

Т. 20, 3 (78)' 2014

Науково-практичний журнал

АРХІВ

ПСИХІАТРІЇ



АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • Т. 20, 3 (78)' 2014



ДЕНІГМА®

Мемантину гідрохлорид

ДОСТУПНЕ ЛІКУВАННЯ ДЕМЕНЦІЇ
від 3,5 грн. на добу*



ЗБЕРЕЖЕМО ОБЕРТИ ІНТЕЛЕКТУ!

Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників.

ДЕНІГМА® Р.П. МОЗ України № UA/13254/01/01, № UA/13254/01/02. **Склад:** 1 таблетка містить 10 мг мемантину гідрохлориду. **Показання.** Хвороба Альцгеймера від легкого ступеню тяжкості до тяжких форм. **Протипоказання.** Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якого компонента препарату. **Побічні реакції.** Під час клінічних досліджень мемантину загальна частота небажаних явищ не відрізнялася від такої на тлі прийому плацебо, а негативні явища зазвичай були легкого або середнього ступеню тяжкості. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для застосування.**



Виробник:
Кусум Хелтхекер ПБТ, ЛТД
тел.: 0(44) 495 82 88
www.kusumhealthcare.com



Офіційний дистриб'ютор:
ТОВ «Гледфарм ЛТД»
тел.: 0(44) 495-82-88
www.gladpharm.com

*Середньозважена роздрібна ціна, МОПІОН, система Фармстандарт, серпень 2014 р.



Від досягнень науки до здоров'я пацієнтів



Коротка інструкція для медичного застосування препарату КСЕПЛІОН (XEPLION)

Склад: діюча речовина: paliperidone palmitate; 1 мл суспензії містить паліперидону пальмітату у кількості, що відповідає 100 мг паліперидону; допоміжні речовини: полісорбат 20; поліетиленгліколь 4000; кислота лимонна, моногідрат; динатрію гідрофосфат безводний; натрію дигідрофосфату моногідрат; натрію гідроксид; вода для ін'єкцій. **Лікарська форма.** Суспензія для ін'єкцій пролонгованої дії. **Фармакотерапевтична група.** Антипсихотичний засіб (нейролептик). Код АТХ N05A X13. **Показання.** Підтримуюча терапія симптомів шизофренії у дорослих, стан яких стабілізовано паліперидоном або рисперидоном. У окремих випадках дорослим пацієнтам з шизофренією, які раніше ефективно лікувалися паліперидоном або рисперидоном, КСЕПЛІОН можна застосовувати без попередньої стабілізації пероральними препаратами даної групи, якщо стан хворого варіює від легкого до помірного і якщо показано лікування пролонгованою ін'єкційною формою. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до активної речовини або до будь-якої з допоміжних речовин препарату, або до рисперидону. **Спосіб застосування та дози.** Рекомендують починати терапію паліперидону пальмітатом з дози 150 мг: у перший день лікування та 100 мг через 1 тиждень (восьмий день лікування). Обидві ін'єкції вводити в дельтоподібний м'яз. У подальшому рекомендується щомісячна підтримуюча доза 75 мг. Дозу можна збільшити або зменшити в діапазоні 25–150 мг залежно від індивідуальної переносимості та/або ефективності: див. повну інструкцію для медичного застосування. Пероральний прийом паліперидону або рисперидону можна припинити на момент початку лікування КСЕПЛІОНОМ. **Побічні реакції.** Найбільш частими побічними реакціями під час клінічних досліджень були безсоння, головний біль, збільшення маси тіла, реакції в місці ін'єкції, збудження, сонливість, акатизія, нудота, запор, запаморочення, тремор, блювання, інфекції верхніх дихальних шляхів, діарея, тахікардія. **Діти.** Безпека та ефективність застосування паліперидону пальмітату для дітей не вивчалися, тому препарат не застосовують у цій віковій групі. **Термін придатності:** 2 роки. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Перед призначенням слід ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування.** Реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/13547/01/01 від 02.04.2014 терміном на 5 років. Текст складено у відповідності з інструкцією для медичного застосування, яку затверджено МОЗ України 02.04.2014.

За більш детальною інформацією звертатись до ТОВ «Джонсон і Джонсон Україна»
04070, м. Київ, вул. Спаська, 30. Тел. (044) 490-64-64, факс (044) 490-64-65



SANOFI в психіатрії та неврології



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/4292/01/03

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 одного компонента лікарського засобу. Діагнована або підозрювана феохромоцитома. Дитячий вік (через відсутність клінічних даних). Період годування груддю. Діагнований або підозрюваний пролактинзалежний пухликом, наприклад, пролактинома гіпофіза та рак молочної залози. Тяжка ниркова недостатність (кліренс креатиніну <10 мл/хв.). Комбінація з такими лікарськими засобами, які здатні провокувати синдром серотонічного розладу. Одночасне застосування з алкоголем, леводопой, сультопридом і дофамінергічними агоністами, крім хворих на хворобу Паркінсона. Уроджена галактоземія, синдром порушення абсорбції глюкози або галактози, дефіцит лактази (через вмісту 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

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

² Інструкція для медичного застосування препарату Соліан. Наказ МОЗ України від 07.12.12 № 995.

³ Реєстраційне посвідчення № UA/4292/02/01. Наказ МОЗ України від 15.02.10 № 107.

⁴ 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.

⁵ 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 «Санofi Авентіс Україна», Київ, 01033, вул. Жилиська, 48–50а, тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01, www.sanofi.ua

SANOFI



ЦИПРАЛЕКС – оптимальное сочетание эффективности и переносимости¹ в лечении депрессии и тревожных расстройств¹

¹Cipriani et al. Lancet. 2009; 373: 746–758

Торговое название – Ципралекс.
Регистрационное свидетельство № UA/8760/01/01, Приказ МЗ Украины № 533 от 21.06.2013.
Состав: 1 таблетка содержит 12,77 мг эсциталопрама оксалата, соответственно – 10 мг эсциталопрама.
Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой.
Фармакотерапевтическая группа: антидепрессанты. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). АТС N06A B10.
Категория отпуска: по рецепту врача.
Показания: лечение больших депрессивных эпизодов, панических расстройств с или без агорафобии, социальных тревожных расстройств (социальная фобия), генерализованных тревожных расстройств, обсессивно-компульсивных расстройств.
Противопоказания: повышенная чувствительность к эсциталопраму или другим компонентам препарата, одновременное лечение неселективными необратимыми ингибиторами моноаминоксидазы (ИМАО) или пимозидом.
Побочные реакции: расстройства кроветворной и лимфатической систем: тромбоцитопения. Расстройства иммунной системы: анафилактические реакции. Расстройства эндокринной системы: нарушения секреции антидиуретического гормона. Расстройства

питания и обмена веществ: снижение или повышение аппетита, увеличение или уменьшение массы тела, гипонатриемия, анорексия. Психические расстройства: тревога, беспокойство, аномальные сны, снижение либидо у мужчин и женщин, аноргазмия у женщин, скрежет зубами, возбуждение, нервозность, панические атаки, спутанность сознания, агрессия, деперсонализация, галлюцинации, мания, суицидальные мысли, суицидальное поведение. Расстройства нервной системы: бессонница, сонливость, головокружение, парестезия, тремор, нарушение вкуса, нарушения сна, обморок, серотониновый синдром, дискинезия, двигательные расстройства, судороги, психомоторное беспокойство/апатия. Зрительные нарушения: расширение зрачка, затуменность зрения. Слуховые расстройства: звон в ушах. Сердечные расстройства: тахикардия, брадикардия, удлинение интервала QT на ЭКГ. Сосудистые расстройства: ортостатическая гипотензия. Респираторные нарушения: синуситы, зевота, носовое кровотечение. Желудочно-кишечные нарушения: тошнота, диарея, запор, рвота, сухость во рту, желудочно-кишечные кровотечения. Нарушения со стороны печени и желчевыводящих путей: гепатит, изменение функциональных печеночных проб. Нарушения со стороны кожи и подкожной клетчатки: усиленное потоотделение, высыпания, облысение, крапивница, зуд, синяки, отеки. Скелетно-мышечные нарушения:

артралгия, миалгия. Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей: задержка мочеиспускания. Нарушение репродуктивной системы и грудных желез: расстройства эякуляции, импотенция, метроррагия, меноррагия, галакторея, приапизм. Общие расстройства: утомление, пирексия, отек.
Фармакологические свойства: эсциталопрам является антидепрессантом, селективным ингибитором обратного захвата серотонина, что обеспечивает клинический и фармакологический эффекты препарата. Он обладает высокой аффинностью к основному сайту связывания и смежному с ним аллостерическому сайту транспортера серотонина и не имеет совсем или имеет очень слабую способность связываться с рядом рецепторов, включая серотониновые 5-HT_{1A}-, 5-HT₂-рецепторы, дофаминовые D₁- и D₂-рецепторы, α₁-, α₂-, β-адренергические, гистаминовые H₁-, мускариновые холинергические бензодиазепиновые и опиатные рецепторы.
Производитель: Х. Лундбек А/С, Дания.
Полная информация о лекарственном средстве содержится в инструкции по медицинскому применению.
Информация о лекарственном средстве для профессиональной деятельности медицинских и фармацевтических работников.

Представительство Лундбек Экспорт А/С в Украине:
г. Киев, 01001, ул. Крещатик, 19 а,
тел. (044) 490-29-10, факс (044) 490-29-11.
www.lundbeck.com

Lundbeck  Cipralex[®]
escitalopram

Шановні колеги!



Щиро вітаю Вас, наукових працівників – професорів та старших наукових співробітників, докторів та кандидатів наук, докторантів, аспірантів, здобувачів, молодих вчених та співробітників інституту – із 30-ю річницею від дня заснування Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології Міністерства охорони здоров'я України!

Історія нашої наукової установи розпочалася ще до здобуття Україною незалежності. Ідейним натхненником та ініціатором відкриття Українського філіалу Всесоюзного науково-дослідного інституту загальної та судової психіатрії ім. В.П. Сербського був академік Георгій Васильович Морозов, який доклав багато сил та енергії для втілення в життя цієї актуальної та дуже важливої ідеї. Колегія Державного Комітету СРСР з науки та техніки на

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

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

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

У подальшому був виданий наказ Міністра охорони здоров'я УРСР А.Є. Романенко, від **04.06.1984 р.** № 333, в якому конкретизувалися основні організаційні заходи, спрямовані на виконання урядового розпорядження про відкриття філії, визначалися відповідальні виконавці. Як клінічна база філії була визначена Київська міська клінічна психоневрологічна лікарня № 21 ім. акад. І.П. Павлова. У **грудні 1984 р.** були підготовлені відповідні розрахунки обґрунтування та інші численні матеріали до Виконкому Київської міської Ради народних депутатів на отримання лімітів з праці, дозвіл на відкриття філії в місті і розрахункового рахунку в банку. У **січні 1985 р.** в Подільському відділенні Держбанку був відкритий рахунок, затверджені ліміти з праці в межах 41 одиниці, отримано дозвіл Подільського районного відділення міліції, замовлені зразки і виготовлені для філії гербова печатка і штампи.

Такою є історія заснування нашого Інституту, який на сьогодні є головною установою МОЗ України з питань соціальної і судової психіатрії, сприяє удосконаленню організації системи охорони психічного здоров'я, розробці сучасних науково обґрунтованих методик профілактики, лікування,

реабілітації та реадaptaції пацієнтів з вадами психічного здоров'я, з метою відновлення їх повноцінного функціонування у суспільстві, та керується у своїй діяльності пріоритетними напрямками наукової та соціальної політики, визначеними Указами Президента України, постановами Кабінету Міністрів України, наказами МОЗ України, потребами практичної охорони здоров'я.

На сьогодні колектив Інституту – це 81 співробітник, з них 46 наукових працівників (у тому числі 10 докторів медичних наук, 13 кандидатів медичних наук та 2 кандидати психологічних наук), які працюють над розв'язанням актуальних проблем у сфері соціальної психіатрії (медико-соціальні проблеми терапії психічних розладів у дорослих, дітей та підлітків, осіб похилого віку, психосоматична медицина, дитяча психіатрія, примусові психіатричні заходи, психіатрична допомога засудженим), судово-психіатричної експертизи (судово-психіатрична експертиза залежних станів, комплексна судово-психіатрична експертиза) та наркології (хімічні та нехімічні форми аддикції – проблеми профілактики залежності від психоактивних речовин, тютюну, азартних ігор, Інтернету).

У складі Інституту – **8 наукових відділів**, у рамках яких у 2014 році виконуються 9 прикладних науково-дослідних робіт.

В Інституті функціонує **консультативно-поліклінічне відділення**, яке забезпечує висококваліфіковану амбулаторну консультативно-діагностичну та лікувально-профілактичну допомогу населенню України, переважно особам з діагностично складними та резистентними до лікування формами психічних розладів і ускладненнями психофармакотерапії. З 2014 року в складі Інституту відокремлений структурний підрозділ медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків. Лікарями – судово-психіатричними експертами Інституту проводяться повторні та особливо складні судово-психіатричні експертизи у цивільному та кримінальному процесах. Інститут випускає фаховий журнал: «Архів психіатрії».

В Інституті з **28 жовтня 1998 року** функціонує Спеціалізована вчена рада Д 26.620.01 з правом проводити захист кандидатських та докторських дисертацій за спеціальністю 14.01.16 – «Психіатрія».

Інститут відзначає ювілейну дату в тяжкі часи. Військові дії на сході країни, окупація Криму, руйнація медичних закладів та соціальної інфраструктури в Донецькій та Луганській областях, тяжка економічна криза стали причинами нових викликів для системи охорони психічного здоров'я країни. В надзвичайно складних умовах психіатрам, медичним психологам, соціальним працівникам доводиться вирішувати складні завдання реформування галузі, переходу на нові стандарти надання психіатричної допомоги, європейської та трансатлантичної інтеграції. Історія становлення інституту, перетворення його в координаційний центр реформ в галузі соціальної, судової, дитячої психіатрії, інтегрований в міжнародну науково-дослідну мережу заклад віддзеркалює історію становлення України.

В тяжкі часи ми отримали моральну та дієву технічну допомогу від наших колег з міжнародних організацій ВООЗ, ЮНІСЕФ, Всесвітньої психіатричної асоціації, Всесвітньої асоціації дитячої психіатрії та суміжних спеціальностей, Міністерства охорони здоров'я Німеччини, університетів США, Великої Британії, Німеччини, Польщі. Разом з ними ми підводимо підсумки нашої роботи.

Сьогодні наш колектив продовжує свої славні традиції. Переконана, що Ви і надалі будете зберігати та примножувати здобутки нашого Інституту, сприяти розвитку наукової думки і реалізації творчого потенціалу.

Від щирого серця бажаю нашому колективу добра і злагоди, оптимізму і наснаги, успіхів у плідній праці на благо процвітання рідної України. Нехай завжди з Вами будуть невичерпана енергія і сила духу, а віра, помножена на професійність, буде джерелом вашого творчого наукового довголіття!

**З повагою,
Ірина Пінчук**

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

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 «Конtrakтова 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

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Науково-практичний журнал
Том 20, № 3 (78) '2014

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

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

Редакційна колегія

Зінченко О.М., Марценковський І.А., Олійник О.П., Пішель В.Я., Полив'яна М.Ю.,
Ревенок О.А., Степанова Н.М., Суховій О.О., Табачников С.І., Чабан О.С., Шум С.С., 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 (Азербайджан), 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. Напреев (Україна), В.А. Піщиков (Україна), А.В. Погосов (Росія), Ю.В. Попов (Росія), М.М. Пустовойт (Україна), Н.Г. Пшук (Україна), П. Ринков (Білорусь), Ю.С. Савенко (Росія), І.Д. Спіріна (Україна), О.Ю. Табачников (Україна), Е. Тейлор (США), О. Цицкарідзе (Грузія), Б.А. Шахметов (Казахстан), Л.М. Юр'єва (Україна), О.О. Фільц (Україна), В.В. Чайковська (Україна), Д. Угрін (Великобританія), В. Фрідмонт (США)

Засновник

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: (044) 468-32-15
e-mail: undisspn@ukr.net, www.undisspn.org.ua

Видавець

ТОВ «Медікс Груп»
Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 20786-10586 ПР від 13.06.2014 року, видане Міністерством юстиції України

Адреса видавця

03169, м. Київ, вул. Московська, 44/1, оф. 35
тел. (044) 300-12-95
e-mail: info@health-medix.com

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

Затверджено до друку Вченою радою УкрНДІ ССПН МОЗ України (протокол засідання № 7 від 24.06.2014 р.).
Здано до друку 19.09.2014 р. Підп. до друку 15.09.2014 р. Формат 60х84/8. Друк офс. Папір офс. Гарнітура «Minion Pro».
Обл.-вид. арк. 24,75. Ум.-друк. арк. 23,79. Наклад 500 прим. Зам. № 343.
Надруковано ТОВ «Джулія принт», 03057, м. Київ, вул. Довженка, 3

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



ЗМІСТ

С.С. Шум, А.В.Чайка

МЕЖІ КОМПЕТЕНЦІЇ СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА У ЗАКАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЄ ПСИХІАТРИЧНУ ДОПОМОГУ.....

4

О.А. Приб

ПРИНЦИПИ, СТРУКТУРА ТА ТЕХНОЛОГІЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ.....

8

С.В. Мерліч

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ З РОДИНОЮ ЯК ЕТАП КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ОНКОХВОРОГО

13

М.В. Коваленко

ДОСЛІДЖЕННЯ МОТИВАЦІЙНОГО КОМПОНЕНТА ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ У СТУДЕНТІВ ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

16

А.А. Педак

ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ, ИЛИ КОНЦЕПЦИЯ МНОГОУРОВНЕВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ

19

І.Я. Пінчук, О.О. Суховій, Н.М. Степанова

АНАЛІЗ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я КРАЇН – ЧЛЕНІВ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ

22

І.Я. Пінчук, С.С. Румянцев, Я.Г. Іванова, Є.М. Гавриш

АНАЛІЗ СТАНУ ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДОЛІГІЧНОГО ПІДХОДУ МОНІТОРИНГУ НАРКОСИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ ТА ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ЙОГО УДОСКОНАЛЕННЯ

27

О.О. Герасименко

ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ, ХАРАКТЕР ОСОБИСТІСНОЇ ТА РЕАКТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ЖІНОК З ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ СТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ.....

31

Л.Р. Нікогосян

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ АБОРТ

33

І.О. Франкова

ПСИХОСОЦІАЛЬНА МОДЕЛЬ РОЗВИТКУ ГОСТРОЇ СОЦІАЛЬНОЇ САМОІЗОЛЯЦІЇ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ.....

35

С.И. Табачников, Е.Н. Харченко, Т.В. Синицкая, А.Н. Чепурная, Е.В. Киосева, Е.С. Осуховская, А.В. Воронина

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ТЕСТЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ, КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА

41

В.В. Сотніченко, В.Я. Пішель, М.Ю. Полив'яна

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО КОМПЛЕКСНОЇ ОЦІНКИ РІВНЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ХВОРОГО НА ШИЗОФРЕНІЮ.....

45

Ц.Б. Абдрыхімова

СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ВНАСЛІДОК ЧАСТКОВОЇ ВТРАТИ ЗОРУ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ

49

В.М. Загуровский

ЛИЧНОСТНОЕ РЕАГИРОВАНИЕ В СТРУКТУРЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ И ПЕРМАНЕНТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

56

CONTENTS	
S. Shum, A. Chaika LIMITS OF COMPETENCE OF SOCIAL WORKERS IN HEALTH CARE INSTITUTIONS THAT PROVIDE PSYCHIATRIC SUPPORT.....	4
ORGANIZATION OF MENTAL HEALTH SERVICES	
G. Prib PRINCIPLES, STRUCTURE AND TECHNOLOGY OF MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS.....	8
S. Merlich ORGANIZATION OF FAMILY WORK AS A STAGE OF INTEGRATED HEALTH-PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF CANCER PATIENTS.....	13
M. Kovalenko STUDY MOTIVATIONAL COMPONENTS OF PERFECTIONISM UNIVERSITY STUDENTS OF MEDICAL INSTITUTIONS.....	16
A. Pedak DEINSTITUTIONALISATION: DOES CONCEPT OF MULTILEVEL ORGANIZATION OF PSYCHIATRIC CARE IN UKRAINE.....	19
I. Pinchuk, O. Sukhovii, N. Stepanova ANALYSIS OF MENTAL HEALTH SYSTEMS FUNDING IN THE EUROPEAN UNION MEMBER STATES	22
I. Pinchuk, S. Rumiantseva, I. Ivanova, Y. Havrysh ANALYSIS OF THE ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL APPROACH TO MONITORING THE DRUG SITUATION IN UKRAINE AND PROPOSALS FOR ITS IMPROVEMENT	27
SOCIAL PSYCHIATRY	
L. Gerasimenko INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS, THE NATURE OF PERSONAL AND REACTIVE ANXIETY IN WOMEN WITH POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER	31
L. Nykogosyan FEATURES OF EMOTIAL AND VOLITIONAL WOMEN WHO HAD AN ABORTION	33
I. Frankova PSYCHOSOCIAL MODEL OF ACUTE SOCIAL WITHDRAWAL IN CONDITION OF SOCIAL AND ECONOMIC TRANSFORMATION.....	35
CLINICAL PSYCHIATRY	
S. Tabachnikov, E.Kharchenko, T. Sinitzskaya, A. Cherpurnaya, E. Kioseva, E. Osuhovskaya, A. Voronina SPECIALIZED TESTS IN CLINICAL CHARACTERIZATION OF PSYCHOACTIVESUBSTANCE USE IN ADOLESCENCE, INTEGRATED PSYCHOTHERAPY AND PREVENTION	41
V. Sotnichenko, V. Pishel, M. Polyviana THE CONTEMPORARY APPROACH TO COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF THE LEVEL OF FUNCTIONING AND LIFE ACTIVITY OF THE PATIENT WITH A DIAGNOSIS OF SCHIZOPHRENIA	45
C. Abdryahimova INTEGRATED SYSTEM OF SPECIALIZED CARE TO PERSONS WITH NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS DUE PARTIALLY SIGHTED TRAUMATIC GENESIS AND ITS EFFECTIVENESS	49
V. Zagurovskiy PERSONAL RESPONSE IN THE STRUCTURE OF PAROXYSMAL AND PERMANENT MANIFESTATIONS OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM	56

О.Ф. Мруг, В.О. Горнович ДИФФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ПСИХОЗІВ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ ТА АМФЕТАМІНОВІЙ АДИКЦІЇ.....	61
В.С. Мельник ВПЛИВ ЕНДОГЕННИХ АКТИВАТОРІВ ТА ІНГІБІТОРІВ СИСТЕМИ ФІБРИНОЛІЗУ НА КОГНІТИВНИЙ ДЕФІЦИТ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ	65
В.В. Огоренко, И.Г. Дробот ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ДЕБЮТА ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА	69
Ю.Н. Шевченко ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ИХ ДИНАМИКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ	71
С.А. Маляров ЗНАЧЕНИЕ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИИ	74
Г.М. Вербенко КОМПЛЕКСНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТІВ НА РІЗНИХ СТАДІЯХ ПЕРЕБІГУ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ	79
О.П. Романів МОДЕЛЬ КОРЕКЦІЇ САМОРУЙНІВНОЇ ПОВЕДІНКИ НА ОСНОВІ ВИВЧЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО АУТОАГРЕСІЇ... ..	84
Д.М. Мороз ПСИХОСОМАТИЧНІ АСПЕКТИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	89
О.О. Хаустова, В.О. Тещенко СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДЕМЕНЦІЙ	93
Є.Я. Пишук, М.В. Маркова ДЕЯКІ ЧИННИКИ СОЦІАЛЬНО-ТЕРАПЕВТИЧНОГО РЕСУРСУ ПАЦІЄНТІВ З ПАРАНОЇДНОЮ ШИЗОФРЕНІЄЮ ..	97
ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ	
И.А. Марценковский, Д.И. Марценковский АГРЕССИЯ, ТРАВЛЯ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В УКРАИНСКИХ ШКОЛАХ: ФОКУС НА ДЕТЯХ С ВЫСОКО ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ АУТИЗМОМ.....	101
И.А. Марценковский, К.В. Дубовик СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИИ И ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: ИННОВАЦИИ DSM-5.....	104
С.І. Табачніков, О.С. Осуховська, Є.М. Харченко, Г.А. Приб, Т.В. Синіцька, О.В. Киосева, А.М. Чепурна ПОШИРЕНІСТЬ ПРОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ УКРАЇНИ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЦЬОГО КОНТИНГЕНТУ НАСЕЛЕННЯ	111
СУДОВА ПСИХІАТРІЯ	
Н.Ю. Васильева РОЛЬ ПСИХОЛОГІЧНОГО ТА ПСИХОПАТОЛОГІЧНОГО ФАКТОРІВ У ФОРМУВАННІ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК, ЯКІ СКОЇЛИ ЗЛОЧИНИ ПРОТИ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ОСОБИ	115
О.А. Козерацька ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕННЯ ВОЛЬОВОГО КРИТЕРІЮ «НЕОСУДНОСТІ» ТА «ОБМЕЖЕНОЇ ОСУДНОСТІ» ПРИ РОЗЛАДАХ РЕГУЛЯЦІЇ СЕКСУАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ЗАСТОСУВАННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ ДЛЯ ПСИХІЧНО ХВОРИХ, ЯКІ СКОЇЛИ КРИМІНАЛЬНІ ПРАВОПОРУШЕННЯ НА СЕКСУАЛЬНОМУ ПІДҐРУНТІ.....	118
ТЕЗИ.....	122
ДАЙДЖЕСТ	134

E. Mrug, V. Gornovich DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PSYCHOSIS IN SCHIZOPHRENIA AND AMPHETAMINE ADDICTION	61
V. Melnyk EFFECT OF ENDOGENOUS ACTIVATORS AND INHIBITORS OF FIBRINOLYSIS ON COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE	65
V. Ogorenko, I.G. Drobot FEATURES OF PSYCHOTIC DISORDERS IN PATIENTS WITH PSYHOPATOLOHYESKYM VARIANT BRAIN TUMORS DEBUT.....	69
Y. Shevchenko ANXIETY DISORDERS AND THEIR DYNAMICS IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS.....	71
S. Malyarov VALUE COGNITIVE FUNCTIONING IN DEPRESSION.....	74
G. Verbenko COMPREHENSIVE DESCRIPTION OF PATIENTS' CLINICAL FEATURES AT DIFFERENT STAGES OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER	79
O. Romaniv CORRECTION MODEL OF SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR BY STUDYING THE TENDENCY TO SELF-AGGRESSION	84
D. Moroz PSYCHOSOMATIC ASPECTS OF CARDIOVASCULAR DISEASES	89
E. Khaustova, V. Teshchenko MODERN APPROACHES TO THE PREVENTION AND TREATMENT OF DEMENTIA	93
E. Pshuk, M. Markova SOME FACTORS OF SOCIAL AND THERAPEUTIC RESOURCES OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA	97
CHILD'S PSYCHIATRY	
I. Martsenkovskiy, D. Martsenkovskiy AGRESSION, BULLYING AND SUICIDAL BEHAVIOUR IN UKRAINIAN SCHOOLS: THE FOCUS ON CHILDREN WITH HIGH FUNCTIONAL AUTISM	101
I. Martsenkovsky, K. Dubovyk NEW APPROACHES TO CONCEPTUALIZATION AND DIAGNOSIS OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN CHILDHOOD: INNOVATIONS DSM-5.....	104
S. Tabachnikov, O. Osuhovska, E. Kharchenko, G. Prib, T. Sinitzka, A. Cherpurna, O. Kioseva PREVALENCE OF PROBLEM GAMBLING AMONG ADOLESCENTS AND YOUTHOF UKRAINE AND ITS IMPACT OF MENTAL HEALTH OF POPULATIONS	111
FORENSIC PSYCHIATRY	
N. Vasilyeva THE ROLE OF PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FACTORS IN THE FORMATION OF AGGRESSIVE BEHAVIOR OF WOMEN WHO HAVE COMMITTED CRIMES AGAINST LIFE AND HEALTH OF INDIVIDUALS	115
E. Kozeratskaya RESEARCH OF VIOLATION OF VOLITIONAL CRITERION OF DIMINISHED «RESPONSIBILITY» AND «LIMIT RESPONSIBILITY» AT DISORDERS OF ADJUSTING OF SEXUAL BEHAVIOR AND APPLICATION OF FORCE EVENTS OF MEDICAL CHARACTER FOR MENTALLY SICK THAT ACCOMPLISHED OFFENCE ON SEXUAL SOIL	118
THESES.....	122
DIGEST	134

Шановні колеги!
На сьогодні виникає необхідність більше уваги приділяти не тільки клінічним, але й психологічним і соціальним чинникам, особистісним і соціальним особливостям осіб з вадами психічного здоров'я і, таким чином, надавати більш різнобічну та ефективну допомогу. Саме соціальна робота за своєю суттю покликана адаптувати та інтегрувати, допомагати і захищати, тому розповсюдження її у психіатричну допомогу для надання медико-соціальної допомоги особам з вадами психічного здоров'я є актуальним і необхідним завданням.
Редакційна колегія журналу «Архів психіатрії» Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України запрошує Вас до написання статей, присвячених тематиці по соціальній роботі. Ми сподіваємося, що це допоможе нам створити нову рубрику «Соціальна робота».

Дякуємо за співпрацю
З найкращими побажаннями,
Алла Чайка, соціальний працівник інституту

УДК 613.86

С.С. Шум, А.В.Чайка

**МЕЖІ КОМПЕТЕНЦІЇ СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА У ЗАКАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я,
ЩО НАДАЄ ПСИХІАТРИЧНУ ДОПОМОГУ**

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

Ключові слова:
психічне здоров'я,
соціальна робота,
психіатричний заклад,
психіатрична допомога.

В статті висвітлено питання необхідності участі соціального працівника в системі надання психіатричної допомоги. Окреслено питання компетенції соціального працівника взагалі та при наданні психіатричної допомоги зокрема. Визначено межі компетенції соціального працівника та лікаря-психіатра при наданні медичної допомоги особам з вадами психічного здоров'я.

Актуальність. За визначенням ВООЗ, психічне здоров'я є не просто відсутністю психічного розладу. Це стан благополуччя, при якому кожна людина може реалізувати свій власний потенціал, впоратися з життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти [1]. Інакше кажучи, психічно здоровою є людина, яка не має симптомів та синдромів психічного розладу, соціально адаптована та отримує задоволення від життя. До критеріїв психічного здоров'я, визначених ВООЗ, відносяться:

- усвідомлення та відчуття безперервності, постійності та ідентичності свого фізичного та психічного «Я»;
- відчуття постійності та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях;
- критичність до себе та своєї власної психічної діяльності і її результатів;
- відповідність психічних реакцій (адекватність) сили та частоті впливів середовища, соціальним обставинам та ситуаціям;
- здатність до самокерування поведінкою, відповідно до соціальних норм, правил, законів;
- здатність планувати власну життєдіяльність та реалізовувати заплановане;
- здатність змінювати спосіб поведінки залежно від зміни життєвих ситуацій та обставин.

Незважаючи на суто медичне підґрунтя поняття «психічне здоров'я», в ньому переважає соціальна складова. Отже, для збереження та підтримання пси-

хічного здоров'я, надання лише медичної допомоги є недостатнім.

Позитивні зрушення в напрямку ресоціалізації пацієнтів з вадами психічного здоров'я пов'язують більше з соціальною роботою, ніж з психіатрією. Такий погляд відкриває нові можливості роботи з особами які хворіють на розлади психіки та поведінки, залучаючи не тільки ресурси закладів охорони здоров'я, але й потенціал соціального оточення (батьків, родичів, друзів, знайомих), і найголовніше – всі ресурси самого клієнта – фізичні, психічні, духовні.

Актуальність залучення спеціалістів із соціальної роботи в систему надання допомоги особам з вадами психічного здоров'я, як в стаціонарі так і поза ним, обумовлена європейськими підходами щодо необхідності формування мультидисциплінарних команд.

Загальна захворюваність на розлади психіки та поведінки, станом на 1 січня 2014 року, становить 532,8 на 100 тис. населення. Офіційні статистичні дані МОЗ України враховують лише тих, хто офіційно звернувся за психіатричною допомогою, але цей показник не відображає дійсної картини в суспільстві і є значно заниженим. Якщо за офіційними даними, станом на 1 січня 2014 року, поширеність розладів психіки та поведінки складає 4,44% населення України то дані епідеміологічного дослідження, яке проводилося у 2000 р., свідчать, що протягом життя психіатричної допомоги потребує кожна третя людина [2]. Статистичні дані частіше за все

відображають не реальну динаміку захворюваності, а лише зареєстрованих осіб, які перебувають під наглядом в психіатричному закладі, а це лише частина пацієнтів. Причиною цього є негативний «імідж» психіатрії, що склався за радянських часів. В результаті приховується картина реально існуючих масштабів розладів психічного здоров'я.

Мета дослідження: з'ясувати основні задачі фахівців, які надають соціальну допомогу особам з розладами психіки та поведінки.

Орієнтованість України на цивілізовані підходи до надання психіатричної допомоги, входження до Європейських співтовариств, значно розширили контакти із закордонними колегами та партнерами. Відбувається обмін теоретичними розробками, практичними напрацюваннями в профілактиці, лікуванні психічних розладів та подальшій реабілітації пацієнтів, що відкриває нові горизонти українським фахівцям.

Неодноразово фахівцями підіймалось питання недостатньої ефективності біологічного підходу до надання допомоги особам з вадами психічного здоров'я. Критика даного підходу бере свій початок не від теоретиків та філософів, (як це було в 50-70 роки минулого століття в Західній Європі та США), а з самої системи медичного обслуговування. Для лікарів-психіатрів очевидним є недостатня ефективність біологічного підходу, головним пріоритетом якого є заходи медичного характеру. Перебування в стаціонарі в певний момент перестає бути благом, переорієнтовує людину на госпітальний спосіб життя, дезадаптовує, приводить до втрати простих побутових навичок. Госпіталізм, представляє собою глибоку депривацію, що розвивається в стінах лікарні. Це вкрай ускладнює інтегративні та адаптивні процеси у пацієнтів психіатричних закладів. В результаті формується (утворюється) коло, вийти з якого пацієнт самотійно не може [3]. Особливо ураженою групою при формуванні госпіталізму, є хворі до яких застосовуються примусові заходи медичного характеру, через те, що зазначені пацієнти впродовж багатьох років (до 15 років) перебувають у психіатричній лікарні.

Вітчизняна психіатрична служба досягне свого розвитку в Європейському напрямку при переході від суто біологічної до біопсихосоціальної моделі надання допомоги. На сьогодні виникає необхідність не тільки поліпшення надання психіатричної допомоги, але й зміцнення її акцентів з елементарного купірування психічних розладів до налагодження соціального благополуччя осіб з психічними розладами. Тобто більшої уваги необхідно приділяти не тільки клінічним, але й психологічним і соціальним чинникам, особистісним і соціальним особливостям пацієнта і, таким чином надавати більш різнобічну та ефективну допомогу.

Однак інтеграція психічно хворих в соціальну реальність не входить в обов'язки лікарів та медсестер. Для адаптації осіб з вадами психічного здоров'я в соціумі потрібен не тільки спеціальний підхід, але й відповідні фахівці, – фахівці соціальної роботи. Саме соціальна робота за своєю суттю покликана адаптувати та інтегрувати, допомагати і захищати, тому розповсюдження її в психіатричну допомогу для надання медико-соціальної допомоги особам з вадами психічного здоров'я є актуальним і необхідним завданням.

Соціальна робота в закладі охорони здоров'я є новим для України напрямком, що потребує чіткого окреслення функцій соціального працівника в системі закладів охорони здоров'я, які надають психіатричну допомогу

Соціальна робота — це допомога найбільш вразливим членам суспільства (індивідам, групам, громадам), які перебувають у складних життєвих ситуаціях, набути достатньої сили (влади) задля виходу зі свого скрутного становища, максимального пристосування до соціального середовища, досягнення добробуту та соціальної справедливості [4]

До загальних функцій соціальної роботи відносяться:

Соціально-діагностична: вивчення особливостей групи, прошарку, особи, ступеня і спрямованості на них мікро- та макрофакторів середовища; диференційовані, індивідуалізовані і точно визначені проблеми клієнтів для організації надання допомоги, підтримки, захисту; вивчення, аналіз та оцінювання об'єктів соціальної роботи (індивідів, сімей, груп); діагностика результативності процесу співробітництва.

Прогностична: передбачення розвитку подій, процесів, програмування, прогнозування впливу на об'єкти соціальної роботи всіх соціальних інститутів суспільства, моделювання соціальної поведінки цих об'єктів; визначення цілей та способів втручання соціального працівника у проблеми клієнта; прогнозування, програмування, проектування процесів розв'язання проблем клієнтів з метою надання кваліфікованої допомоги.

Соціально-комунікативна: встановлення контактів з тими, хто потребує допомоги і підтримки, організація обміну інформацією, сприяння включенню різних інститутів суспільства в діяльність соціальних служб, допомога у сприйнятті та розумінні іншої людини; формування стратегії і тактики співробітництва соціального працівника з клієнтами.

Правозахисна: використання законів і правових актів, спрямованих на надання допомоги, підтримка і захист населення, яке проживає в країні і за її межами; використання правових норм для захисту прав та інтересів клієнтів, сприяння у застосуванні засобів державного примусу і реалізації юридичної відповідальності щодо осіб, які вдаються до прямих чи опосередкованих протиправних дій щодо клієнтів.

Превентивна: передбачення і приведення в дію соціально-правових, юридичних, психологічних, соціально-медичних, педагогічних та інших механізмів попередження і подолання негативних явищ; організація соціально-терапевтичної, соціально-побутової, психолого-педагогічної, медичної, юридичної та іншої допомоги; забезпечення захисту прав сім'ї, жінок, підлітків, дітей, молоді; запобігання виникненню можливих життєвих проблем у окремих індивідів; збереження, підтримка і захист нормального рівня життя і здоров'я людей.

Психотерапевтична: організація консультування різного виду, коригування міжособистісних стосунків, допомога в соціальній реабілітації всім, хто потребує допомоги, сприяння соціальній адаптації особи.

Соціально-педагогічна: виявлення інтересів і потреб людей у різних видах діяльності (виховній, навчальній, освітній, культурно-дозвільневій, спортивно-

оздоровчій діяльності, технічній, художній творчості, туризмі), залучення до роботи різних установ, організації, громадськості, творчих та інших спілок, спеціалістів, тренерів, організаторів культурно-дозвільневої, туристично-краєзнавчої роботи, сприяння соціалізації особистості.

Соціально-економічна: сприяння і надання необхідної допомоги та підтримки різним категоріям населення (інвалідам, дітям-сиротам, людям похилого віку, молодим сім'ям), надання натуральної та грошової допомоги, встановлення пільг; надання допомог, одноразових компенсацій; здійснення соціально-побутового патронажу.

Контрольно-наглядова: здійснення контролю за виконанням прийнятих рішень, за цільовим використанням коштів, передбачених для надання адресної соціальної допомоги. Проведення перевірок надання соціальної допомоги, для участі в яких залучаються відповідні спеціалісти. Оформлення необхідних документів, перевірка правильності заповнення та їх видачі на отримання державної соціальної допомоги. Перевірка правильності надання соціальної допомоги.

Організаційно-управлінська: сприяння організації соціальних служб на підприємствах, в організаціях, за місцем проживання, залучення до роботи громадськості, спрямовування діяльності соціальних служб на надання різних видів допомоги і соціальних послуг населенню, у першу чергу малозабезпеченим категоріям населення, окремим людям; забезпечення узгодженої взаємодії всіх ланок соціального захисту.

Рекламно-пропагандистська: організація реклами соціальних послуг, пропаганда та поширення ідей соціального захисту людини, забезпечення клієнтів необхідною інформацією у зрозумілій і доступній для них формі, надання багатоваріантних порад і пропозицій.

Соціально-медична: організація роботи з формування здорового способу життя, допомога в оволодінні основами надання першої медичної допомоги, культури харчування, санітарно-гігієнічними нормами; організація роботи з планування сім'ї, формування відповідального ставлення до репродуктивної і сексуальної поведінки, сприяння у підготовці молоді до сімейного життя, сприяння формуванню здорового способу життя, головні складові якого — організація медико-соціального захисту населення, наукове обґрунтування і своєчасне вжиття заходів збереження, підтримки і захисту нормального рівня життя і здоров'я людей.

Науково-дослідна: визначення проблем, конкретних тем досліджень; добір, аналіз літературних джерел, до-свід; використання наукових методів збирання первинної інформації та її обробки; оформлення результатів досліджень та визначення шляхів впровадження їх у практику.

Освітня: формування зацікавленості працівників у навчанні та підвищенні кваліфікації. Створення сприятливих умов для навчання, виявлення індивідуальних потреб працівників у навчанні, розробка проектів планів підготовки та підвищення кваліфікації кадрів. Використання інноваційних методів навчання, новітніх технологій.

Соціальна робота в системі охорони здоров'я — це комплекс заходів, спрямованих на підвищення соціальної

компетентності осіб з психічними розладами, формування у них відповідальності за свою соціальну поведінку, а також соціальне забезпечення, підтримка і соціальна реабілітація пацієнтів [5].

Головними завданнями соціального працівника в психіатричних закладах є надання пацієнтам можливості якомога повніше розвивати власний потенціал, збагачувати своє життя та попереджувати виникнення дисфункцій [5].

Соціальна робота в психіатрії представлена чотирма напрямками:

- Соціотерапевтичний
- Соціально-правове обслуговування
- Інформаційно-освітній
- Профілактичний

Напрямки соціальної роботи в психіатрії вказують на предмет соціальної роботи (тобто за допомогою чого і як саме впливати, здійснювати допомогу), а рівні соціальної роботи визначають об'єкти, на які цей вплив буде направлено. Реалізація перерахованих напрямків має відбуватися на декількох рівнях, а саме: особистісному, мікросоціальному та макросоціальному [5].

Розглянемо більш детально функції та обов'язки фахівця соціальної роботи в психіатричному закладі:

Спільно з лікарем психіатром та психологом розробляє індивідуальну та групову роботу з пацієнтами, спрямовану на покращення їх соціальної адаптації: проводить тренінг комунікативних навичок, відновлення соціальних зв'язків пацієнтів, проведення занять по соціально-правовому захисту пацієнтів, взаємодія закладів з організаціями, що надають соціальну допомогу та підтримку.

Спільно з лікарем-психіатром складає соціальну характеристику пацієнта та розробляє індивідуальні плани соціальної реабілітації.

Проводить соціальне обстеження пацієнтів (сімейні відносини, побутові та виробничі умови, характер праці тощо)

Сприяє у встановленні особистості і місця проживання пацієнтів, відновленні документів, що засвідчують їх особистість.

Сприяє відновленню функціонування пацієнта у різних соціальних групах, надає допомогу у налагодженні сімейних відносин, взаємодії з найближчим оточенням, групами по інтересам, виробничим колективом.

Проводить роботу по відновленню трудових навичок пацієнта, залучає його до трудової діяльності, надає допомогу в працевлаштуванні.

Здійснює заходи, направлені на відновлення у пацієнта навичок спілкування, міжособистісних відносин.

Надає допомогу у вирішенні таких побутових питань, як раціональне використання бюджету, харчування, дотримання гігієнічних та санітарних правил, доставку продуктів харчування, ліків, прибирання приміщення та інше.

Здійснює соціально-правовий захист пацієнта: відновлення соціального статусу пацієнта, допомога в оформленні пенсії, опіки, поміщення в спеціалізовані будинки-інтернати, відновлення на робочому місці.

Спільно з лікарем та психологом регулярно спілкується з пацієнтами та їх родичами, вивчає їх пропозиції та зауваження і вживає відповідних заходів.

Бере участь у роботі мультидисциплінарної бригади у відділенні, проводить проміжну оцінку соціального функціонування пацієнта та оцінку ефективності реабілітаційних заходів, що здійснюються з можливим внесенням змін до індивідуальної програми реабілітації та допомоги.

Проводить заняття щодо підвищення рівня соціальної адаптації пацієнтів, формування у них відповідальності за свою поведінку

Бере участь у підготовці пацієнта, якого мають виписувати зі стаціонару, до життя у буденних соціальних умовах.

Налагоджує співпрацю з усіма ланками структури соціального забезпечення залежно від потреб пацієнтів.

Для розуміння умов виникнення складнощів у впровадженні Європейських підходів до взаємодії лікаря-психіатра та соціального працівника, необхідно зупинитись на різниці в поглядах лікаря-психіатра та соціального працівника на психічне захворювання.

Лікар-психіатр розглядає психічну хворобу як страждання окремого індивіда в контексті внутрішніх факторів її виникнення. З точки зору лікаря-психіатра, зміни, які зумовлені хворобою пацієнта проводять до втрати особистісних якостей, психічному дефекту, порушенню протікання психічних процесів, втраті вищих психічних функцій. Лікар діє за принципом «не нашкодь».

Соціальний працівник розглядає патологічні зміни як фактори соціальної дезадаптації. Клієнт – це не тільки той, хто потребує допомоги, це ціла система, в яку включені члени сім'ї, колеги, друзі та близькі. Особлива увага приділяється умовам в яких жив клієнт та обставинам, які можуть викликати повторюваність розладів та формування залежної поведінки. Соціальний працівник та лікар-психіатр повинні усвідомлювати, що вони мають спільну мету – повернення в соціум повноцінного індивіда з максимально можливим переліком соціальних характеристик, статусів та ролей.

