення, пам'яті тощо. Психофізіологічні механізми поведінки людини є результатом спільної діяльності ПСС і ДСС (кори і підкіркових та стовбурових утворень мозку). Взаємовплив ПСС і ДСС можна розглядати як основу для аналізу системи «слово–тіло», що є психосоматичною концепцією в медицині.

Досить цікаво вплив словесних форм на стан пацієнта розглянув американський психіатр Ерік Берн. Він розглядав слово у комплексі з іншими компонентами комунікації, такими як тон голосу, інтонація, позитивний, негативний або нейтральний його зміст, наявність

прихованого змісту комунікації. І назвав цей комплекс стимулів транзакцією [6]. Транзакція може бути специфічним умовнорефлекторним подразником. Важливо зауважити, що транзакції бувають як вербальні, так і невербальні. Транзакція стимулює у ВНС людини певний когнітивний процес, і вплив цього стимулу може бути виражений в тілесному реагуванні людини. Активація парасимпатичної нервової системи, коли людина чує своє ім'я в агресивній формі, – дуже поширений тип тілесного реагування на даний тип транзакції. На шляху від транзакції до реакції нез'ясованим залишається когнітивний компонент – що людина усвідомлює чи не усвідомлює в цей час. Цей когнітивний процес Ерік Берн називав системою світогляду людини (frame of reference). Отже, транзакція – це умовний подразник, який викликає УР і залучає в реакцію тілесний компонент.

Фізіолог Мюллер стверджував, що характер реакції в своїй суті залежить не від подразника, а від закладеної енергії в організм. Враховуючи таку точку зору, ми бачимо, що особистісне реагування залежить не тільки від характеру транзакції, але і від субстрату (особистості), на який ця транзакція спрямована. Субстратом можна вважати феноменологію системи світогляду особистості – її досвід, культуру виховання, всі її інтрапсихічні процеси і вищі психічні функції (сприйняття, пам'ять, мислення тощо). Врахування психологічних особливостей пацієнтів у процесі лікування сприяє підвищенню якості лікування [11, 12].

Отже, ми побачили закономірність тілесного реагування на умовний подразник на основі робіт І.П. Павлова, але він не розглянув комунікацію як основне джерело умовнорефлекторних подразників, які і стимулюють у людині відповідні когнітивні процеси, підкріплені тілесним реагуванням. На це звернув увагу Ерік Берн, описуючи транзакцію як одиницю комунікації, що викликає специфічну реакцію, яка може бути тілесного характеру. Проте поза межами уваги Берна залишилося більш детальне дослідження саме фізіологічної сторони особистісного реагування на транзакцію. Завдяки поглядам Мюллера можна зробити висновок, що умовнорефлекторна реакція ґрунтується на онтогенетично сформованих когніціях і системі світогляду людини. Таким чином, фокусом подальшого дослідження може бути саме дослідження особливостей та механізмів впливу окремих транзакцій на фізичний стан пацієнта і виявлення когнітивного процесу, який виникає внаслідок сприйняття пацієнтом транзакції.

Висновки

Характер взаємодії ДСС і ПСС відображає психосоматичний характер захворювань. Умовнорефлекторна діяльність передбачає тілесне реагування, оскільки вона ґрунтується на безумовних рефлексах, найважливішим з яких є орієнтовний рефлекс. Елементи комунікації можуть бути умовнорефлекторним подразником. Одиницею комунікації є транзакція. Реагування на транзакцію зумовлене інтрапсихічним процесом особистості, що передбачає певний когнітивний процес.

Дані висновки дозволяють більш детально розглянути транзакцію як умовнорефлекторний подразник з метою визначення впливу слова як індуктора змін у вегетативній нервовій системі і відповідно – у всьому тілі, що може бути підґрунтям до соматичних захворювань або їх рецидивів.

Список використаної літератури

1. *Физиология человека / Е.Б. Бабский, В.Д. Глебовский, А.Б. Коган и др. ; под ред. Г.И. Косицкого [3-е изд.]. – М. : Медицина, 1985. – 544 с.*
2. *Хаустова О.О., Трачук Л.Є., Сахно С.Г. Психокорекційна програма для оптимізації комплаєнсу при проведенні антигіпертензивної терапії // Ліки України плюс. – 2012. – № 3–4 (11–12). – С. 17.*
3. *Москаленко К.І. Тренінг життєстійкості у травматологічній практиці / К.І. Москаленко // Укр. наук.-мед. молодіжний журн. Спец. випуск. – 2012. – № 3. – С. 132–133.*
4. *Рефлекс свободы / И.П. Павлов – СПб. : Психология классика, 2001. – 432 с.*
5. *Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры / Э. Берн. – М. : Эксмо, 2010. – 576 с.*
6. *Базисный дефект. Терапевтические аспекты регрессии / М. Балинт. – М. : Когито-Центр, 2002. – 256 с.*
7. *Шишкина Г.Т. Гены, гормоны и факторы риска формирования мужского фенотипа / Г.Т. Шишкина, Н.Н. Дыгало // Успехи физиол. наук. – 1999. – Т. 30, № 3. – С. 49–61.*
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 J. of Clinical Hypertension. – 2012. – Vol. 14. – P. 877–886.*
9. *World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. – Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003. – 198 p.*
10. *Гиріна О.М. Психокорекційна програма особистісної спрямованості для підвищення комплаєнсу при терапії артеріальної гіпертензії / О.М. Гиріна, О.О. Хаустова, Л.Є. Трачук, С.Г. Сахно // Семейная медицина. – 2012. – № 4. – С. 81–82.*
11. *Сахно С.Г. Мотиваційне інтерв'ю у практиці лікаря-психолога / С.Г. Сахно // Архів психіатрії. – 2012. – Т. 18, 1 (68), 2 (69). – С. 101–102.*

МЕХАНИЗМЫ ВЛИЯНИЯ КОММУНИКАЦИИ В СИСТЕМЕ ВРАЧ–ПАЦИЕНТ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПАЦИЕНТОВ

Е.А. Хаустова, С.Г. Сахно

Цель работы. Исследовать особенности и механизмы влияния коммуникации на физическое состояние пациента. Изучить влияние отдельных элементов коммуникации (вербальных, невербальных, паравербальных) как условнорефлекторных раздражителей, которые формируют определенный психосоматический ответ у пациентов.

Материалы и методы. Проанализировано 98 источников по основным ключевым словам «психокоррекция, вербальная коммуникация, вторая сигнальная система, условные рефлексы, психосоматика, влияние слова». Наиболее употребляемыми ключевыми словами были «психокоррекция, вербальная коммуникация, психосоматика», наименее употребляемые – «вторая сигнальная система, условные рефлексы, влияние слова». На основе данных обзора литературы можно сделать вывод, что исследование вербальной коммуникации в контексте высшей нервной деятельности – наименее изучено.

Результаты и их обсуждение. Закономерность телесного реагирования на условный раздражитель обусловлено безусловным ориентировочным рефлексом на новизну. Коммуникация – основной источник условнорефлекторных раздражителей. Транзакция – единица коммуникации. Условнорефлекторная реакция обусловлена онтогенетически сформированными когнициями и системой мировоззрения пациента.

Выводы. Транзакция – это условнорефлекторный раздражитель и индуктор изменений в вегетативной нервной системе и, соответственно, во всем теле, что может быть почвой для соматических заболеваний и их рецидивов.

Ключевые слова: коммуникация, транзакция, высшая нервная деятельность, психосоматика

MECHANISMS OF THE COMMUNICATION EFFECT IN BETWEEN DOCTOR AND PATIENT FOR PATIENT PSYCHOPHYSIOLOGICAL WELLBEING
O.O. Khaustova, S.G. Sakhno

Objective. To investigate the characteristics and mechanisms of communication on the patient physical condition of the patient. Examination of the impact of communication (verbal, nonverbal, paraverbal) as conditioned reflex, which forms specific psychosomatic response.

Materials and Methods. The 98 main sources key words «psychological correction, verbal communication, a second signal system, reflexes, psychosomatics, the impact of word». Most used key words were «psychological correction, verbal communication, psychosomatic», the least used «second signal system, reflexes, the impact of the word». On the basis of literature review, we conclude that the least studied is the verbal communication in the context of higher nervous activity.

Results and discussion. Regularity of bodily response to the conditioned stimulus unconditioned orienting reflex due to novelty. Communication is the main source of conditioned stimuli. Transaction is a unit of communication. Conditioned reflex reaction caused by patients cognitions and frame of reference of the patient.

Conclusions. The transaction is conditioned reflex stimulus and an inductor of changes in the autonomic nervous system and throughout the body, respectively, that can be basis for somatic diseases and their recurrence.

Key words: communication, transaction, higher nervous activity, psychosomatic

УДК: 616.89–800:159+616.055

Б.М. Ворник, А.А. Дмитренко, Е.В. Харчук

ОСОБЕННОСТИ СИМПТОМОКОМПЛЕКСА МАСКУЛИННОСТИ–ФЕМИНИННОСТИ У ЖЕНЩИН С ТРАНССЕКСУАЛИЗМОМ И ЖЕНЩИН РАЗНОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

В статье представлены результаты исследования показателей маскулинности и феминности у женщин с особенностями психосексуального развития, выражающимися в формировании мужской половой самоидентификации и разных психосексуальных ориентаций. Установлено, что 69,84% женщин являются андрогинными по полоролевым характеристикам: в группе гетеросексуальных их доля составляет 47,06%, бисексуальных – 81,25%, гомосексуальных – 83,32%, женщин с транссексуализмом – 66,67%. Особенности психосексуального развития влияют на представленность маскулинных, феминных и недифференциированных личностей в группах исследуемых. Среди женщин с транссексуализмом доля маскулинных личностей составила 16,67%, гендерно-нетипичные личностные и поведенческие качества обнаружили 41,67% из них. Согласно полученным данным, диагностически более важным параметром женского транссексуализма является высокая маскулинность, чем общий показатель гендерной дифференциации.

Ключевые слова: женский транссексуализм, психосексуальная ориентация, симптомокомплекс маскулинности–феминности, гомосексуальность, бисексуальность.

Половая идентичность – это осознание принадлежности к определенному биологическому полу, на основании которой формируется гендерная идентичность – осознание себя носителем конкретных специфических половых характеристик и особенностей поведения, соотносящихся с представлениями о маскулинности–феминности [5, 7]. Таким образом, полюса маскулинность–феминность выступают ведущим ориентиром процесса гендерной дифференциации [6].

Особенностью взаимосвязей половой и гендерной идентичностей при транссексуализме является состояние, определяющееся наличием у человека чувства несоответствия его биологического пола психологическому и стойким стремлением приобрести половые и социальные признаки желаемого пола, сопровождающееся у большинства транссексуалов изменением стереотипа полоролевого поведения [1]. В связи с этим особенности организации поведения как представителя того или иного пола в разрезе маскулинности–феминности входят в диагностические критерии транссексуализма [2].

Вместе с тем, гендерно-нетипичное поведение наблюдается и при других расстройствах, в частности, при эго-дистонической сексуальной ориентации [8, 10], и в некоторых случаях может стать причиной формирования транссексуальной симптоматики у гомосексуальных лиц [3, 4], что ставит проблему дифференциальной диагностики указанных состояний с учетом еще одного аспекта идентичности – психосексуальной ориентации.

Ввиду того, что в Украине, как и в других постсоветских странах, женский транссексуализм встречается в 4 раза чаще, чем мужской, сравнительное изучение гендерных особенностей женщин с транссексуализмом и женщин с другими типами психосексуальной ориентации представляет клинико-диагностический интерес.

Целью данной работы было изучение особенностей индивидуальных полоролевых установок как соотношения показателей маскулинности и феминности женщин, желающих сменить пол, и женщин с другими типами психосексуальной ориентации без нарушения полового самосознания.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 63 женщины, в том числе с установленным диагнозом транссексуализм – 12 (19,05%), гетеросексуальных – 17 (26,98%), бисексуальных – 16 (25,40%), гомосексуальных – 18 (28,57%). Психосексуальная ориентация определялась путем самоотчета исследуемых относительно их романти-

ческих, эмоциональных и сексуальных предпочтений. Гетеросексуальные женщины указали, что объектом их сексуального влечения являются только мужчины, бисексуальные – мужчины и женщины в равной степени, гомосексуальные и женщины с транссексуализмом – только женщины.

Статистический анализ предусматривал расчет средних значений показателей (арифметического и медианы (Me)), стандартного отклонения (SD), коэффициента ранговой корреляции Спирмена, оценку различий между более чем двумя независимыми группами по исследуемым показателям с помощью H-теста по методу Крускала–Уоллиса, оценку различий между двумя независимыми выборками с помощью U-критерия Манна–Уитни и был выполнен в программе SPSS Statistics 17.0.

Средний возраст участниц исследования составил 24,65 года (SD = 4,18), в том числе гетеросексуальных – 25,59 года (SD = 3,26), бисексуальных – 22,81 года (SD = 3,39), гомосексуальных – 25,72 года (SD = 4,87), женщин с транссексуализмом – 24,17 года (SD = 4,73). По данным литературы, средний возраст женщин, обращающихся к врачу с желанием сменить пол, составляет 25 лет [11].

Для исследования индивидуального соотношения маскулинности и феминности была использована предложенная в 1974 г. S. Bem методика BSRI (Bem Sex Role Inventory). Методика BSRI является одним из наиболее широко используемых инструментов диагностики того, как человек оценивает себя с точки зрения гендера [5, 7], и позволяет отнести его к одной из пяти категорий по значению рассчитываемого индекса IS: а) ярко выраженная маскулинность; б) маскулинность; в) андрогинность; г) феминность; д) ярко выраженная феминность. При низких показателях как маскулинности, так и феминности личность считается недифференцированной по полоролевым характеристикам.

Результаты и их обсуждение

Соотношение женщин по гендерной дифференциации в разных группах исследуемых представлено в таблице 1. Выборка исследования характеризуется отсутствием ярко выраженных феминных и ярко выраженных маскулинных личностей.

Полученные данные свидетельствуют о взаимосвязи гендерной типизации с психосексуальной ориентацией и половым самосознанием. В группах женщин с женской половой самоидентификацией практически отсутствуют маскулинные личности, только в группе гомосексуальных такой была 1 (5,56%) женщина. При этом среди гетеросексуальных исследуемых феминными являются 6 женщин (35,29%), андрогинными – 8 (47,05%), тогда как основная часть би- и гомосексуальных женщин андрогинные – 13 (81,25%) и 15 (83,32%) соответственно. Недифференцированы по полоролевым характеристикам среди гетеросексуальных 3 женщины (17,65%), среди бисексуальных – 3 (18,75%), среди гомосексуальных – 1 женщина (5,56%).

Распространенность андрогинии среди женщин с мужской половой самоидентификацией существенно снижается – до 66,67%, возрастает доля маскулинных личностей – до 16,67%. Феминные и недифференцированные в этой группе были представлены одинаково – по 8,33%. Тенденции к маскулинному типу (IS ≤ -0,70) отмечались у 3 женщин с транссексуализмом (25%). Таким образом, 41,67% исследуемых с нарушением полового самосознания обладают гендерно-нетипичным набором личностных и поведенческих характеристик.

Значимые отличия между группами исследуемых выявлены не только по общему индексу IS, но и по показателям маскулинности и феминности (табл. 2).

Парный анализ групп установил, что женщины с транссексуализмом отличаются от гетеросексуальных как по маскулинности ($p \le 0,001$), так и по феминности ($p \le 0,01$), от гомосексуальных – по феминности ($p \le 0,01$), тогда как статистически значимых отличий от бисексуальных женщин не наблюдается. Гетеросексуальные женщины также менее маскулинны, чем бисексуальные ($p \le 0,001$) и гомосексуальные ($p \le 0,01$), но не обнаруживают таких отличий по феминности.

Внутригрупповой анализ обнаружил высокую обратную корреляцию между показателем феминности и возрастом гетеросексуальных (-0,769; $p \le 0,001$) и бисексуальных (-0,598; $p \le 0,001$) женщин. Хотя подобных возрастных корреляций с маскулинностью не установлено, средний уровень маскулинности гетеро- и бисексуальных женщин в возрасте до 25 лет выше, чем после 25 лет. Определенное снижение маскулинности способствует сохранению психологической андрогинии на фоне возрастной динамики уменьшения уровня феминности. С учетом отмеченной тенденции, женщины с транссексуализмом в возрасте 25 лет и старше по показателю феминности (Me = 0,4) близки к бисексуальным (Me = 0,38). Гетеросексуальные исследуемые указанной возрастной категории сохраняют стабильно более высокий показатель феминности по сравнению с этими двумя группами (Me = 0,55), но меньший, чем гомосексуальные (Me = 0,60).

Маскулинность женщин с транссексуализмом (Me = 0,75) превышает этот показатель остальных групп исследуемых, более всего – гетеросексуальных (Me = 0,30). Маскулинность у бисексуальных и гомосексуальных женщин занимает промежуточное положение (Me = 0,60 и Me = 0,55 соответственно).

Симптомокомплекс маскулинности–феминности гетеросексуальных женщин характеризуется наличием взаимозависимости показателей гендерной дифференциации: установлена высокая обратная корреляция индекса IS с маскулинностью (-0,804; $p \le 0,001$) и прямая – с феминностью (0,744; $p \le 0,001$). Эта же особенность наблюдается и в группе гомосексуальных женщин: -0,728 при $p \le 0,001$ для маскулинности и

Таблица 1. Гендерная дифференциация в группах исследуемых

Группа женщин	Феминные (%)	Андрогинные (%)	Маскулинные (%)	Недифференцированные (%)
Гетеросексуальные, n = 17	35,29	47,06	–	17,65
Бисексуальные, n = 16	–	81,25	–	18,75
Гомосексуальные, n = 18	5,56	83,32	5,56	5,56
Транссексуальные, n = 12	8,33	66,67	16,67	8,33

Таблица 2. Средние показатели маскулинности, феминности и индекса IS в группах исследуемых

Группа женщин	Маскулинность (Me)	Феминность (Me)	Индекс IS (Me)
Гетеросексуальные, n = 17	0,30	0,60	0,15
Бисексуальные, n = 16	0,60	0,55	-0,24
Гомосексуальные, n = 18	0,53	0,68	0,23
Транссексуальные, n = 12	0,75	0,54	-0,58

0,681 при $p \leq 0,01$ для феминности. Индекс IS бисексуальных женщин находится в прямой зависимости от феминности (0,614; $p \leq 0,05$). У женщин с транссексуализмом корреляции индекса IS с маскулинностью и феминностью не установлены.