Початком залучення спеціалістів із соціальної роботи до надання психіатричної допомоги можна вважати 2008 р., коли Міністерством охорони здоров'я України

були внесені зміни до наказу від 23.02.2000 р. № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» 12.03.2008 року, згідно якого в штатний розпис психіатричних лікарень разом з психологами були включені фахівці соціальної роботи та соціальні робітники. Розвиток нормативно-правової регуляції діяльності соціального працівника в закладах охорони здоров'я, що надають психіатричну допомогу потребує самостійного дослідження та буде розглянуто окремо.

Висновки

Таким чином, впровадження соціальної роботи в систему психіатричної допомоги допоможе вирішити цілий комплекс проблемних питань, пов'язаних з адаптацією та інтеграцією пацієнтів після виписки з лікарні. Таких як оформлення інвалідності, пенсії, працевлаштування, трудова реабілітація, допомога з пошуком житла, які потребують вже залучення соціального сектору.

Саме соціальна робота при наданні психіатричної допомоги може стати зеленими світлом для розв'язання найбільш гострих проблем в українській психіатрії, відкрити нові можливості для роботи з особами з психічними розладами, залучивши соціальне оточення, наявні фізичні, психічні і духовні ресурси самого пацієнта, адже сприятливе соціальне середовище визначає успішність лікування або тривалість періоду ремісії пацієнта.

Список використаної літератури

- Всемирная Организация Здравоохранения // [Электронный ресурс] /Что такое психическое здоровье // URL: http://www.who.int/features/qa/62/ru/index.html.
- Пінчук І.Я. Психічне здоров'я як складова національної безпеки // Український медичний часопис. – 2013. – № 1. – С. 16.
- Судьин С.А. Психиатрия и социальная работа: факторы взаимодействия / Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. – 2011, №2 (22), с. 49-54.
- Соціальна робота: В 3 ч. — К.: Вид. дім «Києво-Могилянська академія», 2004. — Ч. 2: Основи соціальної роботи / А.М. Бойко, Н.Б. Бондаренко, О.С. Брижовата та ін.; За ред. Т.В. Семигіної, І.М. Приги. — С. 120—123.
- Степанова Е.В. Внедрение социальной работы в психиатрию: анализ теоретического подходов и практического / Отечественный журнал социальной работы. –2011, №4, с. 98-106.
- Наказ МОЗ України №33 від 23.02.2000р.
- Соціальна робота: технологічний аспект: Навч. посіб. / За ред. проф. А.Й. Папської. — К.: Центр навч. літ., 2004. — С. 8—34.

ГРАНИЦЫ КОМПЕТЕНЦИИ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, КОТОРОЕ ОКАЗЫВАЕТ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ С.С. Шум, А.В. Чайка
В статье освещены вопросы необходимости участия социального работника в системе оказания психиатрической помощи. Определены вопросы компетенции социального работника вообще и при предоставлении психиатрической помощи в частности. Определены границы компетенции социального работника и врача-психиатра при оказании медицинской помощи лицам с нарушениями психического здоровья. Ключевые слова: психическое здоровье, социальная работа, психиатрическое учреждение, психиатрическая помощь.
LIMITS OF COMPETENCE OF SOCIAL WORKERS IN HEALTH CARE INSTITUTIONS THAT PROVIDE PSYCHIATRIC SUPPORT S.S. Shum, A.V. Chajka
The article highlights the need of a social worker participation in the system of psychiatric care. Outlined question the competence of the social worker in general and in the provision of mental health care in particular. The limits of competence of social workers and psychiatrists in providing medical assistance to people with mental health. Key words: mental health, social work, psychiatric institution, psychiatric care.

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

УДК 616.89–036.865

Г.А. Пріб
ПРИНЦИПИ, СТРУКТУРА ТА ТЕХНОЛОГІЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ,
ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ
Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ

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

У статті розглянуті теоретичні погляди на формування принципів, структури та технології медико-соціальної реабілітації осіб, які страждають на психічні розлади.

Ідеологія сучасної медико-соціальної реабілітації ґрунтується на двох аспектах:

1. Особи із обмеженими можливостями мають потребу в навичках, уміннях та підтримці з боку середовища для відповідності власної ролі в побутовому, соціальному, трудовому оточенні або навчальному процесі;
2. Зміна навичок та підтримки у оточенні інваліда приводить до підвищення його спроможності до реалізації рольових функцій.

Реалізація цієї ідеології ґрунтується на таких принципах:

1. Системність, індивідуальний підхід;
2. Ранній початок;
3. Безперервність, комплексність, етапність.
Обсяг і зміст реабілітаційних заходів мають базуватися на індивідуальній програмі реабілітації (ІПР), яка повинна відповідати Державній типовій програмі реабілітації [1]. Принципи реабілітації пов’язані та впливають із принципів медико-соціальної політики щодо психічно хворих у державі, як інвалідів, так і не інвалідів. На жаль, історично соціальна політика щодо хворих будувалася на принципах компенсації й ізоляції. Принцип компенсації включав у себе заходи, спрямовані на компенсаційні форми (пенсія, пільги). Але ці заходи, як система державних гарантій на випадок інвалідності, не сприяють інтеграції осіб із обмеженими можливостями у суспільстві. Другий принцип – ізоляції – виражається у створенні особливих систем забезпечення життєдіяльності (спеціальних будинків для постійного, іноді довічного проживання, навчальних закладів, спеціалізованих підприємств). У таких умовах особи із обмеженими можливостями виявляються виключеними із життя суспільства й перетворюються лише у об’єкт його турботи та піклування. Ці принципи реабілітації психічно хворих обмежують право пацієнтів на якісне, незалежне соціальне життя у суспільстві

Сучасними ідеологічними принципами, на яких базується реабілітаційна робота, такі:

1. Державні соціальні гарантії. Реабілітація має проводитися згідно з зафіксованими у законодавстві соціальними гарантіями.
2. Міцний зв’язок із соціальним середовищем. Проблема осіб із психічним захворюванням не повинні пов’язуватися лише із медичними питаннями, треба враховувати навчання, проживання, спілкування, можливість або неможливість задоволення усіх притаманних хворому потреб;
3. Комплексність й послідовність. Незавершеність програм реабілітації або відсутність їх окремих напрямків обмежують можливості індивідуального реабілітаційного потенціалу;
4. Вивчення й збереження родинних взаємозв’язків. Врахування позитивного та негативного впливів родини на пацієнта;
5. Включення осіб із обмеженими можливостями у роботу служби допомоги. Почасти саме інваліди є експертами в оцінці програм допомоги інвалідам;
6. Незалежне життя осіб з інвалідністю. Максимальний розвиток здатності до самообслуговування, самопомоги, самозабезпечення. Стороння допомога повинна базуватися на оцінці стану інваліда та його самопочуття. Базовими моментами цього принципу є суверенітет та самовизначення;
7. Нерозривний зв’язок із оточуючим соціальним середовищем. Провідним у цьому принципі є боротьба з феноменом співзалежності оточуючих. Треба зазначити, що соціальні комунікації людини, незалежно від її фізичних або психічних умов, є найважливішою частиною її соціальної ролі.
8. Рівні права і можливості. Інваліди повинні розглядатися як суб’єкти власної життєдіяльності, а не лише як об’єкт турботи суспільства.

Аналіз досліджень і публікацій та виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Невід’ємною складовою ефективної реабілітації є оволодіння фахівцями (лікарями, психологами, соціальними працівниками)

основними поняттями при формуванні реабілітаційної програми, а саме: ушкодження, порушення, дефект, неспроможність, обмеження життєдіяльності (ОЖ), соціальна недостатність (СН). Перерахований термінологічний апарат по різному висвітлюється у науковій літературі, зокрема у працях Р. Wood (1980) [5] та W. Frey (1984) [4]. Проте в цілому науковці збігаються у думці, що ушкодження структури або функції призводить до зниження спроможності реалізувати навички й дії, що, у свою чергу, обмежує рольове функціонування пацієнтів у соціальних сферах. Комплексне лікування (медикаментозне або біологічне) та психотерапія спрямовуються на редукцію патологічних симптомів. Таке лікування повинно починатися на стадії ушкодження. Власне реабілітаційна робота повинна починатися на стадії фіксування ОЖ, де стратегією втручання є розвиток умінь і навичок та розвиток підтримки з боку оточення. Треба зазначити, що стадії порушення, ОЖ, СН є різними не лише за визначенням, але і за заходами, які повинні на цих стадіях виконуватися та впроваджуватися.

Спираючись на ідеологічні принципи реабілітації можна виокремити основні – **практичні принципи медико-соціальної реабілітації**. Цими принципами, на наш погляд, повинні керуватися фахівці у своїй повсякденній діяльності:

1. Безперервність, послідовність та повторюваність реабілітаційного втручання. Метою є максимальне досягнення можливого рівня соціальної компетентності пацієнта;
2. Формулювання мети та терміну реабілітаційних заходів, тобто їх структурованість;
3. Початок та продовження реабілітації на різних стадіях хвороби – наскрізний характер;
4. Оцінка ефективності реабілітації як фахівцями, так і пацієнтами – максимальна участь хворого у реабілітаційних заходах;
5. Збереження працездатності хворих як важливий елемент процесу одужання;
6. Врахування показників реального життя та можливості розвитку здатності пацієнта до діяльності у оточенні;
7. Використання різних методів досягнення реабілітаційної мети. Тобто вільність реабілітації лише від однієї з теорій розвитку психічних розладів;
8. Індукція здоров’я, а не редукція симптоматики хвороби – підвищення компетентності осіб із психічними розладами;
9. Адекватність втручання психосоціальному дефіциту з врахуванням майбутньої життєдіяльності пацієнта;
10. Вдосконалення вмінь і навичок пацієнта (ОЖ призводять до необхідності оволодіння новими навичкам й уміннями);
11. Обов’язкове застосування медикаментозної терапії, але з акцентом на реабілітаційному втручанні.

Метою дослідження є обґрунтування принципів, структури та технології медико-соціальної реабілітації осіб, які страждають на психічні розлади. Завдання дослідження – з точки зору біопсихосоціального підходу та спираючись на сучасні моделі інвалідності сформувати структуру та технологію медико-соціальної реабілітації осіб, які страждають на психічні розлади.

Матеріали та методи дослідження
Виходячи з мети та завдань 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, при якому усі одиниці генеральної сукупності мали рівну можливість потрапити до вибірки. Методи дослідження: структуроване інтерв’ю у рамках клініко-психопатологічного підходу, соціально-експертний, статистичні.

Виклад основного матеріалу дослідження

Для ефективного втілення у медико-соціальну практику психіатричних лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) принципів реабілітації при побудові реабілітаційної програми необхідно оволодіти знаннями щодо власне структури реабілітації. Серйозні вимоги до цілісності процесу реабілітації вимагають визначення її як сукупності відокремлених та структурованих елементів, які відокремлюються один від одного у часі та просторі. Тобто професіонали повинні володіти знаннями суті кожного реабілітаційного напрямку. Загалом виділяють медичні, соціальні та професійні реабілітаційні заходи. За правовим, соціально-середовищним, психологічним, виробничо-економічним, анатомо-функціональним аспектами **структуру реабілітації за її змістом можна характеризувати таким чином:**

1. Медична, яка включає комплекс заходів, спрямованих на відновлення втрачених або компенсацію порушених функцій, призупинення прогресування захворювань. Медична реабілітація нерозривно пов’язана із лікувальним процесом, тобто при наданні медичних послуг пацієнту аналізуються та враховуються можливості подальшої реабілітації. Цей процес починається у лікувальному закладі, після виведення пацієнта з гострого психотичного стану. При цьому треба мати на увазі, що стан пацієнта, який закінчив курс терапії, являє собою досить динамічну картину з можливістю як погіршення, так і поліпшення об’єктивних показників і суб’єктивного самопочуття. Тому медична реабілітація для профілактики негативної динаміки стану пацієнта у вигляді заходів медичної підтримки й оздоровлення повинна здійснюватися якомога якісніше;
2. Психологічна, спрямована на подолання у свідомості хворого думок про марність реабілітації. Психологічна реабілітація є самостійним напрямком реабілітаційної діяльності. Вона забезпечує подолання страху перед реальними проблемами та соціально-психологічного комплексу «каліки», закріплює активну особистісну позицію у житті;
3. Соціально-середовищна, забезпечує подолання ОЖ шляхом підтримки та розвитку здатності до самообслуговування й пересування. Здійснюється у таких напрямах:
а) організація житла та середовища пацієнта з його пристосуванням до відносно самостійного виконання побутових функцій, здійснення санітарно-гігієнічних заходів;

б) навчання користуватися цими пристосуваннями. Повинні створюватися умови, які виключають заподіяння пацієнтом шкоди собі або іншим особам. Важливою складовою тут є патронажна допомога соціального працівника для планування життя пацієнта;

4. Соціально-трудова, що являє собою комплекс заходів для пристосування виробничого середовища до потреб інваліда та його адаптацію до вимог виробництва;

5. Соціальна, зокрема державна політика з планування виробничих потужностей та інфраструктури підприємств з урахуванням потреб інвалідів;

6. Професійна, яка включає навчання й перенавчання інвалідів. Навчання навичкам роботи з колишньої спеціальності в умовах втрати окремих можливостей або функцій. Профорієнтація й професійне навчання будується за результатами професійної діагностики.

7. Освітня, що містить комплекс процесів одержання необхідної освіти, різних видів спеціальної професійної перепідготовки для здобуття нової професії;

8. Соціокультурна, яка забезпечує потребу в інформації щодо одержання соціально-культурних послуг. Самостійність емоційно-творчої сфери та відсутність детермінованих зв’язків приводить до розвитку особистості й стимуляції діяльності. Соціокультурна діяльність є чинником, що соціалізує та підштовхує до спілкування, відновлюючи самооцінку інвалідів;

9. Соціокомунікативна або комунікативна, зокрема відновлення соціальних взаємовідносин інваліда, зміцнення його соціальної мережі (оволодіння навичками спілкування у нових умовах, формування нового образу «Я» з позитивно забарвленою картиною світу, що перешкодить негативним емоційним реакціям у спілкуванні з іншими людьми).

Таблиця 1. Бланк оцінки здатностей пацієнта для узагальнення реабілітаційної мети

Наявність	Необхідні навички /уміння/здатності	Використання	Наявні	Необхідні
+/-	Соціальні контакти	Число випадків на тиждень (описується контакт)	+/-	+/-
+/-	Витрата грошей на особисті потреби	Число випадків на місяць	+/-	+/-
+/-	Соціальна діяльність	Число випадків на тиждень (описується діяльність)	+/-	+/-

Таблиця 2. Бланк функціональної оцінки для узагальнення реабілітаційної мети

Наявність	Необхідні Навички / уміння / здатності	Застосування навичок/ уміння / здатності	Оцінка використання навичок / умінь					
			Спонтанне *		Стимулююче **		Виконання***	
			Наявність	Необхідність	Так	Немає	Так	Немає
+/-	Вид діяльності	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
+/-	Демонстрування розуміння	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
+/-	Допомога	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-

Примітки: * – рівень спонтанного застосування навичок в оточенні, порівняно з необхідним рівнем використання навичок;
* * – використання навичок у відповідному оточенні;
*** – виконання навичок у ситуації оцінки або навчання.

Реалізація викладеної структури та змісту медико-соціальної реабілітації базується на трьох основних напрямках заходів:

1. Тренінг соціальних навичок та вмінь. Метою є визначення інтерперсональної дисфункції у пацієнтів. Встановлюється дефіцит соціальних навичок та вмінь й визначається його природа, досліджуються обставини розвитку дисфункції, а для їх подолання використовуються структуровані дидактичні прийоми. Шляхом інтенсивних тренувань втручання спрямовуються на окремі елементи поведінки з поступовим наближенням до «норми». Результативність втручань оцінюється перед початком та після завершення тренінгу, а також за катамнезом. Тренінг соціальних навичок та вмінь повинен бути невід’ємною складовою багатокомпонентних програм.

2. Сімейне урегулювання. Структуровані біхевіоральні методи, спрямовані на подолання міжособистісних проблем у родинах пацієнтів. Заходи дозволяють знизити медикаментозне навантаження, що приводить до зменшення побічних ефектів психотропної терапії (пізня дискінезія, акатизія) та сприяють подоланню соціального відторгнення і загострення психопатологічної симптоматики;

3. Підтримка суспільства, яка включає:

- ідентифікацію пацієнтів;
- допомогу у базових потребах;
- медичне обслуговування;
- кризові втручання;
- психосоціальну реабілітацію;
- допомогу у житлових і сімейних питаннях;
- юридичні послуги;
- користування системами державної й недержавної допомоги.

На ідеології та принципах медико-соціальної реабілітації базується **процес реалізації реабілітаційних програм, який складається із трьох фаз** та охоплює відновлення необхідних навичок та вмінь:

1. Фаза діагностики. Включає оцінку наявних сильних та слабких навичок, вмінь та підтримок пацієнта за збереженістю спроможності виконувати окремі соціальні ролі у різних сферах соціального функціонування. Визначається реабілітаційний діагноз та аналізується поведінкова дисфункція, а також існуючий рівень підтримки пацієнта в оточенні (у якому він живе, працює, спілкується тощо). Формування реабілітаційного діагнозу починається із визначення оточення пацієнта, у якому він буде перебувати під час реалізації реабілітаційної програми. Виходячи із оточення та його можливостей визначається

Таблиця 3. Бланк плану реабілітації для досягнення реабілітаційної мети

Завдання з розвитку навичок / вмінь / здатностей	Втручання*	Відповідальні	Початок	Закінчення
1. _____ 2. _____ 3. _____ (вказується % збереженості кожної навички / вміння)				
1. Здатність до _____ 2. Здатність до _____ 3. Здатність до _____ (вказується кількість необхідних заходів на тиждень)				

Примітка: * – вказується необхідність прямого або опосередкованого втручання.

мета реабілітації. За допомогою функціональної оцінки визначається втрата інвалідом навичок та вмінь, що перешкоджає досягненню загальної реабілітаційної мети. Тобто складається перелік навичок, які необхідно відновити, ґрунтуючись на поведінкових вимогах оточення та особливостях поведінки пацієнта. Оцінка можливості оточення дає змогу виявити наявність або відсутність підтримок, необхідних для досягнення мети реабілітації. У ході оцінки пацієнт повинен брати участь у складанні переліку осіб, місць, речей і видів діяльності, необхідних для його успішного функціонування в обраному оточенні. При визначенні реабілітаційного діагнозу можуть застосовуватися різні форми фіксування даних. У таблицях 1 та 2 представлено «Бланк оцінки здатностей» та «Бланк функціональної оцінки» для узагальнення реабілітаційної мети (адаптовано із [2]).

2. Фаза планування. Складання плану розвитку навичок, вмінь та підтримки для досягнення реабілітаційної мети з визначенням пріоритетних цілей і конкретних втручань з досягнення кожної цілі. Планування розвитку певних навичок, вмінь та здатностей здійснюється на підставі реабілітаційного діагнозу відповідно до реабілітаційної мети. Для здійснення кожного втручання визначаються втручання для виконання завдань плану і розподіляються обов’язки між фахівцями. План реабілітації підписує фахівець, який веде випадок з пацієнтом. Приклад бланка плану реабілітації для досягнення реабілітаційної мети наведено у таблиці 3.

3. Фаза втручання. Реєстрація плану реабілітації здійснюється шляхом реабілітаційного втручання з використанням двох основних видів втручань: а) набуття навичок / вмінь / здатностей; б) створення можливостей.

Набуття навичок / вмінь / здатностей відбувається у один із таких способів.

1. Пряме навчання. Використовується коли функціональна оцінка показує, що у пацієнта відсутні будь які чи окремі навички / вміння / здатності. Цей вид включає систему навчальних дій, що приводять до можливості використання пацієнтом нових форм поведінки;

2. Вироблення (програмування) навичок / вмінь / здатностей. Поступова підготовка хворого до використання збережених навичок / вмінь / здатностей необхідним чином. Використовується з метою подолання перешкод до постійного використання навичок / вмінь / здатностей, якими пацієнт вже володіє. Готує пацієнтів до використання навичок / вмінь / здатностей у суспільстві, як того вимагає незалежне існування у ньому.

Ці два види заходів з набуття навичок / вмінь / здатностей є взаємодоповнюваними.

Втручання з розвитку зовнішніх можливостей передбачає «пов’язання» пацієнта з існуючими можливостями. Під можливостями розуміють наявні ресурси, які може використовувати пацієнт для поліпшення свого функціонування. Ресурси поділяють на наявні та ті, які необхідно змінити, оскільки вони не використовуються. Наявні ресурси – це відбір кращих можливостей, які існують на даний час, з метою їх використання для підтримки пацієнта. Ресурси що змінюються – це адаптація можливостей, які пацієнт не використовує для своїх потреб.

Узагальнюючи вищевикладене можна зазначити, що власне процес реабілітації складається із залучення пацієнта і його найближчого оточення до діагностики, планування заходів, спрямованих на набуття навичок / вмінь / здатностей пацієнта, необхідних для його незалежного існування в оточенні та у суспільстві в цілому.

Виходячи із вищевикладених принципів, структури та процесу медико-соціальної реабілітації необхідно визначити поняття «технології» реабілітації. Технологія медико-соціальної реабілітації визначається як наукові знання та дії, спрямовані на вирішення індивідуальних проблем пацієнтів, а також суспільних проблем щодо досягнення індивідуальних або суспільних цілей.

Технологія медико-соціальної реабілітації має на меті зниження рівня інвалідизації й створення рівних можливостей для осіб із хронічними психічними розладами. Технологія медико-соціальної (психіатричної) реабілітації за операціями визначає знання й навички, які повинен використовувати фахівець для допомоги пацієнту у реабілітаційному процесі. Ідеологічно базовими компонентами технології реабілітації є основні знання про те, як пацієнту ефективніше використати наявні навички / уміння / здатності та допомогти йому взяти участь у реабілітаційному процесі діагностики – планування – втручання. Напрямки діяльності фахівців впродовж трьох фаз процесу реабілітації представлено у таблиці 4.

Для ефективного впровадження реабілітаційних заходів фахівець повинен опанувати знання щодо постановки загальної реабілітаційної мети, оцінки СФ та зовнішніх можливостей, реабілітаційного планування, прямого навчання навичкам, програмування навичок, наявних та змінених ресурсів. Ці знання необхідні для «проведення» пацієнта через усі фази реабілітаційного процесу. Приклад застосування постановки реабілітаційної мети відображено у таблиці 5.

Узагальнюючи вищевикладене необхідно вказати **показники, за аналізом яких проводиться оцінка ефективності медико-соціальної реабілітації.** До таких показників належать:

Таблиця 4. Види діяльності фахівців протягом трьох фаз процесу реабілітації

Фази / вид діяльності		
Діагностика	Планування	Втручання
Постановка реабілітаційної мети: 1. Оцінка реабілітаційної готовності; 2. Опис оточення; 3. Вибір мети.	Планування розвитку навичок / вмінь / здатностей: 1. Визначення пріоритетів та завдань; 2. Вибір втручання; 3. Формування плану.	Пряме навчання навичкам / вмінням / здатностям: 1. Опис змісту навичок / вмінь / здатностей та планування заняття; 2. Програмування використання навичок / вмінь / здатностей; 3. Тренування пацієнта.
Оцінка СФ: 1. Складання переліку необхідних навичок / вмінь / здатностей; 2. Опис використання та оцінка виконання навичок / вмінь / здатностей; 3. Тренування пацієнта.	Планування розвитку підтримки: 1. Визначення пріоритетів; 2. Визначення завдань; 3. Вибір втручань; 4. Формування плану.	Програмування навичок / вмінь / здатностей: 1. Визначення перешкод; 2. Створення програми; 3. Підтримка дій пацієнта.
Оцінка можливостей 1. Складання переліку основних можливостей; 2. Опис та оцінка використання можливостей; 3. Тренування пацієнта.	—	Координація можливостей 1. Пропонування клієнтові різних видів підтримки; 2. Використання можливостей програмування; 3. Зміна ресурсів (оцінка готовності та можливостей); 4. Пропозиції щодо змін.

Таблиця 5. Постановка реабілітаційної мети *

Оцінка реабілітаційної готовності	Встановлення похибкових критеріїв	Опис альтернативного оточення	Встановлення мети
Припущення про потреби пацієнта	З’ясування цінностей	Визначення альтернатив	Визначення критеріїв
Підтвердження згоди на зміни	Аналіз життєвого досвіду	Уточнення основних характеристик	Оцінка альтернативного оточення
Оцінка поінформованості	Припущення про особисті критерії	Вивчення альтернативного оточення	Формулювання мети
Виділення потреби у спілкуванні	Так / ні	Так / ні	Так / ні
Висновок про готовність	Так / ні	Так / ні	Так / ні

Примітка. * – адаптовано із [3].

- клінічні (медичні): зміна вираженості психічних розладів; тривалість ремісії, частота загострень і повторної госпіталізації;
- соціальні: зміни показників СФ, якість життя;
- економічні: мікроекономічні – полегшення економічного тягаря для родини, макроекономічні – вартісна ефективність.

Для оцінки рівня соціальної недостатності та ефекту реабілітаційного втручання використовують різні методи. Сьогодні це різноманітні шкали та опитувальники, які дозволяють дати характеристику суб’єктивним та об’єктивним показникам СФ (методики оцінки якості життя, методики оцінки вираженості симптомів розладу, різні шкали соматичного, когнітивного, афективного, економічного статусу тощо). Багато з таких методик розроблено за кордоном, тому необхідні їх валідизація та стандартизація для використання в Україні.

Медико-соціальна реабілітація виходить за межі суто медичного аспекту допомоги особам з психічними розладами. Виходячи із мети, завдань та різноманітних впливів для її успішного здійснення необхідне впровадження принципу роботи мультидисциплінарних бригад з хворими. Уся діяльність з реабілітації осіб з ОЖ та СН має бути системною і комплексною та повинна здійснюватися сукупністю різних установ медико-соціальної сфери, незалежно від їх належності до систем соціального захисту, охорони здоров’я, культури й спорту тощо.

Висновки

За результатами досліджень та теоретико-методологічного аналізу принципів, змісту, структури, технології медико-соціальної реабілітації психічно хворих встановлено, що процес реабілітації повинен у обов’язковому порядку бути цілісним та комплексним. Вилучення або пропущення того чи іншого напрямку або форми реабілітації призводить до зворотної появи ОЖ та СН пацієнтів з обмеженими можливостями. Водночас виконання ППР не означає, що медико-соціальні заклади, які надають допомогу пацієнту, можуть обмежитися лише наданням матеріальної допомоги (пенсії). Цілісність людської особистості, усі прояви якої взаємозалежні, а також і цілісність соціального буття обумовлює реабілітаційний процес психічно хворих, який має початок, але не має кінця.

Список використаної літератури

1. Державна типова програма реабілітації інвалідів [Електронний документ]. – Шлях доступу : URL : http://www.kmu.gov.ua/control/publish/article?art_id=58216260. – Заголовок з екрана.
2. Ентоні В. Психіатрична реабілітація : пер. з англ. / В. Ентоні, М. Коен, М. Фаркас. – К. : Сфера, 2001. – 298 с.
3. Effectiveness of technical assistance in the development of psychiatric rehabilitation programs / P. B. Nemes, R. Forbess, M. R. Cohen [et al.] // J. Ment. Health Adm. – 1991. – Vol. 18, № 1. – P. 1–11.
4. Frey W. D. Functional assessment in the 80s: A conceptual enigma, a technical challenge / W. D. Frey // Functional assessment in rehabilitation / ed. by A. S. Halpern, M. J. Fuhrer. – Baltimore : P.H. Brookes Pub. Co., 1984. – P. 11–43.
5. Wood P. H. Appreciating the consequences of disease: the international classification of impairments, disabilities, and handicaps / P. H. Wood // WHO Chron. – 1980. – Vol. 34, № 10. – P. 376–380.

ПРИНЦИПЫ, СТРУКТУРА И ТЕХНОЛОГИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Г.А. Приб

В статье рассмотрены теоретические взгляды на формирование принципов, структуры и технологии медико-социальной реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами.

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

PRINCIPLES, STRUCTURE AND TECHNOLOGY OF MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS

G. Priб

The article covers theoretical notions on formation of principles, structure and technology of medical and social rehabilitation of people with mental disorders.

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

УДК 616.35-006-089.87:316.6

С.В. Мерліч

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ З РОДИНОЮ ЯК ЕТАП КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ОНКОХВОРОГО

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Метою нашої роботи була організація комплексного медико-психологічного супроводу родини онкохворого, який переніс оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, на амбулаторному етапі лікування, та перевірка її ефективності. До мультидисциплінарної команди, яка організовувала супровід родини онкохворого на амбулаторному етапі лікування, входили лікарі-онкологи, середній та молодший медичний персонал, психологи, соціальні помічники, волонтери, представники громадських організацій. Проведення заходів комплексного мультидисциплінарного медико-психологічного супроводу родин онкохворих, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, на амбулаторному етапі лікування дозволяє значно поліпшити якість життя пацієнтів, поновити їх соціальні зв’язки та адаптивне функціонування й значно покращити психоемоційний стан 89,18% обстежених.

Ключові слова:

онкохворий пацієнт, медико-психологічний супровід родини онкохворого, мультидисциплінарна команда.

Онкологічне захворювання члена родини має психотравмівний вплив на інших її членів [1–6]. Це часто пов’язане зі зміною звичного ритму життя, зменшенням турботи та уваги батьків, зростанням сімейного напруження, матеріальними обмеженнями. Психоемоційний стан осіб, які знаходяться в близькому оточенні онкологічного хворого, тісно пов’язаний зі змінами у фізичному та психічному стані хворого [2]. Водночас психологічне самопочуття пацієнта залежить від емоційного стану членів його родини та близьких друзів [3, 4].

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 особу віком від 45 до 63 років, з яких за статевую належністю було сформовано дві групи дослідження (154 чоловіки – Г1 та 157 жінок – Г2). У осіб чоловічої та жіночої статі, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, було визначено порушення психоемоційного стану, соціального функціонування, а також загострення характерологічних рис, що негативно впливали на процес відновлення здоров’я пацієнта після операції, а також погіршували якість його життя. Для проведення корекційної роботи методом сліпої рандомізації раніше досліджені групи

пацієнтів було поділено на чотири групи втручання (з них дві основні групи (ОГ) та дві групи порівняння (ГП)): чоловіки – ОГ1 (79 осіб) та ГП1 (75 осіб); жінки – ОГ2 (79 осіб) та ГП2 (78 осіб). В усіх ОГ впродовж року на тлі амбулаторного ведення хворого лікарем-онкологом проводився комплексний мультидисциплінарний медико-психологічний супровід онкохворих. В обох ГП хворі отримували виключно набір процедур, які передбачено стандартами надання допомоги онкохворому після формування кишкової стоми на амбулаторному етапі лікування.

Результати та їх обговорення

Робота з родиною на амбулаторному етапі лікування допомагала у взаєморозумінні, підтримці і створенні адекватного мікроклімату у сім’ї пацієнта [1].

Робота з сім’єю онкохворого мала три складові: інформаційний (теоретичний) блок, комунікативний тренінг, системна сімейна психотерапія.

До теоретичного блоку входило проведення лекційних занять, які містили інформацію щодо сучасного стану проблеми онкопатології. Також надавали інформацію щодо психологічних особливостей онкохворого та порушень його соціального функціонування. Підкреслювалась важливість участі родини в системі надання комплексної допомоги такому хворому.

Комунікативний тренінг для членів родини онкохворого був побудований на основі поведінкової терапії.

Його метою був розвиток і відпрацювання оптимально-го для стосунків родини з онкохворим типу поведінки. Група допомагала учасникам виробити і розвинути найважливіші емоційні і міжособистісні вміння, зміст яких визначався угодою між онкохворим, його родиною та керівником групи. Метою комунікативного тренінгу було відпрацювання умінь ефективної комунікації між онкохворим та членами його родини. Основними за-вданнями тренінгу були такі:

- корекція типів реагування членів сім’ї на складні фруструючі ситуації, що виникають в сімейній комунікації. Розвиток умінь брати на себе відпо-відальність за розв’язання ситуації і формування навичок її спільного вирішення та обговорення;
- відпрацювання стадій вирішення комунікаційної проблеми. Розвиток умінь усвідомлювати свої потреби, адекватно передавати інформацію про їх зміст і, відповідно, ефективно приймати та де-кодувати її. Формування навичок ефективного спілкування з онкохворим на амбулаторному етапі лікування;
- зміцнення згуртованості сім’ї. Усвідомлення кож-ним її членом своєї індивідуальності, свого «Я» і одночасна його інтеграція в цілісну сімейну струк-туру. Вироблення конструктивної позиції ставлен-ня до онкохворого члена родини через корекцію системи сімейних ролей;
- формування уявлень про перспективи розвитку сім’ї.

Поставлені завдання визначали зміст основних ко-рекційних блоків, які входили до структури програми комунікативного тренінгу.

Загалом комунікативний тренінг складався з 16 тренінгових занять. Загальна тривалість одного та-кого заняття складала 2 години (120 хвилин). Кожне заняття містило завдання з кожного із чотирьох етапів тренінгу.

До кожного заняття входили розминкові вправи, які готували учасників до основної частини та до-зволяли створити у групі спокійну й невимушену атмосферу, а також інформаційна частина, в ході

якої учасники отримували знання про психологічні основи взаємодії у родині. Вона супроводжувалася груповою дискусією, яка була способом організації спілкування учасників групи, що дозволяв зіставити протилежні позиції, побачити проблему з різних сто-рін, що зменшує опір сприйняттю нової інформації, усуває інформаційну упередженість. У цій частині тренінгу також використовували груповий аналіз ситуацій (кейс-метод), який стимулює звернення до досвіду інших, що визначало прагнення до набуття теоретичних знань для отримання відповідей на об-говорювані питання.

Основними процедурами змістової частини тренін-гу, орієнтованої на вирішення проблем учасників гру-пи, були «операціоналізація» і «репетиція поведінки». Метою «операціоналізації» було переведення неясних думок, мотивів, бажань в об’єктивні, спостережувані дії. Почуття і бажання операціоналізувались в інтонації, дотику або вербальному вираженні.

Основний зміст методики «репетиція поведінки» становило рольове програвання ситуацій, які свого часу створили або могли створити проблеми для учасників групи. У ній використовували прийоми поведінкового навчання, при якому моделювались оптимальні способи управління ситуацією. Важливим прийомом репетиції поведінки було підкріплення. В якості нього виступали позитивні реакції, що виражались в разі успішного ви-рішення ситуації керівником і учасниками групи. При цьому підкріплювалось будь-яке поліпшення в плані розв’язання скрутноі, конфліктної ситуації, а не тільки успішне її завершення. Використання рольової гри як основного інструмента репетиції поведінки ґрунтува-лося на тому факті, що подібне усвідомлення приводить до дії, а його виконання – до розширення усвідомлення самого себе.

Для груп, у роботі з якими використовуються по-ведінкові техніки, важливими аспектами проведення комунікативного тренінгу є вимір (діагностика) та оцінка ефективності. Процедура оцінки тісно пов’язана з діагностичним етапом проведення тренінгу, оскільки початкове виявлення рівня розвитку тієї чи іншої озна-ки дозволяє визначити його зміну після проходження тренінгової програми.

Психологічна дезадаптація членів родин онкохворих несприятливо впливає як на лікування, так і на якість життя. Найчастіше члени сім’ї надто зайняті увагою, яку приділяють онкологічному хворому. Родичі можуть відчувати гнів, який складно приховати, від почуття безсилля і відсутності контролю над ситуацією. Зазви-чай під цим приховане відчуття провини і того, що у житті щось зроблено неправильно. Наразі самі родичі потребують психокорекційної допомоги. Тому най-важливіше місце у програмі роботи з онкологічними хворими займає взаємодія з членами його сім’ї та най-ближчим оточенням. Інструментом роботи з членами сім’ї онкохворого стала системна сімейна психотерапія. Системний підхід ґрунтується на такому:

1. Сім’я, як система – більше, ніж просто сума її частин.
2. При впливі на сім’ю в цілому відбувається вплив на кожну з її складових.

3. Зміна в одній частині системи впливає на всю систему, а також на частини, з яких вона складається.

Усвідомлення реальної сімейної проблеми має діагностико-терапевтичне значення, при якому ви-явлене й усвідомлене утруднення змушує членів сім’ї переглянути свою поведінку, допомагає їм перебороти бар’єр винятковості ситуації й виробити позитивне ставлення до проблеми, створює можливість позитив-ного її вирішення. Сімейна терапія містить у собі зна-ходження компромісу в культурно-значеннєвій сфері, корекцію соціально-психологічних стереотипів, що накопичилися, опанування навичками неконфліктного спілкування. Однією з методик системної сімейної тера-пії, які використовували для допомоги родинам хворих з сформованою кишковою стоною, була побудова гено-грами сім’ї. Генограма – це схема сімейної історії, яка утворена за визначеними правилами і відображає вза-ємини в поколіннях прародичів, батьків і у самій сім’ї. Процес побудови генограми має ряд значних переваг у вирішенні завдань сімейної психопрофілактики: він достатньо захоплюючий і задовольняє одну з глибинних потреб людей у знанні своїх коренів; у його ході члени сім’ї, які могли довгий час практично не спілкуватися, втягуються в спільну діяльність; підсумкова картина тут має значну інформативність генетичного, онто-генетичного або набутого характеру. Також викорис-товували метод сімейних розстановок за Хелінгером. Розстановка – це робота над усвідомленням глибинних підсвідомих процесів, які формують проблему, з метою знайти шляхи її розв’язання. Під час роботи за цим методом клієнт розставляє людей (заступників) в робо-чому просторі групи, інтуїтивно визначаючи кожному своє місце. Розставлені клієнтом фігури відображають його підсвідомий образ ситуації, з якою він працює в розстановці. В основі роботи розстановки лежить той феномен, що люди беруть на себе роль іншої людини, про яку не мають жодної інформації, але в цій ролі вони здатні сприймати і відчувати те саме і так само, як ті, кого вони заміщають. Заступники, озвучуючи свої стани та переживання, дозволяють психологу відновити хід подій сімейної історії і поступово, крок за кроком,

розплутати клубок сімейних взаємин. Робота ведеться за допомогою додавання, переміщення заступників в полі розстановки, застосовуються різні техніки і риту-али. Показником вірності рішення для даної системи є комфортний стан всіх учасників розстановки (рівні почуття, відсутність дискомфорту в тілі тощо), ознаки фізичного і психічного полегшення у клієнта.

Висновки

Важливим етапом надання допомоги онкохворому пацієнту є організація комплексного мультидисциплі-нарного медико-психологічного супроводу його родини на етапі амбулаторного лікування.

До мультидисциплінарної команди, яка організовує супровід родини онкохворого на амбулаторному етапі лікування, повинні входити лікарі-онкологи, середній та молодший медичний персонал, психологи, соціаль-ні помічники, волонтери, представники громадських організацій.

Проведення заходів комплексного мультидисци-плінарного медико-психологічного супроводу родини онкохворих, які перенести оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, на амбулаторному етапі лікування (інформування, системна сімейна терапія, комунікативний тренінг) дозволяє значно покращити якість життя пацієнтів, поновити їх соціальні зв’язки та адаптивне функціонування і значно поліпшити психо-емоційний стан 89,18% досліджених.

Список використаної літератури

1. Алешина Ю. Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Ю. Е. Алешина. – М.: Класс, 2000. – 214 с.
2. Гнездилов А. В. Психические изменения у онкологических больных / А. В. Гнездилов // Прак. онкол. – 2001. – № 1. – С. 5–13.
3. Монтгомери Ч. Психоонкология: достижение зрелости / Ч. Монтгомери // Psychiatric Bulletin. – 1999. – Vol. 23. – P. 431–435.
4. Писаренко Н. А. Психологическая адаптация семьи ребенка с онкологическим заболеванием на этапе ремиссии / Н. А. Писаренко // Рос. вестн. перинатоло-гии и педиатрии. – 1998. – № 3. – С. 39–41.
5. Back A. L. Approaching difficult communication tasks in oncology / A. L. Back, R. M. Arnold, W. F. Baile // CA Cancer J. Clin. – 2005. – Vol. 55. – P. 164–177.
6. Holland J. C. Psycho-Oncology / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen. – Ox-ford University press, 2010. – P. 712.

Таблиця. Етапи комунікативних завдань для родини хворого з кишковою стоною

I. Організаційний етап	Знайомство з учасниками групи. Первинна діагностика проблем і очікувань від майбутньої роботи. Виявлення і корекція мотивації учасників
II. Ознайомчий етап	Знайомство учасників один з одним. Визначення приватних цілей кожного і загальних цілей роботи групи. Створення атмосфери співпраці і безпеки
III. Розв’язання заявлених проблем	Дестабілізація уявлень учасників про себе і свою поведінку. «Операціоналізація» і «репетиція поведінки». Груповий аналіз ситуацій (кейс-метод). Формування та аналіз даних про майбут-нє родини
IV. Заключний етап	Рефлексія змін, що відбулися з учасника-ми групи. Вимір (діагностика) та оцінка ефективності СПТ. Прогнозування учасниками перспективних сі-мейних планів

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ С СЕМЬЕЙ КАК ЭТАП КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ОНКОБОЛЬНЫХ

С.В. Мерлич

Целью данной работы была организация комплексного медико-психологического сопровождения семьи онкобольного, перенесшего оперативное вме-шательство с формированием кишечной стоми на амбулаторном этапе лечения, и проверка ее эффективности. В мультидисциплинарную команду, которая организовывала сопровождение семьи онкобольного на амбулаторном этапе лечения, входили врачи-онкологи, средний и младший медицинский персонал, психологи, социальные помощники, волонтеры, представители общественных организаций. Проведение мероприятий комплексного мультидисциплинарного медико-психологического сопровождения семьи онкобольных, перенесших оперативное вмешательство с формированием кишечной стоми, на амбулаторном этапе лечения позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов, восстановить их социальные связи и адаптивное функционирование и значительно улучшить психоэмоциональное состояние 89,18% обследованных.

Ключевые слова: онкологический пациент, медико-психологическое сопровождение семьи онкобольного, мультидисциплинарная команда.

ORGANIZATION OF FAMILY WORK AS A STAGE OF INTEGRATED HEALTH-PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF CANCER PATIENTS

S. Merlich

The aim of this work was the organization of complex medical and psychological support to families with cancer patient, who underwent surgery with the formation of intestinal stoma outpatient treatment, and testing its effectiveness. The multi-disciplinary team that organized support families with cancer outpatient treatment included specialists oncologists, middle and junior medical staff, psychologists, social assistants, volunteers, representatives of public organizations. Event management integrated multidisciplinary medical and psychological support families of cancer patients who transfer surgery with the formation of intestinal stoma, outpatient treatment can significantly improve the quality of life of patients regain their social networks and adaptive functioning and emotional state significantly improve 89,18% of patients.

Key words: cancer patient, medical and psychological support to families of cancer patients, multidisciplinary team.

М.В. Коваленко

ДОСЛІДЖЕННЯ МОТИВАЦІЙНОГО КОМПОНЕНТА ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ У СТУДЕНТІВ
ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

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

Ключові слова:
перфекціонізм,
мотивація, мотивація
на успіх або невдачу.

Мотивація являє собою активацію особливих спонукань в конкретних умовах. Структура мотиваційного компонента перфекціонізму має дві основні складові – прагнення до успіху та уникнення невдач, що відображають позитивні та негативні аспекти перфекціонізму.

Для вивчення мотивації на успіх або невдачу було анонімно обстежено 275 студентів першого та п'ятого курсів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. У загальній групі студентів достовірна більшість обстежених була орієнтована на успіх – 52,00% (143 особи), у 39,27% (108 студентів) мотиваційний полюс не був вираженим, достовірно найменша частка студентів була орієнтована на невдачу – 8,73% (24 студенти) ($p < 0,01$), що вказує на переважання позитивної спрямованості мотивації та можливість формування ефективних адаптивних стратегій подолання стресу. У процесі навчання студентів у ВНМЗ з 1 до 5 курсу виявлено позитивну динаміку в формуванні мотивації на успіх, що свідчить про ціннісно-мотиваційну перебудову особистості з орієнтацією на навчальні та професійні досягнення у процесі професійної підготовки майбутніх лікарів. Порівняльне дослідження мотивації на успіх серед студентів різних факультетів показало, що вона найбільше сформована у студентів 5 курсу стоматологічного факультету, тобто випускників, орієнтованих на успішне закінчення навчання та початок самостійної професійної діяльності. Отримані в ході порівняльного та кореляційного аналізу дані щодо мотиваційного компонента перфекціонізму у студентів ВНМЗ доводять, що із збільшенням інтенсивності перфекційних настанов особистості до високого рівня збільшується негативна мотивація на невдачу, що характеризує посилення негативного компонента перфекціонізму.

Для характеристики феномена перфекціонізму у студентів важливим є дослідження мотивації діяльності, орієнтованої на навчальні та професійні досягнення. Мотивація перфекційної діяльності спрямована на найкраще виконання будь-якого виду діяльності та досягнення високого результату з застосуванням критерію успішності. Структуру мотиваційного компонента перфекціонізму складають два основних компоненти – прагнення до успіху та уникнення невдач, що відображають позитивні та негативні аспекти перфекціонізму. Актуальність. Мотивація являє собою активацію особливих спонукань у конкретних умовах, вона є необхідною умовою будь-яких форм довільної активності, це стосується і навчальної діяльності, в якій мотивація

забезпечує прагнення до пізнання і досягнення широго кола навчальних цілей [1, 4].

Мотив досягнення складається із двох компонентів – надії на успіх та страху перед невдачею. Мотивація успіху має позитивний характер. При цьому дії людини спрямовані на досягнення конструктивних, позитивних результатів. Такі особи задовольняються тим рівнем успішності, який дещо вищий за їх актуальний рівень досягнення, але не перевершує його набагато. Мотивація боязні невдачі має негативний характер. При такому типі мотивації людина прагне насамперед уникнути поганого ставлення до себе, і навіть покарання. Очікування неприємностей визначає її діяльність. У цьому випадку, думаючи про майбутню діяльність, людина вже боїться можливого провалу і шукає варіанти, як його уникнути, а не як домогтися успіху. Виходячи з протистояння оціночних диспозицій «прагнення до успіху» і «уникнення невдачі», Х. Хекхаузен прийшов до висновку, що при цьому виникає «конфлікт оціночних диспозицій», що стає невід'ємною частиною мотивації досягнення [6].

Neumeister (2004) виявив, що позитивні аспекти перфекціонізму пов'язані з мотивацією досягнення, при суб'єктно-орієнтованому перфекціонізмі (Self-Oriented Perfectionism) також переважає мотив досягнення, формуються адаптивні когнітивні стратегії вирішення проблем, управління часом, пошуку соціальної підтримки. Переважання в діяльності перфекціоніста мети перевершити інших може мати негативний вплив на мотивацію, призвести до неадекватної поведінки (наприклад, уникнення складних завдань) [8]. З іншого боку, негативні аспекти перфекціонізму пов'язані з більш низькою мотивацією досягнення. Також виявлено зв'язок між соціально-наказовим перфекціонізмом та мотивацією на страх невдачі, що має негативний вплив на цілі, поведінку та успішність особи [7]. При цьому з позицій багатомірного конструкту перфекціонізму «мотивація на успіх» відповідає поняттю «позитивний перфекціонізм», а мотив «уникнення невдачі» пов'язується з «негативним перфекціонізмом» [2].

В Україні було проведено дослідження сформованості мотивації успіху і страху невдачі у студентів –

майбутніх психологів – різних курсів (Гуляс І.А., 2012). У ході дослідження автор виявила асиметричність сформованості названих мотивів на користь переважної орієнтації на успіх, що досягає максимальних значень на IV–V курсах; зниження показників сформованості зазначеного мотиву у студентів II і III курсів, а також різке зростання кількості студентів з невираженою мотивацією. «Мотиваційна яма» середини навчання у ВНЗ свідчить про ціннісно-мотиваційну перебудову, диспозиційне переформатування особистості [3].

Дослідження ціннісно-мотиваційної сфери має особливу актуальність для дослідження у студентів в процесі навчання в вищому навчальному медичному закладі, оскільки саме характер цінностей і мотивів, що лежать в основі діяльності, визначає напрям і зміст активності особи (Капцов А.В., 2011) [5]. Тому важливим є вивчення впливу феномена перфекціонізму на формування мотивації у студентів.

Мета. Дослідити мотиваційний компонент перфекціонізму у студентів ВНМЗ в процесі навчання.

Матеріали та методи дослідження

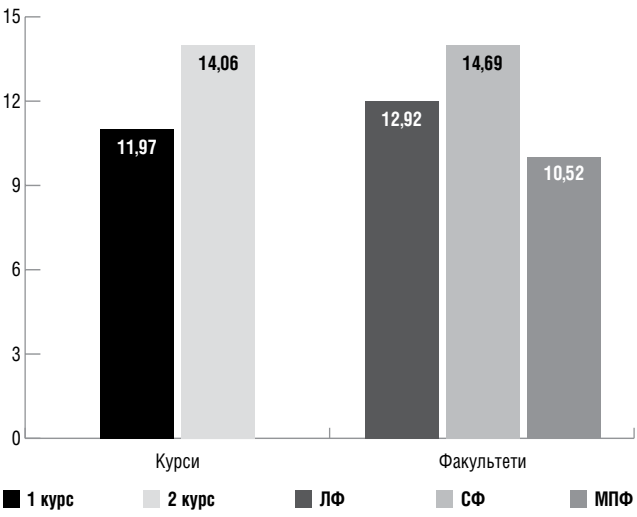
Для дослідження мотивації на успіх або невдачу було анонімно обстежено 275 студентів першого та п'ятого курсів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Серед них студентів 1 курсу було 135 осіб (49,09%), студентів 5 курсу – 140 осіб (50,91%). У дослідженні брали участь представники трьох факультетів: стоматологічного (СФ) – 107 студентів (38,90%), медичного факультету №2 зі спеціальності медична психологія (МПФ) – 66 студентів (24,00%), лікувального (ЛФ) – 102 студенти (37,10%). Серед учасників дослідження дівчат було 189 (68,73%), хлопців – 86 (31,27%).

Результати та їх обговорення

Для виявлення мотивації особистості на успіх або невдачу було використано Опитувальник «Мотивація успіху та боязнь невдачі» А.А. Реана (МУН) (Реан А. А. Психология изучения личности : учеб. пособие / А. А. Реан. – СПб. : Изд-во Михайлова В.А., 1999. – 288 с.). За даними опитувальника, при загальній сумі балів від 1 до 7 діагностувалась мотивація на невдачу (боязнь невдачі), 8 – 13 – мотиваційний полюс яскраво не виражений, 14–20 – мотивація на успіх (надія на успіх). У загальній групі студентів достовірна

більшість студентів належала до групи орієнтованих на успіх – 52,00% (143 особи), у 39,27% (108 студентів) мотиваційний полюс не був вираженим, достовірно найменша частка студентів була орієнтована на невдачу – 8,73% (24 студенти) ($p < 0,01$). Результати представлені на рисунку 1.

В ході дослідження було визначено середнє значення показника мотивації на різних курсах та факультетах ВНМЗ (рис. 2).



Курс	ЛФ	СФ	МПФ
1 курс	11,97		
2 курс		14,06	
5 курс	12,92	14,69	10,52

Примітка. * – відмінності достовірні, порівняно з іншими групами, $p < 0,01$.

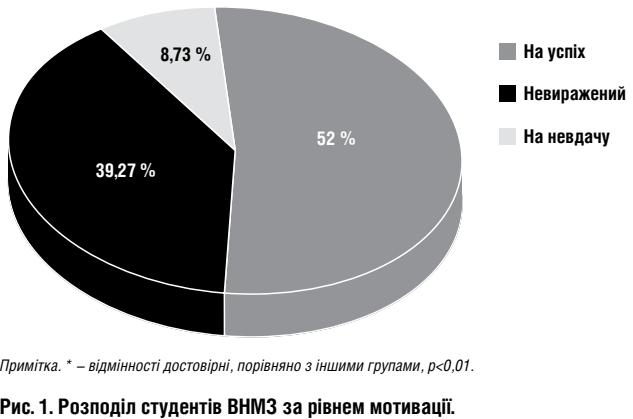
Рис. 2. Показник мотивації на різних курсах та факультетах ВНМЗ.

Таким чином, у студентів 1 курсу мотиваційний полюс переважно був не вираженим, а студенти 5 курсу були мотивовані на успіх. При порівнянні встановлено, що на 5 курсі студентів з мотивацією на успіх було достовірно більше, ніж на 1 курсі, а з мотивацією на невдачу – достовірно менше.

Серед студентів різних факультетів була сформована мотивація тільки на СФ (мотивація на успіх) – за рахунок 5 курсу – 73,58% (39 осіб), на МПФ та ЛФ мотивація була несформованою. Такі відмінності можна пояснити тим, що студенти 5 курсу СФ є випускниками, вони орієнтовані на успішне закінчення навчання та початок самостійної професійної діяльності, а студенти ЛФ та МПФ ще рік продовжують навчання і такої мотивації не мають.

Для проведення аналізу феномена перфекціонізму у студентів ВНМЗ було використано Опитувальник перфекціонізму Холмогорової А.Б., Гаранян Н.Г. (2001). Для визначення рівня перфекціонізму всіх студентів методом перцентилів було поділено 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. За результатами дослідження більшість студентів продемонстрували середній рівень перфекціонізму – 53,82% (148 осіб), достовірно менше було студентів з низьким або високим рівнями 22,54% (62 особи) та 23,64% (65 осіб) відповідно.

У групах студентів ВНМЗ з різними рівнями перфекціонізму було проведено вивчення розподілу студентів ВНМЗ за мотивацією (таблиця) та дослідження показника мотивації (рис. 3).

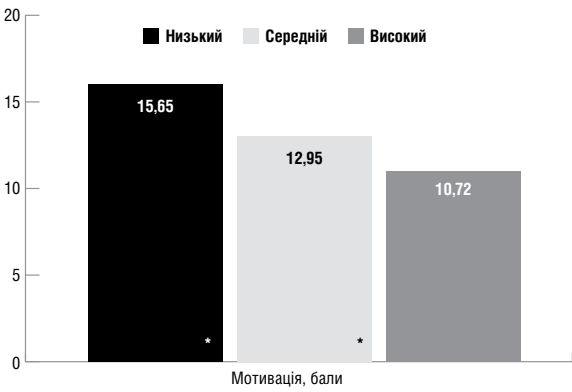


Таблиця. Розподіл студентів ВНМЗ за мотивацією у групах з різним рівнем перфекціонізму, %

Мотивація	1. Низький (n=62)	2. Середній (n=148)	3. Високий (n=65)	p<0,01 або *p<0,05
1. Мотиваційний полюс не виражений (n=108)	24,42% (17)	43,92% (65)	40,00% (26)	p2-1* p3-1
2. Мотивація на успіх (n=143)	72,58% (45)	49,32% (73)	38,46% (25)	p2-1 p3-1
3. Мотивація на невдачу (n=24)	0	6,76% (10)	21,54% (14)	*p3-2
p<0,01 або *p<0,05	p2-1	p2-1 p3-1	*p3-1 *p3-2	

Примітка. * – відмінності достовірні, порівняно з іншими групами, p<0,01.

Як показують дані таблиці 1, серед студентів з низьким рівнем перфекціонізму переважають особи з мотивацією на успіх, студентів з мотивацією на невдачу у цій групі не виявлено. Серед студентів з середнім рівнем перфекціонізму осіб з мотивацією на успіх та з невираженим мотиваційним полюсом була приблизно однакова кількість, студентів з мотивацією на невдачу – достовірна меншість. Серед студентів з високим рівнем перфекціонізму осіб з мотивацією на невдачу також була достовірна меншість. Разом з тим, студентів з мотивацією на успіх у групі з низьким рівнем достовірно більше, ніж у інших групах, з невираженим мотиваційним полюсом – достовірно менше. Частка осіб з мотивацією на невдачу достовірна більша серед студентів з високим рівнем перфекціонізму.



Примітка. * – відмінності достовірні, порівняно з іншими групами, p<0,01.

Рис. 3. Показник мотивації серед студентів ВНМЗ з різним рівнем перфекціонізму.

Отримані результати, представлені на рисунку 3, доводять, що показник мотивації найвищий у студентів з низьким рівнем перфекціонізму, найнижчий – у студентів з високим рівнем перфекціонізму.

При проведенні кореляційного аналізу було встановлено достовірний кореляційний зв’язок середньої сили між показником мотивації та рівнем перфекціонізму (коефіцієнт кореляції R=0,39, p= 0,001), причому негативний – з показником перфекціонізму (коефіцієнт кореляції R= -0,33, p= 0,001), тобто при вищому показнику перфекціонізму можна очікувати нижчий показник мотивації.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОТИВАЦИОННОГО КОМПОНЕНТА ПЕРФЕКЦИОНИЗМА СТУДЕНТОВ
ВЫСШЕГО УЧЕБНОГО МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
М.В. Коваленко

Мотивация представляет собой активацию особых побуждений в конкретных условиях. Структуру мотивационного компонента перфекционизма составляют два основных компонента – стремление к успеху и избегание неудач, отражающие позитивные и негативные аспекты перфекционизма. Для исследования мотивации на успех или неудачу было анонимно обследовано 275 студентов первого и пятого курсов Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова. В общей группе студентов достоверное большинство студентов относилось к группе ориентированных на успех – 52,00% (143 человека), у 39,27% (108 студентов) мотивационный полюс был не выраженным, достоверно наименьшая часть студентов была ориентирована на неудачу – 8,73% (24 студента) (p<0,01), что указывает на преобладание позитивной направленности мотивации и возможность формирования эффективных адаптивных стратегий преодоления стресса. В процессе обучения студентов в ВУМЗ с 1 до 5 курса выявлена положительная динамика в формировании мотивации на успех, что свидетельствует о

Висновки та перспективи подальших досліджень. В результаті проведеного дослідження мотиваційного компонента перфекціонізму у студентів ВНМЗ виявлено:

1. Серед студентів ВНМЗ достовірна більшість в своїй мотивації орієнтована на успіх, найменша частка студентів орієнтована на невдачу, що вказує на переважання позитивної спрямованості мотивації та можливість формування ефективних адаптивних стратегій подолання стресу.
2. У процесі навчання студентів у ВНМЗ з 1 до 5 курсу виявлено позитивну динаміку в формуванні мотивації на успіх, що свідчить про ціннісно-мотиваційну перебудову особистості з орієнтацією на навчальні та професійні досягнення у процесі професійної підготовки майбутніх лікарів.
3. Порівняльне дослідження мотивації на успіх серед студентів різних факультетів показало, що вона найбільш сформована у студентів 5 курсу СФ, тобто, випускників, орієнтованих на успішне закінчення навчання та початок самостійної професійної діяльності.
4. Отримані в ході порівняльного та кореляційного аналізу дані щодо мотиваційного компонента перфекціонізму у студентів ВНМЗ доводять, що із збільшенням інтенсивності перфекційних настанов особистості до високого рівня збільшується негативна мотивація на невдачу, що характеризує посилення негативного компонента перфекціонізму.

Список використаної літератури

1. Взаимосвязь мотивации и осознанной саморегуляции учения / В. И. Моросанова, И. Ю. Цыганов, А. В. Ванин, Е. В. Филиппова // Психологические исследования. – 2012. – Т. 5, №. 24.
2. Гаранян Н. Г. Структура перфекционизма у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами / Н. Г. Гаранян, Т. Ю. Юдеева // Психологический журнал. – 2009. – № 6.
3. Гуляс І. А. Розвиток перфекціоністських настанов у процесі професійної підготовки майбутніх практичних психологів / І. А. Гуляс // Психологія особистості. – 2012. – № 1 (3).
4. Занюк С. С. Психологія мотивації: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / С. С. Занюк – К.: Либідь, 2002. – 302 с.
5. Капцов А. В. Динамика характеристик ценностно-мотивационной сферы студентов вузов / А. В. Капцов // Психологические исследования – 2011. – №. 6 (20).
6. Хекхаузен Х. Психология мотивации достижения / Х. Хекхаузен. – СПб.: Речь, 2001. – 238 с.
7. Blankstein K. R., Dunkley D. M. Evaluative concerns, self-critical and personal standards perfectionism: A structural equation modeling strategy. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), Perfectionism: Theory, research and treatment (P. 285–315). Washington, DC: American Psychological Association, 2002.
8. Neumeister K. L. S. Understanding relationship between perfectionism and achievement motivation in gifted college students / K. L. S. Neumeister // Gifted Child Q. – 2004. – № 48. – P. 219–231.

ценностно-мотивационной перестройке личности с ориентацией на учебные и профессиональные достижения в процессе профессиональной подготовки будущих врачей. Сравнительное исследование мотивации на успех среди студентов различных факультетов показало, что она наиболее сформирована у студентов 5 курса стоматологического факультета, то есть выпускников, ориентированных на успешное окончание учебы и начало самостоятельной профессиональной деятельности. Полученные в ходе сравнительного и корреляционного анализа данные по мотивационному компоненту перфекционизма у студентов ВУМЗ доказывают, что с увеличением интенсивности перфекционных установок личности к высокому уровню увеличивается отрицательная мотивация на неудачу, что характеризует усиление негативного компонента перфекционизма.

Ключевые слова: перфекционизм, мотивация, мотивация на успех или неудачу

STUDY MOTIVATIONAL COMPONENTS OF PERFECTIONISM UNIVERSITY STUDENTS OF MEDICAL INSTITUTIONS

М. Kovalenko

Motivation is the activation of specific motives in specific circumstances. The structure of the motivational component of perfectionism consists of two main components – the desire for success and avoid failure, reflecting the positive and negative aspects of perfectionism.

To investigate the motivation for success or failure were anonymously surveyed 275 students of the first and fifth courses of Vinnitsa National Medical University. In the total group of students, most reliable students belonged to a group focused on success – 52,00% (143 persons), 39,27% (108 students) motivational pole was not pronounced, significantly lowest percentage of students focused on failure – 8,73 % (24 students) (p <0,01), indicating a predominance of positive motivation orientation and possible effective adaptive coping strategies. During training students of 1 to 5 year revealed positive trends in building motivation for success, which indicates the value-motivational personality restructuring with a focus on educational and professional achievements in the training of future doctors. Comparative study of motivation for success among students from different faculties showed that it is most formed in the 5th year students of the Faculty of Dentistry, graduates focused on successful completion of training and the beginning of an independent profession. Obtained during the comparative and correlation analysis data on the motivational component of studentsperfectionism show that with increasing intensity perfectionismsigns guidelines personality to high levels of negative motivation increases to failure, which characterizes the strengthening of the negative component of perfectionism.

Key words: perfectionism, motivation, motivation for success or failure.

УДК 616.89–008–84

А.А. Педак

ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ, ИЛИ КОНЦЕПЦИЯ МНОГОУРОВНЕВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ

Николаевская областная психиатрическая больница №2

Ключевые слова:
деинституционализация,
профилактика,
организация
медицинской
помощи, психические
расстройства,
интеграция
психиатрической
помощи в
общемедицинскую сеть.

В работе через призму концепции деинституционализации рассмотрены общие вопросы одного из возможных направлений структурно-диагностической и финансово-экономической организации сети психиатрической помощи в свете основных концептуальных положений реформирования общемедицинской системы здравоохранения в Украине.

В контексте принятого Закона Украины «Про порядок проведения реформирования системы охраны здоровья в Винницкой, Днепропетровской, Донецкой областях и г. Киеве» (2011) и Распоряжения Кабинета Министров № 776-р от 18.09.2013 «О поддержке Концепции развития системы финансового обеспечения в сфере охраны здоровья» в Украине продолжают преобразования и реструктуризация сети учреждений здравоохранения. Составной частью реформирования общей системы медицинской помощи является проблема поиска действенных механизмов и путей интеграции психиатрической службы в общесоматическую сеть в контексте основных положений Закона Украины «О психиатрической помощи» (2000).

В данном аспекте следует отметить, что мировой опыт поиска эффективных моделей интеграции психиатрической помощи в общемедицинскую практику достаточно велик и разнообразен. Выбор направления в развитии

этих процессов предопределен тем, как каждое государство использует свои национальные условия, традиции и индивидуальные экономические модели развития общества. Однако, общим направлением в реформировании психиатрической помощи развитых стран мира является процесс деинституционализации [9]. Под данным термином прежде всего следует подразумевать комплексный процесс, направленный на интеграцию имеющейся сети психиатрических учреждений в единое медицинское пространство. И совсем не в ключе его старобитное понимание как «разукрупнение» или «закрытие» крупных психиатрических больниц, в процессе которых большинство пациентов должно было быть выписано под наблюдение первичного звена здравоохранения.

Термин деинституционализация, как идеология и первичный опыт был сформирован и практически апробирован в США – в 50-е годы XX ст. Главной ошибкой данной модели реформирования (которая в сжатые

сроки привела к разукрупнению и даже ликвидации многих психиатрических больниц), явился тот факт, что в процессе реализации программы правительства многих стран не реформировали сеть первичной психиатрической помощи населению и не обеспечили её доступности. В частности, такая ситуация сложилась в 70-е годы в Германии, тогда как в Англии, где количество стационарных коек сокращалось не так быстро, пациенты распределялись постепенно, в связи с чем психиатрическая помощь данной категории больных смогла плавно трансформироваться во внебольничную сеть [1, 2, 6, 8].

Следует также отметить, что необходимость процессов реформирования здравоохранения во многих странах мира была вызвана совсем не морально-профессиональными и этическими факторами, а прежде всего социально-экономической ситуацией, поиском соответствующей бюджетной стратегии, адекватной необходимому уровню качества и доступности оказания медицинской помощи. Свидетельством результативности таких подходов является та же Германия, которая, начиная с 1975 г., без ущерба для доступности и эффективности специализированной помощи планомерно более чем на 50% сократила коечный фонд психиатрических учреждений.

Какую же модель интеграции отдельных видов специализированной медицинской службы необходимо избрать в Украине, чтобы в результате её реализации не пострадало качество и доступность психиатрической помощи населению? Учитывая мировой опыт деинституционализации, многочисленные литературные данные и имеющийся опыт пилотных регионов предлагается к рассмотрению схема *многоуровневой модели* организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами с учетом имеющейся базы учреждений общей системы здравоохранения. В основу данной стратегии заложен *многоуровневый мультидисциплинарный* принцип оказания медико-социальной и специализированной психиатрической помощи населению, базирующийся на принятой в Украине нормативно-правовой базе [3, 4, 7]. Предполагается, что практическая реализация данной модели позволит существенно изменить годами сложившиеся негативные тенденции в психиатрии, повысить её доступность и эффективность.

Базовый уровень – (профилактический) охватывает общую популяцию населения. Медико-социальное вмешательство оказывают центры здоровья, первичная медицинская сеть, врачи общей практики / семейной медицины (ОПСМ), психологи путем формирования здорового образа жизни, психогигиены, медико-педагогической профилактики, в том числе и психических расстройств. *Кризисная служба* обеспечивает оказание *экстренной* психиатрической помощи, безотлагательные организационные, диагностические и терапевтические вмешательства, направленные на спасение и сохранение жизни и здоровья граждан (взрослых, детей, их родственников), оказавшихся в сложной жизненной ситуации с выраженными психоэмоциональными расстройствами, минимизации последствий влияния таких событий на состояние их здоровья. Предоставляет консультативную помощь, с целью решения вопроса о необходимости

принятия решения относительно госпитализации по экстренным показаниям (кризисная психологическая и медико-социальная помощь жертвам насилия, состояния после незавершенных суицидов). Оказание *экстренной психоневрологической* помощи при угрожающих для жизни состояниях (включая психические расстройства) осуществляется силами специализированных бригад Территориальных Центров экстренной медицинской помощи, которые осуществляют проведение интенсивной терапии, реанимационных мероприятий и других медицинских экстренных вмешательств при угрожающих для здоровья и жизни пациентов психических проявлениях (кататонические состояния, делирий, тяжёлые депрессии, побочные экстрапирамидные расстройства вследствие приема нейрелептиков и др.).

При необходимости в состав кризисной службы включаются психологи, врачи-психотерапевты (психиатры), медицинские сестры со специальным образованием и другие подготовленные специалисты.

Первичный уровень – медицинская помощь взрослому и детскому населению с расстройствами психики и поведения оказывается врачами ОПСМ, врачами педиатрами, психиатрами. Медицинское вмешательство заключается в ранней диагностике расстройств в психосоматической сфере, направлении на консультацию к профильным специалистам с последующим амбулаторным лечением и сопровождением.

Психиатрической помощи на данном уровне, в соответствии с версией главы V Международной классификации психических расстройств в общей медицинской практике (МКБ–10), подлежат пациенты *вне обострения*, с умеренно выраженными *непсихотическими* психическими расстройствами: органическими (F: 004; 063–0,69; 07), аффективными (F 30.0–30.1; F 31.0–30.1; F 31.3–31.4, F 31.7; F 32.0–32.2; F 33.0–33.2; F 33.4; F 34), невротическими (F4), поведенческими (F5); расстройствами развития (F8, F9), легкой и умеренной умственной отсталостью без грубых поведенческих нарушений (F70–71); неглубокими проявлениями деменции различной этиологии (F–00–03). В том числе – с легкими и умеренно выраженными *психотическими расстройствами* как органического генеза (F06.0–06.2; F05), так и при шизофрении, шизотипических, бредовых (F2) и аффективных (F3) расстройствах. Сопровождение и психофармакологическое вмешательство обеспечивается силами и средствами фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), амбулаториями, медицинскими пунктами, кабинетами и центрами первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Вторичный уровень – специализированная психиатрическая помощь предоставляется как в амбулаторных, так и в стационарных условиях, во взаимодействии с врачами ОПСМ. К основным функциям службы следует отнести организацию междисциплинарного подхода к оказанию медицинской помощи, в том числе предварительный отбор пациентов, последующее их сопровождение и наблюдение, а также лечение осложненных психических нарушений и выраженных личностных расстройств, обусловленных ранее перенесенными психотическими эпизодами, шизофренией и другими сочетанными формами психической патологии.

В *амбулаторных условиях* организация психиатрической помощи обеспечивается консультативно-диагностическими подразделениями как психиатрических, так и соматических многопрофильных лечебных учреждений (детских), больниц восстановительного (реабилитационного) лечения, специализированных медицинских (кризисных) центров, в том числе и путем осуществления принудительной госпитализации и амбулаторных принудительных мер медицинского характера.

В *стационарных условиях* психиатрическая помощь в виде принудительной госпитализации в отделения общего типа и принудительного лечения в отделениях с усиленным наблюдением предоставляется психиатрическими больницами. Плановое лечение психических расстройств осуществляется психиатрическими отделениями в структуре многопрофильных лечебных учреждений. К данной категории лиц, в соответствии с версией МКБ–10, относятся пациенты как с первичным психотическим эпизодом, так и с экзацербацией тяжелых прогрессивных проявлений других психических расстройств, в большей степени – психотического уровня: F06.0–06.2 (органические психозы); тяжелыми деменциями различной этиологии с явлениями психической спутанности и бредовыми состояниями (F00–F03), психотическими состояниями на фоне эпилепсии (F05x2, F06.02–F06.22) выраженными личностными и поведенческими нарушениями на фоне органической патологии головного мозга (F06; F07), (F20 (шизофрения); тяжелыми психотическими формами моно- и биполярного расстройства с агрессивным и аутоагрессивным поведением (F31, F33), выраженными личностными и поведенческими нарушениями на фоне когнитивного снижения и умственной отсталости (F 72–F79). Поскольку клинические проявления психических расстройств у данной категории лиц имеют признаки «тяжелого психического расстройства» (ТПР), они подлежат срочной или экстренной принудительной госпитализации и стационарному лечению в условиях психиатрического учреждения [5]. После выписки из стационара указанные пациенты подлежат динамическому диспансерному наблюдению (группа «ТПР») и сопровождению медицинскими специалистами первичного звена.

Третичный уровень – высокоспециализированная психиатрическая помощь предоставляется пациентам с тяжелыми и сложными психическими рас-

стройствами («двойным» диагнозом), в том числе коморбидных с зависимостью от психоактивных веществ (алкоголя), осложненные соматическими расстройствами, лечение которых требует организации и использования высокоспециализированных методик психиатрического вмешательства, в том числе диагностического. Помощь обеспечивается как региональными специализированными отделениями, больницами, центрами, регионального подчинения, так и индивидуальными медицинскими базами научно-исследовательских институтов Национальной академии наук и Министерства охраны здоровья Украины.

Выводы

Реализация предложенной многоуровневой модели организации психиатрической помощи позволит обеспечить проведение комплексного планирования и использование соответствующих финансовых и других материальных ресурсов, выделенных с учетом структуры, специфики и возможностей региональной системы охраны здоровья населения, а также без существенных дополнительных финансовых затрат позволит сохранить и обеспечить качество и стабильность психиатрической помощи населению Украины, её системную интеграцию как в общемедицинскую сеть, так и в учреждения науки и образования.

Список использованной литературы

1. Вайнеарен-Кремерс В. П. Некоторые аспекты организации психиатрической помощи в Нидерландах / В. П. Вайнеарен-Кремерс, С. В. Горюнов // Журнал невропатологии и психиатрии. – 2012. – Т. 12. – С. 69–75.
2. Козырев В. И. Модели интеграции психиатрической службы в систему медицинской помощи населению : автореф. на соискание ученой степени дис. д-ра мед. наук / В. И. Козырев. – М, 2000.
3. Об усовершенствовании порядка предоставления психиатрической помощи детям : приказ МОЗ Украины № 400 от 18.05.2013 г // Официальный вестник Украины. – 2013. – №58. – С. 43–49.
4. Об утверждении нормативно-правовых документов по отдельным вопросам применения принудительных мер медицинского характера к лицам, страдающим на психические расстройства : приказ МОЗ Украины № 397 – Киев, 2002.
5. Педак А. А. Психические и психосоматические расстройства в клинике врача общей практики-семейной медицины / А. А. Педак. – Николаев : Иллион, 2011. – 696 с.
6. Семенова И. В. Многоуровневая модель организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами / И. В. Семенова // Российский психиатрический журнал. – 2012. – № 2. – С. 25–29.
7. Стратегия развития охраны психического здоровья в Украине предложенного Украинским НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии : проект. – К. : Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии, 2013.
8. Eikermann B. Grenzen der Deinstitutionalisierung? Die Sicht der Fasklinik. / B. Eikermann // Psychiatrische Praxis. – 2000. – № 27 (2). – P. 53–58.
9. Fakhoury W. The process deinstitutionalization: an international overview / W. Fakhoury, P. Stefan // Current Opinion in Psychiatry. – 2001. – № 15. – P. 187–192.

ДЕІНСТИТУЦІОНАЛІЗАЦІЯ, ЧИ КОНЦЕПЦІЯ БАГАТОРІВНЕВОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

А. А. Педак

У роботі через призму концепції деінституціоналізації розглянуті загальні питання одного із можливих напрямків структурно-діагностичної та фінансово-економічної організації мережі психіатричної допомоги у світі основних концептуальних положень реформування загальномедичної системи охорони здоров'я в Україні.

Ключові слова: деінституціоналізація, організація, медична допомога, профілактика, психічні розлади, інтеграція психіатричної допомоги в загальномедичну мережу України.

DEINSTITUTIONALISATION: DOES CONCEPT OF MULTILEVEL ORGANIZATION OF PSYCHIATRIC CARE IN UKRAINE

А. Pedak

In this paper, the concept of deinstitutionalization in the light of the common questions one of the possible ways to improve the structural financial and economic structural improvement of the system of mental health care and mental health in Ukraine.

Key words: deinstitutionalization, organization, health care, prevention, mental disorders, integrating mental health care into medical networks.

I.Я. Пінчук, О.О. Суховій, Н.М. Степанова

АНАЛІЗ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я КРАЇН – ЧЛЕНІВ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ

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

Ключові слова: охорона психічного здоров'я, фінансування системи охорони психічного здоров'я, Європейський Союз.

Від раціональності фінансування системи охорони здоров'я залежить майбутнє цієї системи. Ретельне планування, визначення об'єктів та обсягів фінансування, його адекватність, контроль витрат та дотримання економії, з метою максимізації соціальної ефективності, – є фундаментом для раціонального фінансування системи.

Принципи фінансування медичної допомоги майбутнього, окрім зазначеного вище, базуватимуться на забезпеченні високої якості та доступності послуг, доказовості методів діагностики і лікування, ефективного зворотного зв'язку з пацієнтами, достатнього рівня соціального захисту, постійної дієвої освіти спеціалістів, розвитку електронного забезпечення системи, міжвідомчого співробітництва. Така «система фінансування нового покоління» передбачатиме прозорість грошових потоків, громадський контроль за перерозподілом коштів, матеріальних і нематеріальних ресурсів, регулярну внутрішню експертну оцінку та міжнародний аудит діяльності, оптимізацію отримання статистичної інформації про окремі ланки системи, інвестиції фінансів у наукові дослідження та розвиток наукоємних галузей, ефективні перевірки кадрів на відповідність та постійне оновлення кадрів, забезпечення правової обізнаності пацієнтів і медичних працівників, наявність дієвої системи медико-соціального страхування, зрушення акцентів з фінансування лікування на фінансування профілактики захворювань та зміцнення здоров'я, з медикаментозних методів лікування – на немедикаментозні, освітні програми для підростаючого та дорослого населення щодо охорони здоров'я та здорового способу життя, впровадження персональної відповідальності користувачів медичних послуг за стан власного здоров'я та здоров'я оточуючих.

Необхідно констатувати, що політика стримування витрат та жорсткої економії на охороні здоров'я вже достатньо себе дискредитувала і має відійти в історію, адже майбутнє охорони здоров'я полягає в усвідомленні достатнього та раціонального фінансування системи як інвестицій, котрі приносять надприбуткові дивіденди і державі, і кожному члену суспільства.

У різних країнах системи охорони здоров'я суттєво відрізняються, що пов'язано з особливостями історичного розвитку держав, рівнем валового внутрішнього продукту (ВВП), наявністю природних ресурсів, кліматичними факторами, різним кількісним та якісним складом населення, суспільно-політичними умовами та значною кількістю інших факторів, які у сукупності призвели до формування сучасного стану цих систем.

Аналіз та використання як позитивного, так і негативного досвіду країн Європейського простору, глибокі знання власної системи та послідовність у реформуванні охорони здоров'я здатні вивести Україну на якісно новий рівень.

Однією з найважливіших структурних складових охорони здоров'я є система охорони психічного здоров'я, у зв'язку з інтегруючою функцією психічної сфери в загальноприйнятій на сьогодні біопсихосоціальній концепції здоров'я. На сьогодні надзвичайно актуальними для світової медичної спільноти залишаються завдання розробки та фінансування програм профілактики захворювань, зокрема, психічних розладів. Профілактичні заходи зазвичай розглядаються у сукупності з програмами зміцнення здоров'я (disease prevention & health promotion).

У статті відображено аналіз фінансування служб охорони психічного здоров'я 29 країн – членів Європейського Союзу, відповідно до даних видання Європейської Комісії (European Commission) «Системи психічного здоров'я в державах – членах Європейського Союзу, стан психічного здоров'я населення та вигоди, які можна очікувати від інвестицій в області психічного здоров'я. Європейський профіль профілактичних заходів та зміцнення психічного здоров'я» [Mental Health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health. European Profile of Prevention and Promotion of Mental Health (EuroPoPP-MH). Режим доступу: ec.europa.eu/health/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf], опублікованого у липні 2013 року.

Таблиця 1. Фінансування, що виділяється для служб охорони психічного здоров'я країн – членів Європейського Союзу

	Витрати на систему охорони психічного здоров'я (% від загального бюджету системи охорони здоров'я)	Основні джерела фінансування систем охорони психічного здоров'я	Витрати на систему охорони здоров'я (% від ВВП)	Роки
Австрія	н/в	Відокремленого бюджету охорони психічного здоров'я немає. Система фінансування служб охорони психічного здоров'я є комплексною, в основному за рахунок державного оподаткування, страхування і доплат (co-payments).	11,0%	2009
Бельгія	6%	Служби охорони психічного здоров'я фінансуються головним чином за рахунок соціального та приватного страхування, за власні кошти пацієнтів (out-of-pocket) і за рахунок оподаткування.	11,8%	2009
Болгарія	Менше 2%	Основним джерелом фінансування є Національний фонд страхування здоров'я (National Health Insurance Fund).	4,0%	2012
Великобританія	13%	В основному фінансується за рахунок загального оподаткування.	9,6%	2012/2010
Греція	4,4%	Основними джерелами фінансування є доходи від податків, соціальне та приватне страхування.	10,8%	2011
Данія	8%	Основними джерелами фінансування є доходи від податків.	11,2%	2009
Естонія	5,8%	Основні джерела фінансування – з Фонду страхування здоров'я (Health Insurance Fund), власні кошти пацієнтів (out-of-pocket) і доплати (co-payments).	6,0%	2011
Ірландія	5.3%	н/д	9,4%	2012
Іспанія	3-8% (за приблизними підрахунками)	Фінансується за рахунок податкових надходжень, за власні кошти пацієнтів (out-of-pocket) і приватного страхування.	9,4%	2011
Італія	5,0%	Основні джерела фінансування – доходи від податків, дольова участь у витратах (cost sharing) та прямі платежі від споживачів медичних послуг.	8,7%	2007
Кіпр	4,8%	Основними джерелами фінансування є доходи від податків, власні кошти пацієнтів (out-of-pocket), соціальне страхування і гранти.	7,4%	2011
Латвія	5,9%	н/д	6,2%	2011
Литва	н/д	Фінансування через Державний фонд хворих (State Sick Fund)	6,6%	2011
Люксембург	13,4%	н/д	7,7%	2005
Мальта	6,7%	Фінансується за рахунок загального оподаткування.	8,7%	2011
Нідерланди	11%	Фінансується за рахунок базового медичного страхування (basic health insurance).	12,0%	2009
Німеччина	11%	Основними джерелами фінансування є Національне страхування здоров'я (Statutory health insurance) або приватне страхування здоров'я.	11,1%	2011
Норвегія	18%	Фінансується за рахунок державних фондів і деяких власних витрат пацієнтів (out-of-pocket).	9,1%	2011
Польща	5,1%	Фінансується за рахунок оподаткування.	6,7%	2011
Португалія	5,2%	Основні джерела фінансування – за рахунок оподаткування і за власні кошти пацієнтів (out-of-pocket) у приватній охороні здоров'я.	10,4%	2011
Румунія	н/д	Фінансується шляхом обов'язкових (compulsory) і добровільних страхових внесків (voluntary insurance contributions).	4,0%	2012
Словаччина	н/д	Фінансується шляхом обов'язкового громадського медичного страхування (compulsory public health insurance).	7,3%	2010
Словенія	н/д	н/д	9,1%	2011
Угорщина	5,1%	Основні джерела фінансування – оподаткування, соціальне страхування та власні кошти пацієнтів (out-of-pocket).	7,7%	2009
Фінляндія	3,9%	Основні джерела – доходи від податків, соціальне та приватне страхування, власні кошти пацієнтів (out-of-pocket).	8,9%	2011
Франція	12,9%	На першому місці серед джерел фінансування є доходи від податків та соціальне страхування.	11,6%	2011/2009
Хорватія	н/д	Немає окремих бюджетних асигнувань на психічне здоров'я. Фінансування базується на національному страхуванні.	7,8%	2011
Чехія	2,9%	Використовуються кілька стабільних джерел фінансування: Фонд страхування здоров'я (Health Insurance Fund), субсидії Міністерства праці та здоров'я (Ministry of Labour and Health), власні кошти пацієнтів (out-of-pocket) і прямі виплати пацієнтів за послуги приватних медичних установ.	7,4%	2011/2008
Швеція	10,0%	н/д	9,4%	2011

Джерела: Профілі країн і база даних ВООЗ щодо Національних рахунків охорони здоров'я (WHO National Health Account database, 2011); н/д – даних немає в наявності, н/в – дані невідомі.

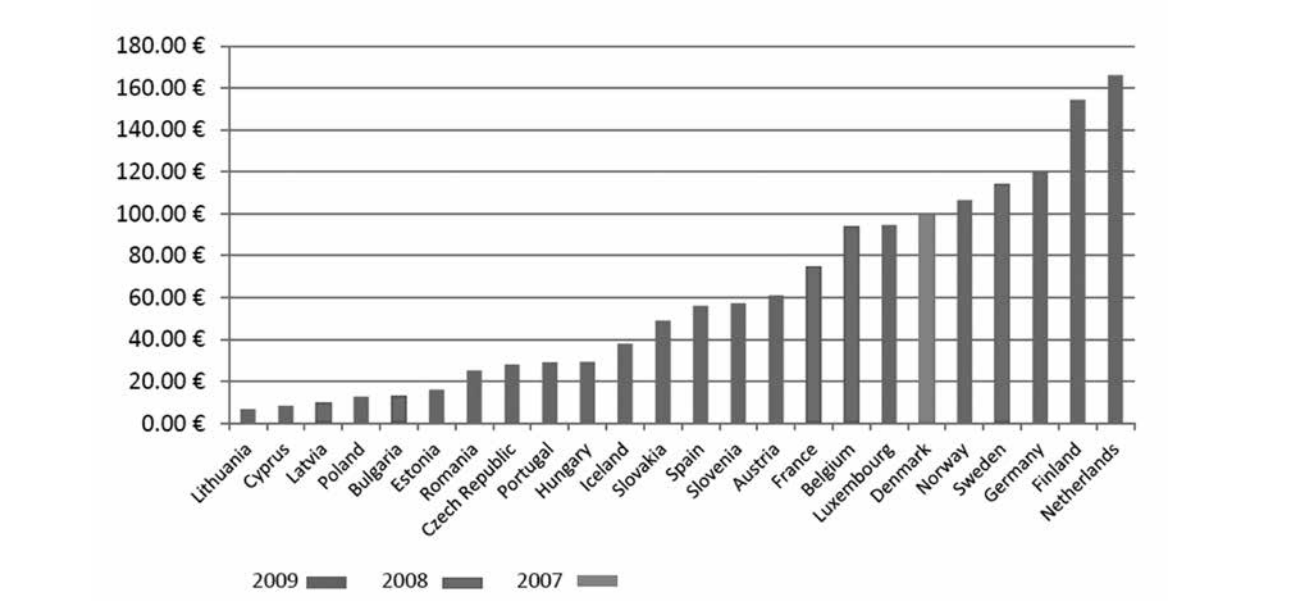


Рисунок 1. Кошти, витрачені на душу населення на загальну профілактику захворювань та зміцнення здоров'я (в євро)

Автори даного видання зазначають, що вихідні дані було отримано ними від національних систем охорони здоров'я держав – членів Європейського Союзу. У разі, якщо національні дані були недоступні, для доповнення використовувались дані, опубліковані в таких офіційних джерелах, як Евростат (Eurostat), Європейська база даних захворюваності ВООЗ (WHO European Morbidity Database) та Євробарометр (Eurobarometer).

Більшість країн – членів Європейського Союзу витрачають на служби охорони психічного здоров'я від 4% до 8% від їх загальних бюджетів охорони здоров'я (див. табл. 1), кілька країн – більше 12% (Франція, Люксембург та Великобританія), а Норвегія – рекордні 18%. Витрати на цю галузь є найменшими в Болгарії та Чехії (щодо деяких країн, таких як Австрія, Литва, Румунія,

Словаччина, Словенія і Хорватія, відповідні дані не були отримані або є невідомими).

Частина коштів, які витрачаються в системі охорони психічного здоров'я на стаціонарну допомогу, залишається високою для деяких країн Європейського Союзу. Особливо це характерно для тих держав, у яких функціонують лікарні для довготривалого перебування (long-stay hospitals), але не лише для них. За даними ВООЗ (2011), Мальта, наприклад, витрачає 96,8% свого бюджету в області психічного здоров'я на стаціонарне лікування. Польща, незважаючи на відсутність лікарень для довготривалого перебування, витрачає 73,0% свого бюджету в області психічного здоров'я на стаціонарні послуги. Для Португалії, в якій продовжує залишатись деяка кількість лікарень для довготривалого перебування, їх частка становить 45,0%. Така висока частка фінансуван-

Рисунок 2. Частка витрат на профілактику та суспільне здоров'я (у % від витрат на охорону здоров'я)

ня, призначена для стаціонарної психіатричної допомоги, суттєво обмежує обсяги інвестиційних ресурсів, що виділяються на розвиток служб охорони психічного здоров'я у громаді (community mental health services). У дослідженнях Thornicroft & Tansella (2004, 2002) було продемонстровано, що допомога у громаді (community care), порівняно з інституціональною допомогою (institutional care), не вища за собівартістю. Оптимізація використання наявних фінансових і кадрових ресурсів шляхом переведення їх із закладів, що надають психіатричну допомогу, є рішенням цієї проблеми (Semrau et al., 2011).

Тенденції останніх десятиліть у сфері охорони здоров'я свідчать про перегляд загальноприйнятих стереотипів надання медико-соціальної допомоги населенню та усвідомлення важливості широкого впровадження профілактичних заходів та заходів щодо зміцнення здоров'я. Зазвичай заходи профілактичного характеру є неспецифічними та спрямовані на усвідомлення здоров'я як першочергової цінності, що включає комплексний підхід до фізичних, психічних та соціальних його аспектів.

Відносно інвестицій в заходи профілактики розладів психіки та поведінки та заходів для зміцнення здоров'я,

обсяги доступної інформації є обмеженими, а щодо тих держав, які надають таку інформацію, суми інвестицій дуже різняться.

На рисунку 1 відображено суму коштів (в євро), витрачену на загальну профілактику та зміцнення здоров'я 24 країнами-членами ЄС (дані не були надані Португалією, Румунією, Словаччиною, Словенією, Іспанією, Швецією та Великобританією). Це показує значні відмінності між найвищими і найнижчими сумами коштів, витрачених зазначеними країнами. Наприклад, Литва витратила на профілактику та зміцнення здоров'я в 2009 році 6,80 євро, а Нідерланди в тому ж році витратили на душу населення 166 євро. Найвищий показник таких витрат майже двадцять п'ять разів більший, ніж найнижчий, хоча у зазначеному порівнянні не було враховано відмінності у вартості життя в кожній країні.