Симптомокомплекс маскулинности–феминности у женщин имеет свои особенности как при нарушении полового самосознания, так и при формирований разных типов психосексуальных ориентаций. Мужская половая самоидентификация, согласно полученным нами результатам, является причиной внутреннего стремления к усилению маскулинных личностных и поведенческих черт, но не в ущерб феминным, что приводит к большей склонности женщин с транссексуализмом к андрогинии, чем к утрированной маскулинизации.

Вместе с тем высокая маскулинность остается важным диагностическим критерием транссексуализма: по этому показателю женщины с мужской половой самоидентификацией значительно превосходят женщин с правильным половым самосознанием, 41,67% исследуемых с транссексуализмом обладали гендерно-нетипичным набором личностных и поведенческих характеристик. Вместе с тем, от группы гомосексуальных, общим признаком с которой является направленность полового влечения, женщины с транссексуализмом на уровне статистической значимости отличаются меньшей феминностью.

Установленная нами тенденция к уменьшению с возрастом удельного веса маскулинной составляющей гендерной идентичности гетеро- и бисексуальных женщин подтверждает предположение о том, что маскулинность у таких женщин отрицательно влияет на их адаптацию [9]. С учетом полученных результатов, мы допускаем, что это характерно для женщин с правильным половым самосознанием и гетеросексуальной (или бисексуальной) психосексуальной ориентацией. И наоборот, у гомосексуальных женщин и женщин с транссексуализмом подобная тенденция не наблюдается.

Обнаруженные нами особенности симптомокомплекса маскулинности–феминности и взаимосвязи показателей гендерной дифференциации отражают актуальность дальнейшего изучения особенностей процесса половой и гендерной идентификации у женщин.

Список использованной литературы

1. *Бухановский А. О. Транссексуализм: клиника, систематика, дифференциальная диагностика, психосоциальная реадаптация и реабилитация : автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук / А. О. Бухановский. – М., 1994. – 25 с.*
2. *Введенский Г. Е. Половая идентичность и ее нарушения : обзор / Г. Е. Введенский // Сексология и сексопатология. – 2003. – № 1. – С. 6–15.*
3. *Ворник Б. М. Расстройства половой идентификации : монография / Б. М. Ворник. – К. : ИЦ «Семья», 1998. – 329 с.*
4. *Ворник Б. М. Расстройства половой идентификации: клиника, діагностика и коррекция : дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук: 14.01.16. / Б. М. Ворник – Харьков, 2000. – 393 с.*
5. *Гендерная психология / под ред. И. С. Клециной. – СПб. : Питер, 2009. – 496 с.*
6. *Говорун Т. В. Соціалізація статі як фактор розвитку Я-концепції: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня д-ра психол. наук: 19.00.07 / Т. В. Говорун, Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова. – К., 2002. – 27 с.*
7. *Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины / Е. П. Ильин. – СПб. : Питер, 2003. – 544 с.*
8. *Классификация болезней в психиатрии и наркологии : пособие для врачей / под ред. М.М. Милевского. – М. : Издательство «Триада-Х», 2009. – 184 с.*
9. *Кочарян А. С. Личность и половая роль (симптомокомплекс маскулинности/феминности в норме и патологии) / А. С. Кочарян ; отв. ред. член-кор. АПН Украины Бурлачук Л. Ф. – Харьков, 1996. – 139 с.*
10. *Матевосян С. Н. Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола) / С. Н. Матевосян, Г. Е. Введенский. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2012. – 400 с.*
11. *Сексопатология : справочник / под ред. Г. С. Васильченко. – М. : Медицина, 1990. – 576 с.*

ОСОБЛИВОСТІ СИМПТОМОКОМПЛЕКСУ МАСКУЛІННОСТІ–ФЕМІНІННОСТІ У ЖІНОК З ТРАНССЕКСУАЛІЗМОМ І ЖІНОК РІЗНОЇ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЇ ОРІЄНТАЦІЇ

Б.М. Ворнік, О.А. Дмитренко, Є.В. Харчук

У статті представлені результати дослідження показників маскулінності та фемінінності у жінок з особливостями психосексуального розвитку, що виражаються у формуванні чоловічої статевої самоідентифікації та різних психосексуальних орієнтацій. Встановлено, що 69,84% жінок є андрогінними за статеворольовими характеристиками: у групі гетеросексуальних їх частка становить 47,06%, бісексуальних – 81,25%, гомосексуальних – 83,32%, жінок з транссексуалізмом – 66,67%. Особливості психосексуального розвитку впливають на представленість маскулінних, фемінінних і недиференційованих особистостей в групах досліджуваних. Серед жінок з транссексуалізмом частка маскулінних особистостей становила 16,67%, гендерно-нетипові особистісні та поведінкові властивості виявили 41,67% з них. Згідно з отриманими даними, діагностично більш важливим параметром жіночого транссексуалізму є висока маскулінність, ніж загальний показник гендерної диференціації.

Ключові слова: жіночий транссексуалізм, психосексуальна орієнтація, симптомокомплекс маскулінності–фемінінності, гомосексуальність, бісексуальність.

MASCULINITY-FEMININITY SYMPTOM COMPLEX IN WOMEN WITH TRANSSEXUALISM AND WOMEN WITH DIFFERENT PSYCHOSEXUAL ORIENTATION

B.M. Vornyk, O.A. Dmytrenko, Ye.V. Harchuk

The article presents the results of a study of indicators of masculinity and femininity in women with different of psychosexual development, resulting in the formation of male gender identity and different psychosexual orientations. Found that 69,84% of women are androgynous: in heterosexual – 47,06%, in bisexual – 81,25%, in homosexual – 83,32%, in women with transsexualism – 66,67%. Features of psychosexual development affect the representation of masculinity, femininity and undifferentiated individuals in the groups studied. Among women with transsexualism masculine personalities share was 16,67%, gender atypical personality and behavioral features found 41,67% of them. According to the survey, more diagnostically important parameter of female-to-male transsexualism is higher masculinity than the overall gender differentiation index.

Key words: female-to-male transsexualism, psychosexual orientation, masculinity-femininity symptom complex, homosexuality, bisexuality.

УДК 616.89-008.486+616.055

Б.М. Ворник, Е.В. Харчук, А.А. Дмитренко

ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ТРАНССЕКСУАЛИЗМОМ

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: расстройства половой идентификации, женский транссексуализм, патохарактерологические особенности, типы патологического развития личности.

В статье дано описание пяти основных типов патологического развития личности женщин с транссексуализмом, а именно: истероидного, параноидного, шизоастенического, инфантильного и мозаичного, которые наблюдались у 17 (50,0%) обследованных из общего количества женщин, обратившихся с желанием сменить пол. Однако у значительной части – 10 (29,41%) женщин, желающих сменить пол, не выявлено патохарактерологических признаков личности. Эндогенно-процессуальные и экзогенно-органические расстройства психики обнаружены у 7 (20,59%) пациенток с нарушением половой идентификации.

Расстройства половой идентификации являются объектом особого внимания специалистов разных направлений, в первую очередь сексологов, психологов, психиатров. Именно к ним чаще всего и обращаются данные лица. Поэтому особое значение имеет не только проблема гендерного самосознания, но и выявление сопутствующих психических нарушений [2, 3, 6].

Одним из вариантов расстройств половой идентификации является транссексуализм. Первые попытки научного описания этого явления предприняли J. Frankel (1858) и J. Westphal (1870). Позднее возникла необходимость терминологического оформления феномена. Так, R. Kraft-Ebing (1984) определил его как «превратное ощущение своего тела», M. Hirschfeld (1918) считал его разновидностью трансвестизма, употреблялись также формулировки: «сексуальная паранойя», «паранойя половой трансформации», «бред полового метаморфоза». Использовалось также понятие «транссексуальная психопатия» (D. Cauldwell, 1949).

Однако наиболее устоявшимся для данной формы расстройства половой идентификации является термин «транссексуализм», предложенный H. Benjamin в 1953 г. Этот же термин используется в МКБ–10 [1]. Тем не менее, несмотря на широкое распространение он не является универсальным, поскольку в англоязычной литературе зачастую используется тождественное понятие «гендерной дисфории». Терминологическую несогласованность подкрепляет и позиция разработчиков DSM–V, которые включили в классификацию это расстройство именно под таким названием. «Синдром отвергания пола» (Gender Dysphoria Syndrom) был предложен D. Laub, N. Fisk (1974) для определения всех лиц, стремящихся к смене пола [1, 4].

Неоднозначные сведения имеются по поводу распространенности транссексуализма у мужчин и у женщин. Так, общемировой тенденцией является преобладание мужского транссексуализма над женским в соотношении 4:1, а именно от 1:37000 до 1:100000 и от 1:103000 до 1:400000 соответственно [8]. Согласно данным Б. М. Ворника, в Украине имеет место обратное соотношение: женский транссексуализм преобладает над мужским в соотношении 4:1 [3, 7].

В силу различий в формировании женского и мужского транссексуализма целесообразно рассматривать эти расстройства по отдельности.

Целью данной работы стало изучение патохарактерологических особенностей лиц женского пола с транссексуализмом.

Материалы и методы исследования

На основании обследования 34 женщин, обратившихся за специализированной помощью по поводу желания сменить пол, был проведен анализ их характерологических особенностей.

Все пациентки проходили обследование амбулаторно.

Результаты и их обсуждение

Выявлено, что у 7 (20,59%) женщин имела место тяжелая эндогенная или экзогенно-органическая патология. Диагностическая характеристика пациенток выглядела следующим образом: расстройства шизофренического спектра выявлены у 5 (71,43% в данной подгруппе, или 14,71% от общего количества обследованных), психическая патология вследствие органического поражения головного мозга – у 2 (28,57% и 5,88% соответственно) обследованных.

У 18 (52,94%) пациенток было выявлено наличие неблагоприятных социальных и биологических факторов, среди которых – отягощенная наследственность, соматическая патология, дезадаптирующие типы родительского воспитания, употребление психоактивных веществ в анамнезе.

У всех обследованных пациенток с транссексуализмом с началом полового созревания и развития вторичных половых признаков обострялся внутриличностный половой конфликт (гендер-конфликт), который в некоторых случаях перерастал в стойкую дисморфо-

фобию с реакцией отвергания своего биологического пола. Типичным было и наличие сильной аффективной насыщенности переживаний, наиболее мучительные из которых достигали степени дисфории. Пациентки не только пытались замаскировать нежелательные половые признаки, но и зачастую доходили до совершения актов самоповреждения в отношении половых органов. Все пациентки имели депрессивные переживания разной степени выраженности, нередко с суицидальными намерениями или попытками в анамнезе. Особенности аффективной сферы состояли в наличии в их структуре сверхценных образований, содержание которых заключалось в стойких выраженных идеях, а позже и намерениях, перемены пола, которые пациенты рассматривали как «решение всех своих проблем».

Психопатические реакции были многообразными – от тормозимых (психастенического, астенического и шизоидного типов) до выраженных истериоформных и эксплозивных проявлений. Со временем данные реакции приобретали систематический стереотипный характер, вплоть до формирования патохарактерологических расстройств личности.

Социализация этих лиц также проходила болезненно. Смена учебного и трудового коллектива сопровождалась «срывами адаптации», связанными с изменениями условий микросоциальной среды и, как следствие, формированием отношения к образу пациенток со стороны новых субъектов межличностного взаимодействия. Зачастую в силу конституционально-типологических особенностей лиц с транссексуализмом у них возникали протестные реакции в ответ на социальный прессинг, дискриминацию, осуждение окружающих. Дисгармоничные отношения с членами своей семьи (в особенности с родителями), трудности формирования и «удержания» любовных и сексуальных отношений, невозможность создания собственной семьи, частая смена мест работы вследствие стигматизирующих факторов, а также иные затруднения межличностного и внутриличностного характера сенсибилизировали психику пациентов и способствовали дальнейшему усугублению расстройств личности.

Характерными для них являлись антивитальные тенденции, характеризующиеся, среди прочего, высокой суицидальной готовностью.

Проанализировав психопатологические феномены, наблюдавшиеся у обследованных пациенток, мы выделили пять типов патологического развития личности: истероидный, параноидный, шизоастенический, инфантильный, мозаичный.

Истероидный тип патологического развития личности встречался у 2 женщин (11,76% от общего числа лиц с психопатологическими феноменами личностной сферы). В основном, это пациентки из семей с воспитанием по типу гиперопеки или «кумир семьи». В детстве для них были характерны реакции активного протеста, оппозиции, имитации. Зачастую они копировали демонстративное, эксплозивное поведение родителей. У них формировались эмоциональная неустойчивость, слезливость, гневливость, слабодушие. Эти пациентки отличаются эгоцентричностью, манерностью, демонстративностью, пренебрежением к желаниям и чувствам окружающих, не выносят невнимания к своей персоне. Одевались с оттенком вычурности, нуждались в постоянном восхищении и признании других лиц. Тип реакции на фрустрацию, как правило, экстрапунитивный.

В ситуации взаимодействия с врачом были крайне нетерпеливы, склонны к аффективным вспышкам, уводили беседу в интересное им русло. Как правило, весьма поверхностны в суждениях, запас знаний невелик, гипосоциальны. Реализовали себя с помощью формирования внешнего облика, который зачастую воспринимается как вульгарно-демонстративный с претензией на исключительность.

На пике аффективных переживаний были возможны конверсионные проявления в виде функциональных двигательных расстройств, сурдомутизма, псевдоэпилептических пароксизмов.

Сфера межличностных взаимодействий характеризовалась нестабильностью, неспособностью к формированию устойчивых связей, частой сменой сексуальных партнеров, независимо от их полового самосознания.

Параноидный тип развития личности имел место у 3 женщин (17,65%).

Как правило, такие пациентки воспитывались в семьях со строгим воспитанием, зачастую в приемных, или детдомах. Себя описывали как справедливых, отважных, честных, гордились своими жизненными принципами.

В детстве для них были характерны такие реакции, как активный протест, оппозиция.

Обнаруживали склонность к экстрапунитивному типу реагирования на фрустрацию. Часто объектом для недовольства являлись окружающие. Эмоциональная сфера характеризовалась склонностью к застреванию аффекта, раздражительностью, гневливостью.

При взаимодействии с врачом зачастую предъявляли неадекватные требования, подозревали его в негативном к себе отношении, были склонны к кверулянтским тенденциям. Из-за недоверчивости оппонировали врачу, подозревая его в противодействии «законным и обоснованным» желаниям о смене пола.

В сексуальной сфере характеризовались избирательностью контактов, некоторым ханжеством, приверженностью неким специфическим моральным принципам. Как правило, были склонны к ревности, к своему сексуальному партнеру относились, как к собственности.

Свехценные идеи о смене пола устойчивы и некоррегируемы.

Шизоастенический тип патологического развития личности встречался у 4 (23,53%) обследованных. Эти лица характеризовались замкнутостью, сниженной потребностью в межличностных контактах, невысокой коммуникабельностью, некоторой отстраненностью, холодностью. При этом зачастую «внутренняя жизнь» данных пациенток была весьма насыщенной, что выражалось в наличии парадоксальной сенситивности, ранимости. В детстве им были свойственны реакции пассивного протеста. Чаще они происходили из семей со строгим воспитанием.

Со временем эти личностные черты заострялись, что приводило к еще большей социальной дезадаптив-

ности, вплоть до самоизоляции. Характеризовались формированием интрапунитивного типа реагирования на фрустрации.

Половая жизнь таких пациенток, как правило, бедна, либидо снижено, попыток к сексуальному сближению не предпринимали, ограничивались сексуальными фантазиями.

На этом фоне формировались идеи о смене пола как о способе преодоления внутренней дисгармонии и социальной некомпетентности. Тем не менее, такие лица с просьбой о смене пола обращаются относительно редко.

В ситуации взаимодействия с врачом немногословны, испытывали трудности с описанием своих жалоб. Нуждались в психологическом сопровождении, хотя редко об этом заявляли напрямую, маскируя это внешней холодностью и невозмутимостью.

Инфантильный тип патологического развития личности был установлен у 2 (11,76%) женщин. Эти лица характеризовались отсутствием социальной зрелости, высокой внушаемостью, конформностью, несамостоятельностью суждений, задержками психо- и соматосексуального развития, общей ретардацией развития сексуальности, что проявлялось в снижении или отсутствии эротического и сексуального либидо при относительной сохранности платонического. Желание смены пола у таких пациенток не носило устойчивого характера, часто имело ундулирующий тип течения, сопровождалось недостаточным пониманием последствий хирургической и эндокринной коррекции половой принадлежности. Эти пациентки выросли в неполной семье с воспитанием по типу гиперопеки. В детстве поведение характеризовалось уступчивостью, неконфликтностью, легко смирялись с разочарованиями.

Пубертатный период лиц с инфантильным типом патологического развития личности проходил без характерных для данного возраста оппозиционно-протестных проявлений и без вовлечения в процесс половой сегрегации, что воспрепятствовало становлению стереотипов поло-ролевого поведения, а также половой социализации. Тип реагирования на фрустрации – импунитивный.

От проявлений сексуальности такие пациентки воздерживались ввиду ретардации либидо.

Во взаимодействии с врачом были пассивны, вынуждали проявлять в отношении них паттерналистические тенденции, проявляли склонность упрощать объяснения своих переживаний.

Мозаичный тип патологического развития личности был установлен у 6 (35,29%) женщин. Они характеризовались смешанностью психопатологической картины, вмещающей в себя черты описанных выше типов развития личности и нечеткостью основного патофеномена, затрудняющей его идентификацию.