Слід зазначити, що шість країн витрачають менше, ніж 20 євро на душу населення на профілактику захворювань і громадське здоров'я, в той час як десять держав з перерахованих витрачають менше, ніж 30 євро на людину. Це контрастує з шістьма країнами, де такі

Таблиця 2. Електронні джерела статистичної інформації щодо країн – членів Європейського Союзу

	Країни-учасниці ЄС	Посилання на джерела інформації
1	Австрія	http://www.statistik.at/web_en/
2	Бельгія	http://statbel.fgov.be/
3	Болгарія	http://www.nsi.bg/index_en.htm
4	Великобританія	www.ons.gov.uk/
5	Греція	http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE
6	Данія	http://www.dst.dk/en
7	Естонія	http://www.stat.ee/
8	Італія	http://en.istat.it/
9	Ірландія	http://www.cso.ie/ ; http://www.hse.ie/eng/
10	Іспанія	http://www.ine.es/en/welcome_en.htm
11	Кіпр	http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/index_en/index_en
12	Латвія	http://www.csb.gov.lv/
13	Литва	http://www.stat.gov.lt/en/pages/view/?id=1358
14	Люксембург	http://www.statec.public.lu/en/
15	Мальта	http://www.nso.gov.mt/site/page.aspx
16	Нідерланди	http://www.cbs.nl/en-GB/menu/home/default.htm
17	Німеччина	http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/
18	Норвегія	http://www.ssb.no/helsetilstand_en/
19	Польща	http://www.stat.gov.pl/english/
20	Португалія	http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_princindic
21	Румунія	http://www.insse.ro/cms/rw/pages/index.en.do
22	Словаччина	http://portal.statistics.sk/showdoc.do?docid=359
23	Словенія	http://www.stat.si/eng/drz_stat.asp
24	Угорщина	http://portal.ksh.hu/portal/page?_pageid=38,119919&_dad=portal&_schema=portal
25	Фінляндія	http://www.stat.fi/index_en.html
26	Франція	http://www.insee.fr/en/default.asp
27	Хорватія	http://www.dzs.hr/default_e.htm
28	Чехія	http://www.czso.cz/eng/redakce.nsf/i/home
29	Швеція	http://www.scb.se/Pages/List____139369.aspx

заходи коштують державам в 100 євро або більше на одного жителя.

Рисунок 2 відображає відсоток від коштів, спрямованих на охорону здоров’я, що витрачається на профілактику та суспільне здоров’я. Цікаво, що Румунія, яка посідає перше місце за відсотком витрат на профілактику та програми громадської охорони здоров’я від її загального бюджету охорони здоров’я, витрачає найнижчий відсоток коштів від ВВП на охорону здоров’я, порівняно з іншими країнами ЄС (див. табл. 1). Нідерланди, Болгарія, Угорщина, Словенія і Фінляндія також витрачають на профілактику та суспільне здоров’я більше 4% від витрат на охорону здоров’я.

У зв’язку з різним рівнем фінансування в кожній з країн – членів ЄС, інфраструктура системи охорони психічного здоров’я, наявність кваліфікованих кадрових ресурсів в області психіатрії та суміжних галузей і підходи до надання допомоги визначаються відповідно до існуючої ситуації.

Спільними для більшості країн – членів ЄС задачами модернізації системи охорони психічного здоров’я виявились:

Координація служб охорони психічного здоров’я, та їх інтеграція, зокрема, взаємодія між рівнями первинної та вторинної медичної допомоги.

АНАЛИЗ ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТРАН – ЧЛЕНОВ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА

И.Я. Пинчук, А.А. Суховой, Н.М. Степанова

В статье приведены результаты анализа финансирования служб охраны психического здоровья 29 стран - членов Европейского Союза. Отражены расходы на систему здравоохранения (в процентах от ВВП) и, в частности, расходы на систему охраны психического здоровья (в процентах от общего бюджета системы здравоохранения). Освещены основные источники финансирования систем охраны психического здоровья. Обосновано, что современные тенденции в сфере охраны психического здоровья требуют широкого внедрения профилактических мероприятий и мероприятий по укреплению здоровья.

Ключевые слова: охрана психического здоровья, финансирование системы охраны психического здоровья, Европейский Союз.

ANALYSIS OF MENTAL HEALTH SYSTEMS FUNDING IN THE EUROPEAN UNION MEMBER STATES

I. Pinchuk, O. Sukhovii, N. Stepanova

The results of mental health services funding analysis in 29 countries-members of European Union are displayed. The cost of the health care system (in percent of GDP) and, in particular, the cost of mental health care system (as a percentage of the total budget of the health system) are showed. The basic sources of mental health funding are faced. Also substantiated, that current trends in the field of mental health care require widespread introduction of preventive measures and measures to promote health.

Key words: mental health, mental health system funding, the European Union.

Збалансоване розширення діяльності служб в громаді, що реалізують заходи профілактики психічних розладів та зміцнення психічного здоров’я; створення цільових бюджетів для стабільного фінансування та пошук альтернативних джерел фінансування таких служб.

Розширення програм інформування суспільства про проблеми психічного здоров’я.

Науковий супровід систем охорони психічного здоров’я та їх фінансування; проведення рандомізованих контрольованих досліджень для оцінки економії витрат на заходи профілактики психічних розладів та зміцнення психічного здоров’я.

Більш детальну статистичну інформацію щодо структури та функціонування систем охорони психічного здоров’я в країнах – членах Європейського Союзу можна отримати з електронних джерел, зазначених у таблиці 2.

Ефективне реформування системи охорони психічного здоров’я України неможливе без раціональної моделі фінансування та використання напрацьованого досвіду світової практики у сфері надання відповідної допомоги населенню. Варто взяти до уваги, що модернізація психіатричної служби України потребує зваженого комплексного підходу, з урахуванням особливостей та ресурсів існуючої системи.

УДК 616.89-008.441.3.001.76

І.Я. Пінчук¹, С.С. Румянцева², Я.Г. Іванова², Є.М. Гавриш²
АНАЛІЗ СТАНУ ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДОЛОГІЧНОГО ПІДХОДУ МОНІТОРИНГУ
НАРКОСИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ ТА ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ЙОГО УДОСКОНАЛЕННЯ

¹ Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України, м. Київ;

² Український медичний моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків

Ключові слова:
моніторинговий
центр, наркоситуація
в Україні, збір і аналіз
даних, законний
та незаконний обіг
підконтрольних речовин,
лікарські засоби,
психоактивні речовини,
медична допомога
наркозалежним.

Наказом МОЗ України від 17.12.2013 № 260-о ДУ «Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України», реорганізовано шляхом приєднання до Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (далі – Інститут).

Відповідно до цього наказу з квітня 2014 року при Інституті функціонує відокремлений підрозділ – Український медичний моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків (далі – Центр).

Центр утворений з метою проведення організаційно-методичної роботи щодо досягнення ефективних результатів у наданні наркологічної допомоги населенню України, створення системи раннього попередження і моніторингу наркотичної та алкогольної ситуації, впровадження сучасних форм профільної профілактичної роботи, а також реабілітації осіб, що мають психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин.

Перш за все відокремлений підрозділ здійснив аналіз на відповідність європейським стандартам, розпорядженню КМ України від 17жовтня 2011 року №1193 «Про схвалення Концепції створення системи моніторингу ситуації у сфері протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів» та вимогам сьогодення організаційно-штатної структури державної установи, яка майже вісім років оцінювала наркоситуацію в Україні.

З цієї метою вивчались наявні матеріали стосовно того, яким чином у ДУ «Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України» було налагоджено роботу по збору даних, пов’язаних із немедичним вживанням психо-

активних речовин, яким чином здійснювалась оцінка роботи лікувально-профілактичних закладів охорони здоров’я в наданні медичної допомоги особам, що мають психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, яка кількість лікарських засобів, що містять наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори необхідна для забезпечення лікувального процесу в державі, яким чином попередити факти їх вживання не за медичним призначенням тощо.

З’ясовано, що вказаною установою набуто професійного рівня у підготовці матеріалів до Європейських моніторингових установ стосовно наркоситуації в Україні, терміни подання узагальнених матеріалів не порушувались.

Разом з тим, не напрацьовано єдиних підходів, які мали надавати допомогу центральним органам виконавчої влади у питаннях збору, аналізу та впливу на ситуацію, пов’язану із стабілізацією та покращенням наркоситуації в Україні, у накопичуванні та оцінці даних, що відображають ризики зловживань наркотиками, вказували б на наявність вживання не за медичним призначенням лікарських засобів, що містять підконтрольні засоби і речовини, сигналізували про застереження щодо появи на ринку нових типів наркотиків тощо.

А також, не налагоджено взаємодію між структурними підрозділами МОЗ України в отриманні та оцінці даних стосовно якісного надання медичної допомоги лікарськими засобами, що містять підконтрольні речовини, виробництва їх в обсягах, які б задовольняли потребу, аналізі рівня їх призначення пацієнтам.

За результатами подальшого аналізу нами встановлено, що під час моніторингу наркоситуації в Україні доцільно було б попередньо здійснити аналіз існуючої системи надання медичної допомоги (виявлення хвороби, лікування та реабілітація) наркозалежним особам (у розрізі регіонів), з'ясувати застосування яких методів лікування та реабілітації мають позитивну тенденцію у стабілізації хвороби.

Таким чином, вбачається що Центр має здійснювати моніторинг за такими напрямками.

Перший – це аналіз стану надання медичної допомоги особам, що мають психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин.

Другий – це аналіз стану надання медичної допомоги лікарськими засобами, що містять підконтрольні засоби і речовини.

Третій – збір даних стосовно вживання не за медичним призначенням підконтрольних засобів і речовин.

Для отримання якісної та об'єктивної інформації за першим показником аналізу з'ясовано, що суб'єктами моніторингу мають бути лікувально-профілактичні заклади МОЗ України та соціальні заклади Мінсоцполітики України, які відповідно до протоколів лікування мають право надавати медичну допомогу особам, що мають психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, у тому числі суб'єктами мають бути і організації, які перебрали на себе функцію держави у наданні допомоги з питань реабілітації та ресоціалізації наркозалежних осіб.

Для другого – це підрозділи МОЗ України, а також центральні органи виконавчої влади, які у своїй структурі мають заклади охорони здоров'я (військово-медичне управління СБ України, МВС України, МО України, ДПС України, лікарні МінТрансу та зв'язку, тощо), які використовують у лікувальному процесі лікарські засоби, що містять підконтрольні засоби і речовини.

З метою отримання даних для третього показника визначено, що суб'єктами моніторингу мають бути правоохоронні органи (МВС України, СБ України, ДПС України, ДМС України тощо), які володіють даними щодо вилучень із незаконного обігу психоактивних речовин, суб'єкти Закону України «Про судову експертизу», які накопичують дані про здійснені експертні дослідження таких речовин (експертні служби МВС України, СБ України, ДПС України, ДФС України, МО України, Мінюсту України тощо), а також заклади охорони здоров'я, які надають допомогу громадянам України, у зв'язку із отруєнням психоактивними речовинами (підрозділи МОЗ України – екстрена і швидка медична допомога, лікувально-профілактичні заклади та наркодиспансери).

Таким чином, визначивши коло суб'єктів моніторингу, подальше дослідження стосувалось переліку даних, які б якомога об'єктивно розкрили загрози щодо вищевказаних ситуацій.

Так, для моніторингу ситуації, пов'язаної з аналізом стану надання медичної допомоги особам, що мають психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, необхідно отримати від суб'єктів моніторингу такі дані:

- стосовно методів, які застосовувалися в Україні протягом останніх 5 років, діагностики, лікування та реабілітації (включаючи ресоціалізацію) осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин (у тому числі нетрадиційні методи);
- щодо зареєстрованих в Україні (дозволених до застосування) методів діагностики, лікування та реабілітації осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин, окрім того, що застосовуються у народній та нетрадиційній медицині;
- щодо наявних в Україні лікувально-профілактичних закладів (профільних та таких, що надають для лікування ліжка) для організації якісної медичної допомоги у лікуванні та реабілітації вищевказаних осіб, у тому числі з'ясування питання яким чином налагоджено взаємодію між МОЗ України та Мінсоцполітики в частині ресоціалізації осіб, яким надавалася допомога у зв'язку із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин;
- щодо професійного потенціалу медичного персоналу вищевказаних закладів.

Для моніторингу ситуації, пов'язаної із станом надання медичної допомоги населенню України лікарськими засобами, що містять підконтрольні засоби і речовини, необхідно отримати від суб'єктів моніторингу, задіяних у цій сфері, такі дані (у розрізі регіонів):

- щодо фактичних даних про використані лікарські засоби, що містять наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори (у розрізі нозологій);
- стосовно кількості осіб, що мають хронічні захворювання і потребують лікування вказаними вище лікарськими засобами;
- про кількість ввезених в Україну та виготовлених на території нашої держави зазначених лікарських засобів;
- про розрахунки відповідності потребам України цих препаратів, наявних у обігу.

З метою організації моніторингу даних стосовно вживання не за медичним призначенням підконтрольних засобів і речовин необхідно отримати дані від суб'єктів, задіяних саме у правоохоронному блоці, а також

- підрозділів МОЗ України. При цьому від МОЗ України необхідно отримати дані:
- стосовно кількості осіб, яким надавалася екстрена (швидка медична допомога), медична допомога у стаціонарних та амбулаторних умовах у зв'язку із отруєнням підконтрольними речовинами.
- кількості осіб, що перебувають на диспансерному обліку у зв'язку з психічними та поведінковими розладами від вживання психоактивних речовин, а також щодо видів підконтрольних речовин, що були предметом зловживань або застосовувалися не за медичним призначенням.

Від центральних органів виконавчої влади, що мають право вилучати із незаконного обігу підконтрольні речовини – такі дані:

- стосовно кількості підконтрольних речовин, що вилучались;
- стосовно кількості речовин, що скеровувались до експертно-криміналістичних служб для проведення експертних досліджень;
- стосовно виданих експертних висновків цих речовин про наявність в предметі дослідження підконтрольних речовин та їх кількості.

З метою визначення у подальшому порядку організації викладеного вище моніторингу наркоситуації в Україні у структурі МОЗ України вже налагоджено взаємодію з представниками регіональних підрозділів з питань охорони здоров'я, які відповідають окремо за надання інформації щодо законного та незаконного обігу підконтрольних речовин. Щодо законного обігу підконтрольних речовин – це співробітники регіональних управлінь охорони здоров'я з фармацевтичною освітою, а незаконного – із числа лікарів наркологів та психіатрів.

Розпочатий пілотний проект з організації моніторингу наркоситуації в Україні (за розробленими Центром запитальниками) надав можливість здійснити попередні висновки за вищесказаними напрямками аналізу, які будуть враховуватись у організації подальшої роботи, виправлення яких зведе до мінімуму похибки в аналітичних висновках.

Висновки

Аналізуючи отримані дані стосовно стану надання медичної допомоги особам, що мають психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, з'ясовано, що за відсутності інструкції до заповнення запитальників, особи, відповідальні на місцях, не об'єктивно або не в повному обсязі надали необхідну інформацію.

Щодо інформації про стан надання медичної допомоги лікарськими засобами, що містять підконтрольні речовини, з'ясовано, що більшістю регіонів України якісно надано інформацію, яка вже на цьому етапі моніторингу вказує, що окремі регіони взагалі не використовують передбачені протоколами лікування лікарські засоби, або використовують замалу кількість. Окрім того, є випадки про використання перевищеної їх кількості.

Про стан вживання не за медичним призначенням підконтрольних речовин слід зазначити, що узагальнення даних, отриманих від правоохоронних органів, та розрахунок відсоткового співвідношення окремих видів підконтрольних речовин до загальної їх кількості вказує на найбільш вразливий контингент населення до певних видів підконтрольних речовин, що дає змогу упереджено готуватися до надання цієї категорії медичної допомоги.

Окрім того, кількість звернень громадян України до закладів охорони здоров'я (від швидкої медичної допомоги до диспансерного обліку) у зв'язку із отруєнням чи зловживанням певною категорією підконтрольних речовин надасть можливість прогнозувати тенденції у цій сфері.

Такий підхід в організації моніторингу наркоситуації в Україні надасть змогу отримувати упереджу-

вальну інформацію про ризики зловживань певними підконтрольними речовинами, своєчасно надавати цю інформацію до центральних органів виконавчої влади для прийняття управлінських рішень з метою мінімізації наслідків від цього, а також мінімізувати витрати бюджетних коштів на надання медичної допомоги особам, які уражені проблемою психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин.

З метою, надання законних підстав здійснення такого моніторингу пропонується розробити, відповідно до розпорядження КМ України від 17 жовтня 2011 року №1193 «Про схвалення Концепції створення системи моніторингу ситуації у сфері протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів», нормативно-правовий акт, яким визначити порядок, механізм та періодичність збору, узагальненню, аналізу даних та прогнозу ситуації, пов'язаної з оцінкою наркоситуації в системі охорони здоров'я України.

Вказаним нормативно-правовим актом, відповідно до Регламенту Кабінету Міністрів України, затвердженого постановою КМУ від 18.07.2007 № 950, планується визначити організаційно-розпорядчі та інші поточні питання, видані у формі розпорядження КМУ, яким буде схвалено концепцію реалізації державної політики у сфері моніторингу наркоситуації в Україні та затверджено державну цільову програму і план заходів щодо її впровадження.

Крім того, розроблені накази МОЗ України щодо моніторингу наркоситуації дадуть змогу формувати та забезпечувати реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, визначати пріоритетні напрями розвитку сфери охорони здоров'я, забезпечувати нормативно-правове регулювання у цій сфері, забезпечувати додержання закладами охорони здоров'я, підприємствами, установами та організаціями права громадян на охорону здоров'я, здійснювати контроль якості надання медичної допомоги особам, що мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин тощо.

Список використаної літератури

1. Закон України від 02.08.2014 «*Основи законодавства України про охорону здоров'я*».
2. Закон України від 11.08.2013 «*Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори*».
3. Закон України від 11.08.2013 «*Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними*».
4. Постанова Кабінету Міністрів України від 06.05.2000 № 770 «*Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів*».
5. Постанова Кабінету Міністрів України від 18 липня 2007 № 950 «*Про затвердження Регламенту Кабінету Міністрів України*».
6. Розпорядження КМУ від 28.08.2013 р. № 735-р «*Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року*».
7. Наказ МОЗ України від 17.12.2013 № 260-о ДУ «*Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України*».
8. Розпорядження КМ України від 17 жовтня 2011 року №1193 «*Про схвалення Концепції створення системи моніторингу ситуації у сфері протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів*»
9. Матеріали сайту МОЗ України – www.mozu.gov.ua
10. Тимошенко В. А. Наркобізнес: національна та міжнародна протидія новим викликам: Монографія. — К., 2006. — 456 с.
11. Гриненко И. М. Наркобизнес и национальная безопасность. — К.: Сфера, 2004. — 282 с.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА МОНИТОРИНГА НАРКОСИТУАЦИИ В УКРАИНЕ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ЕГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ
И.Я. Пинчук, С.С. Румянцева, Я.Г. Иванова, Е.М. Гавриш

В статье приводятся методы сбора, анализа и обобщения данных для стабилизации и улучшения наркоситуации в Украине. По результатам полученной информации в ходе работы со сведенными данными были определены направления для усовершенствования организационно-методологического подхода мониторинга наркоситуации, которые позволят качественно отслеживать и прогнозировать тенденции в этой сфере, а также достичь эффективных результатов в предоставлении наркологической помощи населению Украины.

Ключевые слова: мониторинговый центр, наркоситуация в Украине, сбор и анализ данных, законный и незаконный оборот подконтрольных веществ, лекарственные средства, психоактивные вещества, медицинская помощь наркозависимым.

ANALYSIS OF THE ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL APPROACH TO MONITORING THE DRUG SITUATION IN UKRAINE AND PROPOSALS FOR ITS IMPROVEMENT
I. Pinchuk, S. Rumiantseva, I. Ivanova, Y. Havrysh

The article presents methods for collection, analysis and summarization of data to stabilize and improve the drug situation in Ukraine. Based on the information received in the course of processing the summarized data, the areas for improvement of organizational and methodological approach to monitoring the drug situation in Ukraine, which allow to effectively monitor and forecast the trends in this area, as well as to achieve effective results in the provision of drug treatment to the population of Ukraine, were identified.

Key words: Monitoring Center, current situation relating to drug abuse in Ukraine, data collection and analysis, legal distribution and illegal trafficking of controlled substances, medicines, psychoactive drugs, medical care for drug addicts.

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89 – 008.442:616.853-056.4

Л.О. Герасименко

ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ,
ХАРАКТЕР ОСОБИСТІСНОЇ ТА РЕАКТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ЖІНОК
З ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ СТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Ключові слова:
посттравматичний
стресовий розлад,
особистісна
тривожність, реактивна
тривожність.

Посттравматичні стресові розлади (ПТСР) є однією з найпоширеніших та найбільш несприятливих за перебігом форм психічних порушень у осіб, які пережили ситуації, що загрожували їхньому життю або життю близьких людей. Проведене комплексне дослідження дає можливість визначити індивідуально-психологічні особливості у жінок з ПТСР, стан їх особистісної та реактивної тривожності, рівень адаптації та дезадаптації. Лікувально-реабілітаційні заходи при ПСТР враховують психотерапію, психологічну корекцію, медикаментозну і немедикаментозну терапію.

На сьогодні в Україні є досить поширені групи людей, які пережили різні екстремальні ситуації. Посттравматичні стресові розлади (ПТСР) є однією з найпоширеніших та найбільш несприятливих за перебігом форм психічних порушень у осіб, які пережили ситуації, що загрожували їхньому життю або життю близьких людей і, відповідно, займають центральне місце серед так званих пограничних психічних розладів [1]. З урахуванням сучасної складної суспільно-політичної ситуації в Україні, а також розвитку екстремальних ситуацій (терористичні акти, складна ситуація на Сході України, аварії у шахтах, промислових зонах) проблема діагностики, лікування та відповідної реабілітації хворих на ПТСР залишається надзвичайно актуальною. Розлади адаптації (РА) належать до досить поширених у популяції, їх виявляють у 5–20% всіх амбулаторних пацієнтів. Розвиток та ускладнення перебігу ПТСР у подальшому може призводити до трансформації його в інші, психічні розлади (депресивні, тривожні, панічні, фобічні), що обумовлює необхідність вивчення особливостей і закономірностей формування ПТСР з метою покращення фармакологічного лікування та методів психотерапевтичного впливу [3, 4].

У сучасному науковому світі проблемам діагностики та відповідної корекції ПТСР, а також можливим негативним наслідкам його перебігу присвячена досить велика кількість публікацій, але роботи, присвячені питанням сімейних, міжособистісних стосунків, психічної та психологічної сфер при ПТСР практично відсутні.

За умов інформованої згоди нами було обстежено 29 осіб жіночої статі, які звертались за консультативною та лікувальною допомогою до клінічної бази кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «УМСА». Більшість обстежених жінок (n=23) перебували у шлюбі. Ці подружжя були обстежені в якості групи порівняння. 6 жінок (20,7%) на момент обстеження були неодружені та не перебували у цивільному шлюбі.

Вік обстежених становив від 23 до 37 років. Подружжя, як правило, входили до однієї вікової групи (різниця складала до 5 років). 65,2% подружжів перебували в першому шлюбі від 2 до 7 років, решта у другому – від 2 до 5 років. 66,6% чоловіків і 48,4% жінок мали вищу й незакінчену вищу освіту. Відповідно 33,4% і 51,6% обстежених – середню та середню спеціальну. 70,8% чоловіків і 54,8% жінок займалися розумовою працею, а 29,2% та 45,2% відповідно займалися фізичною працею. Керівниками підрозділів були 38,5% чоловіків і 32,1% жінок, виконавцями були відповідно 61,5% чоловіків і 67,9% жінок.

До комплексу проведених досліджень входило клінічне обстеження усіх жінок з вивченням соматичного, неврологічного, психічного статусів. Також було проведено психодіагностичне обстеження як самотніх жінок, так і кожного з подружжя.

Враховуючи специфіку клінічних проявів ПТСР та недостатню визначеність індивідуально-психологічних особливостей кожної з обстежених, особлива увага приділялася клініко-психопатологічному методу у вигляді розгорнутого клінічного інтерв'ю з аналізом психічного статусу та психоанамнестичних даних. Психіатричне обстеження чоловіків та жінок проводили за умов інформованої згоди та участі лікаря-психіатра згідно з критеріями психічних та поведінкових розладів МКХ–10 [2].

Всім ПП було проведено комплексне обстеження. Клінічне дослідження включало аналіз анамнезу і вивчення соматичного статусу.

У роботі використано психодіагностичний комплекс методів для вивчення: 1) *адаптації / дезадаптації* (опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL–90–R), адаптований Н.В. Тарабриною зі співавт., 2001;

2) *типів ставлення до хвороби* (методика визначення переважаючого типу ставлення до хвороби за Л.Й. Вассерманом зі співавт., 2005);

3) *особистісних особливостей* (стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості (СБМДО) Л.М. Собчік, 2003);

4) методику Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, з метою вивчення стану особистісної та реактивної тривожності.

Для статистичної обробки даних клінічних, психодіагностичних та соціологічних досліджень використовували такі методи: описової статистики (визначення середньо-арифметичних значень і середньоарифметичних відхилень за кожним із кількісних показників $M \pm SD$, частоти для якісних параметрів), математичної статистики за таблицями відсотків та помилок, критерій U Вілкосона – Манна – Уїтні та t-критерій Стьюдента з достовірною імовірністю $p < 0,05$ – для обробки результатів психодіагностичних досліджень.

Визначення типів ставлення до хвороби, особистісних особливостей, емоційної сфери та протективних стратегій особистості, «Я-концепції», особливостей шлюбних стосунків дало змогу встановити, що найчастіше (69,56%) у дезадаптованих жінок мав місце змішаний тип ставлення до хвороби. Серед чистих типів (32,31%) домінував сенситивний тип (21,73%); що стосується змішаних типів ставлення до хвороби, то в 50% випадків сенситивне ставлення входило до складу цих типів. Отже, домінуючим типом ставлення до хвороби у дезадаптованих жінок був сенситивний тип, якому притаманна інтерпсихічна спрямованість особистісного реагування на хворобу. Тривожний тип ставлення до хвороби, що відображає інтрапсихічну спрямованість, спостерігали у 17,24% жінок.

У адаптованих жінок спостерігали типи адекватного ставлення до стресу, серед яких домінували гіперсоціальний і гармонійний. Також було досліджено аспект внутрішньої картини хвороби, що класифікується як інтелектуальний рівень ВКХ. Результати свідчили про занурення дезадаптованих жінок у процес хвороби, намагання визначити власну концепцію хвороби при домінуванні ірраціональних стереотипних настанов.

Адаптовані жінки відрізнялись складністю у виділенні патогенезу хворобливого стану, мали складності в описі власних проблем, що свідчило про когнітивну неоформленість концепції хворобливого стану. Найбільшу загрозу наслідків стресової ситуації вбачали у тимчасовій втраті працездатності, рецидиві стресу і як наслідок, загостренню хворобливого стану.

Завдання визначення особистісних особливостей фактично було пов'язано з тим, що останні є переддиспозицією даного стану, який розгортається під впливом стресової ситуації та може слугувати «слабким ґрунтом», котрий спричиняє розвиток дезадаптивного стану, або, навпаки, створювати основу успішної адаптації за складних умов. У групі дезадаптованих жінок виділено п'ять варіантів типологічно схожих особистісних профілів, в групі адаптованих жінок – три варіанти профілів (таблиця).

Встановлено зв'язки між рисами особистості та дезадаптивними симптомами різних регістрів, що дозволило стверджувати про наявність певних характеристик, які є одними з чинників, що обумовлюють появу дезадаптивних станів у жінок з ПТСР, зокрема симптоми соматизації пов'язані з такими особистісними характеристиками, як спонтанність та емоційна незрілість. Переддиспозиційною основою депресивної симптоматики виявились песимістичні та сенситивно-тривожні риси, надмірний контроль

Таблиця. Варіанти особистісних профілів адаптованих /деадаптованих жінок

Коди профілю	Назва профілю	%
Група 1 (n=23)		
1'132786409 FKL	«Невротичний»	30,44
34'87162 FKL	«Збудливий»	26,06
1384'7621/5 FKL	«Істеричний»	21,73
7218'63409/5 FKL	«Тривожно-депресивний»	13,04
2'4781360/5 FKL	«Пасивно-страждальний»	8,69
Група 2 (n=6)		
1'1568 KFL	«Гіперсоціальний»	50,07
65'83214 KFL	«Афективно-ригідний»	16,66
945'6873120 KFL	«Гіпертимний»	-
48'917623 KFL	«Стенічний»	-
/9837265014 KFL	«Гармонійний»	33,33
'0876312 KFL	«Інтровертивний»	-

та виразна індивідуальність. На появу симптоматики між-особистісної сенситивності впливали песимістичність, гіпостенічні риси, риси невпевненості та інтровертованості. Передумовою виникнення фобічної тривожності є риси надмірного контролю ситуації та песимістичність.

Виявлено розбіжності між стійкими емоційними рисами, а саме: здивуванням, відразою, які більш властиві дезадаптованим жінкам, та провиною, що більше притаманно адаптованим жінкам. У актуальному емоційному профілі дезадаптованих жінок наявне підвищення практично всіх негативних емоцій, серед яких домінував сором через неприйняття та неможливість подолати стресову ситуацію. Досить актуальними є емоційні сфери адаптованих жінок, які характеризувались «придушенням» негативних стенічних емоцій. Алекситимічний симптомокомплекс більш властивий адаптованим жінкам ($\phi = 2,25$, $p \leq 0,01$).

За допомогою t-критерію Стьюдента була встановлена різниця між групами за рівнем виразності механізмів психологічного захисту. Регресія ($t = 6,37$, $p = 0,000$) відзначена, як найчастіше застосовуваний механізм психологічного захисту у дезадаптованих жінок. У адаптованих жінок найбільш вираженими механізмами захисту були заперечення ($t = 7,04$, $p = 0,000$), реактивне утворення ($t = 3,57$, $p = 0,001$), інтелектуалізація ($t = 6,04$, $p = 0,000$) та заміщення ($t = 6,04$, $p = 0,000$). Ступінь напруження захисту виявився вищим у адаптованих жінок ($t = 2,20$, $p = 0,032$).

Важливу роль у процесі психічної адаптації відіграють рівень тривожності на поточний момент (реактивна тривожність) й особистісна тривожність (стала характеристика). З метою вивчення стану особистісної та реактивної тривожності в усіх обстежених застосовано методику Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна.

Встановлено, що серед жінок з ПТСР переважали особи з середнім рівнем ситуативної і особистісної тривожності. Серед незаміжніх жінок кількість осіб із низьким рівнем тривожності ($p < 0,01$) була вірогідно меншою.

При аналізі результатів об'єктивного дослідження психопатологічної симптоматики встановлено дисоціацію між самооцінкою своїх проявів і реальним станом в основній групі обстежених. Серед жінок високий рівень РТ встановлений лише у ($12,5 \pm 3,3$)%, клінічно значимим

тривожний стан був у 31,2% осіб, 62,3% відчували лише симптоми тривоги.

За результатами дослідження ми можемо зробити висновки про те, що жінки з ПТСР наявні психопатологічні порушення не схильні вважати проявами тривожного розладу, а трактують їх переважно як депресивні чи загальносоматичні прояви.

Проведене комплексне дослідження дає можливість визначити індивідуально-психологічні особливості у жінок з ПТСР, стан їх особистісної та реактивної тривожності, рівень адаптації та дезадаптації. Лікувально-реабілітаційні заходи при ПСТР включають психотерапію, психологічну корекцію, медикаментозну і немедикаментозну терапію. При проведенні фармакотерапії ми обов'язково враховували особливості перебігу ПТСР, особистісні і фізіологічні характеристики хворого. Особливу увагу надавали застосуванню антидепресантів, селективним інгібіторам

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ХАРАКТЕР ЛИЧНОСТНОЙ И РЕАКТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ЖЕНЩИН С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Л.О. Герасименко

Посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) являются одними из наиболее распространенных и неблагоприятных психических нарушений у лиц, переживших ситуации, угрожавшие их жизни или жизни близких людей. Проведенное комплексное исследование дает возможность определить индивидуально-психологические особенности у женщин с ПТСР, состояние личностной и реактивной тревожности, уровень адаптации и дезадаптации у женщин с ПТСР. Лечебно-реабилитационные мероприятия при ПСТР учитывают психотерапию, психологическую коррекцию, медикаментозную и немедикаментозную терапию.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, личностная тревожность, реактивная тревожность.

INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS, THE NATURE OF PERSONAL AND REACTIVE ANXIETY IN WOMEN WITH POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER
L. Gerasimenko

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is one of the most common and unfavorable progress forms of mental disorders in survivors of a situation that threatened their lives, or the lives of close people. Comprehensive analysis enables us to determine the individual & psychological characteristics in women with PTSD, the condition of personal and reactive anxiety, level of adaptation and disadaptation in women with PTSD. Treatment and rehabilitation activities at PSTR consider psychotherapy, psychological correction, medication and no medication therapy.

Key words: post-traumatic stress disorder, personal anxiety, reactive anxiety.

УДК 616.895–03:619

Л.Р. Нікогосян
ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ АБОРТ
Одеський національний медичний університет, м. Одеса

У статті наведена порівняльна оцінка емоційно-вольової сфери жінок після переривання вагітності різними способами у другому триместрі. В основну групу (ОГ) увійшли 90 жінок, яким переривання вагітності виконували препаратами міфепристону та мізопростолу, а в групу порівняння (ГП) – 66 жінок, яким переривання вагітності проводили так званим «традиційним методом»: інтраамніональним введенням 20% розчину хлориду натрію. У ході дослідження виявлено, що після переривання вагітності психологічний стан жінок основної групи був значно кращим, ніж у групі порівняння. Про це свідчила відсутність депресивних станів, які спостерігалися після інтраамніальних інфузій.

Актуальність теми. Офіційно щороку в Україні проводять 250 тисяч абортів. Спектр різних психологічних ускладнень, викликаних абортною травмою, дуже широкий: від незначних психологічних розладів до серйозних психічних порушень. Спочатку після переривання вагітності у жінок спрацьовують психологічні захисні механізми, які тимчасово пом'якшують їх травму [3].

Однак коли захисна система зазнає краху, жінки починають страждати. Безсоння, жажливі сни, відсутність апетиту, порушення біологічного ритму, безпричинний плач, різкі зміни настрою – все це характерно для жінок після аборту. Часто у них починаються психосоматичні розлади одночасно з мігренню, болями в нижній частині живота тощо [5].

Метою дослідження була порівняльна оцінка емоційно-вольової сфери жінок після переривання вагітності різними способами у другому триместрі вагітності.

Матеріали та методи дослідження

Нами проведена оцінка емоційно-вольової сфери 156 вагітних в терміни 14–23 тижні вагітності з мертвим плодом або вродженими вадами розвитку, які вимагають переривання вагітності. Обстежені жінки залежно від методу переривання вагітності були поділені на 2 групи. В основну групу (ОГ) увійшли 90 жінок, яким переривання вагітності виконували препаратами міфепристону та мізопростолу, а в групу порівняння (ГП) – 66 жінок, яким переривання вагітності проводили так званим «традиційним методом»: інтраамніональним введенням 20% розчину хлориду натрію. Тестування проводили у два етапи. Перший етап проводився у жінок до переривання вагітності. На цьому етапі виконували тестування за методикою Спілбергера – Ханіна та за тестом Айзенка (тільки за шкалами нейротизму та психотизму). На другому етапі дослідження проводили на 2–3 добу після проведеного аборту. Жінки проходили тестування за шкалою депресії та адаптації Т.Г. Балашової.

Результати та їх обговорення

У день надходження в стаціонар у всіх жінок була проведена оцінка психологічного статусу.

Визначення рівнів особистісної та ситуативної тривожності проводилось за методикою Спілбергера-Ханіна [2]. Тестування проводилось з використанням двох бланків: одного для визначення особистісної тривожності, другий – для ситуативної тривожності (табл. 1, 2).

Таблиця 1. Розподіл за рівнем особистісної тривожності

Рівень тривожності	ОГ, n = 90		ГП, n = 66	
	n	%±m	n	%±m
Високий	40	44,44±5,24	41	62,12±5,97
Середній	30	33,33±4,97	18	27,27±5,48
Низький	20	22,22±4,38	7	10,61±3,79

Таблиця 2. Розподіл за рівнем ситуативної тривожності

Рівень тривожності	ОГ, n = 90		ГП, n = 66	
	n	%±m	n	%±m
Високий	39	43,33±5,22	40	60,61±6,01
Середній	35	38,89±5,14	21	31,82±5,73
Низький	16	17,78±4,03	5	7,58±3,26

Результати опитування показали, що в опитаних жінок рівень як особистісної, так і реактивної тривожності майже однаковий. Особистісна тривожність характеризує схильність сприймати ситуації як загрозливі, реагувати на них станом тривоги. Ситуативна тривожність обумовлена впливом стресу, такого як втрата дитини.

Наступною методикою, за якою тестували жінок, був опитувальник Айзенка [1]. Для дослідження використували скорочений варіант, тільки для визначення рівнів нейротизму та психотизму. Опитувальник призначений для вивчення індивідуально-психологічних рис особистості з метою діагностики ступеня вираженості власти-

востей, що висуваються в якості істотних компонентів особистості: нейротизму та психотизму.

Таблиця 3. Розподіл жінок за рівнем нейротизму

Рівень тривожності	ОГ, n = 90		ГП, n = 66	
	n	%±m	n	%±m
Високий	26	28,89±4,78	28	60,61±6,01*
Середній	43	47,78±5,27	32	48,48±6,15
Низький	21	23,33±4,46	6	6,67±3,07

Примітка. * – різниця достовірна (p<0,05).

Вагітним з високим нейротизмом властиві надчутливі реакції, напруженість, тривожність, незадоволеність собою і навколишнім світом. Цей показник спостерігався у 60,6% жінок з ГП та у 28,8% з ОГ. Такий високий відсоток рівня нейротизму у жінок з порівняльної групи можна пояснити переживаннями з приводу інформації про застосування методів та можливі ускладнення.

Таблиця 4. Розподіл жінок за рівнем нейротизму

Рівень тривожності	ОГ, n = 90		ГП, n = 66	
	n	%±m	n	%±m
Високий	12	13,33±3,58	28	60,61±6,01*
Середній	45	50,00±5,27	31	46,97±6,14
Низький	33	36,67±5,08	7	10,61±3,79

Примітка. * – різниця достовірна (p<0,05).

Високі оцінки за шкалою психотизму мають схильні до девіантної поведінки, неадекватності емоційних реакцій, високої конфліктності. Високий рівень психотизму був притаманний більше жінкам з порівняльної групи.

Другий етап дослідження проходив на 2–3 добу після перенесеного жінками аборту. Жінки проходили тестування за шкалою депресії та адаптації Т.Г. Балашової [4]. Опитувальник розроблений для диференційної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії, для скринінг-діагностики при масових дослідженнях і з метою попередньої, долікарської діагностики. Отримані результати наведені у таблиці 5.

Таблиця 5. Розподіл жінок за шкалою депресії

Рівень тривожності	ОГ, n = 90		ГП, n = 66	
	n	%±m	n	%±m
Без депресії	45	50,00±5,27	24	36,36±5,92
Легка депресія	36	40,00±5,16	37	56,06±6,11
Субдепресивний стан	9	10,00±3,16	4	6,06±2,94
Істинна депресія	-	-	1	1,51±1,50

За шкалою «депресії» у 50% жінок в ОГ депресії не виявлено; у 39,6% і 53,2% пацієток було виявлено стан легкої депресії ситуативного чи невротичного генезу. Після переривання вагітності шляхом амніоцентезу у 4 було діагностовано субдепресивний стан і ще в однієї – справжній депресивний стан (табл. 5).

У кожної шостої вагітної діагностовано постабортний синдром. Він проявлявся у вигляді реактивної депресії, яка перебігала у формі емоційно-афективного шоку. Ця реакція спостерігалася через 2–5 днів після переривання вагітності у особистостей інфантильних, з істероїдним рисами характеру. У пацієток з’являлися сльозливість,

Список використаної літератури

1. Личностный опросник ЕРІ (методика Г. Айзенка) // Альманах психологических тестов. – М., 1995. – С. 217–224. 4
2. Миронова Е. Е. Сборник психологических тестов. / Е. Е. Миронова. – Часть 1: Пособие. – 2005. – 155 с. (С. 16–18). 3
3. Онищук Е. Ю. Влияние прерывания беременности на психологическое состояние женщины / Е. Ю. Онищук // Перинатальная психология и психология родительства. – 2006. – №3. – С. 43–50. 1
4. Розов Е. И. Настольная книга практического психолога : учеб. пособие: В 2 кн. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. – Кн. 1. : Система работы психолога с детьми разного возраста. – 384 с. 5
5. Юсупова А. М. Психологические особенности и репродуктивное поведение женщин, прерывающих беременность искусственным абортom / А. М. Юсупова, В. А. Фуре, И. М. Волков // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2000. – №1. 2

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ АБОРТ

Л.Р. Никогосян

В статье приведена сравнительная оценка эмоционально-волевой сферы женщин после прерывания беременности различными способами во втором триместре. В основную группу вошли 90 женщин, которым прерывание беременности выполняли препаратами мифепристона и мизопростолa, а в группу сравнения – 66 женщин, которым прерывание беременности проводили так называемым «традиционным методом»: интраамниональным введением 20% раствора хлорида натрия. В ходе исследования выявлено, что после прерывания беременности психологическое состояние женщин основной группы было значительно лучше, чем в группе сравнения. Об этом свидетельствовало отсутствие депрессивных состояний, которые наблюдаются после интраамниальных инфузий.

Ключевые слова: беременность, аборт, депрессия, тревожность, нейротизм, психотизм.

FEATURES OF EMOTIAL AND VOLITIONAL WOMEN WHO HAD AN ABORTION

L. Nykogosyan

The article presents a comparative evaluation of the emotional-volitional women after abortion in various ways during the second trimester. The group included 90 women who performed abortion drugs mifepristone and misoprostol, and in the comparison group included 66 women undergoing abortion conducted so-called “traditional method”: intraamniotalym introduction of a 20% solution of sodium chloride. The study revealed that after abortion psychological state of women the main group was significantly better than in the comparison group. This was evidenced by the absence of depressive states, which are observed after intra-amniotic infusion.

Key words: pregnancy, abortion, depression, anxiety, neuroticism, psychoticism.

УДК 616.89:612.014

І.О. Франкова
ПСИХОСОЦІАЛЬНА МОДЕЛЬ РОЗВИТКУ ГОСТРОЇ СОЦІАЛЬНОЇ САМОІЗОЛЯЦІЇ
В УМОВАХ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ

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

Ключові слова:
соціальна ізоляція,
гостра соціальна
самоізоляція, психо-
соціальна модель
розвитку.

Стаття присвячена розгляду нової дефініції – гострої соціальної самоізоляції. Дефініція розглянута в контексті психосоціальної моделі розвитку. Проаналізовано вплив біопсихосоціальних факторів та інших можливих причини виникнення даного феномена, зв’язок гострої соціальної самоізоляції з реалізацією віктимної поведінки. Також у статті звернуто увагу на клініко-психологічні особливості психічної сфери пацієнтів з гострою самоізоляцією на вибірці пацієнтів.

Поняття са́мітник і за́творник існує в багатьох культурах з незапам’ятних часів. Але явище соціальної ізоляції стає все більш розповсюдженим саме в умовах глобальної інформаційної комунікації, що стрімко набирає обороти саме зараз. Спілкування через мережу Інтернет та за допомогою стільникових телефонів з мультифункціями скорочують потребу у особистісному контакті, що призводить до загострення соціальної ізоляції (будь-якого походження), та створює проблеми взаємодії між людьми. Все більше послуг та сервісів для споживачів

стають віртуальними, а шанс зустрітися з незнайомцем в черзі прагне до нуля. Залежність від технологій, і як наслідок, формування численних нехимических аддикцій є значною та актуальною проблемою в сучасному суспільстві [3].

В останні роки феномен гострої соціальної самоізоляції, вперше виявлений в Японії, отримав особливий інтерес дослідників та громадськості в усьому світі. Одне з складових соціальної ізоляції – феномен гостої соціальної самоізоляції (hikikomori) був визначений як явище,

в якому людина стає са́мітником в своєму власному будинку, уникаючи різних соціальних ситуацій (наприклад, відвідування школи, праці, соціальних взаємодій поза домом і т.д.), принаймні протягом шістьох місяців [20]. Такі особи, як часто повідомляється, мають соціальні контакти переважно через мережу Інтернет. [8]. У той час як дослідники дискутують чи можна вважати гостру соціальну самоізоляцію психіатричним діагнозом, практикуючі лікарі в Японії вказують, що вони розглядають цей стан як «розлад» [23], [24].

За етіологією гостра соціальна самоізоляція може бути вторинною, наприклад викликана психічними розладами, такими як: соціальна фобія, депресія, шизофренія, деменція, розумова відсталість або розлади аутистичного спектру; або хронічними фізичними хворобами чи травмами. Вторинна гостра соціальна сомоізоляція включає випадки перебування пацієнта у власному будинку через продуктивну психопатологічну симптоматику, абулію чи аутизм, викликаних шизофренією. Пацієнту з великим депресивним розладом, як правило, важко підтримувати розмову через проблеми з концентрацією уваги, зниженням вітальних функцій та ангедонією в період загострення депресії. Пацієнт з розладами харчової поведінки, особливо нервовою булімією, часто бажає уникнути поглядів оточуючих, таким чином загроза спостереження за його фігурою змушує залишатись вдома, коли вага тіла зросла всупереч очікуванням. Через страх перед панічною атакою (раптовий розвиток симптомів, включаючи серцебиття, задишку через сильну тривогу), пацієнти з панічним розладом, як правило, залишаються у приміщеннях, уникають місць, де немає можливості отримати допомогу у разі паніки (потяги чи переповнені вулиці) [19].

Проте за даними останніх досліджень коморбідність з іншими психічними розладами (афективними розладами, розладами поведінки, зловживанням психоактивними речовинами, тривожно фобічними розладами, розладами особистості) становить лише 54,5%, а в половині випадків гостра соціальна самоізоляція зустрічається без супутніх психічних розладів [15].

Саме ця половина випадків, без супутніх психічних розладів, формує групу первинної гострої соціальної

самоізоляції, що не спричинена жодним з перерахованих станів, стала предметом нашого дослідження. Хоча перші випадки гостої соціальної самоізоляції були описані в Японії, попередні дослідження свідчать про те, що гостра соціальна самоізоляція може існувати й за межами цієї країни. Наприклад, в сучасній літературі існують повідомлення про клінічні випадки, що описують наявність гострої соціальної самоізоляції в ряді інших країн [12]. Коли представлені віньєтками клінічні описи гострої соціальної самоізоляції були представлені психіатрам з дев'яти країн світу, вони повідомили, що такі випадки існували в їх клінічній практиці [13]. Проте, кросс-національних досліджень, спрямованих на виявлення гострої соціальної самоізоляції не достатньо. Причини відсутності таких досліджень можна пояснити недостатньою докладністю визначення та двозначністю описаних характеристик гострої соціальної самоізоляції [9], [11], [22], [23], [26]. Це викликає стурбованість дослідників, бо вони не можуть достовірно посилатись на одне й те саме явище. Раніше запропоноване визначення гострої соціальної самоізоляції не достатньо перевірене дослідним шляхом [24]. Але останнім часом науковці запровадили доповнення до критеріїв гострої соціальної самоізоляції, порівняльний аналіз проведеної роботи представлений в таблиці 1.

Автори сучасних доповнень критеріїв гострої соціальної самоізоляції вважають, що нові визначення долають ряд обмежень щодо попередніх [25]. По-перше, вони усувають віковий специфікатор як початок соціальної ізоляції, це може відбутися в будь-якому віці [14]. По-друге, вони включають критерій дистреса або функціональних порушень, що є спробою уникнути медикалізації простої самотності (процес, під час якого людські стани і проблеми починають визначатися і розглядатися як медичні розлади). Проте, важливим обмеженням цього робочого визначення, є відсутність надійної емпіричної бази по кожному з критеріїв і, таким чином подальше уточнення, безсумнівно, буде необхідним. Наприклад, це може бути уточнення щодо 6-місячного критерію, можливо така тривалість є надто суворою [7].

Таблиця 1. Порівняння критеріїв гострої соціальної самоізоляції за 2010 та 2014 роки.

2010 рік	2014 рік
Більшу частину доби і майже кожен день людина проводить вдома, в окремій кімнаті	Більшу частину доби і майже кожен день людина проводить вдома, в окремій кімнаті
Виявляється явне і стійке уникання ситуацій соціальних контактів (відвідування школи чи роботи) і соціальних стосунків (дружба, контакти з членами родини)	В Індивіда виявляється явне і стійке уникання ситуацій соціальних контактів (відвідування школи чи роботи)
Соціальна ізоляція служить сильною перешкодою для особистісного і соціального функціонування в професійній, академічній, громадській діяльності або міжособистісних стосунках	В Індивіда виявляється явне і стійке уникання ситуацій соціальних стосунків (дружба, контакти з членами родини)
Людина сприймає відчуження від соціуму его-синтонним, дана поведінка може бути неприємна іншим, але не доставляє незручності самій людині	В людини соціальна самоізоляція і відчуження викликає помітний дистрес та порушує нормальне життя індивіда, перешкоджає професійному (або академічному) функціонуванню, чи міжособистісним стосункам.
Характерно для осіб у віці менше 18 років, тривалість ізоляції не менше 6 місяців	Тривалість соціальної ізоляції становить не менше 6 місяців.
Диференціальна діагностика виключає виникнення соціального відчуження з причин інших психічних розладів, таких як: соціальна фобія, депресивний розлад, шизофренія, тривожний розлад особистості	Соціальна ізоляція і відчуження не спричинена жодним з перерахованих станів: соціальною фобією, великим депресивним розладом, шизофренією або уникаючим розладом особистості.

Перший критерій гострої соціальної самоізоляції теж виглядає десь абстрактно, десь нереалістично - більшу частину доби і майже кожен день людина проводить вдома, в окремій кімнаті. Насправді при гострій соціальній самоізоляції більшість людей дійсно іноді залишає своє місце проживання. Науковцями з Японії вдалося кількісно це проаналізувати, виявляється, що 86% респондентів з проявами гостої соціальної самоізоляції виходять з дому. У середньому, вони виходять 12 разів на місяць (у порівнянні з 24 разами для контрольної групи, $p < 0,001$) і проводять 3 години протягом кожної прогулянки поза своїм помешканням (у порівнянні 9 годинами і більше в групі контролю, $p < 0,001$) [21].

Не менш важливим питанням, що постає перед дослідниками є вивчення факторів, які можуть бути зараховані в якості причин виникнення гострої соціальної самоізоляції. Це складне явище має як соціально-психологічні, так і медико-біологічні коріння.

Сучасні наукові дослідження простежують помітний вплив генетичних та біологічних чинників на соціальні навички комунікабельності, в подальшому ця інформація може зробити вагомий внесок у вивчення етіології гострої соціальної самоізоляції [18].

Незважаючи на те, що соціально-культурні фактори розглядаються науковцями як фактори, що в значній мірі спричиняють виникнення даного феномену, попередні дослідження гострої соціальної самоізоляції в своїй більшості були зосереджені на оцінці психопатології, а набагато менше досліджень – особливо за межами Японії – вивчали психологічні особливості в більш широкому сенсі.

На нашу думку вивчення психологічних особливостей в більш широкому сенсі є не менш важливим аспектом, бо в подальшому дає можливість вивчати як предиктори, так і превентори гострої соціальної самоізоляції [13], [17]. Наші дані показують, що соціальна ізоляція і обмежені зв'язки з членами соціальних мереж є вкрай розповсюдженим явищем, що проявляється у порушенні можливості налаштовувати соціальні контакти. Людина з гострою соціальною самоізоляцією є інтенсивно самотньою, та має дефіцит соціальної підтримки, виявляється вона не в змозі підтримувати значущі соціальні зв'язки.

Weiss пов'язав самотність соціальної ізоляції з дефіцитом в реалізації однієї з ідентифікованих їм соціальних потреб людини, а саме, потреби в соціальній інтеграції (залученості людини в суспільне життя). Потреба в соціальній інтеграції зазвичай реалізується через відносини з друзями, з колегами по роботі, через спілкування з іншими, нехай навіть малозначущими людьми в процесі соціальної взаємодії [27]. Також в основі самотності та емоційної ізоляції лежить дефіцит в реалізації ще однієї соціальної потреби, потреби в прихильності, яку повинні задовольняти інтимні відносини (подружжя, стосунки закоханих або коханців) і відносини мати-дитя.

Психологічний шлях розвитку гострої соціальної самоізоляції значною мірою спирається на теорію прихильності [10]. Боулбі (1973, 1982) припустив, що немовлята володіють поведінковою системою прихильності, на ранніх етапах розвитку у дітей повинні були сформуватися моделі поведінки прихильності (attachment

behaviors) - жести і сигнали, які забезпечують і підтримують їх близькість до опікунів (наприклад, плач, крик, усмішка, переслідування) [5], [6]. В ситуації загрози, якщо вихователі реагують адекватно, передбачуваним результатом такої сигнальної поведінки є фізична близькість між потомством і вихователем. Плач - це сигнал лиха; коли немовля відчуває біль або страх, він плаче, і батьки повинні поспішати на допомогу, щоб з'ясувати, що сталося. Ще одною прив'язуючою дією є посмішка малюка; коли малюк посміхається, дивлячись на батьків, батьки відчувують до нього любов і їм приємно бути поруч. Безпечне функціонування системи прихильності очевидно, немовлята звертаються до фігур прихильності, коли стривожені (тобто в пошуках безпечного притулку) або при дослідженні навколишнього середовища (тобто батьки дають відчуття надійної відправної точки), що дозволяє їм досягти впевненості для подальших дослідженнях навколишнього середовища.

За відсутності об'єктивної зовнішньої причини (смерть близького, розставання), причиною хронічної емоційної самотності є порушення у формуванні стилю прихильності в рамках теорії прихильності Дж. Боулбі. З самого раннього дитинства, в результаті досвіду спілкування з матір'ю та іншими вихователями, у людини формується стиль прихильності, який стає однією з важливих характеристик його особистості та, в якості такого, залишається більш-менш незмінним протягом усього життя.

Передбачається, що стиль прихильності може бути або надійний (безпечний), або амбівалентний або уникаючий. Наприклад, досвід надійної прихильності в дитинстві є предиктором здатності до емпатії, стійкості Его, здатності встановлювати соціальні контакти, в той час як уникаючий стиль прихильності надалі проявляється в екстерналізації (наприклад агресії, проведінкових проблемах), а також інтерналізації (наприклад соціальної тривожності, психосоматичних скаргах), проблеми з поведінкою протягом усього дитинства і юності. Важливим моментом в цьому контексті є те, що надійно прив'язані діти функціонують добре, тому що у них урівноважений пошук близькості і дослідження навколишнього середовища. Чутливість об'єкта прихильності у поведженні з тривогою дитини в кінцевому рахунку, дає впевненість дитині в дослідженні нових ситуацій, а також демонструє, що іншим людям можна довіряти, інші можуть допомогти, а не нашкодити дитині в разі необхідності або біди [1].

Вважається, що якщо з дитинства у людини сформувався амбівалентний або уникаючий стиль прихильності, йому важко знайти партнера, здатного задовільнити його соціальну потребу в прихильності, та / або побудувати з таким потенційним партнером стабільні відносини. Діти з уникаючим стилем прихильності стикаються з стійким униканням емоційної близькості, неможливістю забезпечити відчуття безпеки та відторгненням з боку вихователів. При амбівалентній прихильності в ситуації дослідження навколишнього середовища дитина постійно стикалася з непослідовною та непередбачуваною реакцією батьків, то уникаючою, то надійною [4]. В останні роки інтерес вчених зосередився на дослідженні прихильності за межами дитинства та розумінні того,

як функції прихильності, почуття безпечності та можливість досліджувати нове, заводити нові відносини пов’язані зі стилем прихильності, що передається від значимих дорослих [4].

Провівши аналіз літератури щодо психологічних особливостей, а саме впливу стилю прихильності на можливість формування близьких стосунків, подальшою метою нашого дослідження стала спроба виявити предиктори гострої соціальної самоізоляції на виборці пацієтів.

Всього було обстежено 13 осіб з проявами гострої соціальної самоізоляції, серед них переважали жінки (9 осіб), середній вік звернення 24,2±5.4. Також серед респондентів переважали особи з незакінченою середньою або вищою освітою, та ті, хто не мають досвіду роботи. Всіх респондентів було умовно розділено на три групи.

- Група – пацієнти з діагнозом шизофренія F 20-29, розлади настрою F 30-39, тривожні розлади – разом 5 осіб (38.5%, потребували медикаментозного лікування), фармакотерапія є найбільш затребуваною і ефективною, супутня психотерапія та тренінг життєвих навичок рекомендований залежно від патології.
- Група – розлад особистості, хронічні форми розладу адаптації, соматоформні розлад. Дана група в першу чергу потребувала психотерапевтичної підтримки залежно від невротичних рис особистості, включала індивідуумів з розладами настрою або тривожними розладами, які в першу чергу потребували психосоціальної підтримки, ніж фармакотерапії, і склала 5 осіб (38.5%)
- Група – індивідууми з гострою соціальною самоізоляцією, котрим відповідно не був виставлений

Таблиця 2. Соціодемографічна характеристика пацієнтів з гострою соціальною самоізоляцією

Всього 13 обстежених	№	(%)
Стать		
Жіноча	9	69.2
Чоловіча	4	30.8
Вік		
M±SD (років)	24.2±5.4	
Minimum	16	
Maximum	35	
Вік початку гострої соціальної самоізоляції		
M±SD (років)	20.1±4.7	
Minimum	8	
Maximum	34	
Освіта		
Незакінчена середня	5	38.5
Незакінчена вища	5	38.5
Закінчена вища	3	23.0
Працевлаштування		
Постійна зайнятість	2	15.5
Часткова зайнятість	4	30.7
Нема досвіду роботи	7	53.8
Наявність прогулів у школі (ВНЗ)		
Наявні	8	61.5
Відсутні	5	38.5

жоден з діагнозів, які не ввійшли ні в одну з перерахованих вище груп – 3 людини (23%).

Особи з розумовою відсталістю та затримкою психічного розвитку не включались в дану виборку.

Було проведено психологічне тестування та опитування 13 пацієнтів з гострою соціальною самоізоляцією. У ході аналізу оцінки відносин з батьками ми виявили, що у пацієнтів з первинною гострою соціальною самоізоляцією, на відміну від респондентів контрольної першої та другої групи, в ранньому дитинстві у стосунках з батьками був сформований амбівалентний стиль прихильності з точки зору теорії прихильності Дж. Боулбі. Також присутні випадки втрати батька, або розлучення батьків в ранньому дитинстві, які дитина сприймає як відторгнення з боку рідних. Аналіз відносин з однолітками та шкільних відносин виявив частіші повідомлення про досвід відторгнення однолітків, знущання і залякування в школі.

Відторгнення з боку батьків є предиктором амбівалентного стилю прихильності, який у поєднанні з сором’язливою особистістю та знущаннями і відторгненням в шкільному віці з боку однолітків сприяє виникненню гострої соціальної самоізоляції. Внаслідок амбівалентного стилю прихильності, сформованого значущими дорослими в ранньому дитинстві, надалі пацієнти відчують труднощі у подоланні проблем в соціальних комунікаціях у зв’язку зі страхом, що змушує їх ізолюватися від соціальних взаємодій і відсторонюватися від суспільства взагалі.

Методика дослідження схильності до віктимної поведінки (Андронникова О.О., 1984) у 13 пацієнтів с гострою соціальною самоізоляцією виявила модель ініціативної віктимної поведінки, схильність до залежної поведінки, прихильність до рольової позиції жертви та прояви засвоєної безпорадності в результаті неодноразових ситуацій насильства. Для пацієнтів 3 групи на відміну від першої та другої характерною була схильність до саморуйнівної поведінки.

В ході обстеження були виділені наступні медико-психологічні характеристики осіб з гострою соціальною самоізоляцією:

- амбівалентний стиль прихильності
- досвід приниження в школі, жертви психологічного, фізичного насильства
- гіперчутливість до критики з боку інших, самооцінка знижена
- підвищений рівень базової тривожності
- низька толерантність до фрустрації, відчуття необхідності постійно боротися з невизначеною загрозою
- труднощі в зниженні емоційної напруги в умовах зневаги і насильства (алекситимія)
- вивчення особливостей темпераменту виявило значну сором’язливість
- схильність до аутодеструктивної поведінки
- підсвідомо обирають соціальну ізоляцію як крайній спосіб адаптації до переживання відторгнення в контакт з навколишнім середовищем в результаті віктимізації.

Виходячи з усього вищенаведеного треба підкреслити, що усі респонденти, що приймали участь дослідженні відзначили - у дитинстві вони перебували під впливом

критичності, зниження рівня інтересів і т. д.). Тоді будь які події (радісні чи сумні) не отримують емоційного резонансу оскільки особа фактично відчужена від навколишнього світу [2]. Наведені нейробіологічні зміни частково пояснюють особливості поведінки людей з гострою соціальною самоізоляцією.

Можна узагальнити, гостра соціальна самоізоляція в умовах глобальної інформаційної комунікації – це соціальна проблема, що впливає на як на суспільство, так і на якість життя окремих пацієнтів. Поширеність, ступінь порушень і тривалість симптомів виступають за більш детальний розгляд цього психічного стану. Предиктори виникнення гострої соціальної самоізоляції, а також особливості емоційно-особистісної сфери, виявлення в ході медико-психологічного дослідження, дозволять позначити майбутні мішені психологічної корекційної роботи. В Україні раніше подібні дослідження не проводились. Наведені дані підтверджують необхідність розробки нових і вдосконалення існуючих системи заходів, спрямованих на профілактику, раннє виявлення та ефективну корекцію гострої соціальної самоізоляції.

Список використаної літератури

1. Одиночество: попытки измерить пустоту Белова Л.В., РГАП, (США, Торонто) 2007.http://www.google.com.ua/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB4QFJAA&url=http%3A%2F%2Fwww.roapinfo.ru%2Farticle_06.doc&ei=IZwVVJ2VJKXMyAPA_YDIBw&usg=AFQjCNFu190e2gHEKLTUZ7W3fS0g_zTAKw&sig2=ZQFE_C7eAJRRdw2AY-Eq0w&bv=75097201.d.bGQ

2. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии // Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия» - 2003. — 384 с.

3. Чабан О.С. Соціально-психологічні синдроми нової епохи, або чим доповнює час та суспільство психологічний словник // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2008. – Том 2. №1(2) – С. 60–65.

4. Ainsworth, S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation / Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. // - 1978. Oxford, UK: Lawrence Erlbaum.

5. Bowlby, J. Attachment and loss // Vol. 2. Separation anxiety and anger. New York: Basic Books. - 1973.

6. Bowlby, J. Attachment and loss // Vol. 1. Attachment. London, UK: Tavistock (originally published 1969). – 1982.

7. Coplan Robert J. The Handbook of Solitude: Psychological Perspectives on Social Isolation, Social Withdrawal, and Being Alone / Julie C. Bowker // Published by John Wiley & Sons, Ltd. - 2014

8. De Michele, F. Hikikomori - A culture- bound syndrome in the web 2.0 era. / Caredda, M., Delle Chiaie, R., Salviati, M., & Biondi, M. // Rivista di Psichiatria, 48, 354–358. - 2013.

9. Garcia-Campayo, J A case report of hikikomori in Spain / Alda, M., Sobradiel, N., & Sanz Abos, B. // Medicina Clinica (Barc) - 2007. - 129, 318–319.

10. Granqvist P. Attachment and spiritual development in childhood and adolescence / Dickie, J. // In E. Roehlkepar- tain, P. King, L. Wagener, & P. Benson (Eds), The handbook of spiritual development in childhood and adolescence (pp. 197–210). - 2006.

11. Furuhashi, T. Commonalities and differences in hikikomori youths in Japan and France / Suzuki, K., Teruyama, J., Sedooka, A., Tsuda, H., Shimizu, M., Castel, P. H. // Nagoya Journal of Health, Physical Fitness & Sports, 34(1), 29–33. - 2011.

12. Furuhashi, T. Pathology seen in French “Hikikomori” / Figueiredo, C., Pionnié-Dax, N., Fansten, M., Vellut, N., & Castel, P. H. // Seishin shinkeigaku zasshi = Psychiatria et neurologia Japonica, 114, 1173–1179. - 2012.

13. Kato, T. A. Does the “hikikomori” syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A pre- liminary international investigation / Tateno, M., Shinfuku, N., Fujisawa, D., Teo, A. R., Sartorius, N., .Kanba, S. // Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 47, 1061-75. - 2012.

14. Kondo, N. General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: Psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres / Sakai, M., Kuroda, Y., Kiyota, Y., Kitabata, Y., & Kurosawa, M. // International Journal of Social Psychiatry, 59, 79–86. – 2013.

15. Koyama A. Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of “hikikomori” in a community population in Japan / Y. Miyake, N. Kawakami, M. Tsuchiya, H. Tachimori, T. Takeshima // J. Psychiatry Res. – Vol. 176. – P. 69-74. - 2010.

16. Krieg A. Attachment and hikikomori: A psychosocial developmental model / J. Dickie// Int J Soc Psychiatry. - Vol 59(1) – P. 61-72. - 2013.

17. Lee, Y. S Home visitation program for detecting, evaluating, and treating socially withdrawn youth in Korea. / Lee, J. Y., Choi, T. Y., & Choi, J. T. // Psychiatry and Clinical Neurosciences, 67, 193–202. - 2013.

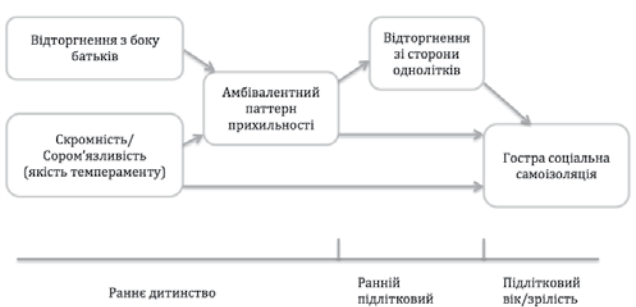


Рис. 1. Психосоціальна модель розвитку гострої соціальної самоізоляції.

значного стресу. Внаслідок впливу хронічного стресу (фізичне, емоційне або сексуальне насильство, досвід тривалої розлуки або втрати близької людини) підвищується вміст «гормону стресу» кортизолу в крові, який стимулює загибель клітин гіпокампа і викликає зниження обсягу префронтальної кори. Таким чином формується «порочне коло»: стрес підвищує рівень кортизолу, кортизол руйнує клітини гіпокампа і префронтальної кори головного мозку, що, в свою чергу, погіршує подальшу переносимість стресових ситуацій і підвищує рівень тривожності.

Безпосередньо префронтальна кора і гіпокамп - структури мозку, які беруть участь у механізмах пам’яті та емоцій. Вони беруть участь у регуляції різних емоційних станів, насамперед порівняно елементарних (базальних) емоцій (радість, горе, страх, гнів, інтерес, відраза, презирство, подив, сором, вина), і мотиваційних процесів, пов’язаних з різними потребами організму. А так само забезпечують емоційно-афективну складову свідомості, усвідомлення власного емоційного досвіду, свого Я. Базальні емоції є найважливішими засобами невербальної комунікації. У людей, яким важко розрізнити свої звичайні емоції, знижується здатність зчитувати і розпізнавати інформацію невербально, розвивається алекситимія, тобто здатність до емпатії виявляється вкрай обмеженою. Вважається, що емпатія відбувається за рахунок емоційного реагування на сприйняття зовнішніх, часто майже непомітних, проявів емоційного стану іншої людини - вчинків, мови, мімічних реакцій, жестів і так далі.

Центральні симптоми порушення зон гіпокампа і префронтальної кори характеризуються порушенням довільної регуляції поведінки, збідненням емоцій, зникненням виразних засобів (міміки тощо), зміною емоційно-особистісної та мотиваційної сфер (зникнення професійних інтересів, прихильності до рідних не-

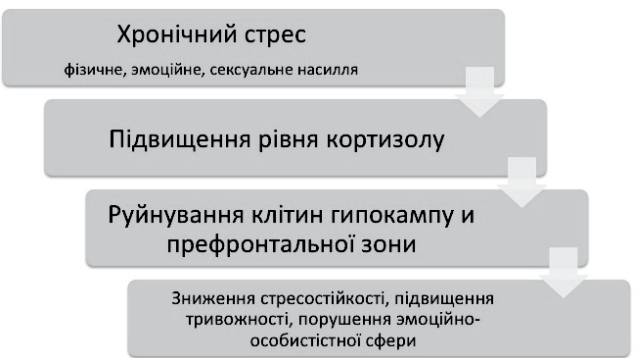


Рис. 2. Нейробіологічні основи гострої соціальної самоізоляції.

18. Meyer-Lindenberg, A. Neural mechanisms of social risk for psychiatric disorders. / Tost, H. // *Nature Neuroscience*, 15, 663–668. - 2012.

19. Natsuko Hirashima Psychopathology of Social Withdrawal in Japan // *JMAJ* 44(6) P. - 260–262, - 2001.

20. Saito T. Hikikomori as a possible clinical term in psychiatry: a questionnaire survey / M. Tateno, T. W. Park, T. A. Kato, W. Umene-Nakano // *BioMed Central Psychiatry*. – 2012. - Vol. 12. – P.169.

21. Sakai, M Development of Hikikomori behavior checklist (HBCL) and examination of its reliability and validity / Ishikawa, S.-i., Sato, H., Sakano, Y. // *Japanese Journal of Counseling Science*, 37(3), 210–220. - 2004.

22. Sakamoto N. Hikikomori, is it a culture-reactive or culture-bound syndrome? Nidotherapy and a clinical vignette from Oman / R. G. Martin, H. Kumano, T. Kuboki, S. Al-Adawi // *International Journal of Psychiatry in Medicine*. - 2005. Vol. 35(2). - P.191–198.

23. Tateno, M. Hikikomori as a possible clinical term in psychiatry: A questionnaire survey. / Park, T. W., Kato, T. A., Umene-Nakano, W., Saito, T. // *BMC Psychiatry*, 12, 169. - 2012.

24. Teo A.R. Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal? A proposal for DSM-5 / A.C. Gaw // *J. Nerv Ment Dis*. – 2010. – Vol. 198. – P. 444 -449.

25. Teo A.R. Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Psychosocial features and treatment preferences in four countries / Michael D Fettes, Kyle Stufflebam,Masaru Tateno, Yatan Balhara, Tae Young Choi, Shigenobu Kanba, Carol A Mathews and Takahiro A Kato // *Int J Soc Psychiatry* published online 27 May 2014 DOI: 10.1177/0020764014535758 http://isp.sagepub.com/content/early/2014/05/22/0020764014535758

26. Watts J. Public health experts concerned about “hikikomori” // *The Lancet*. 2002. – Vol. 359. – P. 1131.

27. Weiss Robert S. Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation / William A. Sadler // *Jr. Contemporary Sociology* Vol. 4, No. 2 (Mar., 1975), pp. 171-173

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ СОЦИАЛЬНОЙ САМОИЗОЛЯЦИИ
В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ

И.А. Франкова

Статья посвящена рассмотрению новой дефиниции – острой социальной самоизоляции. Дефиниция рассмотрена в контексте психосоциальной модели развития. Проанализировано влияние биопсихосоциальных факторов и других возможных причин возникновения данного феномена, связь острой социальной самоизоляции с реализацией виктимного поведения. Также в статье обращено внимание на клинико-психологические особенности психической сферы пациентов с острой самоизоляцией на выборке пациентов.

Ключевые слова: социальная изоляция, острая социальная самоизоляция, психо-социальная модель развития.

PSYCHOSOCIAL MODEL OF ACUTE SOCIAL WITHDRAWAL IN CONDITION OF SOCIAL
AND ECONOMIC TRANSFORMATION

I. Frankova

The article discusses the new definition - acute social withdrawal. Definition is considered in the context of psychosocial development model. Analyzed the impact of biopsychosocial factors and other possible causes of this phenomenon, the relationship between acute social withdrawal and realization of victim behavior. The article also drew attention to the clinical and psychological characteristics of psychiatric patients with acute self-isolation on a sample of group of patients.

Key words: social isolation, self-imposed severe social isolation, psycho-social model of development

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89–008.441.33–0.85:616.822.1

С.И. Табачников, Е.Н. Харченко, Т.В. Синицкая, А.Н. Чепурная, Е.В. Киосева,
Е.С. Осуховская, А.В. Воронина

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ТЕСТЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ
УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ,
КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА

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

Ключевые слова:

аддитивное поведение,
психоактивные
вещества, тесты
определения степени
употребления
психоактивных
веществ, клиническая
характеристика.

Проведено исследование аддитивного поведения 1374 подростков, принимающих психоактивные вещества (на ранних этапах) с помощью специальных АУДИТ-тестов. Выявлено патопсихологические и психопатологические особенности аддитивного поведения (согласно степени приема ПАВ), а также принципы формирования зависимых состояний.

Среди различных актуальных медико-социальных проблем современности вопрос аддитивного поведения имеет особую значимость. В большей степени ему подвержены лица с низкой переносимостью трудностей и проблемами адаптации [2, 5, 6, 8]. Безусловно, подобная форма дезадапционного поведения свойственна чаще подростковому и молодому возрасту, вследствие несформировавшихся в этом периоде личностных особенностей и социальных норм. В этом плане вопрос зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) является приоритетным [11]. Как свидетельствуют данные эпидемиологических исследований отечественных и зарубежных авторов [4, 7], уровень распространенности алкогольной, табачной и других видов наркотической зависимости неуклонно увеличивается (как по масштабу, так и по вариабельности видов) в большинстве стран мира, в том числе и в Украине. Особенно опасным является катастрофический рост употребления ПАВ среди детей и молодежи, что ведет к ранней психиатрической декомпенсации и деморализации подрастающего поколения. По данным ВОЗ, Украина занимает первое место по распространенности подросткового алкоголизма.

Согласно результатам отечественных и зарубежных исследователей [1, 3, 10], среди подростков 13–15 лет употребляют наркотические вещества более 25,4% (33,6% юношей и 18,8% девушек). При этом следует учитывать, что объективные данные значительно превышают официальные.

Среди ПАВ наиболее распространенными среди подростков являются алкогольсодержащие напитки,

каннабиноиды, психостимуляторы, опиаты (опиоиды), и особенно, – табакокурение. При этом последнее начинается достаточно рано, в возрасте 10–15 лет. Первичное употребление наркотиков приходится обычно на 12–16 лет – 32%; 17–18 лет – 35%; 19–28 лет – 33% [10]. Очень часто наблюдается коморбидность в употреблении различных ПАВ, что еще более отягощает состояние больных.

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные данной проблеме, до сегодняшнего времени остается разноплановым понимание формирования зависимых состояний. В частности, недостаточно изучены вопросы патогенеза патопсихологических и психопатологических особенностей, а также критериев ранней диагностики аддитивных расстройств у подростков и молодежи, употребляющих ПАВ, что, в свою очередь, не дает возможности своевременного выявления их на ранних этапах и оказания им квалифицированной медико-социальной помощи, а также решения вопросов профилактики подростковой наркомании.

Цель исследования – профилактика зависимых состояний при употреблении подростками психоактивных веществ путем ранней диагностики и своевременной медико-социальной помощи.

Задачи исследования.

1. Определение характера и степени употребления ПАВ с помощью диагностических АУДИТ-тестов в процессе обследования и после лечения.

2. Исследование патопсихологических и клинико-психопатологических особенностей формирования

аддиктивного поведения при употреблении ПАВ в подростково-юношеском возрасте.

3. Выявление наличия психических и поведенческих расстройств при употреблении ПАВ лицами подростково-юношеского возраста.

4. Разработка и проведение адекватных методов медико-социальных мероприятий на ранних этапах употребления ПАВ.

5. Теоретическое обоснование своевременных методов терапии на ранних этапах употребления ПАВ и меры их профилактики.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось среди школьников старших классов, а также учащихся колледжей и студентов вузов младших курсов Киева, Донецка, Винницы, Умани.

Общее количество обследованных составило 1500 человек. Из них было отобрано 1374 (91,6%) лиц, употребляющих ПАВ. Психоактивные вещества, принимаемые исследуемыми, были следующими: алкогольсодержащие, никотинсодержащие, каннабиноиды, психостимуляторы, опиаты (опиоиды), галлюциногены.

Методы исследования: унифицированная карта обследования; специально адаптированные АУДИТ-тесты (И.В. Линский и соавт., 2012) для выявления характеристики употребления ПАВ подростками; методики определения личностно-характерологических акцентуаций (Г. Шмишека, 1970) и др.

Результаты и их обсуждение

Проведенное исследование с использованием АУДИТ-тестов показало следующее (табл. 1).

Среди общего числа обследованных, употребляющих ПАВ (1374 чел., 91,6%), наибольший объем составила категория лиц, принимавших алкогольсодержащие вещества – 92,3%. Преимущественно это были напитки с малым содержанием алкоголя (пиво, различные слабоалкогольные, тонизирующие напитки – модные в современной молодежной среде), однако употребляемые систематически в больших дозах. Значительная часть обследованных злоупотребляла табакокурением – 68,7%, причем как юноши, так и девушки (хотя и в меньшем количестве). Большой процент среди употреблявших ПАВ составила категория лиц, принимавших различные психостимуляторы – 18,6%. Употребление других ПАВ было значительно меньшим по объему: так, каннабиноиды со-

ставили 4,5%; опиаты (опиоиды) – 0,1%. Следует сказать, что большинство обследованных, 98,7%, предпочитало сочетание «смешанных форм» ПАВ.

Преимущественно это являлось сочетанием алкогольсодержащих напитков и табакокурения или приемом иных ПАВ, чаще психостимуляторов.

Характеризуя стиль употребления тех или иных ПАВ обследованными, исходя из классификации тяжести разных степеней (1 – «А» – относительно безопасная; 2 – «В» – опасное употребление; 3 – «С» – с вредными последствиями; 4 – «D» – зависимые состояния) нами выявлено следующее.

Процентное соотношение приема ПАВ по тестам:

- на алкоголь – у большинства респондентов преобладал стиль относительно безопасного употребления (1–7 баллов) – 51,2%. Опасное употребление (8–15 баллов) составило 37,3%, с вредными последствиями – 12,1%. Зависимые состояния практически не наблюдались (0,0%);
- табакокурение – стиль относительно безопасного употребления выявлен в 33,4% случаев; опасного употребления – 38,2%; с вредными последствиями – 22,5%. Зависимые состояния составили 7,3%;
- психостимуляторы, соответственно: 48,3%; 32,4%, 15,4% и 5,5%. То есть, достаточно широкая степень вариаций: от степени «А» (относительно безопасной) до степени «D» (зависимые состояния);
- каннабиноиды – стиль относительно безопасного употребления составил – 38,5%; опасного употребления – 57,3%; с вредными последствиями – 5,6%. Зависимых состояний не было;
- опиаты (опиоиды) – стиль относительно безопасного употребления соответствовал 68,0%; опасного употребления – 23,2%; с вредными последствиями – 9,3%; зависимости выявлено не было – 0%;
- галлюциногены – результаты были следующими: 18,2%, 82,1%. Зависимых состояний выявлено не было;
- «смешанные формы» – стиль относительно безопасного употребления составил – 27,2%; опасного употребления – 42,0%; с вредными последствиями – 31,4%, зависимости не выявлено (0%).

Исходя из полученных результатов исследования тенденции употребления ПАВ подростками и молодежью можно охарактеризовать следующим образом.

Большая часть подростков при приеме различных ПАВ находятся преимущественно в зоне относительно

Таблица 1. Результаты употребления ПАВ в исследуемых группах до проведения комплексных медико-социальных мероприятий (первичное исследование; общее количество обследованных (n=1500))		
Количество человек, употребляющих ПАВ (n=1374); виды ПАВ	% соотношение от общего количества (M±m), 91,6±1,2	Степень употребления ПАВ «А», «В», «С», «D» % количества
Алкогольсодержащие ПАВ	92,3±1,5	А – 51,2; В – 37,3; С – 12,1; D – 0,0
Табакокурение	68,7±1,3	А – 33,4; В – 38,2; С – 22,5; D – 7,3
Психостимуляторы	18,6±1,4	А – 48,3; В – 32,4; С – 15,4; D – 5,5
Каннабиноиды	4,5±0,9	А – 38,5; В – 57,3; С – 5,6; D – 0,0
Галлюциногены	0,1	А – 18,2; В – 82,1; С – 0,0; D – 0,0
Опиаты (опиоиды)	0,9±0,05	А – 68,0; В – 23,2; С – 9,3; D – 0,0
Смешанные формы	98,7±0,07	А – 27,2; В – 42,0; С – 31,4; D – 0,0

Примечание: * Степень употребления ПАВ: 1 – «А» – относительно безопасная (1–7 баллов); 2 – «В» – опасное употребление (8–15 баллов); 3 – «С» – с вредными последствиями (16–20 баллов); 4 – «D» – зависимые состояния (>20 баллов).

«безопасного употребления» (1–7 баллов) или «опасного употребления» (8–15 баллов), но еще без вредных последствий или состояний зависимости.

Однако при употреблении наиболее распространенных видов ПАВ (алкогольсодержащие, табакокурение) часть респондентов переходит в более тяжелые формы употребления ПАВ, а именно: «с вредными последствиями» или «зависимыми состояниями». По данным исследования, при табакокурении вышеуказанный переход идет более интенсивно. При употреблении других ПАВ уровень «с вредными последствиями» чаще наблюдается относительно психостимуляторов – 15,4% и 5,5%; опиатов (опиоидов) – 9,3%; каннабиноидов – 5,6%.

Усугубляющим состоянием приема ПАВ являются «смешанные формы», когда дополнительное потенцирование индивида разными химическими веществами приводит, естественно, к более тяжким психосоматическим последствиям.

Кроме того, учитывая проведенное нами исследование среди студентов начальных курсов вузов, можно в достаточной мере прогнозировать постепенное усугубление тенденции приема ПАВ на последующий период при отсутствии своевременной профилактической, а при необходимости – лечебной помощи.

Данная работа с исследуемыми респондентами имела преимущественно психотерапевтический характер. Мы использовали как индивидуальную, так и групповую

психотерапию (аутогенную тренировку, рациональную, эмоционально-стрессовую, когнитивно-бихевиоральную, семейную и др.). Групповая терапия проводилась с лицами, употребляющими как разные виды ПАВ, так и монотипы. В ряде случаев (при 3 и 4 степенях употребления ПАВ) – мы применяли соответствующие медикаменты, чаще групп СИОЗ, в малых стандартных дозах – преимущественно для купирования тревожно-депрессивных симптомов. Общая продолжительность указанных медико-социальных мероприятий составляла 1,5–2 месяца. В целом исследуемыми лицами предлагаемая помощь воспринималась положительно, так как не являлась обременительной для них и представляла определенный познавательный интерес (расширение компетенции в объеме понимания действия ПАВ, их тяжелых последствий, в целом понимание медико-социальных вопросов, связанных с данной проблемой).

Повторное исследование аналогичными АУДИТ-тестами было проведено у тех же респондентов через 3 месяца после начала работы с ними. Полученные данные представлены в таблице 2.

Как видно из данных таблицы 2, наблюдалось значительное общее снижение приема ПАВ респондентами – с 51,9% (702 чел.) до 48,1%. Дифференцировано: употребление алкогольсодержащих ПАВ составило 64,3% (сокращение на 28,0%); табакокурение соответственно – 35,4% (33,3%); употребление психостимуляторов – 8,3%

Таблица 2. Результаты употребления ПАВ в исследуемых группах после проведения комплексных медико-социальных мероприятий (повторное исследование)					
Количество человек употребляющих ПАВ, n	% содержание	Стиль (степень) употребления ПАВ «А», «В», «С», «D» % количество	Данные первого обследования, M±m	Данные второго обследования, M±m	Достоверность отличия, р
7,02	51,9±0,9	–	91,6±1,2	51,9±0,9	< 0,01
Виды ПАВ	–	–	–	–	–
Алкогольсодержащие ПАВ	64,3±1,0	А – 88,1; В – 9,0; С – 3,2; D – 0,0;	92,3±1,5	64,3±1,0	< 0,01
Табакокурение	35,4±1,1	А – 75,0; В – 16,3; С – 8,4; D – 1,2;	68,7±1,3	35,4±1,1	< 0,01
Психостимуляторы	8,3±1,2	А – 89,1; В – 7,3; С – 4,2; D – 0,0;	18,6±1,4	8,3±1,2	< 0,01
Каннабиноиды	1,3±0,5	А – 83,2; В – 16,3; С – 1,4; D – 0,0;	4,5±0,9	1,3±0,5	< 0,01
Галлюциногены	0,0	А – 0,0; В – 0,0; С – 0,0; D – 0,0;	0,1±0,05	0,0	< 0,01
Опиаты (опиоиды)	0,2±0,04	А – 92,1; В – 6,2; С – 2,0; D – 0,0;	0,9±0,07	0,2±0,04	< 0,01
Смешанные формы	57,6±1,3	А – 73,2; В – 15,3; С – 12,1; D – 0,0;	98,7±1,6	57,6±1,3	< 0,01

Примечание: * Степень употребления ПАВ: 1 – «А» – относительно безопасная (1–7 баллов); 2 – «В» – опасное употребление (8–15 баллов); 3 – «С» – с вредными последствиями (16–20 баллов); 4 – «D» – зависимые состояния (>20 баллов).

(10,3%); каннабиноиды – 1,3% (30,2%); галлюциногены – 0%; опиаты (опиоиды) – 0,2%; смешанные формы – 57,6% (41,1%). Полученные результаты отличаются высоким уровнем достоверности ($p < 0,05$; $< 0,01$).

Среди обследованного контингента лиц, более склонных к активному употреблению ПАВ, нами выявлена значительная часть акцентуированных личностей. Наиболее распространенным при этом являлся эмотивный (нестойкий) тип – 32,3%. Значимыми были: возбудимый тип – 21,5%; истероидный – 16,4%; конформный – 13,0%.

Среди всех исследованных выявлена категория лиц со скрытыми депрессиями непсихотического уровня (9,6%), в основном в рамках патохарактерологических особенностей, которые чаще относились к нестойкому типу акцентуаций. Сообразно степени употребления ПАВ, большинство обследованных находились на начальных этапах – 55,2%; ряд лиц на субклиническом – 31,3% и 15,6% на клиническом.

Субклинические дезадаптивные проявления классифицировались нами как разные типы вариантов: астенические – 11,7%; астено-вегетативные – 36,16%; обсессивно-фобические – 15,45%; тревожные – 26,15% и смешанные – 8,16%. В свою очередь, исследуемые, находившиеся в степени зависимости, подразделялись на две подгруппы: субклинический уровень – значительно больше по объему – 87,6 (компенсированный) и некомпенсированный – 12,4% – требующий лечения. У данной категории обследованных наблюдалась преимущественно первая стадия зависимого состояния.

Выводы

1. Проведенное исследование выявило определенные характерные особенности приема ПАВ в подростково-юношеском возрасте.

Данные особенности могут быть выявлены с помощью специализированных АУДИТ-тестов, дающих возможность получения характеристики степени употребления ПАВ с последующей математической обработкой (с позиций доказательной медицины), оценкой патопсихологических и клинко-психопатологических особенностей и возможностью определенного прогнозирования состояний на будущее.

2. Исходя из общеклинической, а также разработанной нами качественной 4–уровневой характеристики степени употребления ПАВ определяется следующее: при преимущественном характере приема ПАВ в подростково-юношеском возрасте в категориях: «относительно безопасное употребление»; «опасное употребление»; «употребление с вредными последствиями» и «зависимые состояния» – можно добиться достаточного положительного результата по общему сокращению и уменьшению степени тяжести приема ПАВ подростками путем предлагаемого комплексного лечебно-коррекционного метода.

3. Предрасполагающим фактором употребления ПАВ является нервно-психическая неустойчивость; акцентуации характера (эмотивный, возбудимый, истероидный, конформный и другие типы); своеобразие поведенческих реакций в подростковом возрасте (протеста, группирования, эмансипации и другие типы) и иные особенности подросткового периода.

4. Клинко-динамическими особенностями можно считать преобладание высокого уровня личностной и ситуативной тревожности со сверхценной идеей употребления ПАВ, с нарушением возможности контроля дозы наркотического вещества и своего поведения в целом. Характерны явления тревожно-депрессивного спектра, черты эмоциональной неустойчивости (в виде повышенной раздражительности), формальность суждений, нередко признания своей вины и показное раскаянье. В клинической динамике данных расстройств выделяются две стадии: субкомпенсированная и некомпенсированная. Первая – условно контролируемая, характеризуется формальной упорядоченностью поведения (критической оценкой) с прогностическим возможным отказом от приема ПАВ; вторая – неконтролируемая, при которой у индивида отсутствует сознание болезненного расстройства. Установлено, что в клиническом плане динамика симптомов аддиктивного поведения имеет высокую корреляцию со специфическими мотивами употребления ПАВ (коммуникативные, гедонистические, компульсивные).

5. Использование специальных АУДИТ-тестов для обнаружения приема ПАВ (как экспресс-диагностика) целесообразно в применении для выявления общей характеристики, динамики и прогнозирования данных аддиктивных расстройств.

6. Решение вопросов помощи при аддиктивных расстройствах подростков и молодежи, принимающих ПАВ, характеризуется следующим. Психологические и психотерапевтические мероприятия должны быть направлены на биосоциальные, личностные и поведенческие факторы риска, а также патогенетические механизмы реализации аддикции. Соответственно, необходимо осуществление максимального контроля за поведением данных лиц в группах риска (учитывая их импульсивность поведения, неадекватность самооценки, плохую переносимость фрустрации, нарушение адаптации и др.). Психотерапевтическими мишенями должны стать аффективные, когнитивные, волевые и поведенческие функции аддикта. Предлагаемая психотерапевтическая коррекция данных аддиктивных расстройств (в виде специфических методик: когнитивно-бихевиоральной, эмоционально-стрессовой, рациональной, аутогенной, а также семейной психотерапии, проводимых индивидуально и в группе по определенной схеме) показала значимый позитивный результат, подтвержденный катамнезом.

Выявленные особенности генетических, патопсихологических и психопатологических характеристик аддиктивного поведения подростков, принимающих ПАВ, дают возможность более профессионально подходить к раннему субклиническому периоду выявления данной патологии у лиц и оказания им своевременной квалифицированной медико-социальной помощи.

Список использованной литературы

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства : учеб. пособие / Ю. А. Александровский. – М. : Медицина, 2000. – 496 с.
2. Бірюк О. О. Профілактика і корекція девіантної поведінки / О. О. Бірюк // 36. наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПНУ. – 2011. – Т. XIII, Ч. 5. – С. 23–33.
3. Вієвський А. М. Дослідження уявлень дітей та підлітків щодо вживання психоактивних речовин як основа заходів цільової психопрофілактики // Архів психіатрії. – 2012. – Т. 18, № 1. – С. 81–86.