В то же время значительная часть пациенток с транссексуализмом – 10 человек (29,41% от общего числа обратившихся) не обнаруживала никаких патохарактерологических особенностей.

Выводы

Таким образом, патологические личностные особенности женщин с транссексуализмом характеризовались динамичностью, склонностью к усугублению с возрастом, зависимостью от условий внешней среды, обстоятельств.

Адекватная медицинская помощь, в первую очередь психологическое сопровождение, способствовала смягчению поведенческой и личностной дисгармонии за счет формирования адекватного отношения к своей личности и своему расстройству, что способствовало улучшению социальной адаптации и снижению накала внутриличностного конфликта.

Список использованной литературы

1. *Ворник Б. М. Клинические формы и диагностические критерии расстройств половой идентификации [Текст] / Б. М. Ворник // Сексопатология и андрология : лекции для врачей. – К., 1996. – С. 19–28.*
2. *Ворник Б. М. Патологическое развитие личности у лиц с расстройствами половой идентификации [Текст] / Б. М. Ворник // Таврический журнал психиатрии. – 1999. – Т. 3, № 4 (11). – С. 70–72.*
3. *Ворник Б. М. Расстройства половой идентификации : монография [Текст] / Б. М. Ворник. – К. : ИЦ «Семья», 1998. – 329 с.*
4. *Ворник Б. М. Расстройства половой идентификации: клиника, диагностика и коррекция [Текст] : дисс. на соискание научной степени д-ра мед. наук : 14.01.16 / Б. М. Ворник. – Харьков, 2000. – 393 с.*
5. *Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике [Текст] / под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – К. : Сфера, 2005. – 308 с.*
6. *Кришталь Є. В. Сексопатологія [Текст] / Є. В. Кришталь, Б. М. Ворнік. – К., 2014. – 544 с.*
7. *Пинчук И. Я. Транссексуализм: клиническая характеристика и медицинская помощь лицам с транссексуализмом в Украине [Текст] / И. Я. Пинчук, Б. М. Ворник, А. А. Дмитренко // Вестник ассоциации психиатров Украины. – 2014. – № 1. – С. 5–8.*
8. *Сексопатология : справочник [Текст] / Г. С. Васильченко, И. Л. Ботнева, В. М. Маслов [и др.] ; под ред. Г. С. Васильченко. – М. : Медицина, 1990. – 576 с.*

ПАТОХАРАКТЕРОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК ІЗ ТРАНССЕКСУАЛІЗМОМ

Б.М. Ворнік, Є.В. Харчук, О.А. Дмитренко

У статті дано опис п'яти основних типів патологічного розвитку особистості жінок з транссексуалізмом , а саме: істероїдного, параноїдного, шизоастенічного, інфантильного і мозаїчного, які спостерігалися у 17 (50,0%) обстежених із загальної кількості жінок, які звернулися з бажанням змінити стать. Однак у значної частини – у 10 (29,41 %) жінок, які мають бажання змінити стать, не виявлено патохарактерологічних ознак особистості. Ендогенно-процесуальні та екзогенно-органічні розлади психіки виявлені у 7 (20,59 %) пацієнток з порушенням статевої ідентифікації.

Ключові слова: розлади статевої ідентифікації, жіночий транссексуалізм, патохарактерологічні особливості, типи патологічного розвитку особистості.

PATHOCHARACTEROLOGICAL FEATURES OF WOMEN WITH TRANSSEXUALISM

B.M. Vornyk, Ye.V. Harchuk, O.A. Dmytrenko

The article describes the five major types of pathological personality development of women with transsexualism, namely hysteroid, paranoid, shyzoasthenic, infantile and mosaic, which were observed in 17 (50,0%) patients of the total number of women attending the desire to change their sex. However, a significant part – 10 (29,41%) of women wanting to change their sex, showed no signs of pathocharacterological features of personality. and Schizophrenophormic and organic mental disorder were found in 7 (20,59%) patients with gender identity disorder.

Key words: gender identity disorders, female-to-male transsexualism, pathocharacterological features, types of pathological personality development.

УДК 159.9.018.4:616.89 - 008.442.6 – 057.875

М.В. Коваленко

ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ ТА ЙОГО ДИНАМІКИ У СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ У ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ

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

З метою дослідження змін характеристик особистості в умовах сучасних суспільних трансформацій було досліджено феномен перфекціонізму у студентів ВНМЗ. Анонімно обстежено 275 студентів трьох факультетів: лікувального, стоматологічного, медичного факультету №2 зі спеціальності медична психологія. Для порівняльного дослідження було обрано студентів першого курсу (початковий етап навчання) та п'ятого курсу (заключний етап навчання). У ході дослідження були використані такі методи дослідження: соціально-демографічний, індивідуально-психологічний, методи математичної статистики. Для проведення аналізу феномену перфекціонізму у студентів ВНМЗ було використано опитувальник перфекціонізму А.Б. Холмогорової, Н.Г. Гаранян (2001), що дав можливість визначити загальний рівень перфекціонізму та рівень п'яти його основних параметрів. За результатами дослідження більшість студентів продемонстрували середній рівень перфекціонізму – 53,82% (148 осіб), достовірно менше було студентів з низьким або високим рівнями цього показника: 22,54% (62 особи) та 23,64% (65 осіб) відповідно. Показник рівня перфекціонізму у студентів в процесі навчання в ВНМЗ має свою динаміку. Показники перфекціонізму дівчат та хлопців у загальній групі на різних курсах чи факультетах достовірно не відрізнялися. Середнє значення рівня перфекціонізму було достовірно вищим у студентів медичного факультету №2 зі спеціальності медична психологія, ніж у студентів лікувального та стоматологічного факультетів.

Ключові слова: перфекціонізм, особистість, рівень перфекціонізму, параметри перфекціонізму, динаміка.

Аналіз сучасних тенденцій психології доводить, що перфекціонізм став важливою особистісною рисою людини. Психологічний феномен перфекціонізму є відображенням вимог сучасного суспільства до самовдосконалення особистості, формування певних якостей та рис, які сприяють більш адаптивному та ефективному існуванню і взаємодії суб'єктів соціальних стосунків [5].

Актуальність. Цінності сучасного суспільства – культ високих досягнень, успіху, процвітання, сили і стрункого тіла – закладаються з раннього дитинства. Фактично в «XXI столітті перфекціонізм став хворобою культури нашого часу» [2].

Дослідники наголошують на необхідності вивчення перфекціонізму в юнацькому віці, оскільки саме в цей період виникає найбільший ризик виникнення пов'язаних з перфекціонізмом девіацій [3].

Мета. З метою дослідження змін характеристик особистості в умовах сучасних суспільних трансформацій було досліджено феномен перфекціонізму у студентів ВНМЗ. Вивчення перфекціонізму саме у студентів-медиків є важливим у процесі формування професійних якостей майбутніх фахівців – лікарів різних спеціальностей.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводили на базі Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова впродовж 2012–2013 та 2013–2014 навчальних років. У даному ВНЗ навчання характеризується високою інтенсивністю навчального процесу, поєднанням вивчення теоретичних та клінічних дисциплін, високими вимогами. Було досліджено групи студентів трьох факультетів: лікувального (ЛФ), стоматологічного (СФ), медичного факультету №2 зі спеціальності медична психологія (МПФ), які мають свою специфіку в навчальних програмах, зокрема в об'ємі вивчення психологічних дисциплін та орієнтації на широкий або вузький профіль медичної спеціальності, також враховували відомий факт, що навчання за спеціальністю психологія значною мірою обирають молоді люди, які мають психологічні бар'єри (проявляються у фрустрації, ригідності, тривозі, емоційній нестійкості, агресії), усвідомлюють їх і прагнуть вирішити з метою віднайти оптимальні умови для саморозвитку, особистісного зростання, становлення особистісної ідентичності [7].

Для порівняльного дослідження було обрано студентів першого курсу (початковий етап навчання) та п'ятого курсу (заключний етап навчання). Студенти ЛФ та МПФ навчаються в медичному ВНЗ 6 років, а студенти СФ – п'ять, тому з метою створення однорідних умов дослідження в програму для дослідження заключного етапу навчання були включені групи студентів п'ятого курсу ЛФ та МПФ.

Було анонімно обстежено 275 студентів. Серед них студентів 1 курсу було 135 осіб (49,09%), студентів 5 курсу –140 осіб (50,91%), в тому числі СФ – 107 студентів (38,90%), МПФ – 66 студентів (24,00%), ЛФ – 102 студенти (37,10%). Усіх студентів, які брали участь у дослідженні, було поділено на 6 груп: студенти 1 курсу ЛФ – 45 осіб; студенти 1 курсу СФ –54 особи; студенти 1 курсу МПФ – 36 осіб; студенти 5 курсу ЛФ – 57 осіб; студенти 5 курсу СФ – 53 особи; студенти 5 курсу МПФ – 30 осіб.

Серед учасників дослідження дівчат було 189 (68,73%), хлопців – 86 (31,27%).

Середній вік учасників дослідження становив (19,73±0,13) р., хлопці та дівчата за середнім віком достовірно не відрізнялися: середній вік хлопців був (19,51±0,24) р., дівчат – (19,84±0,16) р. 75% респондентів були у віковій категорії 18,5–20,5 років.

Серед всіх досліджуваних достовірно переважали студенти у віці 18–21 рік. У ході дослідження були використані такі методи дослідження: соціально-демографічний, індивідуально-психологічний, методи математичної статистики.

Для проведення аналізу феномену перфекціонізму у студентів ВНМЗ було використано «Опитувальник перфекціонізму» А.Б. Холмогорової, Н.Г. Гаранян (2001), який дав можливість визначити загальний рівень перфекціонізму та рівень п'яти його основних параметрів : 1) сприйняття інших людей як таких, що делегують високі очікування (при постійному порівнянні себе з іншими); 2) завищені претензії і вимоги до себе; 3) високі стандарти діяльності при орієнтації на полюс «найуспішніших»; 4) селектування інформації про власні невдачі і помилки; 5) поляризоване мислення – «все або нічого».

Загальний показник перфекціонізму визначає основну характеристику цього феномену – його рівень. Рівень перфекціонізму визначали в загальній вибірці обстежених студентів, у студентів 1 та 5 курсів, у студентів різних факультетів.

Для визначення рівня перфекціонізму всіх студентів поділили методом перцентилів на 3 групи: у 25% досліджуваних значення показника становило менше 44 балів – низький рівень, у 25–75% – 45–64 бали – середній рівень, у 75–100% – вище 65 балів – високий рівень. Отримані показники можуть бути зіставлені з даними дисертаційних досліджень М.В. Москова (2008) [6] – відповідно менше 55 балів, 56–67 балів, більше 68 балів та Н. Гаранян (2010) [1] – менше 37,5 балів, 37,5–50 балів, більше 51 бала.

Результати та їх обговорення

Середнє значення показника перфекціонізму в усій вибірці становило (54,92±0,83) балів, що відповідає середньому рівню (рис. 1).

За результатами дослідження більшість студентів продемонстрували середній рівень перфекціонізму – 53,82% (148 осіб), достовірно менше було студентів з низьким або високим рівнем – 22,54% (62 особи) та 23,64% (65 осіб) відповідно.

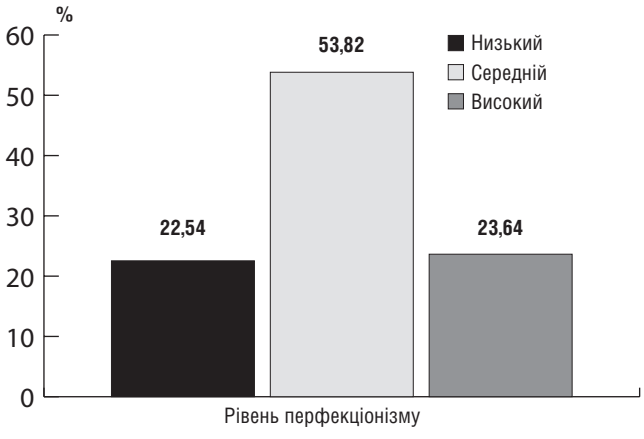


Рис. 1. Розподіл студентів ВНМЗ за рівнем перфекціонізму
*Примітка: * – різниця достовірна при p<0,01.*

Таблиця 1. Рівень перфекціонізму у студентів різних курсів та факультетів ВНМЗ (M±m)

Рівень перфекціонізму	1. ЛФ (n=102)	2. СФ (n=107)	3. МПФ (n=66)	p<0,05
Студенти 1 курсу (n=135)	57,67±1,79	54,20±1,71	68,86±1,55	p3-1 p3-2
Студенти 5 курсу (n=140)	51,04±1,79	48,85±1,88	58,30±2,90	p3-1 p3-2
p	<0,01	<0,05	<0,01	

Для дослідження динамічних тенденцій феномена перфекціонізму у студентів ВНМЗ в процесі навчання було проаналізовано рівень перфекціонізму у студентів 1 та 5 курсів різних факультетів (рис. 2, табл. 1).

Порівняння показників середнього рівня перфекціонізму у студентів 1 та 5 курсів дало можливість дослідити динаміку цього показника в процесі навчання. Рівень перфекціонізму у студентів 1 курсу виявився достовірно вищим, ніж у студентів 5 курсу (див. рис. 4). Середнє значення цього показника було достовірно вищим у студентів МПФ, ніж у студентів СФ та ЛФ. Рівні перфекціонізму у студентів ЛФ та СФ достовірно не відрізнялися.

При подальшому аналізі встановлено, що середнє значення рівня перфекціонізму серед студентів усіх факультетів було достовірно вищим у першокурсників (див. табл. 1). Як на 1, так і на 5 курсах найвищим рівень перфекціонізму був у студентів МПФ. За досліджуваним показником студенти ЛФ та СФ достовірно не відрізнялися як на 1, так і на 5 курсах.

Показник кореляції рівня перфекціонізму та статі становив R=0,04, p=0,54, тобто достовірно рівень перфекціонізму та стать не корелювали.

Результати аналізу рівня перфекціонізму з урахуванням статі представлені у таблиці 2.

Показники рівня перфекціонізму дівчат та хлопців у загальній групі, на різних курсах чи факультетах достовірно не відрізнялися. Разом з тим, у дівчат-першокурсниць загалом та з ЛФ і МПФ рівень перфекціонізму виявився достовірно вищим, ніж у дівчат-п'ятикурсниць. Серед хлопців подібної різниці не виявлено. Відмінності між показниками дівчат з різних факультетів та хлопців, як навчаються на різних факультетах, збігалися з закономірностями, виявленими у загальній когорті досліджуваних, тобто найвищі

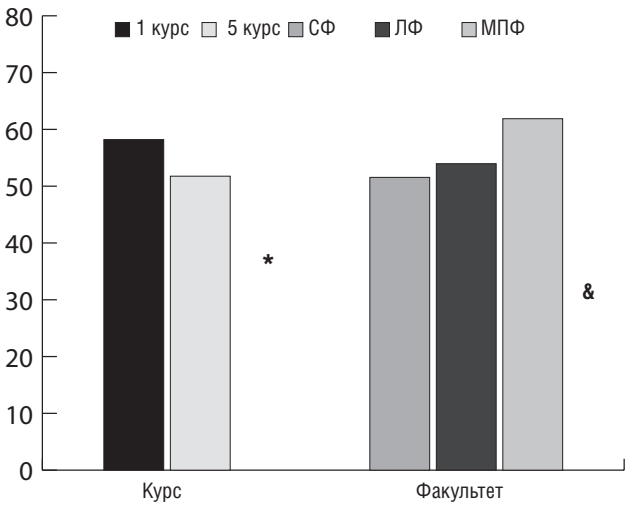


Рис. 2. Рівень перфекціонізму у студентів різних курсів та факультетів ВНМЗ
*Примітка: * – відмінності достовірні, p<0,05;*
& – відмінності достовірні при порівнянні зі студентами інших факультетів, p<0,05.

Таблиця 2. Рівень перфекціонізму у зв'язку зі статтю (M±m).

Показник	Усі (n=275)	1.ЛФ (n=102)	2.СФ (n=107)	3.МПФ(n=66)	p<0,05
1. Дівчата (n=189)	55,26±1,40	53,78±1,57	52,21±1,72	62,56±3,04	p3-1 p3-2
2. 1 курс (n=85)	59,81±1,40	58,50±2,47	56,03±2,54	65,04±1,93	p3-2
3. 5 курс (n=104)	51,55±1,39	50,38±1,87	49,63±2,25	57,36±3,38	p3-2
p<0,05	p3-1	p3-2	-	p3-2	
3. Хлопці (n=86)	54,17±1,03	54,31±2,38	50,20±2,72	61,66±1,90	p3-1 p3-2
4. 1 курс (n=50)	55,46±1,52	56,00±2,72	52,08±2,22	64,25±1,84	p3-2
5. 5 курс (n=36)	52,38±2,58	53,24±4,18	45,50±2,29	60,88±5,94	p3-2
p<0,05	–	–	–	–	

показники демонструють студенти МПФ. Таким чином, за результатами нашого дослідження статевих відмінностей у вираженості перфекціонізму не виявлено.

Проведено аналіз розподілу студентів різних курсів за рівнем перфекціонізму (рис. 3.)

Серед студентів 1 та 5 курсів достовірно переважали особи з середнім рівнем перфекціонізму – 57,04% (77 осіб) та 50,71% (71 особа) відповідно. Разом з тим, серед студентів 1 курсу осіб з високим рівнем перфекціонізму було достовірно більше – 29,63% (40 осіб), а осіб з низьким рівнем достовірно менше – 13,33% (18 осіб), ніж серед студентів 5 курсу – відповідно 17,86% (25 осіб) та 31,43% (44 особи).

Також було проведено аналіз рівня перфекціонізму серед студентів різних факультетів, дані якого представлено на рисунку 4.

Аналіз рівня перфекціонізму у студентів різних факультетів ВНМЗ показав, що серед студентів ЛФ переважали особи з середнім рівнем – 60,78% (62 особи), студентів з низьким та високим рівнем виявлено майже однакову частку – 20,59% (21 особа) та 18,63% (19 осіб) відповідно. На СФ також вірогідно переважали студенти з середнім рівнем – 50,47% (54 особи), студентів з низьким рівнем було 32,71% (35 осіб), що значимо більше, ніж студентів з високим рівнем – 16,82% (18 осіб). На МПФ студентів з середнім та високим рівнями була приблизно однакова кількість – 48,48% (32 особи) та 42,42% (28 осіб) відповідно, студентів з низьким рівнем було значимо менше – 9,10% (6 чоловік).

Аналіз груп студентів з різним рівнем перфекціонізму показав, що група з низьким рівнем була сформована

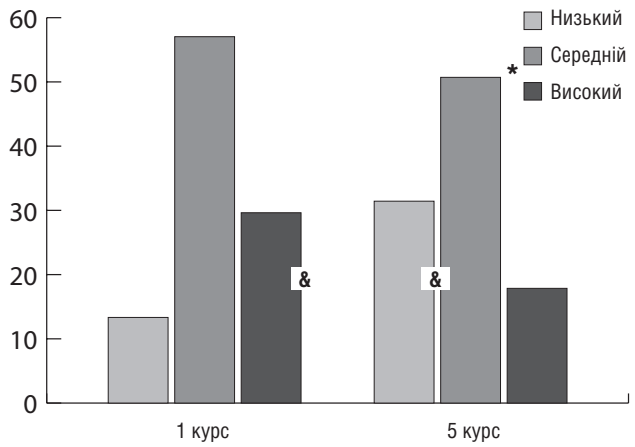


Рис. 3. Розподіл студентів різних курсів ВНМЗ за рівнем перфекціонізму.
*Примітка: * – різниця достовірна при порівнянні між студентами одного курсу, p<0,01; & – різниця достовірна при порівнянні зі студентами з різних курсів.*

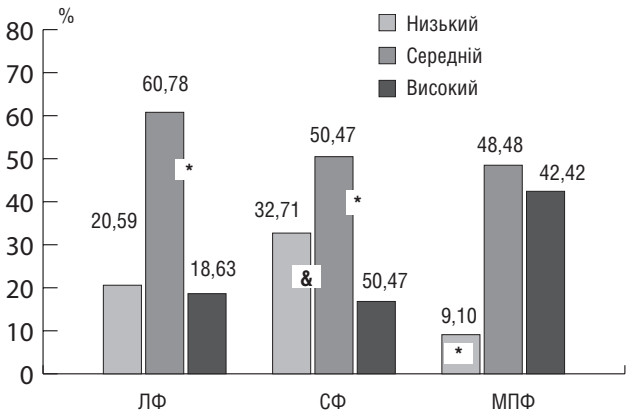


Рис. 4. Частота різних рівнів перфекціонізму у студентів різних факультетів ВНМЗ
*Примітка: * – достовірні відмінності частоти рівнів перфекціонізму у студентів одного факультету, p<0,01;*
& – відмінності достовірні при порівнянні студентів різних факультетів, p<0,05.

переважно за рахунок студентів 5 курсу (табл. 3), у групі з середнім рівнем частки студентів 1 та 5 курсів достовірно не відрізнялись, у групі з високим рівнем було достовірно більше студентів 1 курсу. Аналіз по факультетах продемонстрував, що у групі з низьким рівнем переважну більшість складали студенти СФ, у 1,5 раза менше було студентів ЛФ та найменше медичних психологів. Група з середнім рівнем перфекціонізму складалась переважно зі студентів ЛФ та СФ, студентів МПФ у цій групі виявлено достовірно менше. Серед студентів з високим рівнем перфекціонізму достовірно більшу частку склали студенти МПФ, студентів СФ та ЛФ було менше.

Серед студентів 1 курсу групу з низьким рівним перфекціонізму також формували переважно студенти СФ, студентів МПФ у цій групі не було (табл. 4). Група з середнім рівнем складалась із приблизно однакових часток студентів з ЛФ та СФ, відсоток медичних психологів був достовірно меншим. У групі з високим рівнем були відсутні достовірні відмінності за частками студентів різних факультетів. На 5 курсі група з низьким рівнем перфекціонізму складалась переважно зі студентів ЛФ та СФ, частки яких значимо не різнились, студентів МПФ було достовірно менше. У групі з середнім рівнем також були приблизно однакові частки студентів з ЛФ та СФ і достовірно менший відсоток медичних психологів. У групі з високим рівнем були відсутні достовірні відмінності при порівнянні часток студентів різних факультетів.

Встановлено, що серед студентів лікувального та стоматологічного факультетів група з низьким рівнем перфекціонізму сформована з достовірно більшої кількості студентів 5 курсу, на МПФ студентів 1 курсу у цій групі немає (табл. 5). Групи з середнім рівнем на усіх факультетах складаються з приблизно однакової кількості студентів 1 та 5 курсів. У групі з високим рівнем на ЛФ частки студентів 1 та 5 курсів також достовірно не відрізнялися, на СФ та МПФ факультеті у цій групі достовірно переважають студенти 1 курсу.

Таблиця 3. Розподіл студентів ВНМЗ у групах з різним рівнем перфекціонізму, %

Рівень	Низький (n=62)	Середній (n=148)	Високий (n=65)
1 курс (n=135)	29,03% (18)	52,03% (77)	61,54% (40)
5 курс (n=140)	70,97% (44)	47,97% (71)	38,46% (15)
p	<0,01	≥0,05	<0,05
1. ЛФ (n=102)	33,87% (21)	41,89% (62)	29,23% (19)
2. СФ (n=107)	56,45% (35)	36,49% (54)	27,26% (18)
3. МПФ (n=66)	9,68% (6)	21,61% (32)	43,08% (28)
p<0,05	p2-1 p3-1 p3-2	p3-1 p3-2	p3-1 p3-2

Таблиця 4. Розподіл студентів ВНМЗ у групах з різним рівнем перфекціонізму, %

Рівень		Низький (n=62)	Середній (n=148)	Високий (n=65)
1 курс	1.ЛФ(n=45)	22,22% (4)	38,96% (30)	27,50% (11)
	2.СФ(n=54)	77,78% (14)	36,36% (28)	30,00% (12)
	3.МПФ(n=36)	0	24,68% (19)	42,50% (17)
p<0,05		p2-1	p3-1	–
5 курс	1.ЛФ(n=57)	38,64% (17)	45,07% (32)	32,00% (8)
	2.СФ(n=53)	47,73% (21)	36,62% (26)	24,00% (6)
	3.МПФ(n=30)	13,64% (6)	18,31% (13)	44,00% (11)
p<0,05		p3-1 p3-2	p3-1 p3-2	–

Таблиця 5. Розподіл студентів ВНМЗ у групах з різним рівнем перфекціонізму, %

Рівень		Низький (n=62)	Середній (n=148)	Високий (n=65)
ЛФ	1 курс (n=45)	19,05% (4)	48,39% (30)	57,89% (11)
	5 курс (n=57)	80,95% (17)	51,62% (32)	42,11% (8)
p		<0,01	≥0,05	≥0,05
СФ	1 курс (n=54)	40,00% (14)	51,85% (28)	66,67% (12)
	5 курс (n=53)	60,00% (21)	48,15% (26)	33,33% (6)
p		<0,05	≥0,05	<0,05
МПФ	1 курс (n=37)	0	59,38% (19)	64,29% (18)
	5 курс (n=29)	100,00% (6)	40,62% (13)	35,71% (10)
p		-	≥0,05	<0,05

Висновки

1. В усій вибірці студентів ВНМЗ середнє значення показника перфекціонізму відповідало середньому рівню. Більшість студентів продемонстрували середній рівень перфекціонізму, достовірно менше було студентів з низьким або високим рівнем.

2. Показник рівня перфекціонізму у студентів в процесі навчання у ВНМЗ має свою динаміку. Середнє значення рівня перфекціонізму серед студентів усіх факультетів було достовірно вищим у першокурсників, ніж у студентів п'ятого курсу. Аналіз груп студентів з різним рівнем перфекціонізму показав, що група з низьким рівнем була сформована переважно за рахунок студентів 5 курсу, у групі з середнім рівнем частки студентів 1 та 5 курсів достовірно не відрізнялись, у групі з високим рівнем достовірно переважали студенти 1 курсу.

3. Середнє значення рівня перфекціонізму було достовірно вищим у студентів МПФ, ніж у студентів СФ та ЛФ. Рівень перфекціонізму у студентів ЛФ та СФ достовірно не відрізнявся.

4. За рівнем перфекціонізму дівчата та хлопці у загальній групі на різних курсах чи факультетах достовірно не відрізнялися. Разом з тим, у дівчат-першокурсниць загалом та з ЛФ і МПФ зокрема рівень перфекціонізму був достовірно вищим, ніж у дівчат-п'ятикурсниць. Серед хлопців подібної різниці не знайдено.

5. Аналіз рівня перфекціонізму у студентів різних факультетів ВНМЗ показав, що серед студентів ЛФ достовірно переважали особи з середнім рівнем, студентів з низьким та високим рівнем виявлено майже однакову частку. На СФ також вірогідно переважали студенти з середнім рівнем перфекціонізму, тоді як студентів з низьким рівнем було значимо більше, ніж студентів із високим рівнем. На МПФ студентів з середнім та високим рівнями перфекціонізму була приблизно однакова кількість, студентів з низьким рівнем виявилося значимо менше.

6. Аналіз по факультетах продемонстрував, що у групі з низьким рівнем перфекціонізму переважали студенти СФ, значно менше було студентів ЛФ та найменше – медичних психологів. Група з середнім рівнем перфекціонізму складалась переважно зі студентів ЛФ та СФ, студентів МПФ у цій групі виявлено достовірно менше. У групі з високим рівнем перфекціонізму достовірно більшою була частка студентів МПФ, студентів СФ та ЛФ було менше.

Список використаної літератури

1. *Гаранян Н. Г. Перфекционизм и враждебность как личностные факторы депрессивных и тревожных расстройств : дисс. на соискание ученой степени докт. псих. наук. – М., 2010. – 507 с.*
2. *Гаранян Н. Г. Перфекционизм, депрессия и тревога / Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова, Т. Ю. Юдеева // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – № 4. – С. 18–47.*
3. *Грачева И. И. Уровень перфекционизма и содержание идеалов личности: дис. на соискание ученой степени канд. психолог. наук : 19.00.01 / Грачева Ирина Ивановна. – М., 2006. – 210 с.*
4. *Гудименко О. В. Самоактуализация как фактор преодоления психологических барьеров у студентов-психологов в процессе профессиональной підготовки : дисс. на соискание ученой степени канд. психолог. наук / О. В. Гудименко. – Казань, ОПУ, 2007.*
5. *Завада Т. Ю. Теоретичний аналіз перфекціонізму як психологічного феномена / Т. Ю. Завада // Проблеми сучасної психології. – 2012. – Вип. 16. – С. 367–378.*
6. *Москова М. В. Личностные факторы эмоциональной дезадаптации студентов : дисс. на соискание ученой степени канд. псих. наук / М. В. Москова. – М., 2008. – 167 с.*
7. *Смирнова П. В. Психологические характеристики становления профессиональной идентичности (на примере профессии «психолог») : автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. психолог. наук / Смирнова П. В. – Москва, МПГУ, 2006.*
8. *Peters S. Perfectionism: different views / S. Peters – N. Y.: Pergamon, 2001. – P. 66–90.*

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА И ЕГО ДИНАМИКИ У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЗАВЕДЕНИЙ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ

М.В. Коваленко

С целью исследования изменений характеристик личности в условиях современных общественных трансформаций был исследован феномен перфекционизма студентов ВУМЗ. Анонимно обследовано 275 студентов трех факультетов: лечебного, стоматологического, медицинского факультета №2 по специальности медицинская психология. Для сравнительного исследования были выбраны студенты первого курса (начальный этап обучения) и пятого курса (заключительный этап обучения). В ходе исследования были использованы следующие методы исследования: социально-демографический, индивидуально-психологический, методы математической статистики. Для проведения анализа феномена перфекционизма у студентов ВУМЗ был использован опросник перфекционизма А.Б. Холмогоровой, Н.Г. Гаранян (2001) , который позволил определить общий уровень перфекционизма и уровень пяти его основных параметров. По результатам исследования большинство студентов продемонстрировали средний уровень перфекционизма – 53,82 % (148 человек), достоверно меньше было студентов с низким или высоким уровнем 22,54 % (62 человека) и 23,64 % (65 человек) соответственно. Показатель уровня перфекционизма у студентов в процессе обучения в ВУМЗ имеет свою динамику. По уровню перфекционизма девушки и юноши в общей группе на различных курсах или факультетах достоверно не отличались. Среднее значение уровня перфекционизма было достоверно выше у студентов медицинского факультета №2 по специальности медицинская психология, чем среди студентов лечебного и стоматологического факультетов.

Ключевые слова: перфекционизм, личность, уровень перфекционизма, параметры перфекционизма, динамика.

STUDY LEVEL PERFECTIONISM AND ITS DYNAMICS VNMU THE STUDENTS IN THE LEARNING PROCESS

M.V. Kovalenko

In order to study changes in the characteristics of the individual in contemporary social transformations was investigated phenomenon of perfectionism of students in medical university. Anonymously surveyed 275 students of three departments: medical, dental, medical faculty №2 in specialty medical psychology. For comparative studies were elected first–year students (the initial stage of training) and fifth year (the final stage of training) . The study used the following methods: socio-demographic, individual-psychological methods and mathematical statistics. For the analysis of the phenomenon of perfectionism was used inquirer of A.B. Kholmogorova, N.G. Garanyan (2001), which made it possible to determine the overall level of perfectionism and the level of its five main parameters. According to the survey, most students showed an average level of perfectionism 53,82% (148 people), was significantly less than students with low or high level of 22,54% (62 people) and 23,64% (65) respectively. Indicator of the level of perfectionism students in learning has its own dynamics. The average value of the level of perfectionism was significantly higher in the number of medical students in specialty medical psychology than among students of medical and dental faculty.

Key words: perfectionism, personality, level of perfectionism, perfectionism parameters, dynamics.

УДК 616.89-008.19-02:616-056.5

Н.О. Ришковська

НАДЛИШКОВА ВАГА ТА ОБРАЗ ВЛАСНОГО ТІЛА: ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів

Ключові слова: надлишкова вага, образ власного тіла, розлади харчування.

Проведено огляд досліджень, що стосуються проблеми розладу образу власного тіла у людей з надлишковою вагою. Надлишкова вага стає світовою проблемою, яка, окрім комплікацій медичного характеру, призводить до порушення функціонування в суспільстві.

На сьогодні проблема надлишкової ваги стає загальносвітовою проблемою охорони здоров'я, що досягає розміру епідемії [6].

Повнота – це не тільки медична проблема, вона тісно пов'язана з суспільнопсихологічними тенденціями.

Упереджене ставлення до осіб, які страждають від надлишкової ваги, в розвинених країнах є дуже поширеним явищем: таким людям складніше знайти роботу, будувати особисті стосунки, адаптуватись в колективі. Навіть діти асоціюють повноту з лінню, брехливістю, брудом, низьким соціальним статусом. Люди, які щоденно працюють поряд з особами, що страждають від надлишкової ваги, не вільні від упередженого ставлення до них [3].

Сучасна культура стигматизує повних людей, що збільшує імовірність інтерналізації негативної інформації про себе і може призвести до відчуття психічного дискомфорту внаслідок власного зовнішнього вигляду [15].

За даними деяких науковців [13], **повнота** – це «соматичний дефект», який впливає на психічне функціонування людини, передусім на емоційну та суспільну сфери. Самооцінка людей з надлишковою вагою є низькою, вони часто переживають депресивні стани, а у суспільстві відчувають ізоляцію та сум [1]. Їх характеризує негативне ставлення до власного зовнішнього вигляду, власних можливостей та вчинків. Особа, яка має надлишкову вагу, часто демонструє недостатність психічної, фізичної та суспільної атракційності [14].

Результати деяких досліджень доводять [7], що жінки з надлишком ваги частіше переживають стресові ситуації у зв'язку з зовнішнім фізичним виглядом, частіше отримують негативний досвід у шкільному чи професійному середовищі.

Одним із наслідків повноти у вимірі психологічного функціонування є «розлад» образу власного тіла, який є джерелом страждань і значного психічного дискомфорту.

Образ власного тіла – це складний та багатовимірний конструкт [9]. Він є складовою частиною власного образу та має надзвичайно істотне значення для психічного комфорту [15]. Деякі дослідники твердять, що без образу власного тіла особистість не може існувати, що це ніби «дім без стін» [18]. Формування схеми тіла є фундаментальним досвідом, що відрізняє одну особистість від інших, водночас даючи можливість та усвідомлення бути собою в кожну хвилину свого існування [10].

Образ тіла – це ментальний образ власного фізичного вигляду, поєднаний зі ставленням до власного тіла [4]. Згідно з даними інших досліджень, існує протиставлення поняття образу тіла та трактування його як продукту суспільного споглядання [8], який можна вважати реально існуючою внутрішньою репрезентацією. Пропонують трактування образу власного тіла як певного активного процесу, впроваджуючи поняття «утворення тіла» (bodyimaging), підкреслюючи, що пізнання власного тіла у великій мірі залежить від контекстуальних чинників.

Зацікавлення питанням образу власного тіла має довгу історію і розпочалося воно разом зі спробою розуміння нейропатологічних досліджень, пов'язаних з тілом, таких, як фантомні болі [5].

Аналіз першої генерації досліджень, які в основному стосувались порівнянь осіб з надлишковою вагою з особами нормостенічної тілобудови, виявили виразний зв'язок між повнотою та негативним образом самого себе. Такі дослідження базуються, в основному, на почутті психічного комфорту в різних групах осіб з надлишковою вагою та встановленні пізнавальних, емоційних та суспільних чинників, які можуть підвищувати ризик психологічного страждання чи розладів харчування у людей з надлишковою вагою.

Найважливішим результатом досліджень 80-х років минулого сторіччя було твердження, що методи опису образу тіла не оцінюють сенсорного дефіциту, а те, як уявлення і переконання впливають на сприйняття розмірів свого тіла [15].