4. Исаев Д. Н. Психопатология детского возраста : учебн. для вузов / Д. Н. Исаев. – 3–е изд. – СПб. : СпецЛит, 2007. – 463 с. ; С. 384, 390.
5. Менделевич В. Д. Аддиктивное влечение: теоретико-феноменологическая оценка / В. Д. Менделевич // Наркология. – 2010. – № 5. – С. 94–100.
6. Менделевич В. Д. Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии / В. Д. Менделевич // Независимый психиатрический журнал. – 2010. – № 3. – С. 21–27.
7. Пшук Є. Я. Особливості комунікативних допліне-ресурсів хворих на алкогольну залежність / Є. Я. Пшук, М. В. Маркова // Мед. психологія. – 2009. – Т. 4, № 2–3. – С. 205–208.
8. Руководство по аддиктологии / под ред. В. Д. Менделевича. – СПб. : Речь, 2007. – 768 с.
9. Табачніков С. І. Аналіз причин та мотивів вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків в світлі розробки комплексної багаторівневої системи його медико-соціальної корекції та профілактики / С. І. Табачніков, А. М. Вієвський // Архів психіатрії. – 2012. – Т. 18, № 1. – С. 93–99.
10. Kumpfer L. Drug Abuse Prevention : tools and Programs / Karol L. Kumpfer, Rose Aivarado, Paula Smith // Addiction Counseling Review. Preparing for comprehensive, certification and Licensing Examinations / P. H. Coombs. – 2005. – P. 467–486.

СПЕЦІАЛІЗОВАНІ ТЕСТИ В КЛІНІЧНІЙ ХАРАКТЕРИСТИЦІ ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН У ПІДЛІТКОВОМУ ВІСЦІ, КОМПЛЕКСНА ПСИХОТЕРАПІЯ І ПРОФІЛАКТИКА С.І. Табачніков, Є.М. Харченко, Т.В. Синіцька, А.М. Чепурна, О.В. Кіосева, О.С. Осуховська, О.В. Вороніна Проведено дослідження адитивної поведінки 1374 підлітків, які приймали психоактивні речовини (на ранніх етапах) за допомогою спеціальних АУДИТ-тестів. Виявлено патопсихологічні та психопатологічні особливості адитивної поведінки (відповідно до ступеня приймання ПАВ), а також принципи формування залежних станів. Ключові слова: адиктивна поведінка, психоактивні речовини, тести визначення ступеня вживання психоактивних речовин, клінічна характеристика.	SPECIALIZED TESTS IN CLINICAL CHARACTERIZATION OF PSYCHOACTIVESUBSTANCE USE IN ADOLESCENCE, INTEGRATED PSYCHOTHERAPY AND PREVENTION S. Tabachnikov, E.Kharchenko, T. Sinitzskaya, A. Chepurnaya, E. Kioseva, E. Osuhovskaya, A. Voronina A study of addictive behavior of teenagers in 1374, taking psychoactive substances (early stages) using a special audit tests. Found pathopsychological and psychopathological features of addictive behavior (degree of acceptance in accordance), and the principles of formation of dependent states. Key words: addictive behavior, substance use, the tests determine the extent of substance use, clinical characteristics.
--	---

УДК 616.89–035.856

В.В. Сотніченко, В.Я. Пішель, М.Ю. Полив’яна СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО КОМПЛЕКСНОЇ ОЦІНКИ РІВНЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ХВОРОГО НА ШИЗОФРЕНІЮ Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова:

Міжнародна класифікація функціонування, обмеженої життєздатності та здоров’я, шизофренія, рівень функціонування, медико-соціальна допомога.

На сьогодні одним із пріоритетних напрямків охорони психічного здоров’я є розробка комплексної системи медико-соціальної допомоги особам з психічними розладами із високим рівнем інвалідизації, в тому числі шизофренією. Водночас надзвичайно актуальною для сучасної психіатричної науки та практики залишається проблема вибору стандартизованого, валідного та надійного інструментарію для визначення рівня функціонування пацієнтів з психічними розладами, розробки реабілітаційних програм, оцінки якості та ефективності медико-соціальної допомоги, прогнозування її результатів. У якості такого інструментарію ВООЗ (2001) було запропоновано Міжнародну класифікацію функціонування, обмеженої життєздатності та здоров’я (МКФ), яка, на жаль, недостатньо відома серед фахівців.

Метою нашої роботи є висвітлення основних положень МКФ та аналіз можливостей її використання у психіатричній практиці.

МКФ є багатоцільовою класифікацією, в якій визначено стандартну модель та «мову» для опису стану здоров’я. Згідно з МКФ, фізичний та психічний стан будь-якої людини можна проаналізувати за загальною шкалою – шкалою здоров’я та обмеження життєдіяльності з акцентом на ступені здоров’я.

МКФ побудована на основі наступних принципів: універсальність, утилітарність, нейтральність, достовірність, валідність, порівнянність, акцент на позитивних аспектах, взаємодія з факторами навколишнього середовища, інтерактивність. Згідно з цими принципами, вказану класифікацію можна застосовувати до пацієнтів

незалежно від стану здоров'я та віку, між її елементами не встановлено лінійного зв'язку [3, 9]. Згідно з МКФ, хвороба призводить до змін на одному або більше рівнях:

- функціонування на рівні організму або органа (B – body);
- функціонування людини на рівні діяльності, яку вона спроможна виконувати (A – activity);
- функціонування людини в соціальному оточенні (P – participation).

Під функціями організму в МКФ розуміють фізіологічні функції систем організму, в тому числі психологічні, а під структурами організму – анатомічні частини тіла – органи та їх складові.

Терміни «активність» та «залучення до повсякденного життя» в МКФ – багатогранні. Активність полягає у виконанні людиною певної задачі або дії, тоді як залучення до повсякденного життя – її участь у конкретній життєвій ситуації. Під «обмеженням активності» розуміють ті труднощі, з якими пацієнт стикається при виконанні дій, а термін «обмеження участі у повсякденній діяльності» – проблеми, з якими може стикатися людина в життєвих ситуаціях.

Основні сфери активності та залучення до повсякденного життя, відповідно до МКФ, включають навчання та подальше застосування знань, вирішення загальних завдань та виконання вимог, спілкування, мобільність, самообслуговування, побутове та повсякденне життя, міжособистісну взаємодію, головні сфери життя, життя в спільноті, суспільне та громадське життя [9].

Особлива увага приділяється факторам контексту (E – environmental), які поділяють на фактори навколишнього середовища та особистісні. Останні включають у себе не тільки звичні для нас параметри оцінки (стать, вік, особливості здоров'я, освіти, професію), але й такі, які раніше не розглядалися як важливі для оцінки функціонування та створення програм реабілітації (характер, попередній досвід, соціальне походження). Це ж стосується і факторів навколишнього середовища, які крім традиційних (сім'я, побутові умови) включають у себе і незвичні критерії (культуральне середовище, клімат, політична ситуація).

МКФ не моделює процес функціонування та обмеження життєдіяльності, вона забезпечує «будівельними блоками» користувачів, які бажають створювати моделі та вивчати різноманітні аспекти цих процесів. У цьому сенсі МКФ можна розглядати як мову: тексти, створені за її допомогою, залежать від користувачів, їх творчості, наукової спрямованості. Взаємодію різних компонентів МКФ представлено на рисунку 1.

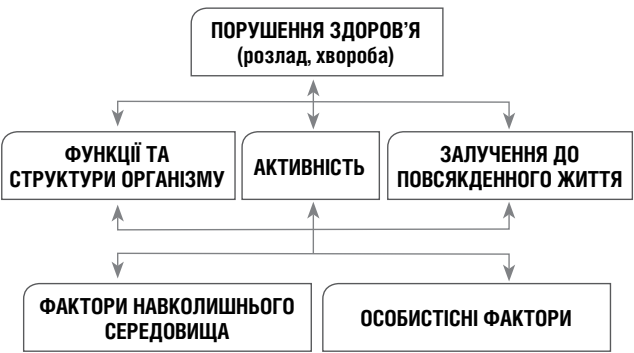


Рис. 1. Взаємодія між компонентами МКФ

Сучасна версія МКФ входить в сім'ю міжнародних класифікацій, розроблених ВООЗ, та тісно пов'язана з Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ–10). І якщо остання призначена переважно для лікарів первинної ланки медичної допомоги, то остання – для всіх фахівців, задіяних у сфері реабілітації – лікарів, психологів, соціальних робітників, педагогів, політиків.

ВООЗ рекомендує широко застосовувати МКФ у різних сферах діяльності людини та суспільства загалом: для розробки державної політики в сфері реабілітації, для економічного аналізу здоров'я, захворюваності, інвалідизації населення, для статистичного аналізу, при проведенні медико-соціальної експертизи, в якості дослідницького інструментарію, а також у клінічній практиці для розробки терапевтичних стратегій, спрямованих на окремі компоненти функціонування [7, 9].

Розглянемо можливість використання основних компонентів МКФ при психічних розладах. На рисунку 2 представлено взаємодію між чотирма складовими МКФ (функції та структури організму, активність, залучення до повсякденного життя, фактори контексту) та доменами (сферами) психічних функцій.

Представлена на рисунку 2 схема ілюструє, що психічні функції інтегровані до всіх аспектів активності та повсякденного життя людини. Психічна функція (наприклад, мислення) має вирішальне значення для діяльності – спілкування, оскільки генерує ідеї, поняття, інтерпретує емоції (вербальні, невербальні) у різних контекстах (формальних і неформальних, роботи, навчання, особистісних відносин). Водночас активність та участь в повсякденному житті є продуктами психічних функцій. А взаємодія психічних функцій та контекстних факторів формує та підтримує взаємозв'язок, ставлення та доступ до системи надання допомоги, які в подальшому впливають на залучення осіб з психічними розладами до повсякденної діяльності та їх активність. Така класифікація, застосована до пацієнтів з психічними розладами, дозволяє відобразити цілісність їх функціонування.

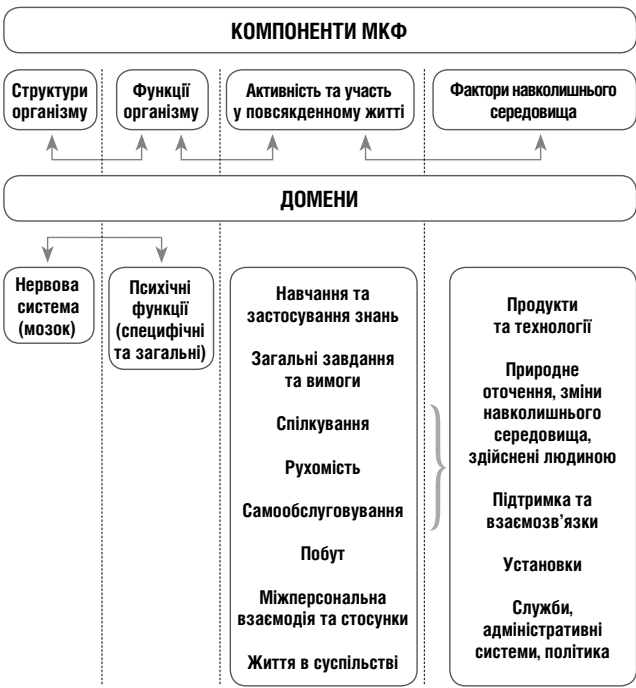


Рис. 2. Взаємодія між складовими МКФ та доменами психічних функцій

Таблиця. Застосування кодів МКФ для пацієнта з діагнозом «шизофренія» на прикладі окремих компонентів

Компоненти МКФ, кодування	Пояснення
Основні психічні функції	
Глобальні психосоціальні функції b122.3	Тяжкі порушення Внаслідок нездатності інтерпретувати соціальні сигнали та розпізнавати емоційну складову соціальної взаємодії порушується розвиток навичок міжособистісного спілкування, які беруть участь в формуванні та підтримці соціальних зв'язків. Труднощі в підтримці бесіди внаслідок дезорганізованого мислення.
Сон b134.2	Середні порушення Проблеми з щоденним засинанням, сонливість впродовж дня
Спеціальні психічні функції	
Емоції b.152.2	Середні порушення Обмеження діапазону емоцій, їх згладженість
адекватність регуляція діапазон	
Загальні завдання та вимоги	
Виконання повсякденних обов'язків d230.2	Середні порушення Продуктивність коливається у зв'язку з негативними симптомами. Не було можливості вчитися та розвивати ці навички (мати визначає щоденний графік). Структурована поведінка матері підтримує виконання щоденних обов'язків
виконання завершення самостійне планування	
Підтримка та взаємовідносини	
Власна сім'я e310+3	Істотна підтримка Живе з батьками, які несуть відповідальність за догляд та щоденні потреби
e310.2	Помірна перешкода Сім'я – гіперопіка. Високий рівень емоційної експресії в сім'ї

Сучасний міждисциплінарний підхід до лікування шизофренії враховує психопатологічні симптоми, індивідуальні характеристики пацієнта та сімейний контекст для надання повного обсягу медико-соціальної допомоги. Рекомендації найкращих програм, зорієнтованих на хворого з діагнозом «шизофренія», поєднують психосоціальну реабілітацію та психофармакотерапію [5]. Успішний комплексний підхід до лікування пацієнта потребує від лікаря знань соціальних та особистісних факторів хворого з метою сприяння подальшій всебічній інтеграції пацієнта до суспільства. Важливим кроком до реалізації цього підходу має бути розробка універсальної робочої класифікації для документування та інтерпретації складних особистісних та навколишніх факторів, для визначення рівня функціонування та обмежень пацієнтів. Деякі існуючі психометричні шкали (наприклад, the Negative and Positive Symptoms Assessment Scales, the Brief Psychiatric Rating Scale) є біо-

медично орієнтованими та переважно вимірюють ступінь редукції симптомів для визначення ефективності психофармакотерапії. Інші шкали орієнтовані на визначення рівня функціонування та здоров'я хворих (наприклад, the Global Assessment of Function, the Functional Independence Measure, the Routine Task Inventory, the Assessment of Motor and Process Skills). Використання МКФ створює умови для подолання розбіжностей між медичними моделями по визначенню обмежень та соціальних підходів. МКФ пропонує «золоту» середину і визнає біопсихосоціальний аспект для визначення обмежень/інвалідності, вона забезпечує спільну мову для опису функціонування хворих на шизофренію за всіма можливими критеріями. Класифікація також включає в себе обмеження внаслідок таких факторів навколишнього середовища, як дискримінація соціумом осіб з психічними розладами. Застосовуючи МКФ можна створити концептуально-організаційну модель для опису пацієнтів з діагнозом «шизофренія» (рис. 3).

На сьогодні вже проведено наукові дослідження, які продемонстрували успішність використання МКФ в якості пояснювальної концептуально-організаційної моделі для ряду психічних розладів [2, 4, 6, 8, 10].

Спробуємо представити окремі домени МКФ гіпотетичного пацієнта з діагнозом «шизофренія» для демонстрування того, як модель МКФ може сприяти визначенню унікального рівня функціонування кожного хворого з урахуванням культуральних та соціально-економічних показників.

Для сприйняття інформації, відображеної в таблиці, слід нагадати принципи кодування, які застосовуються в МКФ. Класифікація використовує літеро-цифрову систему, в якій b – функції, s – структури організму, d – активність та участь, e – фактори навколишнього

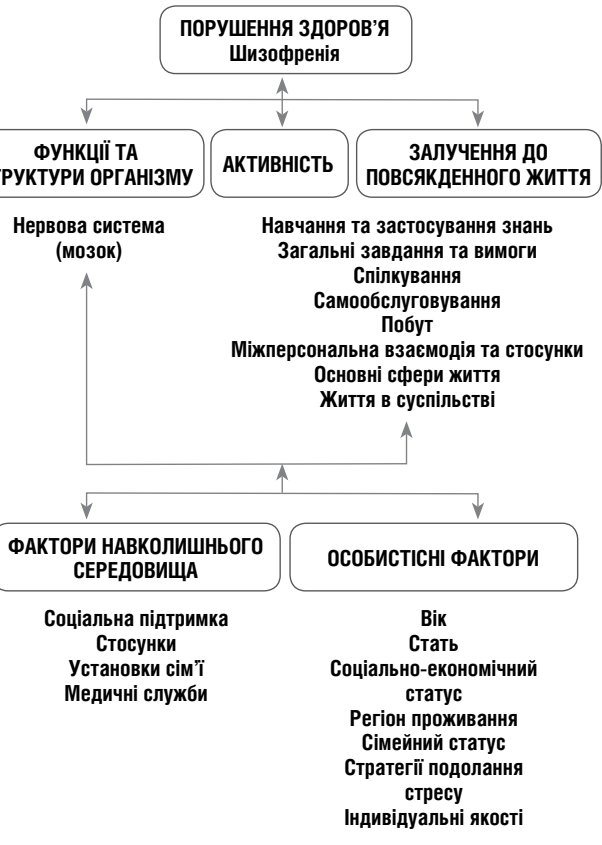


Рис. 3. Адапована модель МКФ для пацієнтів з діагнозом «шизофренія»

середовища. За літерами вказується цифровий код, який починається з номера розділу, а наступні три цифри позначають рівні даного розділу (більш вузькі категорії). Будь-який індивід може мати кілька кодів на кожному рівні, які можуть бути незалежними один від одного або взаємопов’язаними. Після розподільної крапки вказується показник вираженості проблеми – цифра вказує на потенційну здатність (для структур та функцій організму) для активності та участі у повсякденному житті, а для факторів оточуючого середовища – ступінь впливу:

- xxx.0 НЕМАЄ проблем (ніяких, відсутні, мінімальні) 0–4%;
- xxx.1 ЛЕГКІ проблеми (незначні, слабкі) 5–24%;
- xxx.2 ПОМІРНІ проблеми (середні, значимі) 25–49%;
- xxx.3 ТЯЖКІ проблеми (високі, інтенсивні) 50–95%;
- xxx.4 АБСОЛЮТНІ проблеми (повні) 96–100%;
- xxx.8 не визначено;
- xxx.9 не стосується.

Для факторів навколишнього середовища крім кодування передбачена додаткова шкала для визначення міри його впливу в якості бар’єра або, навпаки, сприяння. Діапазон негативного впливу — від 0 (немає) до 4 (повне перешкоджання), позитивного – від + 1 до + 4. В таблиці 1 представлено використання даної додаткової шкали в компоненті «власна родина».

Висновки

Застосування МКФ у психіатрії до теперішнього часу є значно обмеженим [10], тому в нашій роботі представлено основні можливі шляхи її використання та переваги. Подальша розробка МКФ (включаючи розвиток компонентів «особистісні фактори» для кожної із нозологій) та її ширше використання є перспективним для більш систематичного та всебічного дослідження різних проявів порушення функціонування та детермінантних факторів, які до нього призводять також. МКФ

може стати основою для створення інструменту для визначення результативності наданої медико-соціальної допомоги при психічних розладах, у тому числі при шизофренії. МКФ можна використовувати як у наукових дослідженнях, так і в рутинній практиці. Розуміння профілю пацієнта з діагнозом “шизофренія” на всіх етапах розвитку хвороби дозволить ефективніше обирати необхідну допомогу (в тому числі психосоціальні заходи) для моніторингу в динаміці її впливу на функціонування пацієнта та його близьке оточення.

Список використаної літератури

1. Alvarez A. S. *The application of the International Classification of Functioning, Disability, and Health in psychiatry: possible reasons for the lack of implementation.* / A. S. Alvarez // *Am. J. Med. Rehabil.* – 2012. – Vol. 91. – P. 69–73.
2. Arthanat S. *The international classification of functioning, disability, and health and its application to cognitive disorders* / S. Arthanat, S. Nochajski, J. Stone // *Disability and Rehabilitation* – 2004. – Vol. 26. – P. 235–245.
3. Baron S. *The role of the “International classification of functioning, disability and health, ICF” in the description and classification of mental disorders* / S. Baron, M. Linden // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* – 2008. – Vol. 258. – P. 81–85.
4. Chopra P. *The assessment of disability in patients with psychotic disorders: An application of the ICDH-2* / P. Chopra, J. Couper, H. Herrman // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* – 2002. – Vol. 36. – P. 22– 29.
5. Juckel G. *The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia* / G. Juckel, P. L. Morosini // *Current Opinion Psychiatry* – 2008. – Vol. 21. – P. 630– 639.
6. Kuijer W. *Work status and chronic low back pain: Exploring the International Classification of Functioning, Disability, and Health* / W. Kuijer, S. Brouwer, H. R. Preuper [et al.] // *Disability and Rehabilitation.* – 2005. – Vol. 28. – P. 379–388.
7. Rauch A. *How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice* / A. Rauch, A. Cieza, G. Stucki // *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* – 2008. – Vol. 44. – P. 329– 342.
8. Sanderson K. *Mental health in the workplace: Using the ICF to model the prospective associations between symptoms, activities, participation and environmental factors* / K. Sanderson, J. Nicholson, N. Graves // *Disability and Rehabilitation.* – 2008. – Vol. 30. – P. 128–1297.
9. World Health Organization. 2001a. *International classification of functioning, disability, and health.* Geneva: World Health Organization. Available: http://www.who.int/classifications/icf/icf_more/en/
10. Wormgoor M. *Functioning description according to the ICF model in chronic back pain: Disablement appears even more complex with deceasing symptom specificity* / M. Wormgoor, A. Indahl // *Journal of Rehabilitation Medicine.* – 2006. – Vol. 38. – P. 93–99.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ УРОВНЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНОГО ШИЗОФРЕНИЕЙ В.В. Сотниченко, В.Я. Пишель, М.Ю. Поливьяная В статье представлены основные положения Международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья и проанализированы возможности её использования в психиатрической практике. Приведён конкретный пример использования классификации по отношению к больному с диагнозом «шизофрения». Ключевые слова: Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья, шизофрения, уровень функционирования, медико-социальная помощь.	THE CONTEMPORARY APPROACH TO COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF THE LEVEL OF FUNCTIONING AND LIFE ACTIVITY OF THE PATIENT WITH A DIAGNOSIS OF SCHIZOPHRENIA V. Sotnichenko, V. Pishel, M. Polyviana The article presents main provisions of the ICF and the analysis of possible use in psychiatric practice. This article uses case study of individual with diagnosis “schizophrenia” to demonstrate the applicability of ICF. Key words: International Classification of Functioning, Disability, and Health, schizophrenia, level of life function, medical and social care.
--	--

УДК 616.89-008:617.7-001.4

Ц.Б. Абдяхімова СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ВНАСЛІДОК ЧАСТКОВОЇ ВТРАТИ ЗОРУ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

На основі клініко-психопатологічного і психодіагностичного обстеження 200 хворих з неспсихотичними психічними розладами внаслідок часткової втрати зору травматичного генезу визначені загальні напрями та диференційовані підходи до їх терапії. Доведено, що при роботі з хворими, у клінічній симптоматиці яких превалюють тривожні феномени, а серед типів особистісного й поведінкового реагування – емоційно-дезадаптаційні патерни, базова терапія антидепресантами селективної або подвійної дії повинна доповнюватися призначенням транквілізаторів, а також м’яких нейролептиків з седативною і протитривожною дією, а основна психотерапевтична стратегія повинна включати використання індивідуальних впливів, заснованих на когнітивно-біхевіоральних підходах. Навпаки, пацієнти з провідними астенічними й астенодепресивними психопатологічними феноменами з домінуванням когнітивно-деструктивних та агресивно-конфліктних особистісних й поведінкових патернів потребують призначення антидепресантів зі стимулювальною дією, церебропротекторів і снодійних, та застосування групових психотерапевтичних когнітивно-біхевіоральних впливів. Окремим напрямом психотерапевтичної діяльності при цьому є обов’язкова робота з родиною пацієнта (насамперед з найближчим оточенням – матір’ю або дружиною), спрямована на нормалізацію їх психічного стану, адаптацію до нових умов життя з урахуванням змін соціальної і сімейної активності пацієнта та активізацію ресурсних адаптивних можливостей родини.

Аналіз ефективності впровадження розроблених заходів комплексної спеціалізованої допомоги довів їх дієвість як в площині редукції наявності й вираженості психопатологічної тривожно-депресивної симптоматики, так і в плані покращення якості життя пацієнтів.

Набута втрата зору в дорослому віці, навіть часткова, тягне за собою зміну звичного способу життя людини, що стає причиною руйнації життєвого стереотипу, яка про-вокує розвиток дезадаптивних психічних станів, зокрема неспсихотичних психічних розладів (НПР) [3, 7], що зазвичай не враховується при лікуванні даного контингенту.

З метою аналізу дієвості розробленої системи комплексної спеціалізованої допомоги особам з НПР внаслідок часткової втрати зору травматичного генезу (ЧВЗТГ), за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології, шляхом випадкового вибору в період після офтальмологічного втручання та визначення об’єму та прогнозу стосовно втрати зору нами проведено скринінгове обстеження 600 осіб (чоловіків) з ЧВЗТГ. В усіх пацієнтів було зафіксовано прояви гострої стресової реакції.

У термін від місяця до трьох після виписування зі стаціонару під час проходження МСЕК було здійснено поглиблене клініко-психопатологічне обстеження пацієнтів, на основі результатів якого було сформовано дві групи дослідження: основна (ОГД) – 200 хворих, в яких після травматичної події, що спричинила часткову втрату зору, діагностовано НПР, та група порівняння

(ГП) – 200 осіб, психічний стан яких відповідав «умовній нормі».

Критеріями невиключення в дослідження були: відсутність інформованої згоди; наявність в анамнезі психічних та поведінкових розладів або психотичних розладів на час обстеження; наявність виражених соматичних захворювань, перебіг яких може вплинути на психічний стан пацієнта.

Нозологічна структура діагностованих НПР була представлена психічними і поведінковими розладами кластеру F43 – реакція на стрес та адаптаційні розлади, серед яких домінувала змішана тривожно-депресивна реакція F43.22 (97 осіб, 48,5% ОГД), приблизно у третини пацієнтів були встановлені пролонгована депресивна реакція F43.21 (44 особи, 22% ОГД), адаптаційні розлади з переважанням порушення інших емоцій F43.23 (29 осіб, 14,5% ОГД), у 23 (11,5%) хворих виявлений посттравматичний стресовий розлад F43.1, а у 7 (3,5%) пацієнтів – адаптаційний розлад зі змішаним порушенням емоцій та поведінки F43.25.

Синдромологічна структура НПР внаслідок ЧВЗТГ, була наступною.

Тривожно-депресивні стани. У пацієнтів з переважанням тривожно-депресивних проявів (61 особа, 30,5%)

тривожні реакції формувалися на тлі вираженого депресивного компонента. Афективно-тривожні порушення спостерігалися у пацієнтів з початку втрати зору. Мали місце скарги на занепокоєння, тривогу, яка була ситуативно обумовлена (за близьких людей, власне майбутнє тощо), почуття негараздів, що наближаються, поганий настрій, психоемоційне напруження, відсутність апетиту. На тлі вираженої гіпотимії у пацієнтів спостерігалися побоювання з приводу соматичного здоров'я, а також тривожні побоювання стосовно соціального аспекту життя – взаємовідносин між ними та оточуючими людьми. При цьому, як правило, вони виходили з помилкових передумов у трьох напрямках: а) «навколишні люди погані, жорстокі, їм не можна довіряти»; б) «я погана, неповноцінна, нікому не потрібна людина»; в) «ситуація настільки драматична, що з неї немає виходу і можна чекати лише самих неприємностей».

Тривожно-фобічну симптоматику різного ступеня вираженості діагностовано у 36 (18%) пацієнтів. Вони характеризувались недовірливістю, підозрювали у себе наявність інших захворювань, були фіксовані на свій зір і здоров'я, з особливою увагою ставилися до свого лікування, прийому препаратів. У пацієнтів виявляли іпохондричну симптоматику. Деякі пацієнти скаржилися на відчуття серцебиття, припускали наявність аритмії. Хворі шукали уваги лікаря, спостерігалосся порушення сну.

У пацієнтів із астено-депресивними проявами (44 особи, 22%) спостерігали зниження настрою, порушення сну і апетиту. У структурі депресивного афекту істотне місце займали астенічні скарги, часто з вираженими дисфоричними спалахами, дратівливою слабкістю, сльозливістю, сентиментальністю. Пацієнти багато часу проводили у ліжку, вважали своє життя безглуздом, себе називали інвалідами. З'являлася швидка стомлюваність, дратівливість, плаксивість, порушувався сон, знижувався апетит. Астено-депресивний симптомокомплекс проявлявся у вигляді скарг на поганий, пригнічений настрій, зниження працездатності, швидку стомлюваність. Всі ці симптоми відзначалися поряд з порушеннями сну, вегетативними розладами, нерідко на тлі частого головного болю.

Прояви *астено-іпохондричного* симптомокомплексу у 30 (15%) хворих поєднувалися з порушеннями сну і відображали вплив психотравмуючої ситуації, відмічалася фрустрація з приводу невдач або психологічних проблем у професійній діяльності та особистому житті. Такі пацієнти пред'являли скарги на загальну слабкість, погане самопочуття і настрої, зниження працездатності, погіршення пам'яті та низький рівень концентрації уваги, які зазвичай поєднувалися, поряд з підвищеною турботою про своє здоров'я, з масою скарг соматичного характеру при майже повній відсутності об'єктивних ознак важкого соматичного захворювання.

Обсесивно-фобічний симптомокомплекс, який спостерігали у 29 (14,5%) пацієнтів, характеризувався нав'язливими фобіями та істеричними проявами у вигляді істеричного тремору ((10,5±3,1)%, та (13,3±3,4)%) (p≤0,05).

Ми встановили, що у осіб з ЧВЗТГ має місце зниження фізичного компонента здоров'я і якості життя,

незалежно від наявності або відсутності НПР та рівня соціальної підтримки; у осіб з НПР внаслідок ЧВЗТГ, порівняно з особами ГП, показники психічного компонента здоров'я є значно гіршими та корелюють з недостатністю соціальною підтримки. Наявність негативних інтенсивних переживань (самоусвідомлення змін у психічній діяльності) сама по собі є фактором дистресу, в тому числі сприяє тому, що на тлі наслідків ЧВЗТГ та психоемоційного перенапруження ситуація в цілому сприймається особистістю як більш складна та несприятлива [6].

До того ж, особи ОГД характеризуються низькою фрустраційною толерантністю, неадаптивним ставленням до хвороби із регресивним видом захисного реагування з переважанням проявів інтрапсихічної дезадаптації (тривожного, іпохондричного та неврастенічного типів ставлення до хвороби) [5]. У осіб з НПР внаслідок ЧВЗТГ має місце напруження неадаптивних МПЗ «заперечення», «регресія», «проекція» та превалювання неадаптивних копінг-стратегій по усіх модальностях долаючої поведінки, серед яких домінуючим був емоційний неадаптивний копінг, притаманний 82% пацієнтам, далі – когнітивний (70,5% осіб) та поведінковий (51% хворих), що свідчить про його негативну роль викривлень в генезі НПР у цих хворих. На відміну від пацієнтів з НПР, особи з ЧВЗТГ без НПР демонструють перевагу адаптивних МПЗ й копінгів, які в даному випадку стають дефензивними чинниками щодо розвитку НПР [2, 4].

На підставі аналізу й узагальнення отриманих результатів ми типологізували стратегії подолання, притаманні обстеженим пацієнтам [9]. Для осіб ГП характерними виявились наступні типи конструктивної поведінки: когнітивно-стимулювальний (40,5%), який характеризувався спрямованістю на подолання стресової ситуації через її когнітивний аналіз та вибір шляху її можливого вирішення; поведінково-діяльнісний (36%), головною ознакою якого була направленість на самостійну діяльність у вирішенні проблем з прагненням покластися на себе та відмовою від допомоги навколишніх; емоційно-рішучий (23,5%), при якому вибір пацієнтами конструктивних стратегій подолання здійснювався через відчуття провини перед близькими за свою «слабкість», побоювання бути тягарем для оточуючих та прагненням довести близьким власну спроможність.

У пацієнтів ОГД з неконструктивною поведінкою нами виокремлені такі її типи: когнітивно-деструктивний (23,5%), при якому когнітивне опрацювання інформації індивідуумом призводило до усвідомлення ним своєї неспроможності й безпорадності, що ставало підґрунтям розвитку внутрішньоособистісного невротичного конфлікту; агресивно-конфліктний (32,5%), при якому пацієнти відчували образи на несправедливість долі, гнів та агресію до оточуючих, покладаючи на них відповідальність за те, що з ними сталося, що супроводжувалось відмовою від пристосування до нових умов існування з вираженими проявами конфліктної поведінки; емоційно-дезадаптивний (44%), який характеризувався імпульсивністю та амплітудою негативних емоційно-поведінкових реакцій, від демонстрації активної діяльності з вираженими негативними емоційними переживаннями до повної бездіяльності та спонтанного бажання усунутися від вирішення будь-яких проблем.

Отримані дані дозволили зробити висновок про наявність невикористаного адаптивного ресурсу у пацієнтів ОГД, на активізацію якого була спрямована розроблена нами система заходів комплексної спеціалізованої допомоги даній категорії пацієнтів.

Засади та підходи до надання комплексної спеціалізованої допомоги особам з НПР внаслідок ЧВЗТГ передбачають такі напрямки:

- медичний менеджмент;
- менеджмент в соціальній сфері;
- підготовка до самостійного незалежного життя.

В основу принципів, структури та технології надання комплексної спеціалізованої допомоги пацієнтам з НПР внаслідок ЧВЗТГ покладено наступні дві тези:

1) пацієнти мають потребу в нових уміннях і навичках, а також у підтримці з боку оточення для відповідності своєї ролі в побутовому, навчальному, соціальному й трудовому середовищі;

2) при зміні навичок та/або підтримки в оточенні пацієнти стануть більш спроможними до реалізації обраних ними рольових функцій.

Реалізація цієї ідеології базується на загальних принципах, а саме:

1. Ранній початок заходів.
2. Безперервність та етапність їх виконання.
3. Системність, комплексність та індивідуальний підхід.

Основними цілями заходів комплексної спеціалізованої допомоги є наступні: а) нормалізація психічного стану; б) зміна соціальних патернів поведінки (особливо при наявності ускладнень, які значно обмежують соціальне функціонування) – перебудова соціальних очікувань від себе; в) формування навичок використання існуючих соціальних патернів поведінки пацієнта за рахунок пристосування до умов, в яких вони застосовуються – адаптація до соціального середовища; г) гармонізація стосунків в навколишньому середовищі, насамперед родинної взаємодії.

Визначені загальні напрями терапевтичного впливу потребують методичної адаптації з урахуванням різниці клінічної специфіки й типів особистісного й поведінкового реагування, підтверджених нейрофізіологічними корелятами зміни патерну викликаной електричної активності мозку (встановлення достовірних кореляційних зв'язків між показниками слухових викликаних потенціалів і вираженості провідного клінічного феномену НПР) [8]. Достовірно доведено, що у пацієнтів з домінуючими астеничними проявами в структурі НПР (астено-депресивним й астено-іпохондричним симптомокомплексами) переважають когнітивно-деструктивні або агресивно-конфліктні стратегії, а при вираженості тривожних або обсесивних клініко-психопатологічних феноменів – емоційно-дезадаптивні копінг-стратегії [1].

Наявні розбіжності стали основою при розробці критеріїв диференціювання терапевтичних впливів та розподілі пацієнтів на групи за змістовим наповненням терапевтичних втручань, з точки зору коморбідності клінічної симптоматики, психологічних властивостей, що обумовлювали проблеми у соціальному функціонуванні, а також «чутливості» контингенту до різних психотерапевтичних технік.

Фармакотерапію призначали згідно з затвердженими МОЗ України стандартами лікування даної нозології, вона характеризувалася значною тривалістю. Залежно від клінічних особливостей і наявності коморбідних розладів, базова терапія включала призначення транквілізаторів, снодійних препаратів, антидепресантів з селективною або подвійною дією, ноотропних і ГАМК-ергічних препаратів, стабілізаторів настрою, іноді – малих доз антипсихотичних препаратів. При цьому диференційований характер фармакотерапії враховував провідний клінічний феномен: при превалюванні тривожно-базової терапії антидепресантами селективною або подвійної дії доповнювалася призначенням транквілізаторів, а також м'яких нейролептиків з седативною і протитривожною дією; за умови наявності вираженої астеничної симптоматики до базової терапії антидепресантами зі стимулювальною дією додавали церебропротектори, при наявності порушень сну – снодійні препарати.

При визначенні психотерапевтичної тактики при роботі з хворими, в клінічній симптоматиці яких превалювали тривожні феномени, а серед типів особистісного й поведінкового реагування – емоційно-дезадаптаційні патерни, на початку роботи базовою психотерапевтичною стратегією було використання індивідуальних впливів, заснованих на когнітивно-біхевіоральних підходах. Навпаки, пацієнти з провідними астеничними й астено-депресивними психопатологічними феноменами з домінуванням когнітивно-деструктивних та агресивно-конфліктних особистісних й поведінкових патернів, потребували застосування групових психотерапевтичних когнітивно-біхевіоральних впливів.

Окремим напрямом психотерапевтичної діяльності при цьому була обов'язкова робота з родиною пацієнта (насамперед з найближчим оточенням – матір'ю або дружиною), спрямована на нормалізацію їх психічного стану, адаптацію до нових умов життя з урахуванням змін соціальної і сімейної активності пацієнта та активізацію ресурсних адаптивних можливостей родини.

Необхідним психотерапевтичним тлом було втілення психоосвітніх заходів, що проводилось для всіх учасників терапевтичного процесу.

Комплексний аналіз дієвості впровадження розробленої системи заходів комплексної спеціалізованої допомоги хворим з НПР внаслідок ЧВЗТГ здійснювали через оцінку динаміки клініко-психопатологічних проявів (за шкалами М. Гамільтона, HDRS і HARS), а також змін у соціальному функціонуванні й якості життя пацієнтів (з використанням методики оцінки якості життя SF–36).

На даному етапі роботи із загальної сукупності обстежених пацієнтів ОГД (n=200) було сформовано дві групи. Перша – група втручання (ГВ, n=126), у якій проводили розроблені заходи комплексної терапії. Друга – група – контролю (ГК, n=74), у якій пацієнти отримували медичну допомогу згідно з протоколами, затвердженими МОЗ України.

Періодом оцінювання було обрано 6 (ГВ n=111, ГК n=74) та 12 місяців (ГВ n=108, ГК n=74) від початку проведення лікувальних заходів.

Першим етапом оцінки ефективності запропонованої системи заходів комплексної спеціалізованої допомоги було дослідження динаміки клініко-психопатологічного

статусу пацієнтів. Розподіл хворих ГВ та ГК за клінічним рівнем депресії через 6 місяців після початку роботи відображено на рисунку 1.

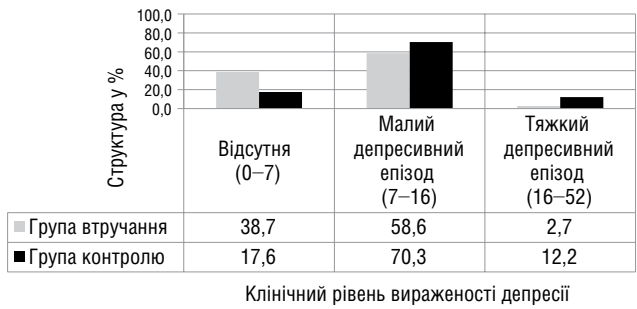


Рис. 1. Розподіл досліджених за клінічним рівнем депресії через 6 місяців після початку роботи (шкала HDRS)

З даних рисунка 1 видно, що пацієнти досліджених груп через 6 місяців після початку лікування значно відрізнялися за тяжкістю депресивного синдрому за об’єктивним критерієм оцінки. Депресія на рівні малого депресивного епізоду складала у пацієнтів ГВ – 58,6%, на рівні важкого депресивного епізоду – 2,7% пацієнтів, у свою чергу, у ГК, відповідно, – 70,3% та 12,2% ($p < 0,05$). У 38,7% пацієнтів ГВ симптоми депресії були відсутні, у ГК, відповідно, у 17,6% ($p < 0,05$). У структурі діагностованих симптомів у ГВ депресивний настрій проявлявся ситуативними, спонтанними виказуваннями й невербальною поведінкою; втратою інтересу до діяльності, неспокійними рухами рук. Проте ці симптоми не класифікувалися у депресивний синдром за рахунок швидкого руйнування. У пацієнтів ГК симптоми депресії кваліфікувалися як ознаки депресивного синдрому, а саме, знижений настрій – 7,7%, почуття провини – 5,1%, праця та діяльність – 7,1%, загальмованість мислення – 9,0%, соматична тривога – 7,8%, соматичні порушення ШКТ – 5,7%, загальносоматичні симптоми – 5,6%, добові коливання стану – 6,3%, obsesивно-компульсивні розлади – 5,6% ($p < 0,05$).

При визначенні рівня депресії у осіб ГВ і ГК через 12 місяців від початку роботи виявлено, що динаміка нівелювання симптомів була збережена та відповідала попередній динаміці: серед пацієнтів ГВ кількість осіб з проявами депресії на рівні малого депресивного епізоду складала 33,3%, серед ГК – 75,7%, а кількість осіб без симптомів депресії складала 66,7% ГВ і 16,2% ГК (рис. 2).

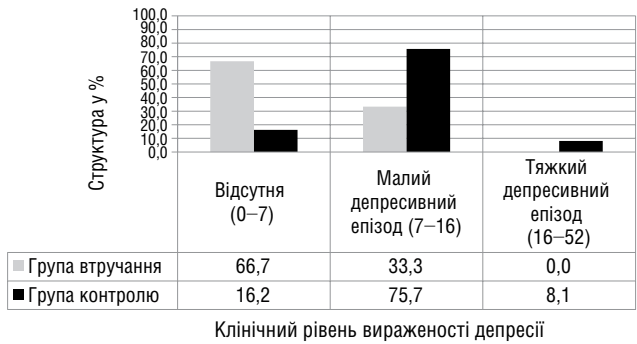


Рис. 2. Розподіл досліджених за клінічним рівнем депресії через 12 місяців після початку роботи (шкала HDRS)

У пацієнтів ГК нівелювання депресивних симптомів відбувалось значно повільніше, що фіксувалося у середньому балі за шкалою HDRS: у ГВ він був наступним:

«відсутність депресії» – 3,0 бали, «малий депресивний епізод» – 9,0 балів; у ГК, відповідно, – 5,0 та 12,0 балів.

Отже, через 12 місяців від початку терапевтичної роботи у пацієнтів ГВ мали місце симптоматичні ознаки депресії, які не відповідали критеріям депресивного розладу, хоча в окремих випадках мали досить значний ступінь вираженості ($p < 0,05$). У пацієнтів переважали соматична тривога у вигляді підвищеного серцебиття, задишка, підвищене потовиділення; загальносоматичні симптоми – тяжкість у кінцівках, голові, м’язові болі, втрата відчуття енергії ($p < 0,05$). У хворих ГК у структурі діагностованих симптомів провідними були знижений настрій – 6,7%, соматична тривога – 6,8%, соматичні порушення ШКТ – 5,6%, загальносоматичні симптоми – 5,5%, іпохондричні розлади – 6,7%. Таким чином, у осіб у ГК, на відміну від пацієнтів ГВ, через 12 місяців лікування наявні психопатологічні симптоми продовжували складати загальну картину депресивного розладу із усіма ознаками порушень настрою, психічною та моторною загальмованістю.

Результати вивчення рівня тривоги у хворих ГВ та ГК через 6 місяців терапії відображено на рисунку 3. Серед пацієнтів ГВ через 6 місяців субклінічний рівень вираженості тривожної симптоматики було виявлено у 37,8% випадках (середній бал 4), а у осіб ГК – у 12,2% пацієнтів (середній бал 6); тривожний стан – у 59,5% ГВ і 78,4% ГК; тривожний розлад – у 2,7% пацієнтів ГВ (середній бал 17) і 9,5% респондентів ГК (середній бал 24).

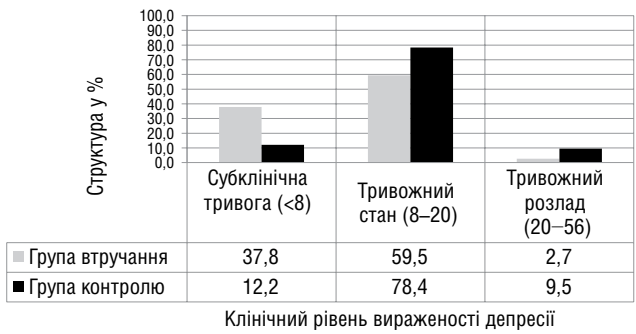


Рис. 3. Розподіл досліджених за клінічним рівнем тривоги через 6 місяців після початку роботи (шкала HARS)

Результати вивчення рівня тривоги у хворих ГВ та ГК через 12 місяців терапії відображено на рисунку 4: через 12 місяців терапії субклінічний рівень вираженості тривожної симптоматики був характерним для 81,5% пацієнтів ГВ (середній бал 3) й 21,6% ГК (середній бал 6); тривожний стан встановлено у 18,5% осіб ГВ й 74,3% ГК; тривожний розлад – у 4,1% хворих ГК (середній бал 28).

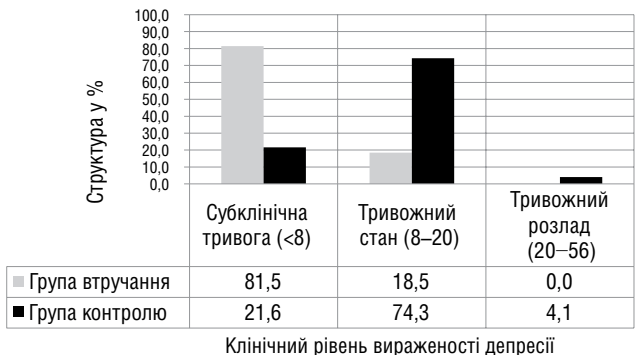


Рис. 4. Розподіл досліджених за клінічним рівнем тривоги через 12 місяців після початку роботи (шкала HARS)

Через 12 місяців у результаті порівняльного аналізу наявної симптоматики у пацієнтів ГК і ГВ виявлено, що у пацієнтів ГК «психічні» симптоми тривоги значно переважають над «соматичними», а саме: тривожний настрій (ГВ – 6,1%; ГК – 15,7%), напруга (ГВ – 6,0%; ГК – 22,2%), страх (ГВ – 4,5%; ГК – 18,6%), депресивний настрій (ГВ – 4,1%; ГК – 19,6%). «Соматичні» симптоми розподілилися наступним чином: соматичні м’язові симптоми (ГВ – 3,6%; ГК – 14,5%), соматичні сенсорні симптоми (ГВ – 5,6%; ГК – 12,3%), серцево-судинні симптоми (ГВ – 8,0%; ГК – 17,0%).