Існує думка щодо наявності розладу образу власного тіла у людей з надлишковою вагою. Дослідники приписують йому різні ролі – одні комунікаційну, інші етіологічну, ще інші говорять про біль та страждання, до яких призводить розлад образу власного тіла, а також ненависті до самого себе [10].

Stunkard і Mendelson [16] вирізнили три варіанти розладу образу тіла у осіб з надлишковою вагою:

1) сприйняття власного тіла як неатракційного та відразливого;

2) переконання, що інші сприймають їх лише через призму надлишкової ваги;
3) труднощі в стосунках з протилежною статтю.

Bruch з співавторами [4] описала психологічний конфлікт у пацієнтів з анорексією та надлишковою вагою на перцепційному та поняттєвому рівнях. Вирізнила **три рівні порушень:**

- розлад образу тіла;
- розлад афективної сфери;
- внутрішнє та глобальне відчуття власної неуспішності та нереалізованості.

Згідно з результатами їх дослідження, підставою для неправильної перцепції образу власного тіла є досвід неефективності, що призводить до почуття безпорадності і пасивності, а відтак до труднощів в опануванні функціями власного тіла. Такі люди сприймають себе як неспроможних контролювати власну поведінку, потреби і потяги, і як таких, що не можуть керувати власним тілом.

Згідно з даними інших дослідників [10], образ власного тіла у осіб з надлишковою вагою перебуває на розвитково нижчому рівні. Дослідження показали, що два аспекти образу тіла – кінестетичний та графічний, менше відрізняються між собою у людей з надлишковою вагою, ніж у людей, які не страждають на надлишок ваги. Розвитково нижчий рівень образу власного тіла у людей з надлишковою вагою сприяє формуванню відповідної проекції.

Дані інших досліджень вказують на знецінений або неадекватний образ самого себе у осіб з надлишковою вагою як у фізичному, так і у психологічному аспектах. Більша частина осіб з надлишковою вагою, виконуючи малюнок людини, зобразили дрібну фігуру – їх проекція була неадекватною дійсності. Це є важливим тому, що (звертаючись до психодинамічної теорії) власне уявний, а не реалістичний образ самого себе формує ставлення до себе і впливає на прийняття рішень, також пов'язаних з редукцією ваги [2].

З досліджень Stunkard і Mendelson [16] можна зробити висновок, що до виникнення розладів образу власного тіла призвела предиспозиція наступних чинників: 1) початок розладів – розлади виникають винятково в осіб, у яких надлишок ваги виявлявся у дитинстві та у підлітковому віці; 2) наявність емоційних розладів та негативна оцінка повноти з боку значимих осіб (наприклад, батьків).

Schwarz і Brownell [15] пишуть про наступні чинники ризику виникнення страждання, пов'язаного з образом власного тіла: ступінь надлишкової ваги, жіноча стать, компульсивні «об'їдання». Існують також певні докази щодо значення раннього початку надлишкової ваги, раси та інших додаткових чинників. Дослідження підтверджують зв'язок між надлишковою вагою та негативним образом власного тіла серед цілої популяції повних осіб. Проте, не спостерігається такого зв'язку в підгрупі жінок, які прагнуть зменшити вагу, та у жінок з компульсивним переїданням. Здебільшого жінки більш незадоволені власним тілом, оскільки власне жіноча стать сама по собі вже є фактором ризику. Якщо говорити про расу і образ власного тіла у людей з надлишковою вагою, повні жінки чорної раси більш задоволені своїм тілом, аніж білі жінки. Можливою причиною цього є більш еластичні стандарти атракційності і ширші обсяги акцептованої ваги та розмірів.

Існують теоретичні докази того, що чоловіки з гомосексуальною орієнтацією менш задоволені власним тілом, аніж гетеросексуальні чоловіки. Якщо говорити про жінок, то на сьогодні недостатньо достовірних даних, хоча зазначають, що у гомосексуальних жінок менший ризик виникнення харчових розладів у зв'язку з більшою акцептуацією тіла в спільнотах гомосексуальних жінок.

У багатьох дослідженнях виявлено зв'язок між компульсивним переїданням та незадоволеністю власним тілом. Доведено, що особи, які страждають на цей розлад, виявляли рівень тривоги, пов'язаний з тілом, подібний до такого у осіб, хворих на булімію, та істотно вищий, ніж у повних осіб без цього розладу. Раннє виникнення надлишкової ваги було суттєвим предиктором меншого незадоволення власним тілом. При цьому ступінь інвестицій у власний фізичний вигляд є також чинником ризику негативного образу самого себе [15].

Більшість досліджень вказують на переоцінку розмірів власного тіла у осіб з надлишковою вагою, як видно з огляду досліджень, присвячених знеціненню образу власного тіла у осіб з розладами харчування [12]. За результатами цих досліджень можна зробити висновок, що особи з розладами харчування схильні до перебільшення розмірів свого тіла. У частині досліджень зазначено більшу відмінність в діапазоні критики стосовно фігури у осіб з булімією, ніж у осіб з анорексією, а також у осіб з надлишковою вагою, ніж у осіб з анорексією [17].

Існують спостереження щодо резидуальних проблем з образом власного тіла після схуднення. Cash [5] називає це «фантомним жиром» – особи, які в минулому мали надлишкову вагу, не отримують відразу позитивного образу власного тіла, такого, який мають особи, що ніколи не мали проблем з вагою.

Розлади сприйняття власного тіла можуть бути визнані притаманними для повних людей так само, як для осіб з булімією чи анорексією. Однак не всі люди з надлишковою вагою мають порушений образ власного тіла на такому самому рівні. Найбільш значущі розлади виникають у осіб, повнота у яких з'явилась у дитинстві чи у підлітковому періоді, у жінок та у осіб, які страждають на компульсивне переїдання.

Більшість досліджень вказують на те, що люди з надлишковою вагою перебільшують розмір власного тіла, так само як особи, хворі на булімію та анорексію. Водночас відзначається більш мінлива думка цих осіб стосовно власної фігури, порівняно з особами, які страждають на анорексію, але вони переживають меншу тривогу, пов'язану з власним тілом, ніж особи, які страждають на булімію.

Ключовим питанням є не те, перебільшують чи зменшують особи з надлишковою вагою розміри свого тіла, а те, як це впливає на якість їх життя. Відтак все більшої актуальності набувають питання просвіт-

ницької роботи щодо культури харчування, своєчасної психоедукації чи психотерапевтичної корекції.

Список використаної літератури

1. *Allon N. The stigma of overweight in everyday life / N. Allon, B. B. Wolman, S. De Berry, A psychological ashekts of obesidy: a hfndbook. – New York: Yan Nostrand Reinhold, 1982. – P. 130–174.*
2. *Bak–Sosnowska M. Ekspresja obrasu wlasnego ciala u osub otylych na podstawie analisy porownawczej rysunku czlowieka I rysunku siebie / M. Bak–Sosnowska, A. Trzcienicka–Green, B. Zahorska–Markiewicz // Psychoter. – 2004. – № 130. – S. 37–44.*
3. *Basdewant A. Otylosc / A. Basdewant, M. le Barsik. – Krakow: Medycina Praktycna, 1996.*
4. *Body image disturbances in anorexia nervosa and obesity / D. M. Garner, P. E. Garfinkel, H. C. Stancer, H. Moldofski // Psychosom. Med. – 1976. – № 38. – P. 327–336.*
5. *Cach T. F. Body image: past, present and future / T. F. Cach // Body Image. – 2004. – № 1. – P. 1–5.*
6. *Dawidson M. Dimensional analysis of the concept of obesity / M. Dawidson, K. A. Knaft // J. Adv. Nurs. – 2006. – № 54. – P. 342–350.*
7. *Fila M. Otylosc yako zrodlo stresu psychologicznego w funkcyonowaniu czlowieka / M. Fila, J. Terelak // Przegl. Psychol. – 1994. – № 37. – S. 105–126.*
8. *Gleeson K De constructing body image / K. Gleeson, M. Firt // J. Healt Psychol. – 2006. – № 11. – 79–90.*
9. *Grogan S. Body image and health. Contemporary perspectives / S. Grogan // J. Health Psychol. – 2006. – № 11. – P. 523–530.*
10. *Kreitler S. Bodi – image disturbance in obesity / S. Kreitler, A. Chemerinski // Int. J. Eat. Disord. – 1990. – № 9. – P. 409–418.*
11. *Mihilewicz S. Schemal ciala I orientacia przestrzenna u dzieci z porazeniev mozgowym w mlodszym wieky scolnym / S. Mihilewicz. – Wroclaw : Dolnoslaska Skola Wyzsza Edukacyi, 1999.*
12. *Rabe–Jablonska J., Dunajska A. Poglady na temat znaczenia zniekształconego obrasu ciala dla powstania I przebiegu zaburzen odzywiania / J. Rabe–Jablonska, A. Dunajska // Psychiatr. Pol. – 1997. – № 31. – S. 723–738.*
13. *Radoszewska J. Psychiczne I spolecne konsekwencye otylosci / J. Radoszewska, W. Oblacinska, A. Woynarowska ; red. Otylosc. – Warszawa: IMiD, 1995. – S. 33–35.*
14. *Radoszewska J. Z badan nad tozsamoscia osob otylych / J. Radoszewska // Now. Psych. – 1994. – № 4. – S. 87–91.*
15. *Schwarc V. B. Obesity and body imagy / V. B. Schwarc, K. D. Brownel // Body Image. – 2004. – № 1. – P. 43–56.*
16. *Stunkard A. Obersity and the body image: I. Characteristics of disturbances in the bodi image of some obese persons / A. Stunkard, M. Mendelson // Am. j. Psychiatry. – 1967. – № 123. – P. 1296–1300.*
17. *Variability in body shape percepcion in anorexic, bulimic, obese,and control subjects / J. K. Collins, P. J. V. Beaumont, S. W. Tonuz [et al.] // Int. j. Eat. Disord. – 1987. – № 6. – P. 633–638.*
18. *Wolak K. Problematyka badan nad tozsamoscia wlasney cielesnosci / K. Wolak // Przegl. Psychol. – 1989. – № 32. – S. 937–957.*

ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС И ОБРАЗ СОБСТВЕННОГО ТЕЛ: ОБЗОР ПРОБЛЕМЫ

Н.О. Рышковская

Проведен обзор исследований, касающихся проблемы расстройства образа собственного тела у людей с избыточным весом. Избыточный вес становится мировой проблемой, которая, кроме компликаций медицинского характера, приводит к нарушению функционирования в обществе.

Ключевые слова: излишний вес, образ собственного тела, расстройства питания.

OVEWEIGHT AND IMAGES OF THEIR OWN BODIES: REVIEW OF THE PROBLEM

N. Ryshkovska

A review of studies concerning the problem of his own body image disorder in people who are overweight. Being overweight is becoming a worldwide problem that apart from complications of a medical nature, leads to dysfunction in society.

Key words: obesity, body image, eating disorder.

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.89-008.441.33-085:616.882.1

С.І. Табачніков, Є.М. Харченко, Т.В. Синіцька, А.М. Чепурна, О.В. Кіосєва, О.В. Вороніна

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ОСОБАМИ МОЛОДОГО ВІКУ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ

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

Ключові слова: адиктивна поведінка, психоактивні речовини, психопрофілактика, психокорекція.

У статті розглянуто емпіричне обґрунтування застосування засобів психокорекції у структурі превенції адиктивної поведінки осіб молодого віку, що вживають психоактивні речовини, серед студентської молоді.

На сьогодні наша держава приділяє досить значну увагу питанням здоров'я і впровадження інноваційних здоров'язберігаючих технологій [1]. Викликає стурбованість тенденція до погіршення стану здоров'я молоді, збільшення частоти соціально небезпечних хвороб, у тому числі туберкульозу та ВІЛ/СНІДу, розладів психіки [1, 2, 4]. Подібне зростання захворюваності населення відбувається в результаті поширення відомих факторів ризику, зокрема тютюнопаління, зловживання алкоголем і вживання наркотиків, насамперед серед осіб молодого віку. Водночас проблема прихильності українського студента до цінностей здоров'я і здорового способу життя залишається одним із найважливіших завдань навчально-виховного процесу в рамках як освітнього середовища вищої школи, так і українського суспільства в цілому [2]. Пріоритетним напрямом профілактичної роботи була і залишається первинна профілактика адиктивної поведінки (АП), особливо в студентському середовищі як основному інтелектуальному потенціалі України [5].

Об'єктом дослідження виступає психокорекція АП в рамках превенції залежностей від психоактивних речовин (ПАР), предметом – ефективність психокорекції АП серед студентів вищих навчальних закладів (ВНЗ) м. Києва. **Метою** даного дослідження є оптимізація превентивних технологій навчально-виховного процесу вищої школи на основі психокорекційної допомоги даному контингенту.

Матеріали та методи дослідження

Дана програма реалізувалася в ВНЗ комплексно, протягом усього навчального процесу (система педагогічних задач), а також поза навчально-виховною роботою (психокорекційні заходи) зі студентською популяцією. Відповідно, метою нашої програми психокорекції є формування в освітньому середовищі прихильності до здорового способу життя у студентів. Важливим елементом психопрофілактики АП були психокорекційні заходи, що проводилися серед студентів групи ризику щодо формування залежностей від ПАР. Ідентифікація групи ризику зроблена за допомогою показників AUDIT-подібних тестів [10], значення яких були в діапазоні 16–19 балів, умовно представляли групу ризику розвитку залежностей від ПАР.

На думку К. Роджерса [15], психологічна допомога – особливий вид відносин, в рамках яких принаймні одна зі сторін має намір сприяти іншій в особистісному зростанні, духовному розвитку, кращій життєдіяльності, в досягненні зрілості, в умінні ладнати з іншими – з одною людиною або групою.

Під нашим спостереженням перебувала група осіб молодого віку з АП, що складалася з підгруп студентів, які вживали алкоголь, тютюн, канабіноїди та набрали від 16 до 19 балів у відповідних AUDIT-подібних тестах, а саме – зі 164 студентів, із яких 111 – чоловічої статі та 53 – жіночої, середній вік – 16 ± 1,8 року. Згідно з проведеним аналізом підгрупи за об'єктами вживання (алкоголь, тютюн, канабіноїди) були статистично подібними. Психологічний супровід проводився відповідно до принципів біомедичної етики: тільки на добровільній основі, анонім-дослідження, що дозволило досягти їх щирості та відвертості.

Для визначення ефективності психокорекційних заходів було використано критерій повної відмови від вживання ПАР та психодіагностичний комплекс з індикаторів трьох AUDIT-подібних тестів [10], що представляють інформацію про структуру АП досліджуваного: від донозологічних форм залежності, що формується, до клінічно виражених її проявів – 3 інтегральних показника, призначених для виявлення розладів, пов'язаних з TOBACCO-UDIT – вживанням тютюну, AUDIT – вживанням алкоголю, CANNABIS-UDIT – вживанням канабіноїдів.

Психологічний супровід здійснювалося в два етапи:

- психодіагностичний, що включав вивчення особливостей особистості студентів з АП, які вживають ПАР;
- психокорекційний, заснований на прийнятих у сучасній психології принципах системності, комплексності, диференційованості (відповідно до стадії діагностованого емоціонально-психологічного стану), послідовності (етапності), індивідуалізації (відповідно до особистісних особливостей) психокорекційних впливів, що враховує причинні і ті, що сприяють розвитку залежності, чинники.

Результати та їх обговорення

На психодіагностичному етапі у досліджуваних за методикою MMPI [18] було виявлено цілий ряд особливостей, властивих характеристикам осіб з АП: труднощі в соціальній адаптації, схильність до асоціальної психопатичної поведінки, зневагу і протест проти суспільних норм і цінностей, непередбачуваність, поверхневість і суперечливість поведінки, егоцентризм, агресивність і ворожість до оточуючих; неадекватне сприйняття навколишнього світу; амбівалентність емоцій; численні, але неорганізовані та позбавлені адекватного емоційного забарвлення міжособистісні відносини внаслідок вибірковості та поверховості контактів; реакції, що супроводжуються почуттям провини; тривожно-депресивні патерни, в яких нерідко відзначалися і гетероагресивні прояви, які часто змінювалися на аутоагресивні.

Вивчення показників і форм агресії [20] показало, що у осіб з АП яскраво виражені властивості особистості, що характеризуються наявністю деструктивних тенденцій в галузі міжособистісних відносин, агресивна поведінка психологічних характеристик проявлялася такими рисами, як страх громадського несхвалення, дратівливість, тенденція вбачати ворожість у чужих діях, переконаність адиктів у тому, що вони не можуть бути господарями своєї долі, схильність відчувати почуття сорому і провини у багатьох ситуаціях.

Було виявлено також безпорадність, залежність, вимога допомоги у інших, прагнення вирішити проблему залежності «чужими руками». Встановлено, що однією з домінуючих особливостей особистості адиктів є інфантилізм, що виявляється в імпульсивності, егоцентризмі і залежності від інших людей.

На другому етапі психологічного супроводу в рамках профілактики залежностей від ПАР серед студентської молоді одним із найбільш значущих чинників, що визначають ефективність психокорекційних заходів, була активна участь адиктів у процесі психокорекції, установка на подолання АП і виконання рекомендацій. Згода цих осіб на психокорекцію, їх готовність дотримуватися рекомендацій і співпрацювати з психологом характеризується поняттям комплаєнса. Низька комплаєнтність осіб, що вживають ПАР, поряд з іншими факторами значною мірою залежала від невірної оцінки самим адиктом його особистісних особливостей, ірраціональних уявлень про психокорекційний процес та організацію надання допомоги.

Проведене нами психодіагностичне дослідження дозволило встановити, що основними факторами, які впливають на комплаєнтність осіб молодого віку, що вживають ПАР, на залучення і включення їх у психокорекційні заходи, були преморбідні особливості особистості, а також психічні деформації, що привносяться вже початком патологічного процесу, оскільки при всьому різноманітті індивідуальних психологічних портретів студентів з АП існують загальні риси для осіб, схильних до певного виду залежності.