Узагальнюючі отримані дані, можна зазначити що впровадження розробленої системи заходів комплексної спеціалізованої допомоги пацієнтам з НПР внаслідок ЧВЗТГ вплинуло на формування психічних станів особистості, які сприяли адаптації до змінених умов життєдіяльності, а також руйнуванню комплексу значущих переживань депресивного характеру, які тяжко переживалися пацієнтами; серед індивідуально-психологічних особливостей суб’єктивного переважання депресивних хвилювань мало місце зниження актуальності та зникнення таких симптомів, як висока тривожність, агресивність і низька критична здатність особистості ($p < 0,05$).

Дослідження динаміки показників якості життя, результати якого наведені в таблиці 1, показало, що за аспектом соціального функціонування на етапі оцінювання ефективності як через 6, так і 12 місяців, показник фізичного функціонування, що відображає рівень, в якому фізичний стан організму обмежує виконання фізичних навантажень, у обстежених пацієнтів склав: через 6 місяців ГВ – 77,0 балів, ГК – 68,1 бала; через 12 місяців ГВ – 85,0 балів, ГК – 72,0 балів. Показник роліового функціонування, що обумовлений фізичним станом і відображає його вплив на повсякденну рольову діяльність у обстежених пацієнтів, склав: через 6 місяців ГВ – 74,0 балів, ГК – 71,0 балів; через 12 місяців ГВ – 86,0 балів, ГК – 75,0 балів. Показник інтенсивності болю і його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи домашню роботу і роботу поза домом, у обстежених пацієнтів склав: через 6 місяців ГВ – 51,0 балів, ГК – 44,0 бали; через 12 місяців ГВ – 76,0 балів, ГК – 56,0 балів. Показник загального стану здоров’я, що відображає стан здоров’я на даний момент у обстежених пацієнтів, склав: ГВ – 59,0 балів, ГК – 56,0 балів; через 12 місяців ГВ – 83,0 бали, ГК – 63,0 бали ($p < 0,05$).

За середнім значенням показників фізичного компонента здоров’я пацієнти ГВ та ГК також відрізнялися ($p < 0,05$): «фізичний компонент» якості життя, що включає показники фізичного функціонування, рольового функціонування, обумовленого фізичним станом, інтенсивністю болю і загальним станом здоров’я, у обстежених пацієнтів склав: через 6 місяців ГВ – 65,3 бала, ГК – 59,8 бала, через 12 місяців ГВ – 82,5 бала, ГК – 66,5 бала ($p < 0,05$).

Показник життєвої активності, який відображає відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим, у обстежених пацієнтів склав: через 6 місяців ГВ – 55,0 балів, ГК – 43,0 бали, через 12 місяців ГВ – 73,0 бали, ГК – 54,0 бали. За показником соціального функціонування, визначальний рівень якого в якому фізичному або емоційному стані обмежує соціальну

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів ГВ та ГК за аспектами соціального функціонування на етапі оцінювання ефективності 6 та 12 місяців (опитувальник SF-36)

Показники	Середній бал			
	6 місяців		12 місяців	
	ГВ	ГК	ГВ	ГК
Фізичний компонент здоров’я				
Фізичне функціонування	77,0	68,0	85,0	72,0
Рольове функціонування	74,0	71,0	86,0	75,0
Біль	51,0	44,0	76,0	56,0
Загальне здоров’я	59,0	56,0	83,0	63,0
Фізичний компонент ЯЖ	65,3	59,8	82,5	66,5
Психічний компонент здоров’я				
Життєздатність	55,0	43,0	73,0	54,0
Соціальне функціонування	54,0	47,0	67,0	56,0
Емоційне функціонування	56,0	34,0	76,0	44,0
Психічне здоров’я	59,0	45,0	69,0	51,0
Психічний компонент ЯЖ	56,0	42,3	71,3	51,3

активність, у обстежених пацієнтів склав: через 6 місяців ГВ – 54,0 бали, ГК – 47,0 балів; через 12 місяців ГВ – 67,0 балів, ГК – 56,0 балів. Показник емоційного (рольового) функціонування, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності, у обстежених пацієнтів склав: через 6 місяців ГВ – 56,0 балів, ГК – 34,0 бали; через 12 місяців ГВ – 76,0 балів, ГК – 44,0 бали. Показник психічного здоров’я, що характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, позитивних емоцій, у обстежених пацієнтів склав: через 6 місяців ГВ – 59,0 балів, ГК – 45,0 балів; через 12 місяців ГВ – 69,0 балів, ГК – 51,0 бал. В цілому виявлено, що «психічний компонент» якості життя, що включає показники життєвої активності, соціального функціонування, рольового функціонування, обумовленого емоційним станом, психічним здоров’ям, у обстежених пацієнтів склав: через 6 місяців ГВ – 56,0 балів, ГК – 42,3 бала; через 12 місяців ГВ – 71,3 бала, ГК – 51,3 бала ($p < 0,05$).

Відокремлення впливу «клініко-психопатологічного радикалу» НПР на соціальне функціонування було зроблено нами через аналіз взаємозв’язків між ступенем вираженості клініко-психопатологічної симптоматики НПР та показниками соціального функціонування у пацієнтів ГВ та ГК (табл. 2, 3). Через 6 місяців у осіб ГВ з помірним ступенем вираженості симптомів НПР взаємозв’язок із «фізичним компонентом» виявлено у 5,0%, ГК – у 10,5% ($p < 0,05$), вираженим ступенем симптомів у ГВ – у 13,0%, ГК – у 23,0% ($p < 0,05$), тяжким ступенем вираженості симптомів ГВ – у 2,5%, ГК – у 9,3% ($p < 0,05$). Вплив помірного ступеня вираженості симптомів НПР на «психічний компонент» встановлено у ГВ – у 4,8%, ГК – у 13,3% ($p < 0,05$), вираженого ступеня симптомів у ГВ – у 3,0%, ГК – у 19,3% ($p < 0,05$), тяжкого ступеня вираженості симптомів ГВ – у 1,5%, ГК – у 8,0% ($p < 0,05$).

З даних таблиці 3 видно, що через 12 місяців терапії у осіб ГВ з помірним ступенем вираженості симптомів НПР

взаємозв’язок із «фізичним компонентом» виявлено у 3,8%, ГК – у 9,3% (p<0,05), вираженим ступенем симптомів у ГВ – у 11,8%, ГК – у 21,5% (p<0,05), тяжким ступенем вираженості симптомів у ГВ не виявлено, ГК – у 8,0% (p<0,05). Вплив помірного ступеня вираженості симптомів НПР на «психічний компонент» встановлено у ГВ – у 3,5%, ГК – у 9,0% (p<0,05), вираженого ступеню симптомів у ГВ – у 1,8%, ГК – у 16,5% (p<0,05), тяжкого ступеня вираженості симптомів у ГВ – не виявлено, ГК – у 5,8% (p<0,05). Враховуючи отримані результати нами досліджено задоволеність якістю життя пацієнтів ГВ та ГК (рис. 5).

З даних рисунка 5 видно, що через 6 місяців терапії незадоволеними якістю життя були 42,0% ГВ і 61,0% ГК; через 12 місяців – 15,0% ГВ і 48,0% ГК (p<0,01). Майже задоволеними якістю життя через 6 місяців були 43,0% ГВ і 27,0% ГК; через 12 місяців 20,0% ГВ і 30,0% ГК (p<0,01). Задоволеними якістю життя через 6 місяців були 15,0% ГВ і 12,0% ГК; через 12 місяців – 65,0% ГВ і 22,0% ГК (p<0,01).

Останнім кроком у дослідженні ефективності запропонованих заходів комплексної спеціалізованої допомоги був аналіз суб’єктивної оцінки дієвості психотерапії при різних ступенях вираженості НПР. Результати до-

Таблиця 2. Розподіл взаємозв’язку показників соціального функціонування та якості життя із ступенем вираженості симптомів НПР у пацієнтів на етапі оцінювання ефективності 6 місяців (%)

Показник	Ступінь вираженості симптомів НПР					
	Помірний		Виражений		Тяжкий	
	ГВ	ГК	ГВ	ГК	ГВ	ГК
Фізичне функціонування	7,0	9,0	13,0	23,0	3,0	9,0
Рольове функціонування	5,0	12,0	15,0	24,0	2,0	10,0
Біль	4,0	10,0	13,0	26,0	3,0	9,0
Загальне здоров'я	4,0	11,0	11,0	19,0	2,0	9,0
Фізичний компонент якості життя	5,0	10,5	13,0	23,0	2,5	9,3
Життєздатність	5,0	15,0	3,0	17,0	1,0	8,0
Соціальне функціонування	5,0	11,0	3,0	22,0	1,0	6,0
Емоційне функціонування	5,0	13,0	4,0	17,0	2,0	9,0
Психічне здоров'я	4,0	14,0	2,0	21,0	2,0	9,0
Психічний компонент якості життя	4,8	13,3	3,0	19,3	1,5	8,0

Примітка. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах p≤0,05.

Таблиця 3. Розподіл взаємозв’язку показників соціального функціонування та якості життя із ступенем вираженості симптомів НПР у пацієнтів на етапі оцінювання ефективності 12 місяців (%)

Показник	Ступінь вираженості симптомів НПР					
	Помірний		Виражений		Тяжкий	
	ГВ	ГК	ГВ	ГК	ГВ	ГК
Фізичне функціонування	5,0	9,0	12,0	21,0	–	8,0
Рольове функціонування	4,0	11,0	14,0	23,0	–	9,0
Біль	3,0	8,0	11,0	24,0	–	8,0
Загальне здоров'я	3,0	9,0	10,0	18,0	–	7,0
Фізичний компонент якості життя	3,8	9,3	11,8	21,5	–	8,0
Життєздатність	4,0	12,0	1,0	16,0	–	6,0
Соціальне функціонування	3,0	7,0	2,0	19,0	–	4,0
Емоційне функціонування	4,0	8,0	3,0	13,0	–	6,0
Психічне здоров'я	3,0	9,0	1,0	18,0	–	7,0
Психічний компонент якості життя	3,5	9,0	1,8	16,5	–	5,8

Примітка. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах p 0,05.

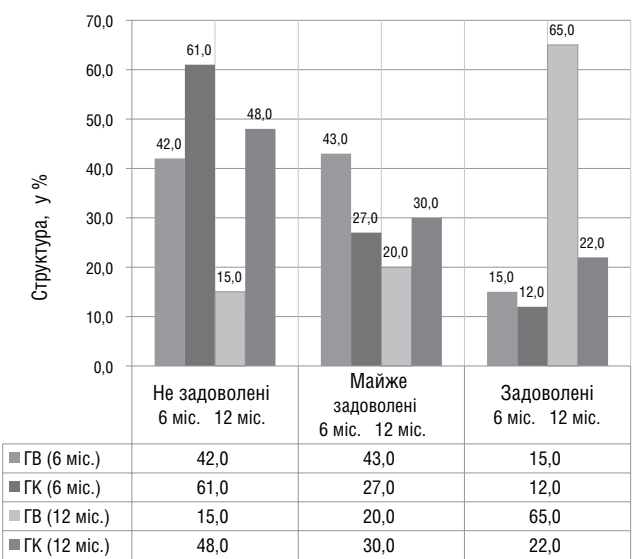


Рис. 5. Задоволеність якістю життя пацієнтів ГВ та ГК на етапі оцінювання ефективності через 6 та 12 місяців (опитувальник SF-36)

слідження при помірному, вираженому та тяжкому ступенях вираженості НПР у осіб з ЧВЗТГ представлено у таблицях 4–6.

З даних таблиць 4–6 видно, що високі показники середнього відсотка відвідувань та суб’єктивної оцінки ефективності свідчать про результативність психотерапії та, в цілому, системи комплексної спеціалізованої допомоги особам з НПР внаслідок ЧВЗТГ.

У результаті аналізу виявлено, що високі показники середнього відсотка відвідувань та суб’єктивної оцінки ефективності корелювали із такими показниками як відновлення комунікативної сфери, зменшення скептичності, безкомпромісності, безтурботності, імпульсивності, песимізму. Підвищення впевненості у собі, невідкла-

Таблиця 4. Суб’єктивна оцінка ефективності заходів психотерапії при помірному ступені вираженості НПР у осіб з ЧВЗТГ

Заходи	Середній % відвідувань	Суб’єктивна оцінка ефективності у %
Психопрофілактика і психогігієна	96,0	98,0
Психоосвітня робота	89,0	87,0
Психотерапевтична корекція		
Загальні методи		
– навчання методів експрессаморегуляції	82,0	80,0
– корекція внутрішньої картини хвороби	96,0	89,0
Спеціальні методи (тренінги)		
– «Я і мої емоції»	95,0	100,0
– «Принципи і прийоми саморегуляції	96,0	100,0
– «Формування впевненості в собі»	92,0	100,0
Психотерапевтична підтримка		
– розгляд емоційно-значущих особистісних проблем, пов’язаних з власною невпевненістю	67,0	97,0
– оптимізація внутрішньосімейних стосунків	45,0	98,0
– професійні психологічні консультації	9,0	100,0
Всього у середньому	76,7	94,9

Таблиця 5. Суб’єктивна оцінка ефективності заходів психотерапії при вираженому ступені НПР у осіб з ЧВЗТГ

Заходи	Середній % відвідувань	Суб’єктивна оцінка ефективності у %
Психопрофілактика і психогігієна	90,0	91,0
Психоосвітня робота	70,0	81,0
Психотерапевтична робота		
Спеціальні методи (тренінги)		
– «Я і мої емоції»	93,0	100,0
– «Принципи і прийоми саморегуляції	90,0	100,0
– «Навички конструктивного взаємодії»	95,0	100,0
– «Гнів – це нормально»	93,0	96,0
Психотерапевтична підтримка		
– розгляд емоційно-значущих особистісних проблем	94,0	80,0
– оптимізація внутрішньосімейних стосунків	87,0	72,0
– допомога у визначенні життєвої позиції, у ставленні до майбутнього	89,0	80,0
– навчання стратегій виходу з конфліктних ситуацій, навичок самопідтримки.	90,0	95,0
Всього у середньому	79,6	79,5

дання рішень складних питань, рішучості, віри в себе, незалежності від інших, неконфліктності (p<0,001).

Вищезгадана позитивна динаміка базувалася на нових – напрацьованих варіантах адаптивних та відносно-адаптивних копінг-стратегій: когнітивних (збереження самовладання, проблемний аналіз, установка власної цінності), емоційних (протест, оптимізм), поведінкових (альтруїзм, співпраця, звернення). Зниження тривоги й депресивних проявів зменшило кількість сімейних конфліктів та ситуацій «гіперхвилювання». Також простежувалася чітка зміна ставлення до хвороби, переважали такі типи, як гармонійний із активною установкою на лікування та ергопатичний, при якому пацієнти намагалися зберегти працездатність.

Список використаної літератури

1. Абдрахімова Ц. Б. Взаимосвязь клинико-психопатологических проявлений неспихотических психических расстройств и стратегий преодоления у лиц с частичной потерей зрения травматического генеза / Ц. Б. Абдрахимова // Український вісник психоневрології. – 2014. – Вип. 1 (78). – С. 54 – 57.
2. Абдрахімова Ц. Б. Механізми психологічного захисту у осіб з неспихотичними психічними розладами внаслідок часткової втрати зору травматичного генезу / Ц. Б. Абдрахімова // Психічне здоров'я. – 2013. – № 1 (38). – С. 82–85.
3. Абдрахімова Ц. Б. Порівняльний аналіз наявності і вираженості основних клініко-психопатологічних феноменів неспихотичних психічних розладів у осіб зі втраченою зору травматичного генезу за даними суб’єктивної і об’єктивної оцінки / Ц. Б. Абдрахімова // Український вісник психоневрології. – 2013. – № 1. – С. 34–39.

СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВСЛЕДСТВИЕ ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРИ ЗРЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Ц.Б. Абдрахимова

На основе клинико-психопатологического и психодиагностического обследования 200 больных с неспихотическими психическими расстройствами вследствие частичной потери зрения травматического генеза, определены общие направления и дифференцированные подходы к их психотерапии. Доказано, что при работе с больными, в клинической симптоматике которых преобладают тревожные феномены, а среди типов личностного и поведенческого реагирования – эмоционально-дезадаптационные патерны, базовая терапия антидепрессантами селективного или двойного действия должна дополняться назначением транквилизаторов, а также мягких нейролептиков с седативным и противотревожным действием, а основная психотерапевтическая стратегия должна содержать использование индивидуальных воздействий, основанных на когнитивно-бихевиоральных подходах. Напротив, пациенты с ведущими астеничес-

Таблиця 6. Суб’єктивна оцінка ефективності заходів психотерапії при тяжкому ступені вираженості НПР у осіб з ЧВЗТГ

Заходи	Середній % відвідувань	Суб’єктивна оцінка ефективності у %
Психопрофілактика і психогігієна	87,0	85,0
Психоосвітня робота	68,0	75,0
Психотерапевтична робота		
Загальні методи		
– корекція часової перспективи	75,0	86,0
– корекція механізмів психологічного захисту	80,0	94,0
– навчання інвалідів навичок поведінки в стресових ситуаціях	92,0	100,0
– корекція внутрішньої картини хвороби	89,0	91,0
Спеціальні методи (тренінги)		
– «Я і мої емоції»	94,0	100,0
– «Принципи і прийоми саморегуляції	95,0	100,0
– «Пізнання себе і навколишнього світу»	96,0	100,0
– «Навички конструктивної взаємодії»	92,0	95,3
– «Гнів – це нормально»	90,0	98,0
Психотерапевтична підтримка		
- формування адекватного, правильного уявлення про власні якості та можливості	85,0	94,0
- консультування з питань поліпшення міжособистісних та сімейних стосунків	92,0	88,0
- навчання навичок поведінки в конфліктній ситуації, пошуку конструктивних способів вирішення конфліктів	92,0	95,0
- усунення психологічних бар’єрів, які перешкоджають успішній адаптації і підсилюють дію психотравмівних чинників	96,0	100,0
Всього у середньому	92,0	88,0

4. Абдрахімова Ц. Б. Роль копінг-поведінки в розвитку неспихотичних психічних розладів у осіб з частковою втраченою зору травматичного генезу / Ц. Б. Абдрахімова // Український вісник психоневрології. – 2013. – № 2. – С. 68–72.
5. Абдрахімова Ц. Б. Тип ставлення до хвороби в генезі неспихотичних психічних розладів у осіб з частковою втраченою зору травматичного генезу / Ц. Б. Абдрахімова // Психічне здоров'я. – 2013. – № 2 (39). – С. 93–98.
6. Абдрахімова Ц. Б. Щодо взаємозв’язку між якістю життя та рівнем соціальної підтримки в генезі неспихотичних психічних розладів у осіб з частковою втраченою зору травматичного походження / Ц. Б. Абдрахімова // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2013. – № 2 (24). – С. 50–57.
7. Роль факторов психической травматизации в структуре неврозогенеза невротических расстройств / Н. А. Марута [и др.] // Материалы I Съезда (с международным участием) Республиканского общественного объединения «Ассоциация специалистов, работающих в сфере психического здоровья», 5–6 июня 2013 г. – Алматы, 2013 – С. 256–257.
8. Связанные с событием потенциалы мозаи у пациентов с неспихотическими психическими расстройствами вследствие частичной потери зрения травматического генеза / О. С. Чабан, Ц. Б. Абдрахимова, А. Г. Снегирь, Б. Б. Иванев // Міжнародний неврологічний журнал. – 2014. – № 5 (67). – С. 87–92.
9. Abdryahimova Ts. Types of strategies for coping with traumatic genesis by patients with partial loss of visual perception in the context of nonpsychotic mental disorders / Ts. Abdryahimova // Arxiv ncsuxiamprii. – 2014. – Т. 20, № 1 (76). – С. 103–107.

кими и астено-депрессивными психопатологическими феноменами с доминированием когнитивно-деструктивных и агрессивно-конфликтных личностных и поведенческих патернов, нуждаются в назначении антидепрессантов со стимулирующим действием, церебропротекторов и снотворных, а также применении групповых психотерапевтических когнитивно-бихевиоральных воздействий. Отдельным направлением психотерапевтической деятельности при этом является обязательная работа с семьей пациента (прежде всего с наиболее близким окружением – матерью или женой), направленная на нормализацию их психического состояния, адаптацию к новым условиям жизни с учетом изменений социальной и семейной активности пациента и активизацию ресурсных адаптивных возможностей семьи.

Анализ эффективности внедрения разработанных мероприятий комплексной специализированной помощи доказал их действенность как в плоскости редукции наличия и выраженности психопатологической тревожно-депрессивной симптоматики, так и улучшения качества жизни пациентов.

Ключевые слова: частичная потеря зрения травматического генеза, непсихотические психические расстройства, комплексная специализированная помощь, эффективность.

INTEGRATED SYSTEM OF SPECIALIZED CARE TO PERSONS WITH NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS
DUE PARTIALLY SIGHTED TRAUMATIC GENESIS AND ITS EFFECTIVENESS

C. Abdryahimova

Based on clinical and psychopathological and psychodiagnostic examination of 200 patients with non-psychotic mental disorders due to partial loss of traumatic genesis, general trends and differentiated approaches to their treatment. It is proved that when working with patients in clinical symptoms are prevalent disturbing phenomena among types of personal and behavioral responses - emotionally дезадаптивных patterns, basic therapy with antidepressants or selective double-action should be complemented by the appointment of tranquilizers and mild sedatives with protytryvozhnoyu action, and basic psychotherapeutic strategy includes the use of individual actions based on cognitive-behavioral approaches. In contrast, patients with major and asthenic asthenic-depressive psychopathological phenomena of dominance of cognitive-destructive and aggressive personality conflict and behavioral patterns require prescribing of antidepressants with stimulant, tserebroprotektoriv and sleeping, and use of group cognitive-behavioral psychotherapy effects. Selected areas of psychotherapy is mandatory while working with the patient's family (especially the most inner circle - his mother or his wife), aimed at normalizing their mental state, adapt to new living conditions, taking into account changes in social and family activity and patient activation of adaptive resource opportunities for families.

Analysis of the effectiveness of the developed activities integrated specialized assistance proved their effectiveness as a reduction in the plane of the presence and severity of psychiatric anxiety and depressive symptoms and improving quality of life for patients.

Key words: partial loss of traumatic genesis, nonpsychotic mental disorders, complex specialized care, efficiency.

УДК 616–039.31:[616.89–06:616.1]–083.98:615.851

В.М. Загуровский

ЛИЧНОСТНОЕ РЕАГИРОВАНИЕ В СТРУКТУРЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ
И ПЕРМАНЕНТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Целью исследования являлось изучение личностного реагирования при пароксизмальных и перманентных проявлениях психосоматических нарушений на примере патологии сердечно-сосудистой системы. Обследованы 302 больных с вегетососудистой дистонией и 298 – с гипертонической болезнью I–II ст., в течении которых возникли вегетативные и гипертонические кризы. Были использованы структурированное клиническое интервью; наблюдение, тест Люшера (по Л.Н. Собчик, 2001) и “Цветной рисунок человека” (В. М. Загуровский, 2007). Факторный анализ данных кризов и межкризового периода выявил 2 варианта изменения способа поведения и их зависимость от типа течения в виде 4 факторов для каждой нозологии: 1) с нормализацией при кризах, набором признаков, характеризующих смену «патологического» способа поведения в межкризовый период на способ реагирования, обладающий признаками «нормального» или значительно меньшим уровнем «патологичности»; 2) с ростом «патологичности» при кризах, содержащим показатели увеличения степени «патологичности» или смену способа поведения в межкризовый период с «нормального» на «патологический». Характеристики способов поведения личности во время кризов (способ реагирования) отличаются от таковых в межкризовом периоде. При пароксизмальных проявлениях он может приобретать: 1) свойства «нормального» или снижать степень «патологичности»; 2) меняться на «патологический» или увеличивать степень «патологичности» в сравнении с периодом перманентных проявлений. В ряду ВСД и гипертоническая болезнь происходит уменьшение «нормальности» и увеличение «патологичности». Источники стресса при кризах ВСД и в межкризовом периоде, как правило, идентичны; при гипертонической болезни источником стресса выступает компенсаторное поведение межкризового периода. Компенсация более адекватна при соматопсихическом варианте течения во время вегетативных кризов и при обоих вариантах гипертонической болезни.

Ключевые слова:
стресс, компенсация,
способ поведения,
способ реагирования,
кризы.

Таблица 1. Анализ признаков теста Люшера при вегетативном кризе и в межкризовом периоде ВСД

Показатель	Вегетативный криз		Межкризовый период	
	ПС (n=187)	СП (n=115)	ПС (n=187)	СП (n=115)
Нестабильность выбора (%)	53,48 φ_1^{**}	53,04 $\varphi_1 > \varphi_1^{**}$	22,02	15,52 $\varphi_1 >$
Отклонение от нормы (%)	71,12 φ_1^{*}	51,30 $\varphi_1^{**} \varphi_1 >$	61,47	43,10 φ_1^{*}
Уровень стресса (бал)	4,29±0,33 p_1^{**}	4,21±0,32 $p_1 > p_1^{***}$	3,08 ±0,29	2,59±0,24 $pt >$
Стресс с компенсацией ОЦ (бал)	3,81±0,28 p_1^{***}	3,64±0,26 $p_1 > p_1^{***}$	2,41 ±0,26	2,13±0,23 $pt >$
Стресс с компенсацией ДЦ (бал)	4,78±0,30 p_1^{**}	3,67±0,24 $p_1^{**} p_1 >$	3,78 ±0,21	3,09±0,23 pt^{*}
Компенсация ОЦ (%)	79,14 φ_1^{**}	66,09 $\varphi_1^{**} \varphi_1^{**}$	8,26	17,24 φ_1^{*}
Компенсация ДЦ (%)	20,86 φ_1^{**}	33,91 $\varphi_1^{**} \varphi_1^{**}$	91,74	82,76 φ_1^{*}
Уровень компенсации ДЦ (бал)	2,91±0,24 p_1^{***}	2,16±0,21 $p_1^{*} p_1^{***}$	5,38 ±0,24	4,65±0,21 pt^{*}
Смена ОЦ на ДЦ (%)	-	-	74,31	48,28 φ_1^{**}
Ухудшение компенсации ДЦ (%)	-	-	18,35	17,24 $\varphi_1 >$
Улучшение компенсации ДЦ (%)	-	-	-	20,69
Смена компенсации ДЦ на ОЦ (%)	-	-	-	-

Примечание. ПС – психосоматический, СП – соматопсихический, ОЦ – основные цвета, ДЦ – дополнительные цвета.

Пароскизмальные проявления психосоматической патологии занимают крайне важное место в ее клиническом течении [1, 5, 9]. Однако исследованию медико-психологических составляющих этих проявлений, их места и связи с перманентными нарушениями в возникновении и клиническом течении посвящены единичные работы. Их изучение сводится, как правило, к соматической составляющей и стрессорной реакции, а терапия направлена на медикаментозное купирование прежде всего соматических проявлений [3, 4, 7]. Учитывая важность кризовых состояний, их роль в структуре заболеваний в целом и отсутствие системных данных о медико-психологических составляющих, является важным исследование способов поведения личности при пароксизмальных проявлениях психосоматических нарушений, их роли в течении всего заболевания. Кроме того, это важно для проведения эффективной психокоррекции при терапии данных нарушений.

Цель исследования – изучить личностное реагирование при пароксизмальных и перманентных проявлениях психосоматических нарушений на примере данной патологии сердечно-сосудистой системы.

Материал и методы исследования

С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии обследованы больные с вегетососудистой дистонией (ВСД) – 302 пациента, гипертонической болезнью (ГБ) I–II ст. – 298 пациентов, у которых в течении болезни возникли вегетативные и гипертонические кризы. Шифры исследуемых нозологий по МКБ–10: ВСД – G 90.0; ГХ – I 10.0. На всех этапах исследования больным оказывалась помощь в объёме клинических протоколов, утверждённых МОЗ Украины. Для клинко-психопатологического исследования использованы структурированное клиническое интервью, наблюдение [6]. Психодиагностическое исследование проведено следующими методиками: тест Люшера (по Л.Н. Собчик, 2001) и «Цветной рисунок человека» (В. М. Загуровский, 2007). Для статистической обработки использованы: факторный анализ (метод главных компонентов); оценка математических статистических выборок; критерий углового преобразования Фишера; критерий адекватности

выборки Кайзера–Мейера–Олкина и сферичности Барлетта. Обработка проводилась с помощью программ MS Office Excel (11.8169.8172) 2003 и SPSS–17. Обозначение степени достоверности сравнения: pt – между типами клинического течения; $p1$ – кризов и межкризового периода; (p^{*}) – $p < 0,05$; (p^{**}) – $p < 0,01$; (p^{***}) – $p < 0,001$; ($p >$) – $p > 0,05$

Результаты и их обсуждение

При вегетативных кризах по тесту Люшера компенсация стресса в большинстве случаев представлена основными цветами и достоверно выше при психосоматическом типе кризов. Обнаружены зависимые от типа вегетативных кризов различия в стабильности выбора и отклонении от аутогенной нормы (табл. 1). При исследовании вариантом «цветной человек» теста «Цветовой рисунок человека» больные плохо прорисовывали тело и его границы, используя дополнительные цвета (соматопсихический тип кризов), или цвета стресса по тесту Люшера (психосоматический тип). В варианте «цветные одежды» при психосоматическом типе использовались основные цвета и качество компенсации было гораздо ближе к «нормальной», чем при соматопсихическом. При обоих типах отмечено большое число блоков компенсации при полном перекрывании зон стресса и блоков (табл. 2).

По данным теста Люшера, в межкризовый период ВСД, при сопоставлении с кризами, наблюдалось перемещение основных цветов компенсации при кризах на место стресса в межкризовый период (табл. 1), значительно увеличилась степень «патологичности» компенсации, особенно при психосоматическом типе. При соматопсихическом типе увеличивались в компенсации основные цвета, а при психосоматическом – дополнительные со сменой «нормальной» компенсации на «патологическую», по сравнению с кризами. В варианте «цветной человек» теста «Цветной рисунок человека» больные в межкризовый период для прорисовки использовали цвета стресса вегетативного криза или цвета «патологической» компенсации межкризового периода. При соматопсихическом типе использовались темные цвета вегетативной дисфункции и дополнительные цвета

Таблица 2. Данные теста «Цветной рисунок человека» при вегетативном кризе и в межкризовый период ВСД (M±m)

Показатель	Вегетативный криз		Межкризовый период	
	ПС (n=187)	СП (n=115)	ПС (n=187)	СП (n=115)
Количество ОЦ (n)	4,29±0,14 p ₁ ***	3,11±0,18 pт*** p ₁ >	2,61±0,19	2,80±0,10 p ₁ >
Количество ДЦ (n)	1,58±0,17 p ₁ ***	2,83±0,21 pт*** p ₁ ***	3,76±0,11	4,13±0,13 p ₁ *
Количество блоков (n)	3,15±0,25 p ₁ ***	4,81±0,27 pт*** p ₁ ***	7,15±0,22	9,46±0,19 p ₁ ***
Количество пропущенных зон (n)	12,73±0,47 p ₁ ***	10,46±0,44 pт*** p ₁ ***	3,32±0,13	3,04±0,09 p ₁ >
Компенсация ОЦ (n)	3,10±0,23 p ₁ **	2,07±0,31 pт** p ₁ >	2,28 ±0,21	2,65±0,16 p ₁ >
Компенсация ДЦ (n)	1,47±0,11 p ₁ ***	3,32±0,22 pт** p ₁ >	4,14±0,18	3,66±0,13 p ₁ *
К-во блоков без компенсации (n)	0,33±0,10 p ₁ ***	0,41±0,09 pт> p ₁ >	1,13±0,09	0,62±0,10 p ₁ ***
Количество блоков компенсации (n)	1,25±0,20 p ₁ ***	0,37±0,10 pт> p ₁ ***	6,45±0,18	5,27±0,15 p ₁ ***
Количество зон без компенсации (n)	4,22±0,23 p ₁ ***	5,10±0,31 pт> p ₁ ***	3,16±0,20	3,53±0,17 p ₁ >

Примечание. ПС – психосоматический, СП – соматопсихический, ОЦ – основные цвета, ДЦ – дополнительные цвета.

с хорошей прорисовкой контуров. При обоих типах чётко выявлялись проекции стресса и блоки. В варианте «цветные одежды», независимо от клинической симптоматики, использовались цвета компенсации, как «нормальной», так и «патологической». Блоки, как правило, скрыты под окраской дополнительными цветами. Увеличилось число блоков и свободных зон компенсации, в сравнении с кризами (табл. 2).

По тесту Люшера при психосоматическом типе гипертонических кризов анализ цветовых рядов показал рост мощности «патологического» способа компенсации, особенно при психосоматическом типе (табл. 3). При исследовании кризов вариантом «цветной человек» теста «Цветной рисунок человека» больные плохо прорисовывали тело, его границы и отдельные области, с зарисовкой зон цветами стресса. При психосоматическом типе кризов чаще использовались цвета стресса при раскрашивании тела или проблемных зон, а при соматопсихическом – цвета компенсации. В варианте «цветные одежды» – как основные, так и дополнительные цвета компенсации. Проблемные зоны и блоки зарисовывались основными цветами при соматопсихическом типе. При психосоматическом для компенсации использовались те же цвета, что и для тела, с большим числом пропущенных зон и блоков, что свидетельствует об отсутствии или неадекватности механизмов компенсации (табл. 4).

По результатам теста Люшера, компенсация в межкризовый период при ГБ носила «патологический» характер с увеличением мощности (табл. 3). В варианте «цветной человек» теста «Цветной рисунок человека» пациенты при психосоматическом типе кризов плохо прорисовывали границы тела и его областей, используя для этого дополнительные цвета или черный. Зоны проекций стресса зарисовывались цветами стресса из ряда Люшера. При соматопсихическом типе границы тела и его областей были более чёткими, с прорисовкой проблемных зон цветом стресса и уменьшением разнообразия основных цветов по сравнению с кризами. Параллельно увеличивалось число блоков и уменьшалось – свободных зон. В варианте «цветные одежды» увеличивались набор основных цветов компенсации, число некомпенсированных блоков, свободных зон и блоков компенсации, особенно при психосоматическом типе кризов. При соматопсихическом для компенсации чаще использовались дополнительные цвета (табл. 4).

Таким образом, по результатам исследования с применением теста Люшера, уровень стресса при кризах всегда более высокий при их психосоматическом типе. Компенсация в ряду вегетативный – гипертонический кризы демонстрировала нарастающую «патологичность». Смена компенсации основными цветами на дополнительные была характерна для обоих типов

Таблица 3. Анализ признаков теста Люшера при гипертоническом кризе и в межприступный период ГБ

Показатель	Гипертонический криз		Межкризовый период	
	ПС (n=158)	СП (n=140)	ПС (n=158)	СП (n=140)
Нестабильность выбора (%)	68,35 φ ₁ **	47,86 φ ₁ ** φ ₁ **	18,68	11,76 φ ₁ >
Отклонение от нормы (%)	73,42 φ ₁ >	50,00 φ ₁ ** φ ₁ >	76,92	55,88 φ ₁ **
Уровень стресса (балл)	4,34±0,19 p ₁ *	3,68±0,21 p ₁ * p ₁ ***	3,77 ±0,21	2,71±0,17 p ₁ **
Стресс с компенсацией ОЦ (балл)	2,92±0,21 p ₁ >	2,37±0,18 p ₁ * p ₁ >	2,74±0,22	2,12±0,20 p ₁ *
Стресс с компенсацией ДЦ (балл)	5,70±0,23 p ₁ *	5,03±0,21 p ₁ * p ₁ ***	4,92±0,23	3,26±0,25 p ₁ ***
Компенсация ОЦ (%)	39,24 φ ₁ **	63,57 φ ₁ ** φ ₁ **	21,98	35,29 φ ₁ *
Компенсация ДЦ (%)	60,76 φ ₁ **	36,43 φ ₁ ** φ ₁ **	78,02	66,18 φ ₁ *
Уровень компенсации ДЦ (балл)	4,62±0,23 p ₁ ***	4,08±0,21 p ₁ > p ₁ >	5,85±0,21	4,17±0,20 p ₁ ***
Смена ОЦ на ДЦ (%)	-	-	18,68	29,41 φ ₁ >
Ухудшение компенсации ДЦ (%)	-	-	52,75	25,00 φ ₁ **
Улучшение компенсации ДЦ (%)	-	-	8,79	13,24 φ ₁ >
Смена компенсации ДЦ на ОЦ (%)	-	-	-	-

Примечание. ПС – психосоматический, СП – соматопсихический, ОЦ – основные цвета, ДЦ – дополнительные цвета.

Таблица 4. Данные теста «Цветной рисунок человека» при гипертоническом кризе и в межкризовый период ГБ (M±m)

Показатель	Гипертонический криз		Межкризовый период	
	ПС (n=158)	СП (n=140)	ПС (n=158)	СП (n=140)
Количество ОЦ (n)	3,11±0,22 p ₁ *	2,87±0,18 p ₁ > p ₁ ***	2,43±0,20	1,68±0,15 p ₁ **
Количество ДЦ (n)	2,32±0,20 p ₁ **	3,06±0,23 p ₁ * p ₁ >	3,35±0,33	3,12±0,19 p ₁ >
Количество блоков (n)	5,17±0,32 p ₁ ***	6,56 ±0,30 p ₁ ** p ₁ >	6,81±0,31	6,50±0,28 p ₁ >
Количество пропущенных зон (n)	4,73±0,27 p ₁ >	3,78±0,26 p ₁ * p ₁ *	4,24±0,27	3,02±0,20 p ₁ ***
Компенсация ОЦ (n)	2,47±0,16 p ₁ ***	3,43±0,18 p ₁ *** p ₁ >	3,36±0,14	3,83±0,21 p ₁ >
Компенсация ДЦ (n)	2,02±0,18 p ₁ >	2,35±0,10 p ₁ * p ₁ >	2,28±0,16	2,74±0,20 p ₁ >
К-во блоков без компенсации (n)	1,85±0,23 p ₁ ***	0,41±0,10 p ₁ *** p ₁ ***	3,56±0,19	2,01±0,19 p ₁ ***
Количество блоков компенсации (n)	6,62±0,33 p ₁ >	4,28±0,32 p ₁ *** p ₁ >	7,20±0,35	4,86±0,33 p ₁ ***
Количество зон без компенсации (n)	3,14±0,31 p ₁ >	2,36±0,27 p ₁ > p ₁ >	2,59±0,23	2,73±0,16 p ₁ >

Примечание. ПС – психосоматический, СП – соматопсихический, ОЦ – основные цвета, ДЦ – дополнительные цвета.

кризов, однако динамика этого процесса различна. При психосоматическом типе вегетативных кризов отмечалось незначительное преобладание компенсации основными цветами, в сравнении с соматопсихическим. Смена на дополнительные цвета при психосоматических типах происходила на этапе гипертонических кризов. Сравнительный анализ компенсации при вегетативных кризах и в межкризовом периоде показал подавляющее ухудшение компенсации со сменой основных цветов на дополнительные при психосоматическом типе и умеренное – при соматопсихическом в межкризовый период. При ГБ в межкризовый период ухудшение компенсации, в сравнении с кризом, менее выражено, но сопровождалось ростом ее интенсивности. Ухудшение компенсации и рост ее интенсивности в межкризовый период, по сравнению с кризами, объясняется процессом роста частоты и интенсивности «патологичности» компенсации в ряду вегетативный – гипертонический кризы на фоне относительно стабильных показателей ряда в межкризовый период. При сравнении с данными межкризового периода наблюдался убывающий процесс перемещения цветов стресса межкризового периода на место компенсации при кризах в ряду вегетативный – гипертонический кризы и нарастающее перемещение цветов компенсации межкризового периода на место стресса при кризах. Используя методологический подход к интерпретации данных теста Люшера Л.Н. Собчик [8], эти результаты можно интерпретировать как смену способа поведения. Интенсивный стресс при ВСД с «патологическим» компенсаторным способом поведения не обеспечивает необходимый уровень адаптации личности, что приводит к срыву механизмов адаптации и развитию криза. Происходит смена способа поведения, он приобретает свойства «нормального» по своим характеристикам, но являющимся причиной стресса в межкризовый период. При ГБ компенсаторное поведение более стабильно и в состоянии стресса оно продолжает преимущественно использоваться личностью с увеличением его мощности и степени «патологичности» при психосоматическом типе кризов. У части больных происходит смена компенсаторного способа поведения с характеристиками «нормального». Соматопсихический тип криза сопровождается преимущественной сменой компенсаторного поведения межкризового периода на поведение с признаками «нормальной» компенсации или

уменьшением ее «патологичности». Это подобно таковому при психосоматическом типе вегетативных кризов и свидетельствует о вытеснении и снижении актуальности первичного источника стресса и замене его на актуальное и угрожающее состояние болезни [9].

Результаты варианта «цветной человек» теста «Цветовой рисунок человека», которые интерпретировались как проекции стресса, показали, что при кризах раскраска контуров тела проводилась преимущественно цветами стресса по Люшеру. В ряду вегетативный – гипертонический кризы отмечено нарастание частоты использования цветов компенсации совместно с цветами стресса, что отражало противоречия в способе поведения, обнаруженные в анамнезе. В отличие от теста Люшера, тест «Цветной рисунок человека» дает большую свободу выражения градаций как факторов стресса, так и компенсации. С одной стороны, стрессом выступала психофизическая нагрузка с отрицательным отношением к ней больного, что выражалось цветами стресса. С другой стороны, существовал «патологический» способ компенсации, который включал в себя стремление выполнить данную нагрузку и выступал фактором стресса. Цвета стресса при вегетативном кризе распределялись преимущественно диффузно, при гипертоническом – зонально. В варианте «цветные одежды», который интерпретировали как проекции компенсации, выявленные зоны стресса раскрашивались цветами компенсации. Наблюдалось убывание частоты использования цветов стресса по Люшеру из первого варианта теста в ряду вегетативный – гипертонический кризы, что рассматривалось как углубление «патологичности» компенсаторного поведения. Зоны цветов стресса и компенсации в обоих вариантах теста всегда разделялись четкими границами (блоки напряжения) или свободными от раскраски участками тела. Это расценено как наличие внутренних противоречий, различного происхождения и направленности, многокомпонентности как факторов стресса, так и механизмов компенсации.

Факторный анализ данных при кризах и в межкризовий период подтвердил варианты изменения способа поведения и их зависимость от типа клинического течения (табл. 5) в виде 4 факторов для каждой нозологии.

Это 2 варианта: 1) с нормализацией при кризах, который набором признаков описывает смену «па-

Таблица 5. Факторная нагрузка

Фактор	Факторная нагрузка
ПС вариант с нормализацией при ВК	23,781
ПС вариант с ростом «патологичности» при ВК	22,126
СП вариант с нормализацией при ВК	19,253
СП вариант с ростом «патологичности» при ВК	14,138
ПС вариант с нормализацией при ГК	25,125
ПС вариант с ростом «патологичности» при ГК	23,265
СП вариант с нормализацией при ГК	19,423
СП вариант с ростом «патологичности» при ГК	15,216

Примечание. ПС – психосоматический, СП – соматопсихический.

тологического», неадекватного способа поведения в межкризовый период на способ реагирования, обладающий признаками «нормального» или со значительно меньшим уровнем «патологичности»; 2) с ростом «патологичности» при кризах, включающего в себя показатели, отражающие увеличение степени «патологичности», или смену на «патологический» «нормального» способа поведения в межкризовый период.

Выводы

Установлено, что характеристики способа поведения личности во время кризов (способ реагирования) отличаются от таковых в межкризовом периоде. При пароксизмальных проявлениях он может приобретать: 1) свойства «нормального» или снижать степень «патологичности»; 2) меняться на «патологический» или увели-

чивать степень «патологичности» в сравнении с периодом перманентных проявлений. В ряду ВСД и гипертонической болезни происходит уменьшение «нормальности» и увеличение «патологичности». Источники стресса при кризах ВСД и в межкризовом периоде как правило, идентичны; при гипертонической болезни источником стресса начинает выступать компенсаторное поведение межкризового периода. Компенсаторное поведение более адекватно при соматопсихическом варианте течения во время вегетативных кризов и при всех проявлениях гипертонической болезни, в сравнении с межкризовым периодом.

Список использованной литературы

1. Бройтигам В. Психосоматическая медицина. / В. Бройтигам, П. Кристан, М. Рад. – СПб.: Питер, 2009. – 376 с.

2. В. М. Загуровский. Особистісне реагування в структурі пароксизмальних і перманентних проявів психосоматичних порушень серцево-судинної системи / В. М. Загуровський. – Харківська медична академія післядипломної освіти.

3. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение / под ред. А. М. Вейна. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – 752 с.