Для того щоб спонукати осіб молодого віку з АП, які вживають ПАР, змінити свою поведінку, враховуючи результати психодіагностичного дослідження, насамперед спільно з обстежуваними моделювали ситуації, які відрізнялися від реальних головним чином тим, що виключали ПАР. При такому способі сприяння у прийнятті рішення відмови від ПАР наша роль полягала в тому, щоб допомогти обстежуваним знайти більше плюсів на користь змін шляхом підкріплення позитивних рішень адиктів. Використовуючи поняття «адаптивної ситуації» і «адаптивних бар'єрів» [21], ми виявили основні їх прояви, характерні для осіб молодого віку, що вживають ПАР. Адаптивні ситуації у обстежених були представлені двома типами. При ситуації першого типу зміни не виходили за рамки інтересів окремої особистості. У 50,0% випадків до прийняття рішення звернутися за допомогою призводила криза, викликана незадоволеністю власним способом життя. Ці особи скаржилися на «одноманітність життя», «накопичену моральну втому», висловлювали потребу в «нормальних відчуттях» і небажанні знову «грати з долею». Цей тип адаптивної ситуації можна пояснити гострим занепокоєнням за своє здоров'я і життєздатність, що могло бути викликане погіршенням самопочуття, появою страху смерті або суїцидальних намірів. Адаптивну ситуацію другого типу характеризували зміни, що виходять за рамки окремої особистості, яка зачіпала найчастіше інтереси сім'ї. Цей тип ситуації був зумовлений протестом з боку членів сім'ї та пред'явленням певних вимог до адикта, що спонукало до змін всіх учасників конфлікту. Проблема однієї людини визнавалася проблемою сім'ї, оскільки вона стосувалася відносин і включала активність кожного її члена. Таким чином, готовність до змін є не рисою характеру, а результатом міжособистісних відносин, які змінюються, незважаючи на це, вона закладена в самій людині, її внутрішній системі цінностей і цілей. Слід зазначити, що в той момент, коли реальна ситуація ставала адаптивною, активізувалися і адаптивні бар'єри – ситуаційні та емоційно-психологічні. Найпоширенішим бар'єром на шляху до відмови вживання ПАР ми вважаємо ситуаційний бар'єр, який містить в собі найбільше число змінних, що викликають загострення потягу до вживання ПАР.

Іншим значущим адаптивним бар'єром, який міг стати причиною зриву, був емоційно-психологічний. Він полягав у тому, що затяжні астено-депресивні стани без належної підтримки з боку оточуючих, внутрішньо особистісні конфлікти, почуття провини, низька самооцінка, вимушена самотність, втрата близьких та інші стреси руйнували намір відмовитися від вживання ПАР. Враховуючи значимість емоційно-психологічного бар'єра на шляху подолання АП, ми виділили 5 основних стадій емоційно-психологічного стану особистостей, які вживають ПАР, що враховувалися при проведенні психокорекційних заходів з метою підвищення їх ефективності.

Перша стадія (18% осіб) характеризувалася відсутністю у адикта розуміння того, що необхідно міняти свій спосіб життя. Як правило, більшість із них вважало, що «позитивні» аспекти вживання ПАР переважали над негативними наслідками. Існує безліч причин, за якими людина хотіла б продовжити вживання ПАР. Наприклад, безвихідь, втрата життєвої орієнтації, труднощі в особистому житті, а також елементарне задоволення від дії ПАР. При наданні допомоги адиктам, що знаходилися в першій стадії, ми зіштовхнулися з запереченням

того, що у них існує серйозна проблема з вживанням ПАР або з опором до прийняття допомоги. «Опір і заперечення» не є рисами характеру осіб молодого віку, які вживають ПАР, а лише однією з форм зворотного зв'язку на поведінку тих, хто намагається чинити на них вплив. Адикти, які знаходилися в цій стадії, найчастіше негативно ставилися до запропонованої допомоги.

На другій стадії особи молодого віку (22,0%), які вживають ПАР, починали розуміти, яку високу ціну вони платять за свою «звичку». Проте ставлення до проблеми виникнення залежності та до відмови від вживання ПАР було подвійним. Це заважало адиктам здійснювати активні дії. При наданні допомоги на даній стадії ми повністю відмовилися від способу емоційного тиску. Враховували також, що згода з нашими доводами ще не означає, що мотивація досягла необхідного рівня і є показником достатньої готовності до змін. Мотивація ставала дієвою лише тоді, коли обстежувані починали усвідомлювати різницю між тим становищем, в якому вони знаходяться, і тим, в якому хотіли б опинитися. Ми намагалися допомогти їм повною мірою відчути відмінність між їх нинішнім становищем і тими цілями, яких вони можуть досягти в майбутньому. Розуміння того, що даний спосіб життя віддаляє їх від досягнення значущої мети, посилює бажання якісних змін у поведінці осіб молодого віку, які вживають ПАР.

Третя стадія (23% осіб) характеризувалася тим, що обстежувані вже достатньо усвідомили негативні наслідки вживання ПАР. Крім психологічної підтримки, на цій стадії ми допомагали пацієнтам у визначенні мети. При цьому дуже важлива була інформація про всі можливі і доступні для них форми і методи психокорекції. Саме в цей час адикти проявляли інтерес до своєї життєвої ситуації. Враховуючи такі фактори способу життя, як світогляд, морально-етичні установки, наявність або відсутність освіти, сімейний стан і соціальна підтримка, ми надавали допомогу у визначенні необхідних кроків, які адикти мали б намір вжити найближчим часом. На цій стадії ми підтримували оптимістичний настрій і переконання, що не вживати ПАР можливо і цілком досяжно, адже зміцнення впевненості в тому, що адикт може змінитися, є важливим кроком на шляху до змін, пов'язаних з позбавленням від потреби вживати ПАР.

На четвертій стадії (12% осіб) особливо важливою була допомога і робота з особами молодого віку з АП. Вона рідко приносила швидкі результати, підтвердженням чого були часті зриви. Особи з АП здатні різними шляхами переконати зацікавлених в їх благополуччі осіб зробити щось замість них. Найчастіше це спостерігалося у тих, хто був схильний до низької самооцінки і не дуже вірив у свою здатність до змін. На даному етапі важливо було проявляти увагу до різних деструктивних тенденцій і не потрапляти у всілякі психологічні пастки. Ми допомагали їм усвідомити, що доля знаходиться в їх власних руках і не можна віддавати її в чужі руки. Завдяки цьому адикти знаходили для себе ті адекватні форми і способи, які допомогли їм зберігати позицію не вживати ПАР і ставати учасниками власного одужання.

Для останньої, п'ятої стадії (25% осіб) були характерні повна відмова від вживання ПАР, зосередження зусиль на закріпленні досягнутих результатів протягом тривалого часу. Варто зауважити, що в цій стадії у деяких осіб молодого віку з АП відбувалися зриви, деякі переходили на більш ранні стадії адикції. Такі стани цілком припустимі для адиктів. Стан обстежуваних постійно динамічно змінювався: поліпшувався або погіршувався. Переходи від однієї стадії до іншої відбувалися різко, коли особи, що вживають ПАР, поверталися на попередні стадії. Таким чином, індивідуальний підхід до психологічного супроводу осіб молодого віку, що вживають ПАР, і підготовка до майбутнього життя без ПАР мають включати як обговорення перспектив позитивного для адикта розвитку подій, так і можливі невдачі. Профілактикою рецидиву було обговорення дій в момент передбачуваного зриву і навчання правилам безпечної поведінки. Програма психологічної корекції [22], представлена в наведеній таблиці, ґрунтувалася на описаних вище стадіях емоційно-психологічного стану осіб, що вживали ПАР.

Незважаючи на попередній характер цього дослідження, результати переконливо свідчать на користь його ефективності. В результаті проведення розробленої нами програми психологічної корекції в рамках превенції АП серед студентської молоді, що вживали ПАР, безпосередній ефект становив 33,6%. Критерієм ефективності була повна відмова від вживання ПАР у 55 студентів, а саме у 30 осіб чоловічої статі та 15 осіб жіночої статі. У решти 109 (66,4%) студентів терапевтичний ефект не був досягнутий повністю, хоча за результатами AUDIT-подібних тестів рівень ризику виникнення залежностей у 22,5% змінився з третього на другий та у 43,9% – на перший.

Після проведених заходів психологічної корекції досліджувані перебували під спостереженням протягом одного року і були повторно обстежені. Рецидив у студентів, що на момент участі у психокорекційних заходах повністю відмовилися від вживання ПАР, на-

Таблиця. Програма психологічної корекції адиктивної поведінки

Стадія емоційно-психологічного стану адикта	Проведені заходи	Мета проведених заходів
Перша	Самомоніторинг	Виділення і реєстрація вузького аспекту поведінки, яку необхідно змінити
Друга	Самопідкріплення	Підкріплення адаптивної поведінки
Третя	Методика контролю стимулу	Контроль оточення і стимулів, що запускають неадаптивну поведінку, самоінструктування
Четверта	Терапія, сфокусована на вирішенні проблем Стрес-прищеплювальна терапія	Допомога адикту в знаходженні адекватного вирішення проблем Підготовка адикта до зустрічі зі складними стресовими ситуаціями за рахунок володіння навичками самоконтролю (копінг-стратегії)
П'ята	Тренінг самоінструктування	Позитивне аутоінструктування, що підвищує здатність впоратися з проблемою

став у 8 (14,6%) осіб, з яких було 5 чоловіків і 3 жінки. Даний факт у всіх випадках був зумовлений поверненням адиктів у колишнє мікросоціальне середовище.

Висновки

Таким чином, в цілому запропонована система психологічної корекції надала можливість отримати високий і стійкий ефект – адекватно змінити стереотип АП, нівелювати порушення емоційно-вольової сфери, поліпшити соціальну адаптацію у 55 (33,6%) студентів, що вживали ПАР.

Список використаної літератури

1. *Про схвалення Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011–2015 роки. Розпорядження КМ України від 13.09.2010 р. №1808-р. // Урядовий кур'єр. – 22.09.2010. – №175.*
2. *Про затвердження Загальнодержавної програми «Здоров'я-2020: український вимір». Проект Закону України. – Электронный ресурс. Режим доступа: http:// moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20120316_1.html#2.*
3. *Ялтонский В.М. Профилактика аддиктивного поведения: проблема, требующая обсуждения и решения // Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация. – С. 45–48.*
4. *Руководство по аддиктологии / Под ред. В.Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.*
5. *Сосин И.К. О наркологической ситуации в Украине / И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев // Укр. вісн. психоневрол. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 174.*
6. *Сидоров П.И. Наркологическая превентология. – М.: Гениус, 2005. – 796 с.*
7. *Lobjoie C., Pélissolo A. Efficacy of a cognitive-behavioral group therapy in patients with fear of blushing // Encephale. – 2012. –№38 (4). – P. 345–350. – Электронный ресурс. Режим доступа: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22980476.*
8. *Robertson E.B., David S.L., Rao S.A. Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide for parents, educators, and community leaders. NIDA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. – U.S. Department of Heals and human service National Institutes of Hels, 2003. – 49 p.*
9. *Сирота Н.А. Эффективные программы профилактики зависимости от наркотиков и других психоактивных веществ / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский // Вопросы наркологии. – 2008. – №3. – С. 93–104.*
10. *Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов / И.В. Линский, А.И. Минко, А.Ф. Артемчук и др. // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії. – 2009. – №2 (16). – С. 56–70.*
11. *Деминда Е., Мерсер Дж.В. Индивидуальное консультирование наркозависимых: пер. с англ. – Одесса, 2001. – 228 с.*
12. *Психотерапия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2000. – 544 с.*
13. *Свядощ А.М. Психотерапия: пособие для врачей. – СПб.: Питер, 2000. – 288 с.*
14. *Стандарты наркологической помощи: пособие для врачей. Изд. 2-е, перераб. и доп. / Г.А. Ливанов, М.Л. Калмансон, С.М. Тихомиров, А.Г. Софронов. – СПб., 2003. – 96 с.*
15. *Рождерс Карл Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека. – М.: Прогресс, 1998. – 479 с.*
16. *Кольцова О.В. Психология работы с наркозависимыми. – СПб.: Речь, 2007. – 160 с.*
17. *Сосин И.К., Чуев Ю.Ф. Наркология. – Харьков: Коллегиум, 2005. – 799 с.*
18. *Березин Ф.Б., Мирошников М.Л., Роженец Р.В. Методика многостороннего исследования личности. – М.: Медицина, 1976. – 186 с.*
19. *Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М. Метод исследования субъективного контроля // Психол. журн. – 1984. – Т. 5, №3. – С. 152–162.*
20. *Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: БАХРАХ-М, 2000. – 672 с.*
21. *Rosenzweig S. The picture-association method and its application in a study of reactions to frustration // J. Personal. – 1995. – Vol. 14. – P. 3.*
22. *Шах М.О. Психологическое сопровождение мужчин с гашишной зависимостью // Мед. психология. – 2008. – №1.*

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ЛИЦАМИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, КОТОРЫЕ ПРИНИМАЮТ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

С.И. Табачников, Е.Н. Харченко, Т.В. Синицкая, А.Н. Чепурная, Е.В. Киосева, А.В. Воронина

В статье рассматривается эмпирическое обоснование примененных средств психокоррекции в структуре превенции аддиктивного поведения лиц молодого возраста, употребляющих психоактивные вещества, среди студенческой молодежи.

Ключевые слова: аддиктивное поведение, психоактивные вещества, психопрофилактика, психокоррекция.

FEATURES OF PSYCHOCORRECTION WORK WITH YOUNG ADULTS WHO CONSUME PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

S. Tabachnikov, E.N. Kharchenko, T. Sinitskaya, A. Chepurnaya, E. Kioseva, A. Voronina

In the article substantiation of application of funds in the structure psychocorrection prevention of addictive behavior in young adults who use psychoactive substances among students.

Key words: addictive behavior, psychoactive substances, psychoprophylaxis, psychocorrection.

КОНФЕРЕНЦІЇ. СИМПОЗІУМИ. ШКОЛИ

Ю.А. Войтенко

ШКОЛА ЕВРОПЕЙСЬКОГО КОЛЕДЖУ НЕЙРОПСИХОФАРМАКОЛОГІЇ «НЕЙРОПСИХОФАРМАКОЛОГІЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДИТЯЧОМУ ТА ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ»

(6–12 квітня, Сан Серволо, Венеціанська лагуна (Італія)

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

У статті висвітлено основні принципи лікування психічних розладів дитячого та підліткового віку згідно з європейськими рекомендаціями. Захід проходив під патронатом президента коледжу нейропсихофармакології, професора в галузі психіатрії Челсі Аранго та члена робочої групи з DSM–5 за напрямом «Дитяча психіатрія» Еріка Тейлора. Розглядалися ключові проблеми дитячої психіатрії, такі як аутизм, біполярні розлади, тривожні та поведінкові розлади.

Ключові слова: нейропсихофармакологія, дитяча та підліткова психіатрія.

6–12 квітня 2014 року Європейський коледж нейропсихофармакології (ECNP) проводив школу для молодих психіатрів з дитячої та підліткової нейропсихофармакології (The ECNP School of Child and Adolescent Neuropsychopharmacology).

Європейський коледж нейропсихофармакології є загальноєвропейською науковою асоціацією, заснованою в 1987 році для заохочення інноваційних досліджень в галузі нейронаук, впровадження нових знань про механізми психічних захворювань, лікарські засоби, рекомендовані для застосування в клінічній практиці. Організація є провідною в Європі в галузі науки і лікування захворювань головного мозку та сприяє розвитку експериментальних і клінічних досліджень в галузі нейронаук. Щорічно ECNP проводить конгреси, семінари та майстер-класи, надаючи особливу увагу та допомогу молодим науковцям.

Цього разу для школи було обране особливе місце – італійський острів Сан Серволо у Венеціанській лагуні, на південному сході Сан-Джорджо Маджоре. Бенедиктинські ченці жили на цьому острові принаймні з восьмого століття, протягом майже п'ятисот років. На початку 15-го століття під час війни з Туреччиною Сенат Венеціанської республіки відкрив на Сан Серволо військовий госпіталь. Пізніше лікарню використовували для догляду за психічно хворими. У 1978 році урядом Італії була проведена реформа психіатричної допомоги, її деінституалізація, що призвело до закриття лікарні. Наступного року уряд Венеції на острові відкрив Інститут з вивчення соціальної та культурної маргіналізації, в якому зберігають і досліджують документи, пов'язані з історією психіатричної лікарні та психіатричної допомоги в Венеції. З 1995 року на Сан Серволо працює Венеціанський міжнародний університет.

Навчання відбувалося в форматі лекцій та майстер-класів, обговорювали клінічні випадки, особливу увагу приділяли лікуванню.

Захід відбувався під патронатом обраного президента, професора в галузі психіатрії Челсо Аранго (Університетський госпіталь Мадриду, Іспанія) та члена робочої групи DSM–5 за напрямом «Дитяча психіатрія» Еріка Тейлора (Інститут психіатрії Королівського коледжу Лондона, Велика Британія). Програма освітнього заходу була різноманітною. Розглядали ключові проблеми дитячої психіатрії: аутизм, РДВГ, біполярний розлад, тривожні та поведінкові розлади.

Алессандро Зудас, Італія, свою лекцію присвятив РДВГ. Розлад характеризується певною моделлю поведінки, проявляється в декількох сферах активності (наприклад у школі і вдома), впливає на виконавчий (функціональний) рівень в соціальній, навчальній і трудовій сферах. Симптоми розладу традиційно поділяють на дві категорії – неуважність та гіперактивність з імпульсивністю, вони включають таку поведінку, як «не звертання уваги на деталі», «труднощі з організацією діяльності», «балакучість», «безцільне перебирання предметів у руках», «вертіння на стільці», неможливість всидіти на одному місці коли цього вимагає ситуація.

Особливий інтерес викликав історичний аналіз перегляду діагностичних критеріїв розладу. Так, в DSM–5 критерії діагностики розладу були переглянуті в черговий раз: для діагностики РДВГ у дітей (молодших 17 років) відтепер обов'язковим вважається наявність 6 симптомів (з 8), з кожного (чи обох) запропонованих переліків для критерію «неуважність», і для критерію «гіперактивність та імпульсивність». Для діагностики розладу у осіб старших 17 років обов'язковою є наявність 5 критеріїв. Перші симптоми мають бути діагностовані в віці до 12 років (в DSM–IV до 7 років).

Аутизм більше не вважається критерієм виключення для діагностики РДВГ, оскільки симптоми обох розладів часто співіснують. Проте РДВГ не слід діагностувати у випадках встановленого діагнозу шизофренії або іншого психотичного розладу, які залишаються критеріями виключення. Симптоми РДВГ можуть також бути пояснені в рамках клінічної картини іншого захворювання. В DSM–V



Особливістю БР є те, що у дітей та підлітків він зустрічається частіше, ніж у дорослих, частіше спостерігаються дратівливість, гіперактивність, депресивні симптоми та спроби самогубства. Для БПР в підлітковому віці більш притаманний хронічний перебіг, триваліші епізоди, тривалий безсимптомний період, швидка зміна фаз та змішані епізоди. Депресивні симптоми у дітей та підлітків зустрічаються частіше, ніж маніакальні. Спостерігається високий рівень коморбідності з такими психічними розладами, як РДВГ, обсесивно-компульсивні (ОКР), тривожні розлади та вживання психоактивних речовин.



акцентується увага на клінічних проявах РДВГ, а не його підтипах, та на можливості досягнення стану ремісії.

В світі зростає частота первинної діагностики РДВГ у підлітків та дорослих. Два десятиліття досліджень доводять, що значне число дітей, у яких було діагностовано РДВГ, продовжують залишатися такими і в дорослому віці, що вказує на те, що РДВГ не минає з віком.

Тревор Роббінс, голова відділу психології Кембриджу, зупинився на лікуванні РДВГ з позицій доказової медицини. Він звернув увагу слухачів на той факт, що науково обґрунтованими методами лікування цього розладу є лише метилфенідат, D-амфетамін та атомоксетин. На жаль, жоден з цих препаратів недоступний в Україні. Враховуючи значну поширеність і зв'язок РДВГ з академічними проблемами, антисоціальною поведінкою, травматизмом можна припустити, що тягар соціальних наслідків РДВГ в Україні вищий, ніж у країнах Європейського Союзу.

Про біполярний розлад (БР) і його лікування у дітей та підлітків йшлося у лекції Кармен Морено (Мадрид, Іспанія).

Існує тенденція до зростання частоти встановлення діагнозу БР у дітей та підлітків (особливо у США). Водночас зберігається високий рівень невчасної діагностики розладу.

Епідеміологічні дані доводять, що у 20 % пацієнтів з БР перший епізод спостерігався до 19 років, середній вік маніфестації становив 17 років. Ранній дебют завжди пов'язаний з більш складним перебігом, високим рівнем коморбідної захворюваності, смертності. Кожний рік життя пацієнта без лікування знижує ймовірність одужання на 10%, тому дуже важливою є діагностика БР в підлітковому віці.

Зважаючи на це, лікувальні заходи повинні включати психофармакотерапію та психотерапію, вони мають застосовуватися комплексно, з урахуванням супутньої симптоматики, з ранніми втручаннями та психоосвітніми інтервеціями.

Методом психотерапії у підлітків із біполярними розладами, який спирається на принципи наукової доказовості, є когнітивно-поведінкова психотерапія (КПТ).

При вираженому маніакальному епізоді рекомендоване застосування атипових нейролептиків, при менш вираженому – стабілізаторів настрою.

Із стабілізаторів настрою рекомендовані, на підставі принципів доказовості, солі літію, солі вальпроєвої кислоти та окскарбамазепін. Слід уникати застосування вальпроатів у дівчаток через ризик розвитку синдрому полікістозних яєчників та невиношування вагітності.

Для лікування епізоду манії з усього ряду антипсихотиків рекомендовані арипіпразол, кветіапін, оланзапін, рисперидон, зипразидон. Кветіапін визнано ефективним при лікуванні як маніакального, так і депресивного епізодів. Арипіпразол може бути рекомендований при наявності коморбідного РДВГ, при терапевтичній резистентності до солей вальпроєвої кислоти.

Депресивним розладам була присвячена лекція Дейве Когхілла (Шотландія). Для діагностики депресій у дітей використовують діагностичні критерії депресій у дорослих. Особливістю депресій в дитячому віці є більша частота симптомів тривоги, фобій, скарг соматичного характеру, слухових галюцинацій, проявів дратівливості, спалахів гніву, поведінкових розладів та вищий ризик суїцидальної поведінки.

Для підліткового віку більш притаманні розлади сну, апетиту, маячні ідеї, суїцидальні думки, наміри та дії, порушення соціального функціонування та меншою мірою, ніж у дорослих, нейровегетативні симптоми.

Лікування депресій у дітей та підлітків слід розпочинати з психосоціальних інтервенцій протягом 2–4 тижнів у випадках депресій легкого та середнього ступенів тяжкості. У разі їх неефективності рекомендується застосовувати КПТ. Наступним кроком терапії може бути застосування антидепресантів групи SSRI, насамперед флуоксетину. Терапія флуоксетином може проводитися паралельно з КПТ.

При тяжкому епізоді депресії рекомендоване аналогічне лікування з додатковим медичним наглядом та застосуванням вищих доз флуоксетину. У випадку терапевтичної резистентності пропонується замінити антидепресант на інший SSRI чи венлафаксин. Тимоаналептична терапія добре поєднується з КПТ. Відповідь на терапію слід оцінювати через 6, 12, 48 та 72 тижні лікування.

При лікуванні тривоги також рекомендоване застосування антидепресантів групи SSRI, наступним етапом лікування є призначення антидепресанта цієї ж групи у комбінації з психотерапевтичними втручаннями. І лише у разі їх неефективності рекомендоване призначення анксіолітиків. При призначенні анксіолітиків мають враховуватися ризики застосування цих препаратів у дітей. Швидка анксіолітична дія притаманна для бензодіазепінів, бета-блокаторів, барбітуратів; повільна – для буспірону, трициклічних антидепресантів, селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну і нейролептиків. Анксіолітичний ефект середньої тривалості забезпечують прегабалін та блокатори Н1 гістамінових рецепторів.

Лікуванню обсесивно-компульсивного розладу (ОКР) була присвячена лекція Пер Хов Томсен з центру дитячої та підліткової психіатрії університетської лікарні Рісков, Данія.

ОКР характеризується повторюваними та неприємними нав'язливими думками та діями, які сприймаються хворим, як власні думки, виникають мимоволі та є нестерпними, повторюються, не піддаються контролю і призводять до порушення соціального функціонування. Найчастіше нав'язливими ідеями є страх забруднитися, страх, що станеться щось страшне, страх хвороби, смерті, потяг до дотримання порядку, симетрії, певної схеми, нав'язливі ідеї релігійного змісту, страх заподіяти собі або навколишнім шкоду.

Першою лінією вибору лікування ОКР (легкого та середнього ступенів тяжкості) у дітей та підлітків є КПТ, у разі неефективності та при тяжкому ступені – КПТ у поєднанні з SSRI.

Габріеле Масі з науково-дослідного інституту дитячої та підліткової неврології та психіатрії, Піза, Італія, виклав діагностичні критерії та терапевтичні стратегії при синдромі Жиля де ля Туретта. Першою лінією вибору при лікуванні, на його думку, є рисперидон та арипіпразол. Застосування цих препаратів має доказову ефективність. Також використовують пимозид та галоперидол. До другої лінії терапії слід віднесли деякі атипові антипсихотики (ефективність клозапіну та кветіапіну при даному розладі не доведена) та центральні симпатолітики (гуанфацин, клонідин). Іншими препаратами, які застосовують для лікування, є тетрабеназин, леветірацетам, баклофен, топіромат, нікотин, налоксон та дельта-9 тетрагідроканабінол.

Емілі Сімоноф, професор з дитячої та підліткової психіатрії Королевського коледжу Лондона, Велика Британія, прочитала лекцію, присвячену психофармакологічним інтервенціям у дітей з аутизмом. Базовою терапевтичною стратегією, на думку автора, є мультидисциплінарний підхід, що об'єднує медичні, освітні (спеціальне коригуюче навчання), соціальну підтримку, поведінкову терапію, інші психотерапевтичні втручання, корекцію мовних порушень. Згідно з рекомендаціями NICE, специфічні інтервенції спрямовуються на основну симптоматику, навички, копінг-механізми поведінки в соціальному середовищі, коморбідну симптоматику.

Рекомендовано утримуватися від призначення фармакотерапії, надаючи перевагу навчанню соціальним навичкам, включаючи ігрові методи з дітьми та їх батьками, покращення рівня розвитку дитини, розвитку комунікативних навичок, організації дозвілля. Слід уникати використання аудіальних навчальних програм, не рекомендується застосовувати секретин, хелірування, гіпербаричну оксигенацію, омега-3 жирні кислоти, мелатонін для корекції порушень сну.



Принципи лікування антипсихотичними препаратами сформулював Челсо Аранго, опираючись на стандарти, затверджені Європейським агентством лікарських засобів.

У педіатричній практиці призначення антипсихотика рекомендується здійснювати з урахуванням вікових обмежень. При шизофренії та інших психозах дозволяється застосування хлорпромазину у будь якому віці, галоперидолу з 2-х років, амісульпіриду – з 15 років, клозапіну – з 16 років, рисперидону та аріпіпразолу – з 6 років. Перевагу надають препаратам, які викликають менше побічних ефектів. У разі неефективності препарату в повній дозі протягом 4–6 тижнів антипсихотик змінюють. При застосуванні курсів монотерапії 2 різних антипсихотиків та відсутності редукції позитивних симптомів рекомендоване застосування клозапіну.

Лектор звернув увагу на декілька фактів, пов'язаних із застосуванням найуживаніших антипсихотиків. Галоперидол призначається для лікування гострих станів, шизофренії та гострих психозів у віці старше 2 років;

щоденно необхідно оцінювати наявність чи відсутність екстрапірамідних ускладнень. Початкова доза галоперидолу має становити 1–2 мг на добу з поступовим збільшенням на 2 мг кожні два дні (0,5 мг у дітей молодшого віку). Максимальна доза галоперидолу, рекомендована для дитячої практики, становить 6–8 мг / добу (оптимальна доза – 2–6 мг / добу).

Рисперидон схвалено FDA для лікування шизофренії у віці старше 13 років, маніакального або змішаного епізоду – старше 10 років, поведінкових розладів при аутизмі – з 10-річного віку. При лікуванні психозів та БПР рекомендоване дозування 2–6 мг на день протягом 3–6 тижнів; зменшення дози у випадку виникнення побічних ефектів.

Оланзапін схвалено FDA для лікування шизофренії і маніакальних або змішаних епізодів в віці старше 13 років. Рекомендований в якості препарату «другої лінії», оскільки має більше, ніж інші нейролептики, побічних ефектів. Ефективним вважають застосування препарату в дозі 5–10 мг / добу. Куріння підвищує кліренс препарату на 40%. У осіб жіночої статі в постпубертатному віці виведення препарату знижується на 30%.

Оланзапін підвищує індекс маси тіла на 7%, порівняно з іншими атиповими нейролептиками, призводить до підвищення рівня тригліцеридів, що корелює з інсулінорезистентністю.

Зипразидон схвалено FDA для лікування манії у дітей старше 10 років. Період напіввиведення цього препарату становить 10 годин. Слід уникати призначення зипразидону при порушеннях електролітного обміну, аритміях, порушеннях серцевої провідності. Зипразидон потрібно вживати під час їди, інакше всмоктування зменшується на 40 %.

Аріпіпразол затверджено FDA для лікування шизофренії у дітей старше 13 років, маніакального або змішаного епізоду (монотерапія) та в поєднанні зі стабілізаторами настрою у дітей старше 10 років.

Період напіввиведення становить 75 годин. Аріпіпразол є субстратом для цитохрому Р-450, внаслідок чого комбіноване застосування з пароксетином та флуоксетином веде до зростання рівня препарату на 50%, в той же час поєднання з карбамазепіном знижує концентрацію препарату в сироватці крові. Лікувальна доза складає 10–30 мг, початкова – 5 мг.

Кветіапін при шизофренії рекомендований FDA для застосування у дітей старше 13 років, при маніакальному епізоді – 10 років.

Період напіврозпаду препарату складає 6–12 годин. Початкова доза дорівнює 100–200 мг /добу. При біполярній депресії середня доза становить 300 мг/добу, гострій шизофренії – 400–800 мг, біполярній манії – 300–600 мг.

Амісульпірид використовується при шизофренії і гострих психозах у віці старше 15 років. У педіатричній практиці дослідження оцінки ефективної дози препарату не проводилося.

Паліперидон затверджений FDA для лікування шизофренії у віці старше 13 років. Період напіввиведення препарату становить 23 години. Доза – 6–12 мг / добу.

Клозапін рекомендований FDA для застосування при шизофренії у дітей старше 16 років. У дорослих, доведено, що препарат знижує ризик суїцидів, а також ефективний у випадках медикаментозної резистентності.

Не існує значних відмінностей у ефективності лікування антипсихотичними препаратами у дітей та дорослих (за винятком клозапіну), проте є суттєва різниця щодо розвитку побічних ефектів. Діти та підлітки мають вищий ризик виникнення побічної дії внаслідок вживання антипсихотичних препаратів, порівняно з дорослими. Тому, щоб уникнути метаболічних та інших проблем зі здоров'ям, лікарі, разом з пацієнтами та їх сім'ями, мають проводити ретельну оцінку ризику і користі при виборі лікування антипсихотичними препаратами.

Пітер Дж. Хоекстра, Гронінген, Нідерланди, присвятив свій виступ обговоренню ефективності нейролептиків при лікуванні непсихотичних розладів, таких як поведінкові, тикозні розлади та розлади спектра аутизму. Він наголошує, що доказів тривалого застосування все ж недостатньо, існують серйозні питання безпеки, фінансові проблеми, тому доцільною є відміна антипсихотичних препаратів при відсутності необхідності їх застосування.

Поряд з психофармакологічним лікуванням завжди слід застосовувати психосоціальні, психотерапевтичні та профілактичні заходи.

Очевидною є відмінність між стандартами надання психіатричної допомоги дітям в Європі та Україні. У світі викликають довіру та підтримку дані, підтверджені численними рандомізованими лонгітудінальними дослідженнями, проте в Україні чомусь досить широко використовують препарати, які фактично не мають доказової бази та призначення яких викликає здивування у психіатрів поза межами країни. Це стосується, наприклад, нейрометаболічних засобів, тоді як визнані світом препарати, наприклад психостимулятори, не дозволені для використання в нашій країні, що значно звужує можливості надання якісної допомоги. Проте хочеться вірити, що стандарти допомоги дітям в Україні з часом відповідатимуть міжнародному рівню.

ШКОЛА ЕВРОПЕЙСКОГО КОЛЛЕДЖА НЕЙРОПСИХОФАРМАКОЛОГИИ «НЕЙРОПСИХОФАРМАКОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ»

Ю.А. Войтенко

В статье освещены основные принципы лечения психических расстройств детского и подросткового возраста в соответствии с европейскими рекомендациями. Мероприятие проходило под патронатом президента колледжа нейропсихофармакологии, профессора в области психиатрии Челсо Аранго и члена рабочей группы DSM–5 по направлению «Детская психиатрия» Эрика Тейлора. Рассматривались ключевые проблемы детской психиатрии, такие как аутизм, биполярное расстройство, тревожные и поведенческие расстройства.

Ключевые слова: нейропсихофармакология, детская и подростковая психиатрия.

THE EUROPEAN COLLEGE OF NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY «SCHOOL OF CHILD AND ADOLESCENT NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY»

Y.I. Voitenko

The article highlights the basic principles of treatment of mental disorders in childhood and adolescence, in accordance with European guidelines. The event was held under the patronage of the president of the College of Neuropsychopharmacology, professor of psychiatry and Celso Arango, a member of the working group DSM–5 toward child psychiatry Eric Taylor. The key problems of child psychiatry were discussed, such as autism, bipolar disorder, anxiety and behavioral disorders.

Key words: Neuropsychopharmacology, child and adolescent psychiatry.

О. Сувало

КУРС ЛІДЕРСТВА ТА ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ДЛЯ МОЛОДИХ ПСИХІАТРІВ У М. ТІМІШОАРА (РУМУНІЯ)

КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня», м. Львів



Упродовж 20 років професор Норман Сарторіус (Женева, Швейцарія) з колегами проводить Курси лідерства та професійного розвитку для молодих психіатрів (Course on Leadership and Professional Development of Young Psychiatrist) з усього світу. Цьогоріч з 22 по 24 квітня такий семінар відбувся у місті Тімішоара в Румунії.

Подія проводилася за ініціативи Асоціації щодо покращення програм психічного здоров'я (Association for the Improvement of Mental Health Programmes) та при підтримці Тімішоарського університету медицини та фармакології імені Віктора Бабеса та Тімішоарської психіатричної асоціації.

Керівниками курсу були професор Норман Сарторіус, професор Сір Девід Гольдберг (Лондон, Великобританія) та доцент Моніка Ієнчу (Тімішоара, Румунія). Учасниками були 15 молодих лікарів-психіатрів, серед яких були представники Албанії, Болгарії, Італії, Румунії, Сербії, Туреччини, Угорщини та України.

Надзвичайно відкрита, тепла та доброзичлива атмосфера супроводжувала інтенсивну робочу програму. Окрім доповідей з презентаціями та демонстрації постерів учасники курсу отримали навики вирішення окремих практичних завдань в малих групах, написання та лобіювання проектів, які стосуються проблем психічного здоров'я, роботи в колективі. Окремо було звернено увагу на роботу з написання Curriculum Vitae, вивчення та написання статей. Активне спілкування, дискусії, обмін досвідом та широкі обговорення проблем психічного здоров'я сприяли цікавій та плідній роботі.

Як сказала одна з модераторів курсу, доцент Тімішоарського Університету медицини та фармакології імені Віктора Бабеса, пані Ієнчу, окрім зауважень, корекції та потрібних практичних рекомендацій, у кожного з учасників заходу відбувалася важлива внутрішня метаморфоза, кожен отримав нові знання та, що найважливіше, неоціненний досвід.

Після завершення семінару учасники курсу були запрошені до Тімішоарського університету медицини та фармації імені Віктора Бабеса на урочисту церемонію присвоєння звання Doctor Honoris Causa професору Норману Сарторіусу.

Надзвичайно приємним є те, що проведення цього курсу планується в Україні, а саме з 5 по 7 вересня в Києві. Я сподіваюся, що це буде надзвичайна нагода для молодих лікарів-психіатрів отримати нові знання, обмінятися досвідом з колегами з інших країн та покращити власний професійний рівень.

А.В. Чайка

ТРЕНІНГОВИЙ КУРС ДЛЯ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА ПСИХОЛОГІВ «OUT OF THE BOX»

З 5 по 16 квітня 2014 в Угорщині, у м. Гаятетто, відбувся тренінговий курс на відкритому повітрі для психологів та соціальних працівників під назвою «Out of the box». Він був організований за ініціативи угорської організації Servus Salutis та Academy of Experience Association. Ця організація має шестирічний досвід роботи у провідних молодих групах і міжнародних проектах. Група молодих тренерів у своїй роботі використовує метод практичного навчання, роблячи головний акцент на розвитку особистості учасників тренінгу.

Навчитися думати та діяти нестандартно – ось головна мета тренінгу. Основні теми, які були розглянуті на тренінгу – навички комунікації, управління конфліктами, планування та проведення заходів і програм на відкритому повітрі, використання практичного навчання, самопізнання, планування власних проектів для реалізації на місцевих рівнях, робота з соціально незахищеними групами та допомога їм у подоланні труднощів у комунікації й соціальній інтеграції. Учасниками тренінгу були 15 спеціалістів з різних країн: України, Вірменії, Угорщини, Грузії, Португалії, Італії, Хорватії, Болгарії та Білорусії. Всі заняття проходили у теплій та дружній атмосфері. Програма включала лекції, обговорення та практичні завдання. Головною перевагою тренінгового курсу і водночас його складністю було не тільки швидко засвоїти набуті знання, а й практично застосувати навички роботи з людьми із особливими потребами протягом двох днів.

Завданням проекту була розробка дводенної розважальної програми для 12 осіб з особливими потребами. Серед них діти з розумовою відсталістю, діти та дорослі з вадами зору та розумовою відсталістю, які володіють тільки угорською мовою.

Засвоєнні під час тренінгу знання та навички допомогли команді з різних країн створити чудову програ-





му, подолати проблеми в комунікації, мовний бар'єр та отримати задоволення від організації заходу. Ще раз ми переконалися, що кожен посміхається однаково і це не залежить від мови спілкування.

Після завершення розважальної програми особи з вадами зору поділилися практичними рекомендаціями щодо роботи з особами з вадами зору, які мають собак, а саме: як необхідно правильно тримати таких осіб за руку, як запитувати, щоб не злякати їх, як переводити через дорогу. Адже цей досвід є досить новим та незвіданим для української спільноти.

Варто зазначити, що безумовно, люди з вадами зору чи інтелектуальною недостатністю бачать світ інакше, але насолоджуються ним так само, а може, й більше. Як тільки ми, навколишні, змінимо наше ставлення до людей, які потребують більшої уваги, більшої турботи, теплоти та розуміння, наш світ стане трішки яскравішим та добрішим.

ТЕЗИ

С.И. Табачников, М.А. Соловьева

ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У СЛУЖАЩИХ ФИНИНСОВО-КРЕДИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Существенный рост употребления населением психоактивных веществ (ПАВ) и алкоголя вследствие психотравмирующего действия ряда социальных, экономических и психологических факторов является одной из наиболее актуальных проблем, как в нашей стране, так и за рубежом [1–4]. Наркологическая ситуация в Украине характеризуется преобладанием алкогольной, химической и табачной аддикции, причем увеличение их потребления отмечается в разных, в том числе ранее благополучных, группах населения [4]. В связи с вышесказанным актуальным является вопрос о частоте употребления алкоголя и табакокурения у служащих финансово-кредитных учреждений, поскольку данный контингент испытывает постоянное действие целого ряда стрессовых факторов.

Цель исследования: изучить распространенность употребления алкоголя и табакокурения у банковских служащих.

Материалы и методы исследования. С данной целью пенсионного нами обследовано 132 сотрудника банков г. Донецка. Обследование проводилось с помощью комплексного стандартизированного клинического интервью, в процессе которого собиралась информация о наличии и частоте употребления алкоголя и табака.

Результаты и их обсуждение. Все обследуемые были женщины. Из них некурящих было 45 (34,1%), выкуривали менее 10 сигарет в день – 35 (26,5%) человек, от 10 до 20 сигарет в день – 18 (13,6%), от 21 и больше сигарет – 12 сотрудников (9,1%). Большинство сотрудников (65,9%) объясняют курение необходимостью уменьшить напряжение, привычкой, способом общения на перерыве.

Употребление алкоголя 1 раз в неделю отмечали 64 (48,5%) опрошенных, в подавляющем большинстве случаев речь шла о легких спиртных напитках и пиве, 7 (5,3%) человек ответили, что употребляют алкоголь 1 раз в 2 недели, 18 (13,6%) – 1 раз в месяц и реже. В качестве причин употребления чаще всего называют потребность расслабиться, снять стресс, испытать чувство легкости, беззаботности, разрешимости имеющихся проблем, желание отвлечься от повседневной рутины.

В то же время случаи злоупотребления алкоголем в банке крайне редки. Это объясняется характером и требованиями корпоративной культуры, высоким уровнем ответственности за принимаемые решения, риском увольнения при малейшем несоответствии занимаемой должности. Кроме этого, изначально сотрудники при приеме на работу проходят достаточно жесткий профессиональный отбор и инструктаж.

Выводы. Сдерживающие факторы действуют достаточно эффективно при ограничении употребления сотрудниками алкогольных напитков. Однако, несмотря на относительно благополучную картину, длительное время накапливающееся психоэмоциональное напряжение должно иметь безопасные формы разрешения. В противном случае оно будет служить провоцирующим фактором формирования донозологических невротических расстройств у данного контингента служащих.

ДАЙДЖЕСТ

НОВОЕ В ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИИ

Проблема терапии депрессии является чрезвычайно актуальной в связи с огромной распространенностью этого расстройства и высоким уровнем потери трудоспособности. Не удивительно, что в последние месяцы вышел ряд научных работ, рассматривающих различные моменты терапии. В частности, наиболее «свежие» работы посвящены анализу влияния различных антидепрессантов на набор веса, развития нарушения ходьбы и риска суицида, а также эффективности электросудорожной терапии при посттравматическом стрессовом расстройстве с коморбидной депрессией.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНТИДЕПРЕССАНТОВ: НАБОР ВЕСА

Согласно результатам нового лонготидунального исследования различные антидепрессанты по-разному влияют на набор веса. Так, бупропион, нортриптилин и амитриптилин ассоциированы с меньшим увеличением веса, в сравнении с циталопрамом, – такие выводы сделали Сара Блументаль (Sarah Blumenthal) и соавторы из Центра экспериментальных препаратов и диагностики (Center for Experimental Drugs and Diagnostics) при Массачусетской больнице (Massachusetts General Hospital).

Как сообщают ученые, осведомленность о подобных нежелательных явлениях очень важный момент, так как избыточный вес и ожирение нередко приводят к серьезным кардиоваскулярным проблемам. И хотя изменения в весе в данной работе были умеренными, полученные результаты могут помочь в выборе наиболее рациональной терапии для конкретного пациента.

В анализ включили 22 610 пациентов в возрасте 18–65 лет, данные о которых были занесен в электронную базу данных в период между 1998 и 2010 гг. Из этих пациентов 19 244 принимали антидепрессанты на протяжении ≥3 месяцев и 3366 составили контрольную группу. Пациентам из контрольной группы назначали препараты для снижения веса или противоастматические препараты, которые не оказывали влияние на вес. Индекс массы тела обследуемых измеряли в исходном периоде и на 3-м, 6-м, 9-м и 12-м месяцах после инициального назначения препарата.

В отношении изменения веса, изучаемые препараты сравнивали с наиболее часто назначаемым антидепрессантом из группы СИОЗС – циталопрамом. С ним сравнивали нортриптилин гидрохлорид, амитриптилин, бупропион и дулоксетин. В порядке от наибольших до наименьших различий в наборе веса препараты расположились в таком же порядке: нортриптилин гидрохлорид (β, -0,147; p<0,001), амитриптилин (β, -0,081; p=0,001) и бупропион (β, -0,063; p=0,02). Несмотря на то, что в сравнении с циталопрамом дулоксетин также был ассоциирован с меньшим набором веса, эти различия были статистически недостоверными.

В своих комментариях к результатам исследователи отмечают, что СИОЗС обладают умеренным воздействием на набор веса и в отношении этого побочного действия сходны между собой. Их можно расположить между бупропионом, который, как предполагают, обладает наименьшим влиянием, и миртазапином – обладающим наиболее выраженным влиянием на вес. Что касается антидепрессантов, блокирующих нейрональный захват серотонина и норадреналина, они, по мнению авторов, по своим эффектам сходны с СИОЗС.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНТИДЕПРЕССАНТОВ: САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ

Группа ученых во главе с доктором медицины Мэттью Миллер (Matthew Miller) из Гарвардской школы общественного здоровья (Harvard School of Public Health) на основании анализа данных приема антидепрессантов людьми разного возраста сделали вывод, что эти препараты в высоких дозах повышают риск умышленного самоповреждающего поведения (УСП) у детей и молодых людей.

База медицинских данных, с которой брали материал для анализа, включала 162 625 жителей США с депрессией в возрасте 10–64 лет, которые проходили терапию СИОЗС. Среди выборки выделили группу пациентов, которым изначально назначали препараты в высоких инициальных дозах. Взаимосвязь между дозой препаратов и риском УСП оценивали раздельно в 2-х возрастных группах – 10–24 года и 25–64 года.

Как показали результаты, инициальное назначение СИОЗС в высоких дозах детям и молодым людям достоверно повышало риск УСП в 2,2 раза (95% доверительный интервал 1,6–3,0), что соответствовало одному дополнительному случаю УСП на 150 пролеченных пациентов, в сравнении со средними дозировками. Следует отметить, что средние дозировки циталопрама, сертралина и флуоксетина соответствовали 20 мг/сутки, 50 мг/сутки и 20 мг/сутки, а высокие дозировки были выше этих значений.

В возрастной группе 25–64 года абсолютный риск суицидального поведения был низкий и отмечаемое повышение риска (относительный риск 1,2) в группе,

принимавшей высокие дозы СИОЗС, в сравнении с теми, кто принимал средние дозы, не достигло уровня статистической значимости.

В целом в первой возрастной группе при высоких дозировках отмечали 31,5 случая УСП, при средних – 14,7 случая на 1000 человеко-лет. Для второй возрастной группы – 3,2 и 2,8 случая на 1000 человеко-лет соответственно.

Как отмечают ученые, причины обнаруженной взаимосвязи остаются до конца не выясненными. Однако предполагают, что подобные эффекты не связаны с тяжестью депрессии, а скорее являются прямым следствием высоких доз антидепрессантов.

Таким образом, основываясь на результатах, авторы подчеркивают необходимость инициации антидепрессивной терапии для детей и молодых людей с небольших дозировок с постепенным увеличением дозы. Также в инициальной стадии терапии этой категории пациентов необходимо проводить мониторинг в отношении риска УСП.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНТИДЕПРЕССАНТОВ: НАРУШЕНИЯ ХОДЬБЫ

Результаты нового исследования, опубликованного в мае в «American Journal of Geriatric Psychiatry», подтвердили взаимосвязь между приемом антидепрессантов и нарушениями походки у пожилых лиц.

Ранее уже неоднократно публиковались научные работы, согласно результатам которых антидепрессанты повышали риск падений и переломов. Новый анализ основывался на выборке из 1998 лиц в возрасте ≥60 лет, принимавших участие в Ирландском лонгитудинальном исследовании старения (Irish Longitudinal Study on Ageing). Критериями включения было количество баллов ≥24 по Краткой шкале оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination), ≥16 баллов по Шкале депрессии центра эпидемиологических исследований (Centre for Epidemiological Studies Depression scale). В исследовании не принимали участие лица с болезнью Паркинсона и депрессией с ранним началом.

Всего 7,8% участников имели клинически значимые симптомы депрессии и 4,9% принимали антидепрессанты. Походку оценивали при простой ходьбе по специальной дороже «GAITRite walkway», регистрирующей различные параметры ходьбы, и при усложненном задании – ходьбе с единовременным произнесением алфавита.

Лица с клинически значимыми симптомами депрессии выполняли эти два теста медленнее. В первом тесте их скорость была на 7 см/с, а во втором – на 4 см/с меньше, чем у лиц без таких симптомов или с субклинической депрессией. Сравнение тех, кто принимал, и тех, кто не принимал антидепрессанты, показало снижение скорости у первых на 14 см/с при выполнении обоих тестов.

Дальнейший анализ показал, что прием антидепрессантов был независимо ассоциирован с уменьшением скорости ходьбы и длины шага, но для симптомов депрессии подобная взаимосвязь не подтвердилась.

По мнению ученых, нарушения ходьбы при приеме антидепрессантов могут быть вызваны такими побочными эффектами антидепрессантов, как мышечная ригидность и сонливость, однако подробные патогенетические механизмы, лежащие в основе обнаруженной взаимосвязи, требуют дальнейшего изучения в будущих работах.

ЭСТ – НЕДООЦЕНЕННАЯ ФОРМА ТЕРАПИИ СМЕШАННЫХ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ?

Электросудорожная терапия (ЭСТ) у лиц с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) и коморбидным депрессивным расстройством значительно снижает риск смерти и суицида. Согласно докладу, представленному доктором медицины Насер Ахмади (Naser Ahmadi) на ежегодном собрании Американской психиатрической ассоциации в мае, риск смерти при проведении ЭСТ у этой категории пациентов снижает риск смерти почти в 2 раза. Эти результаты исследователи из Университета медицины и науки Розалинд Франклин (Rosalind Franklin University of Medicine and Science) получили в рамках ретроспективного исследования с дизайном по типу случай-контроль.

Всего ученые проанализировали базу данных с медицинской информацией о 22 164 психиатрических пациентах, из которых 3485 имели ПТСР и большое депрессивное расстройство (БДР, согласно классификации DSM–IV). 92 из них получили ЭСТ, а 3393 – другую форму лечения. Согласно протоколу, ЭСТ проводилось бифронтально с превышением судорожного порога на 250% (в среднем в 6,5 раза). В дальнейшем за пациентами проводили наблюдение с медианой в 8 лет.

Как показали результаты, смертность у пациентов без ПТСР и БДР за период наблюдения составила 8%, при наличии ПТСР с коморбидной БДР у тех, кто проходил ЭСТ, – 9,7% и у тех, кто проходил другое лечение – 18%. Межгрупповые различия были достоверными ($p<0,05$).

Также обнаружили, что клинически значимые улучшения при этом виде лечения наблюдались у 90% пациентов, а при лечении только антидепрессантами – лишь у 50%.

Относительный риск смерти вследствие всех причин у тех, кто принимал только антидепрессанты, в сравнении с лицами, которым проводили ЭСТ, был повышен на 85% (95% ДИ 1,69–2,01) с достоверной межгрупповой разницей (p<0,001). Что касается суицидального поведения, риск был повышен более чем в 4 раза (ОР 4,54; 95% ДИ 3,22–7,14).

Кроме того, ЭСТ снижала и риск кардиоваскулярной смерти, согласно анализу – на 46% в сравнении с использованием только антидепрессантов. В данном случае также с достоверной межгрупповой разницей (p=0,01).

В добавок к этому, похожие результаты в отношении снижения смертности обнаружили и для лиц с БДР без ПТСР. У тех, кто проходил лечение только антидепрессантами, риск смерти был повышен на 96% в сравнении с теми, кто проходил ЭСТ (95% ДИ 1,45–2,16; p=0,001).

Как отмечает доктор Н. Ахмади, снижения риска суицидального поведения при проведении ЭСТ и смертности по причине суицида можно объяснить значительной редукцией симптомов заболевания, а снижение кардиоваскулярной смертности может быть обусловлено ее позитивным влиянием на функционирование эндотелия. Также следует отметить, что у лиц с депрессией и тревожными расстройствами отмечается повышение маркеров воспаления, а ЭСТ, согласно результатам исследований, обладает противовоспалительным эффектом.

Дайджест подготовил Безшейко В.Г.

Список использованной литературы

1. *American Psychiatric Association's 2014 Annual Meeting. Abstract SCR14–4. Presented Monday, May 5, 2014.*
2. *An electronic health records study of long-term weights gain following antidepressant use / S. R. Blumenthal, V. M. Castro, C. C. Clements [et al.] // JAMA Psychiatry. – 2014. – published ahead of print on 4 June (http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1878922).*
3. *Antidepressant dose, age, and the risk of deliberate self harm / M. Miller, S. A. Swanson, D. Azrael [et al.] // JAMA Intern. Med. – 2014. – Vol. 174. – P. 899–909.*
4. *Antidepressants are independently associated with gait deficits in single and dual task conditions / O. A. Donoghue, C. O`Hare, B. King-Kallimanis, R. A.Kenny // The American Journal of Geriatric Psychiatry. – 2014. – Article in Press (http://www.ajgponline.org/article/S1064-7481%2814%2900135-3/abstract).*
5. *Cassels C. ECT a potential lifesaver in comorbid PTSD, Major Depression // Medscape. – 2014. – epub. (http://www.medscape.com/viewarticle/826168).*