4. Загуровский В. М. Болезнь как острый или хронический стрессор / В. М. Загуровский, В. В. Никонов // Неотложная медицинская помощь. Сборник статей Харьковской городской клинической больницы скорой неотложной медицинской помощи. – Харьков: Основа. – 2002. – В. 5. – С. 170–173.

5. Курпатов А. В. Психосоматика / А. В. Курпатов, Г. Г. Аверьянов. – СПб.: Олма Медиа Групп, 2007. – 478 с.

6. Психодиагностика и психокоррекция / под. ред. А. А. Александрова. – СПб.: Питер, 2008. – 384 с.

7. Салдан Г. Н. Роль стрессорной реакции в клинической картине неотложных состояний / Г. Н. Салдан, В. М. Загуровский // Медицина неотложных состояний. – 2013. – № 2 (49). – С. 62–64.

8. Собчик Л. Н. МЦВ – метод цветовых выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера / Л. Н. Собчик. – СПб.: Речь, 2002. – 112 с.

9. Судаков К. В. Системная организация психической деятельности // Психологический журнал. – 2013. – Т. 34. – № 5. – С. 72–81.

ОСОБИСТІСНЕ РЕАГУВАННЯ В СТРУКТУРІ ПАРОКСИЗМАЛЬНИХ І ПЕРМАНЕНТНИХ ПРОЯВІВ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

В.М. Загуровський

Метою дослідження було вивчення особистісного реагування при пароксизмальних і перманентних проявах психосоматичних порушень на прикладі патології серцево-судинної системи. Обстежено 302 хворих з вегетосудинною дистонією II 298 – з гіпертонічною хворобою I–II ст. у перебігу яких виникли вегетативні гіпертонічні кризи. Було використано структуроване клінічне інтерв'ю; спостереження, тест Люшера (за Л.Н. Собчик, 2001) і «Кольоровий малюнок людини» (В.М. Загуровський, 2007). Факторний аналіз даних кризів і міжкризового періоду виявив 2 варіанти зміни способу поведінки і їх залежність від типу перебігу у вигляді 4 факторів для кожної нозології: 1) з нормалізацією при кризах, набором ознак, що характеризують зміну «патологічного» способу поведінки в міжкризовий період на спосіб реагування, що має ознаки «нормального» або значно менший рівень «патологічності»; 2) з ростом «патологічності» при кризах збільшення ступеня «патологічності» або зміну «нормального» на «патологічний» способу поведінки в міжкризовий період. Характеристики способів поведінки особистості під час кризів (спосіб реагування) відрізняються від таких у міжкризовий період. При пароксизмальних проявах він може: 1) набувати властивостей «нормального» або знижувати ступінь «патологічності»; 2) мінятися на «патологічний» або збільшувати ступінь «патологічності» у порівнянні з періодом перманентних проявів. У ряді ВСД і гіпертонічна хвороба відбувається зменшення «нормальності» і збільшення «патологічності». Джерела стресу при кризах ВСД і в міжкризовому періоді як правило ідентичні; при гіпертонічній хворобі джерелом стресу є компенсаторна поведінка міжкризового періоду. Компенсація більш адекватна при соматопсихічному варіанті перебігу під час вегетативних кризів і при обох варіантах гіпертонічної хвороби.

Ключові слова: стрес, компенсація, спосіб поведінки, спосіб реагування, кризи.

PERSONAL RESPONSE IN THE STRUCTURE OF PAROXYSMAL AND PERMANENT MANIFESTATIONS OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM

V. Zagurovskiy

The aim of this study was to investigate the personal reaction with paroxysmal and permanent manifestations of psychosomatic disorders by the example of the pathology of the cardiovascular system. It was examined 302 patients with vegetative-vascular dystonia and 298 with hypertension stage I–II, during which the vegetative and hypertensive crises arose. The structured clinical interview; observation, Luschers test (by L.N. Sobchik, 2001) and «Colored drawing of a man» (V.M. Zagurovskiy, 2007) were used there. Factor analysis of these crises and the intercrisis period showed 2 types of the behavior change and their dependence on the type in the form of 4 factors for each nosology: 1) with normalization in crises, a set of features characterizing the change of the «pathological» behavior in intercrisis period by the way of response, having the features of a «normal» or a significantly lower level of «pathological»; 2) with the growth of «pathological» in crises, containing indicators of increase the degree of «pathological» or change the «normal» to «pathological» behavior in intercrisis period. Characteristics of methods of a person's behavior during crises (response) differ from those in intercrisis period. In paroxysmal manifestations it can acquire: 1) properties of «normal» or to reduce the degree of «pathological»; 2) to change in the «pathological» or increase the degree of «pathological» in comparison with the period of permanent displays. There is a reduction of «normality» and increase «pathological» in a series of VVD and hypertension. Sources of stress for crises in VVD and intercourse period, as a rule, are identical; in hypertension compensatory behavior of intercrisis period is a source of stress. Compensation is more adequate in somatopsychic type during vegetative crisis and in both cases of hypertension.

Key words: stress, compensation, a way of behavior, a way of responding, crises.

УДК 616.895.8

О.Ф. Мруг, В.О. Горнович
ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ПСИХОЗІВ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ
ТА АМФЕТАМІНОВІЙ АДИКЦІЇ

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

У нашій роботі проведено дослідження динаміки психопатологічної симптоматики та формування комплаєнсу у хворих на шизофренію та з амфетаміновою адикцією з метою визначення критеріїв диференційної діагностики для вибору адекватної тактики лікування та формування ремісії. Особлива увага спрямована на дисбаланс дофамінової нейромедіаторної системи при вказаних нозологіях. Кількість обстежених осіб у групі дослідження склала 50, у групі контролю – 47. Вираженість патопсихологічної симптоматики та оцінку комплаєнс-терапії визначали із використанням психометричних шкал PANSS та ROMI. Отримані результати дозволили встановити наявність статистично значимого (р <0,001) позитивного ефекту від застосування дезінтоксикаційної терапії у поєднанні з нейролептиками та бензодіазепінами при амфетамінових психозах.

Ключові слова:
шизофренія, амфетамін,
адикція, PANSS,
комплаєнс, діагностика.

За оцінками Управління ООН з контролю за наркотиками та злочинністю (UNODC) за 2009 рік, у світі від 0,3% до 1,3% людей віком від 15 до 64 років хоча б раз у житті приймали стимулятор амфетамінового ряду.

Амфетамін (α-метилфенілетиламін) – це синтетична речовина фенілетиламінового ряду, яка є стимулятором центральної нервової системи. Структурна схожість з нейротрансмітерами (адреналіном та норадреналіном) дозволяє амфетаміну легко проникати через гематоенцефалічний бар'єр, а також захищає молекулу від дезамінування з боку моноаміноксидази, що, в свою чергу, зумовлює його стійкість та відносну тривалість ефектів.

Амфетамін є рекреаційною психоактивною речовиною, здатною викликати психічну залежність. Його дія базується на збільшенні викиду катехоламінів, особливо дофаміну та норадреналіну, а також серотоніну з пресинаптичних закінчень. При нормальній роботі дофамінергічного синапсу викид дофаміну в синаптичну щілину здійснюється шляхом екзоцитозу дофаміновмісних везикул. Після цього відбувається зворотне захоплення дофаміну в клітину: транспортер DAT (дофамінний транспортер) переміщує дофамін з синаптичної щілини в цитоплазму, а транспортер VMAT (везикулярний транспортер моноамінів) – з цитоплазми у везикулу. При проникненні в клітину амфетаміну транспортери починають працювати в протилежному напрямку, переміщуючи дофамін з везикули в цитоплазму і далі у синаптичну щілину. В результаті цього концентрація дофаміну в синаптичній щілині збільшується, хоча звичайний везикулярний механізм викиду нейромедіатора зменшується. Амфетамін також має невеликий інгібувальний вплив на активність моноаміноксидази та периферійну адренергічну активність (α- та β-адренорецептори) [5].

Центральна стимулювальна дія амфетаміну виявляється у покращенні настрою, підвищенні уваги та здатності до концентрації, у появі відчуття впевненості та комфорту. Також підвищуються рухова та мовна активність,

працездатність, зменшуються сонливість та апетит. До негативних наслідків центрального впливу амфетаміну належать відчуття тривоги, безсоння, тремор, паніка та амфетамінові психози. Останні є найсерйознішим порушенням психіки внаслідок систематичного зловживання амфетаміном, яке на практиці досить складно віддиференціювати від параноїдної форми шизофренії. Як правило, амфетамінові психози виникають внаслідок тривалого вживання амфетаміну у високих дозах, проте можуть проявитися і після першого вживання. Іншим наслідком хронічного зловживання амфетаміном є так звана «стереотипна поведінка», яка проявляється у монотонному повторенні одного і того ж руху чи дії впродовж декількох годин [6].

Периферійна дія амфетаміну головним чином пов'язана зі стимуляцією симпатичної нервової системи. Вплив на серцево-судинну систему проявляється звуженням периферійних судин, тахікардією, підвищенням артеріального тиску, сильним пульсуючим головним болем. Крім того, амфетамін викликає вологість шкіри та сухість слизових оболонок. Ці ефекти є більш тривалими, проте менш вираженими, ніж при дії адреналіну. Передозування амфетаміном небезпечно насамперед для серцево-судинної системи. Вищезазначені симптоми (тахікардія, гіпертензія та спазм судин) можуть викликати ішемічний інсульт, субарахноїдальний крововилив, інфаркт міокарда. Також при передозуванні виникають метаболічний ацидоз, рабдоміоліз, гостра ниркова та печінкова недостатність і коагулопатія.

Формування психологічної залежності від амфетаміну пов'язане з дією на дофамінергічні нейрони та nucleus accumbens, які відповідають за навчання та позитивне підкріплення.

Різка відміна амфетаміну після тривалого використання або його застосування у високих дозах впродовж декількох днів зумовлює виснаження дофамінової нейромедіаторної системи та викликає відчуття сильної

втоми, сонливість за неможливості заснути та голод, спостерігаються тривожно-депресивний, паранойяльний і параноїдний синдроми. Дані розлади є проявами абстинентного синдрому, який проявляється через 9 годин – 4 доби після відміни і може тривати від декількох годин до двох місяців, залежно від дозування та загального психічного й фізичного стану організму [7].

Проте головною клінічною особливістю проявів амфетамінових психозів є розлади свідомості. Стертість, згладженість між станами сну та неспання, які Павлов називав «перехідною» зоною, тісно пов'язані зі станами зміненої свідомості (онейроїд, делірій), які часто зустрічаються у практиці зловживання амфетаміном як прояв «амфетамінового безсоння». Дуже високі дози D-амфетаміну, зазвичай вище 80 мг/добу, а іноді до 1000–2000 мг/добу, викликають гострий психоз, який за клінічною картиною нагадує параноїдну шизофренію, проте частіше представлений делірієм або онейроїдом чи іншими типовими ознаками токсичного наркотичного психозу. Цей стан вважають моделлю гострого параноїдного психозу [7]. Крім того, парентеральне введення метилфенілату раніше мало діагностичне значення як тест для визначення ризику рецидиву при шизофренії: в дослідженнях B. Angrist та співавт. (1980) і D. Robinson та співавт. (1991) показано, що у амбулаторних хворих з хронічним перебігом шизофренії, у яких психотичні симптоми підсилюються після однократного введення стимулятора, значно вища вірогідність екзацербації психозу, ніж у пацієнтів, стан яких не змінюється під впливом психостимуляторів; у іншій роботі J.A. Lieberman та співавт. (1994) підтвердили дані про те, що екзацербация психозу після однократного введення метилфенілату у пацієнтів в стабільному стані свідчить про високий ризик рецидиву в зв'язку зі зниженням дози чи відміною антипсихотика [2].

При шизофренії та вживанні психостимуляторів амфетамінового ряду виникає дисбаланс в роботі медіаторних систем головного мозку. Серед нейромедіаторів найбільший інтерес становлять дофамін та його рецептори. Наразі для лікування шизофренії застосовують нейролептики, які блокують D₂-, а також D₃- та D₄- рецептори дофаміну [4]. Відомо, що амфетамін при його застосуванні, діючи на дофамінові рецептори, викликає психоз (випадки «амфетамінових психозів» з характерним паранойяльним синдромом реєструвались ще в 1930 роках, а вже у 1958 році був достовірно доведений його зв'язок з прийомом препарату). Суттєва роль у виникненні симптомів хвороби також може належати серотоніну. Нейролептики є також блокаторами серотонінових 5-HT_{2a}-рецепторів, які можуть впливати на негативні прояви хвороби. Гіперактивність моноамінів при шизофренії може бути результатом зниження активності MAO. Активність моноамінової системи також регулюється такими ендогенними пептидами, як ендорфіни, енкефаліни, холецистокініни, соматостатини.

Також останнім часом пильну увагу вчених привертає інший медіатор – глутамат. При шизофренії відмічається зниження його активності в лобних відділах мозку, що пов'язують з негативними симптомами шизофренії лобного походження. Також відомо, що глутаматергічні нейрони виконують загальну регулювальну роль, впливаючи на активність дофамінової та серотонінової систем [5].

Оскільки спільного для всіх хворих на шизофренію генетичного дефекту виявити досі не вдалося, вважають, що схожі симптоми захворювання можуть бути викликані порушенням різних ділянок у дофаміновій, серотоніновій, пептидній та глутаматній регуляції [3].

Продуктивна симптоматика при шизофренії вкрай різноманітна, але загальною ознакою всіх симптомів є внутрішнє протиріччя, порушення єдності психічних процесів (схізис). Негативна симптоматика виявляється у чіткому порушенні цілеспрямованості мислення і прогресуючих змінах особистості з наростанням замкнутості (аутизм), втратою інтересів і потягів, емоційним нівелюванням. Емоційні та вольові порушення також відрізняються дивакуватістю та протиріччям – амбівалентністю та амбітендентністю. Міміка хворих стає бідною, мова монотонною, вираз обличчя не завжди відповідає висловлюванням, з'являються химерність і манірність. Поеднання емоційної холодності, химерності міміки і протиріччя емоцій із втратою емпатії дозволяє психіатру з перших хвилин бесіди скласти загальне уявлення про попередній діагноз [3]. Для параноїдної форми шизофренії, яку доводиться диференціювати з паранойяльним і параноїдним синдромом при амфетаміновій адикції, на відміну від останніх, характерним є поступове ускладнення симптоматики і послідовна зміна маячних синдромів: етап маячного настрою, паранойяльний етап або етап «маячного осяяння», параноїдний етап або етап кристалізації маячної ідеї, парадоксальний етап та розвал маячної концепції з формуванням дефекту (абато-абулічний синдром). Найбільше діагностичне значення мають такі негативні симптоми як апатія, абулія, бідність мови, згладженість чи неадекватність емоційних реакцій, що зазвичай призводить до соціальної відгородженості та зниження соціальної продуктивності; повинно бути очевидним те, що дані ознаки не обумовлені депресією або нейролептичною терапією; значна і послідовна якісна зміна поведінки, що проявляється втратою інтересів, нецілеспрямованістю, бездіяльністю, самозаглибленням та соціальною аутизацією.

У деяких пацієнтів з психопатоподібним типом дебюту шизофренії відмічають короткі періоди психозу, які складно відрізнити від спровокованих наркотиками. Клінічна картина проявляється асоціальною поведінкою, розгалумованістю потягів, бродяжництвом, дивними інтересами, немотивованою жорстокістю та безпринципністю. На відміну від психопатії, така поведінка ніяк не пов'язана із вихованням і стосунками в сім'ї та з'являється після періоду відносно благополучного розвитку в дитинстві [3]. Диференційну діагностику ускладнює можлива коморбідність з амфетаміновою адикцією. Проте лікування у нарколога дає тимчасовий результат (лише за умови лікування нейролептиками в складі комплексної терапії), за відсутності підтримувальної терапії настає екзацербация шизофренії. По мірі прогресування хвороби некерованість таких хворих змінюється на пасивність, лінь та байдужість [7].

В МКХ–10 виділяють декілька варіантів функціональних маячних психозів, не включених у шизофренію. Перебіг цих захворювань позбавлений прогресивності, типової для всіх форм шизофренії, і в їх результаті не розвивається емоційно-вольовий шизофренічний дефект. Такі маячні психози називаються функціональними та часто мають етіологію зловживання фенілетиламінами.

До гострих і транзиторних психозів відносять розлади, що швидко розвиваються (впродовж 1–2 тижнів) і схильні до повного регресу протягом 1–2 місяців. Симптоми психозу можуть нагадувати шизофренію, у хворих виникають маячні ідеї переслідування і впливу з явищами психічного автоматизму. Однак у більшості хворих відмічаються не-систематизовані поліморфні маячні ідеї, які описані в рамках синдрому гострого чуттєвого маячіння. Відсутність стрункої маячної системи іноді створює в цьому випадку у недосвідчених спеціалістів хибне враження відсутності грубої психотичної симптоматики. Насправді ж чуттєве маячіння – ознака найбільш гострих адиктивних психозів зі швидкою динамікою і високою вірогідністю соціально небезпечних вчинків [3]. Повторення нападів хвороби, розвиток апатії та абулії, існування психозу більше місяця є диференційним критерієм на користь шизофренії. Також, як правило, зберігаються ясна свідомість та інтелектуальні здібності, хоча з часом може проявлятися нейрокогнітивний дефект.

При диференційній діагностиці шизофренії та амфетамінового психозу відмічаються такі спільні симптоми як тривога, страх та депресивний синдром, а також такі симптоми психотичного регістру як маячні ідеї та розлади сприйняття. Проте при амфетаміновому психозі тривога та страх мають відносно короткостроковий характер, а депресивний синдром з'являється при вживанні високих доз внаслідок виснаження дофамінових рецепторів. При шизофренії тривога та страх присутні при формуванні маячіння, а депресивні симптоми трапляються при постшизофренічній депресії, яка може бути як особистісною реакцією на захворювання при відновленні критики хворого, так і наслідком нейролептичної терапії. Відмінності психопатологічної симптоматики при шизофренії та амфетаміновому психозі наступні: при амфетаміновій адикції переважають такі психічні розлади як розлади свідомості та настрою, присутні парестезії, період неспання з наступним відновним тривалим сном, стереотипії поведінки (монотонна гіперактивність), зазвичай паранойяльний синдром, можуть мати місце ілюзії та істинні галюцинації з формуванням параноїдного синдрому, наявні такі симптоми як трофічні зміни шкіри, нігтів та зубів, диспропорційне схуднення внаслідок зникнення апетиту та зневоднення, мідріаз, підвищення АТ та тахікардія, гіпертермія, гіпонатріємія та, як наслідок, розвиток ниркової та печінкової недостатності. При шизофренії наявні симптоми, які практично не виникають при вживанні амфетаміну, – схізис психопатологічної симптоматики, етапність маячіння, псевдогалюцинації, сплоснення афекту та розвиток апато-абулічного синдрому. Важливе значення має лабораторне визначення амфетаміну, яке включає токсикологічний скринінг сечі (час визначення після останнього прийому – до 24–48 год) [11]. Диференційним критерієм амфетамінової інтоксикації також слугує стійкий мідріаз із арефлексією зіниць на світло. При лікуванні амфетамінових адикцій важливе значення має комплексний підхід у вигляді дезінтоксикаційної терапії, нейролептиків та бензодіазепінів, β-адреноблокаторів, вазодилаторів, гіпотензивних препаратів, а також лікування залежності для купірування абстинентного синдрому у нарколога. При шизофренії надзвичайно важливе значення має підтримувальна терапія після проходження

пацієнтом етапів активної терапії для запобігання екзацербации психозу. Важливість диференційної діагностики при лікуванні даних розладів також має місце при застосуванні антидепресантів – застосування групи СІЗЗС та тимостабілізаторів при шизофренії запобігає розвитку нейрокогнітивного дефіциту та негативної симптоматики, а при амфетамінових адикціях використання антидепресантів будь-якої групи багатократно потенціює та модифікує основні та побічні ефекти амфетаміну, викликаючи тяжку інтоксикацію мозку, гіпертермію та може призвести до інфаркту та інсульту головного мозку з летальними наслідками для пацієнта [9, 10]; **Мета:** встановити основні критерії диференційної діагностики шизофренії та амфетамінових психозів при амфетаміновій адикції для вибору адекватної тактики лікування та формування ремісії.

Матеріали та методи дослідження

Ми використовували проспективний рандомізований неосліплений дизайн. У дослідження включали хворих, які перебували на лікуванні в 2 відділенні ВОПНЛ ім. О.І. Ющенка. Було сформовано 2 групи пацієнтів. У дослідну групу увійшли хворі з діагнозом «гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії», в анамнезі яких було зловживання амфетаміном, у контрольну групу були включені пацієнти з діагнозом «параноїдна форма шизофренії» згідно з критеріями МКХ–10. Кількість обстежених хворих у контрольній та дослідній групах становила 47 та 50 чоловік відповідно. Хворих обстежували на момент госпіталізації, на 14 день лікування та напередодні виписки. Наявність психопатологічних симптомів, редукцію психопатологічної симптоматики оцінювали з використанням психометричної шкали PANSS та шкали медикаментозного комплаєнсу ROMI.

Результати та їх обговорення

При оцінці сумарного показника за підшкалами PANSS виявили переважання продуктивної психопатологічної симптоматики у дослідній групі (-7,89 (2,67)), причому спостерігали високі показники за кластерами тривоги, дезорієнтації, дратівливості, труднощів у відстроченні отримання задоволення та додаткових ознак агресії; у контрольній групі її показник становив -6,47 (1,68), та переважання негативних симптомів у контрольній групі (-2,61(1,14)) з високими показниками за кластерами притупленого афекту, емоційної відгородженості, труднощів у спілкуванні, пасивно-апатичної соціальної відгородженості та зниження критики до свого стану; відповідно у дослідній групі даний показник становив (-1,25 (0,88)).

Динаміка сумарного показника PANSS фази екзацербации в обох групах відображає поступове покращення клінічної картини, проте дозволяє відмітити більшу швидкість регресу симптоматики та ступінь вираженості покращення у дослідній групі (середній сумарний бал в дослідній групі склав (65,1±10,8) та відповідно (58,3±11,9) в контрольній групі). У фазі медикаментозної ремісії в обох групах виявлено поступове погіршення показників PANSS, однак зберігаються суттєві відмінності в групах. За оцінкою всіх пунктів субшкал PANSS використовували наступні градації вираженості: 1 бал – симптоматика відсутня, 2 бали – дуже слабка вираженість, 3 бали – слабка

вираженість, 4 бали – помірна вираженість, 5 балів – сильна вираженість, 6 балів – дуже сильна вираженість, 7 балів – крайня вираженість. За зміною симптоматики протягом періоду спостереження динаміка показників PANSS трактувалась наступним чином: незначним покращенням вважали покращення від 0 до 20%, суттєвим – від 20 до 50%, явним – 50% та більше; незначним погіршенням вважалось погіршення від 0 до 20%, суттєвим – від 20 до 50%, явним – погіршення більше 50%.

На момент початку ремісії в дослідній та контрольній групах редукція симптоматики складала відповідно: до 20% у 2 (4%) та у 10 (19%) хворих, 20–50% – у 11 (25%) та у 25 (48%), 50% та більше – у 32 (71%) та у 17 (33%) хворих (критерій Манна – Уїтні для пари «дослід/контроль», $p < 0,001$).

За період спостереження в ремісії у дослідній групі було помічене незначне покращення у 11 (25%), незначне погіршення – у 26 (58%), суттєве погіршення – у 3 (6%), явне погіршення – у 5 (11%) хворих. У контрольній групі у 5 (8%) хворих виявлене явне погіршення, суттєве – у 34 (64%), незначне – у 9 (16%) та у 7 (12%) хворих відмічене покращення ($p=0,819$).

Достовірно змінювалися в процесі комплаєнс-терапії і показники субшкали «Відношення до медикації» ($T=-7,81$; $p=0,001$). У ході пропонованого виду психотерапії значно збільшились значення субшкал «Фактори, пов’язані з близьким оточенням» ($T=-7,71$; $p=0,001$) та «Фактори, пов’язані з лікуючим лікарем» ($T=-7,12$; $p=0,001$).

Висновки

1. Основними критеріями диференційної діагностики шизофренії та амфетамінових психозів при амфетаміновій адикції є тривалість та дебют захворювання, наявність негативної симптоматики при шизофренії та її відсутність при амфетамінових психозах із переважанням продуктивної симптоматики з онейроїдно-деліріозними станами, терапевтична відповідь на комплексне лікування дезінтоксикаційною терапією у поєднанні з нейролептиками та бензодіазепінами при амфетамінових психозах.

2. Швидша редукція продуктивної психопатологічної симптоматики та афективних порушень при застосуванні дезінтоксикаційної терапії, нейролептиків та бензодіазепінів може виступати у якості диференційного критерію на користь амфетамінового психозу.

3. Комплаєнс-терапія, яка проводилась в групах хворих у період формування у них ремісії, ефективніше впливала на характер комплаєнсу у пацієнтів, про що свідчать статистично достовірні позитивні зміни всіх параметрів «Шкали медикаментозного комплаєнсу», покращення показників відношення пацієнта, лікаря та близьких хворого до проведеної психофармакологічної терапії. Ця перевага допомагає покращити прихильність пацієнтів до прийому підтримувальної терапії, зменшуючи таким чином можливість подальших загострень.

4. У ході комплаєнс-терапії у хворих на шизофренію на етапі формування ремісії значно збільшилась суб’єктивна оцінка якості лікування, що проявляється в підвищенні ступеня задоволення результатами терапії, також відмічалось зниження симптоматичного неблагополуччя, вирішення ряду психологічних проблем та покращення рівня взаєморозуміння з лікуючим лікарем.

5. Методику комплаєнс-терапії доцільно використовувати при лікуванні хворих на шизофренію та хворих з амфетаміноюв адикцією на етапі формування ремісії з метою покращення терапевтичних рекомендацій, що зменшує строки стаціонарного етапу терапії та запобігає формуванню явищ госпіталізму.

Список використаної літератури

1. Абрамов В. А. Психический дефект при шизофрении и проблема госпитализма / В. А. Абрамов, Г. Г. Путятин, А. В. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2008. – № 1. – С. 101–116.
2. Алан Ф. Шацберг Руководство по клинической психофармакологии / Алан Ф. Шацберг, Джонатан О. Коул, Чарлз ДеБаттиста. – М.: МЕДпрессинформ, 2013. – С. 386, 396.
3. Жариков Н. М. Психиатрия : учебник / Н. М. Жариков, Ю. Г. Тюльпин. – 2 – е изд., перераб. и доп. – М.: ООО «МИА», 2009. – С. 535, 542, 555, 559, 561.
4. Зигфрид Каспер Принятие решений в психофармакотерапии / Зигфрид Каспер, Джозеф Зоар, Дан Стейн. – К.: Сфера, 2006. – С. 25.
5. Щекутеев Г. А. / Нейрофизиологические исследования в клинике / Г. А. Щекутеев. – М.: Антидор, 2001. – С. 163–179.
6. Alexandr Shulgin. PiHKAL / Alexandr Shulgin, Ann Shulgin. Part 1 // Transform Press, 1991. – P. 192, 198.
7. Emsley R. A. Role of newer atypical antipsychotics in the management of treatment-resistant schizophrenia / R. A. Emsley // CNA Drugs. – 2000. – № 13. – P. 409–420.
8. Moller H. J. Neuroleptic treatment of negative symptoms in schizophrenic patients. Efficacy problems and methodological difficulties // Eur. Neuropsychopharmacol. – 1993. – № 3. – P. 1–12.
9. Shulgin A. PiHKAL. Part 1 / Alexandr Shulgin, Ann Shulgin. – Transform Press, 1991. – P. 198.
10. UNODC. Recommended methods for the identification and analysis of amphetamine, methamphetamine and their ring-substituted analogues in seized materials. – United Nations, 2006. – P. 10–12.
11. WHO Amphetamines // Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence / World Health Organization, 2004. – P. 93–96.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПСИХОЗОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И АМФЕТАМИНОВОЙ АДДИКЦИИ

Е.Ф. Мруг, В.А. Горнович

В нашей работе проведено исследование динамики психопатологической симптоматики и формирования комплаенса у больных шизофренией и с амфетаминовой аддикцией с целью определения критериев дифференциальной диагностики для выбора адекватной тактики лечения и формирования ремиссии. Особое внимание направлено на дисбаланс дофаминовой нейромедиаторной системы при указанных нозологиях. Количество обследованных составило 50 человек в группе исследования и 47 – в контрольной. Выраженность патопсихологической симптоматики и оценка комплаенса-терапии определялись с использованием психометрических шкал PANSS и ROMI. Эти результаты позволили установить наличие статистически значимого ($p < 0,001$) положительного эффекта от применения дезинтоксикационной терапии в сочетании с нейролептиками и бензодиазепинами при амфетаминовых психозах.

Ключевые слова: шизофрения, амфетамин, аддикция, PANSS, комплаєнс, диагностика.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PSYCHOSIS IN SCHIZOPHRENIA AND AMPHETAMINE ADDICTION

E Mrug, V. Gornovich

In the article is argued the researching of dynamics of psychopathological symptoms and the formation of compliance in patients with schizophrenia and amphetamine addiction in order to determine criteria for the differential diagnosis to select appropriate treatment strategy and the formation of remission. Special attention is directed to an imbalance in dopamine neurotransmitter system in the structure of the nosologies. Amount of research was 50 persons in the study group and 47 - in the control. Intensity pathopsychological symptoms and evaluation of compliance therapy were determined using psychometric scales PANSS and ROMI. These results established the presence of a statistically significant ($p < 0.001$) positive effect of the detoxification therapy in combination with neuroleptics and benzodiazepines in the treatment of amphetamine psychosis.

Key words: schizophrenia, amphetamine, addiction, PANSS, compliance, diagnostics.

УДК 616.8–085.2/.3

В.С. Мельник

ВПЛИВ ЕНДОГЕННИХ АКТИВАТОРІВ ТА ІНГІБІТОРІВ СИСТЕМИ ФІБРИНОЛІЗУ НА КОГНІТИВНИЙ ДЕФІЦИТ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

У нашій публікації наведені результати дослідження показників фібринолітичної ланки гемостазу у першу добу ішемічного інсульту та їх вплив на динаміку когнітивного дефіциту впродовж перших двох тижнів захворювання. Вірогідного зв’язку між показниками активності системи фібринолізу при госпіталізації в стаціонар та вираженістю когнітивного дефіциту на 7 добу захворювання не встановлено. Підвищення активності таких інгібіторів фібринолізу, як альфа-2 антиплазмін та PAI-1, у перші години інсульту, вірогідно асоціюється з розвитком помірної та тяжкої постінсультної деменції на 14 добу захворювання. Достатній рівень активності протеїну С у перші години інсульту асоціюється з повним відновленням когнітивних функцій на 14 добу захворювання, а знижений – із розвитком помірної та тяжкої деменції. Ризик помірної та тяжкої постінсультної деменції на 14 добу захворювання також залежав від подовження часу лізису еуглобулінового згустка в перші години інсульту.

Ключові слова:

ішемічний інсульт, фібриноліз, когнітивний дефіцит, активатори та інгібітори фібринолізу.

Ішемічний інсульт є провідною причиною інвалідності не тільки внаслідок впливу на рухові та чутливі функції, а й внаслідок розвитку післяінсультної когнітивної дисфункції. З підвищеним ризиком цієї дисфункції асоціюються старший вік, низький рівень освіти, тяжкі попередні патологічні зміни у паренхімі мозку, цукровий діабет, фібриляція передсердь і особливо повторні інсульти [2, 7]. Частота розвитку когнітивних порушень у післяінсультний період може досягати 82% [4]. Через 2 тижні після перенесеного інсульту когнітивні порушення різного ступеня вираженості були виявлені у 91% хворих [6].

Когнітивні порушення впливають на темпи відновлення порушених неврологічних функцій. Виявлення та корекція таких порушень є важливою ланкою реабілітаційних заходів у хворих із гострою ішемією головного мозку. Порушення когнітивних та емоційних функцій перебігає на фоні значних структурних змін тканин мозку за рахунок пригнічення біоенергетичних процесів, розвитку глутаматної ексайтотоксичності, гіперпродукції активних форм кисню, змін активності про- та антиоксидантних систем, які призводять до апоптозу, активація якого, за рахунок збільшення рівнів прозапальних цитокінів та нейробілків, є першою причиною розвитку стійких порушень когнітивно-мнестичних функцій.

Достатня активність фібринолітичної системи крові може зумовлювати швидку реканалізацію судини внаслідок розщеплення фібрину під дією плазміну [3], який утворюється з плазміногену та призводить до регресу неврологічного та когнітивного дефіциту, а внаслідок високої активності інгібіторів фібринолізу реканалізація судин може сповільнюватись та призводити до незворотних ішемічних змін в тканині головного мозку, що зумовлює несприятливі наслідки ішемічного інсульту [8]. Регулювання процесу фібринолізу відбувається на

рівні інгібіторів активаторів плазміногену 1, 2, 3-го типів або α_2 -антиплазміну, які є інгібіторами серинових протеїназ. На всіх етапах згортання крові функціонують механізми самообмеження цього процесу за рахунок наявності в плазмі крові системи природних антикоагулянтів: антитромбіну Ш, гепарину, протеїнів С і S тощо. Це має важливе значення, оскільки виснаження адаптаційного потенціалу системи гемостазу пов’язане зі зниженням АТ Ш, що сприяє прогресуванню згортання і створює гепаринорезистентність різного ступеня. Під терміном “фібриноліз” мають на увазі ферментативний процес лізису згустків фібрину, який відіграє головну роль у підтримці крові у рідкому стані, перешкоджаючи, на противагу системі згортання крові, внутрішньосудинному тромбоутворенню. Окрім цього, фібриноліз забезпечує розчинення та видалення позаклітинних відкладень фібрину, які знаходяться поза кровообігом: у ниркових канальцях, матці, слізозовому каналі, жовчних протоках, канальцях грудних залоз тощо [1, 5]. Ключовим проферментом системи фібринолізу є плазміноген – одностанцюговий глікопротеїд плазми крові, який після активації ендегенними або екзогенними активаторами перетворюється на активний фермент плазмін. Функціонування фібринолітичної системи обумовлене збалансованою взаємодією активаторів та інгібіторів плазміногену.

Мета дослідження – встановити вплив ендегенних активаторів та інгібіторів системи фібринолізу на динаміку когнітивного дефіциту у хворих з ішемічним інсультом.

Матеріали та методи дослідження

У дослідження включено 105 хворих, з яких 52 (52,8%) жінки та 53 (50,5%) чоловіки, їх середній вік (70,8±10,7) роки. Хворі перебували на стаціонарному лікуванні в І та ІІ неврологічних відділеннях Київської міської клінічної

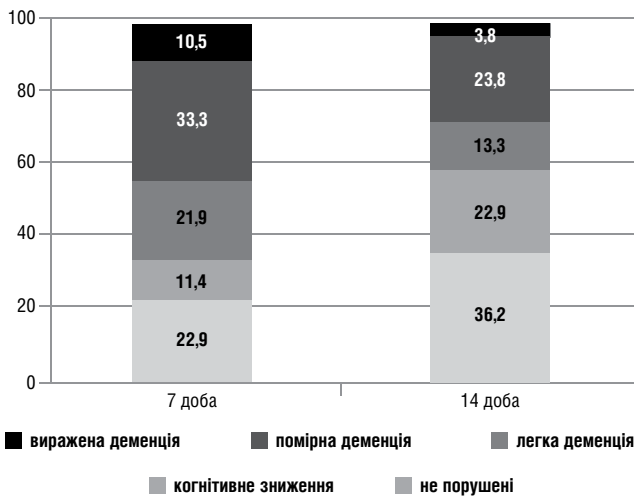


Рис. 1. Розподіл хворих за ступенем порушення когнітивних функцій на 7 та 14 доби ішемічного інсульту (MMSE, %).

лікарні №4. Діагноз ішемічного інсульту був підтверджений нейровізуалізаційно (КТ або МРТ головного мозку). Усі хворі або їхні родичі були попереджені та давали згоду на участь у клінічному дослідженні. Дослідження вищих психічних функцій проводили скринінговим методом з використанням шкали MMSE, яка включає 12 завдань, що відображають основні показники когнітивних функцій. Оцінювали: орієнтування у часі та місці, рахунок, слухомовна пам'ять, називання показаних предметів, повторення фрази, розуміння команди, читання, письмо і малюнок. Ця методика досить проста та зручна для використання в повсякденній практиці. Згідно з поставленою метою, ми використали наступну оцінку рівня балів MMSE: 30–26 – когнітивні функції не порушені, 25–23 – когнітивне зниження, 22–20 – легка постінсультна деменція, ≤ 19 помірною постінсультна деменція, ≤12 – виражена постінсультна деменція. Обстеження проводили на 7 та на 14 доби перебування хворого в стаціонарі.

При госпіталізації в стаціонар проводили забір венозної крові з наступним її центрифугуванням та виділенням плазми, формених елементів крові та оцінкою основних біохімічних параметрів гемостазу (активність плазміногену, α₂-антиплазміногену, протеїну С, тканинного активатора плазміногену (t-PA), інгібітора тканинного активатора плазміногену (PAI-1), а також загальний час лізису еуглобулінової фракції плазми крові та XIIа-залежний фібриноліз).

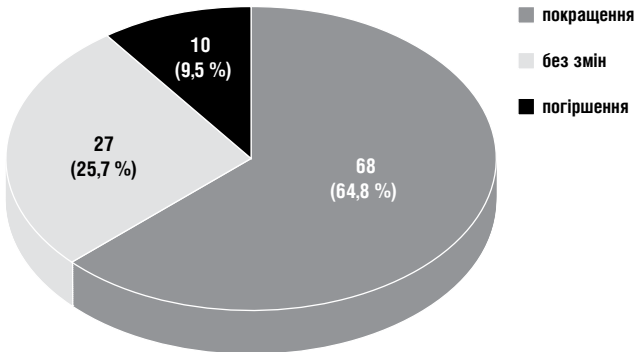


Рис. 2. Динаміка когнітивних функцій у хворих з ішемічним інсультном на 14 добу (%).

Для обробки цифрового матеріалу використовували пакет програм базової статистики SPSS Statistics 17.0. Проводили однофакторний дисперсійний аналіз ANOVA. Достовірність отриманих результатів оцінювали за допомогою критерію χ² (критерій узгодженості Пірсона).

Результати та їх обговорення

За вихідним рівнем неврологічного дефіциту за шкалою NIHSS хворі поділялись наступним чином: у 46 (43,9%) хворих діагностовано легкі неврологічні порушення ((6,7±1,5) бали), у 40 (38,0%) – середнього ступеня тяжкості ((10,5±1,2) бали), у 9 (8,6%) – тяжкий неврологічний дефіцит ((13,5±0,6) бали) та у 10 (9,5%) хворих зареєстрований надто тяжкий неврологічний дефіцит ((17,4±2,7) бали).

На 7 добу захворювання ми вивчали когнітивні функції у обстежених хворих. Було встановлено, що середній бал за шкалою MMSE становив (20,4±5,7) та відповідав помірній постінсультній деменції. У 24 (22,9%) хворих когнітивні функції були не порушені ((27,9±1,2) бали), у 12 (11,4%) зареєстровано когнітивне зниження ((23,75±0,7) бали), ще у 23 (21,9%) – легка, у 35 (33,3%) помірною, а у 11 (10,5%) – виражена постінсультна деменція ((21,2±0,9), (16,8±1,6) та (9±2,9) бали відповідно).

У більшості хворих ми спостерігали позитивну динаміку відновлення когнітивних функцій. На 14 добу середній бал за шкалою MMSE відповідав помірному когнітивному зниженню та становив (23,1±4,9). Когнітивні функції були не порушені у 38 (36,2%) хворих ((27,7±1,3) бали), у 24 (22,9%) зареєстровано когнітивне зниження ((24,6±0,8) бали), у 14 (13,3%) – легка, у 25 (23,8%) помірною, а у 4 (3,8%) – виражена постінсультна деменція ((21,2±1,0), (17,7±1,6) та (10,0±2,4) бали відповідно) (рис. 1).

Проведений аналіз показав, що з 105 обстежених хворих покращення когнітивних функцій спостерігалось у 68 (64,8%), відсутність динаміки виявлена у 27 (25,7%), негативна динаміка – у 10 (9,5%) хворих (рис. 2).

Ми провели однофакторний дисперсійний аналіз впливу показників фібринолітичної активності плазми крові при госпіталізації до стаціонару на ступінь когнітивних функцій на 7 та 14 доби захворювання. Вивчали вплив активності плазміногену, альфа-2 антиплазміну, протеїну С, PAI-1, t-PA, а також часу лізису еуглобулінів та Хагеман-залежного фібринолізу. Достовірного зв'язку між показниками системи фібринолізу та когнітивним дефіцитом на 7 добу захворювання не встановлено (табл. 1).

Під час аналізу показників активності системи фібринолізу при госпіталізації до стаціонару у хворих з різним ступенем вираженості когнітивного дефіциту на 14 добу захворювання (табл. 2) було встановлено, що у хворих з помірною та вираженою деменцією рееструвалась вірогідно вища активність основного швидкодіючого інгібітора плазміну – альфа-2 антиплазміну ((87,64±7,4)% та (89,75±7,4) % відповідно; у хворих без когнітивного дефіциту – (82,87±13,3)%, р<0,05).

Таблиця 1. Однофакторний дисперсійний аналіз ANOVA впливу показників системи фібринолізу при госпіталізації в стаціонар на ступінь когнітивних функцій на 7 добу захворювання

		Сума квадратів	Ст.св.	Середній квадрат	F	p
Активність плазміногену, %	між групами	362,2	4	90,549	0,805	0,525
	всередині груп	11253,9	100	112,540		
	в цілому	11616,2	104			
Активність альфа-2 антиплазміну, %	між групами	226,1	4	56,521	0,554	0,697
	всередині груп	10206,1	100	102,061		
	в цілому	10432,2	104			
Активність протеїну С, %	між групами	8625,9	4	2156,482	1,815	0,132
	всередині груп	118788,1	100	1187,881		
	в цілому	127414,0	104			
Активність PAI-1, у.о./мл	між групами	0,006	4	0,001	0,617	0,651
	всередині груп	0,223	100	0,002		
	в цілому	0,229	104			
Активність t-PA, у.о./мл	між групами	0,001	4	0,000	0,844	0,500
	всередині груп	0,04	100	0,000		
	в цілому	0,04	104			
Час лізису еуглобулінів, год	між групами	1,73	4	0,433	0,826	0,511
	всередині груп	52,34	100	0,523		
	в цілому	54,07	104			
Хагеман-залежний фібриноліз, хв	між групами	21,4	4	5,355	0,596	0,667
	всередині груп	898,7	100	8,988		
	в цілому	920,1	104			

Таблиця 2. Зіставлення показників системи фібринолізу при госпіталізації в стаціонар зі ступенем вираженості когнітивного дефіциту на 14 добу захворювання

		M	m	Стд. похибка	95% довірчий інтервал	
					нижня межа	верхня межа
Активність плазміногену, %	не порушені	87,82	8,8	1,4	84,92	90,71
	когнітивне зниження	89,42	9,5	1,9	85,40	93,44
	легка постінсультна деменція	87,07	9,1	2,4	81,79	92,35
	помірною постінсультна деменція	87,24	14,7	2,9	81,13	93,35
	виражена постінсультна деменція	86,25	8,0	4,0	71,43	97,07
Активність альфа-2 антиплазміну, %	не порушені	82,87	13,3	2,1	78,48	87,26
	когнітивне зниження	83,96	8,1	1,6	80,52	87,39
	легка постінсультна деменція	84,93	6,3	1,6	81,27	88,59
	помірною постінсультна деменція	87,64*	7,4	1,4	84,57	90,71
	виражена постінсультна деменція	89,75*	4,8	2,4	78,02	89,88
Активність протеїну С, %	не порушені	83,53	22,6	6,9	69,50	97,55
	когнітивне зниження	78,17	19,0	3,8	67,13	83,20
	легка постінсультна деменція	77,71	28,8	7,7	62,03	95,40
	помірною постінсультна деменція	75,36*	26,1	7,2	60,43	90,29
	виражена постінсультна деменція	74,75*	28,4	24,2	59,73	90,77
Активність PAI-1, у.о./мл	не порушені	0,091	0,04	0,006	0,09	0,10
	когнітивне зниження	0,105	0,05	0,01	0,08	0,12
	легка постінсультна деменція	0,118	0,04	0,01	0,09	0,14
	помірною постінсультна деменція	0,120*	0,04	0,009	0,09	0,12
	виражена постінсультна деменція	0,132*	0,06	0,03	0,01	0,21
Активність t-PA, у.о./мл	не порушені	0,053	0,01	0,002	0,03	0,05
	когнітивне зниження	0,054	0,02	0,004	0,03	0,05
	легка постінсультна деменція	0,052	0,02	0,006	0,03	0,06
	помірною постінсультна деменція	0,043	0,01	0,003	0,03	0,05
	виражена постінсультна деменція	0,045	0,01	0,006	0,03	0,04
Час лізису еуглобулінів, год	не порушені	7,40	0,72	0,11	7,36	7,63
	когнітивне зниження	7,25	0,72	0,12	7,14	7,85
	легка постінсультна деменція	7,70	0,66	0,17	7,31	8,08
	помірною постінсультна деменція	8,72*	0,71	0,14	7,23	8,82
	виражена постінсультна деменція	8,77*	0,83	0,41	6,14	8,90
Хагеман-залежний фібриноліз, хв	не порушені	22,41	2,6	0,43	21,53	23,30
	когнітивне зниження	22,16	2,6	0,54	22,28	24,54
	легка постінсультна деменція	21,92	3,5	0,94	19,89	23,96
	помірною постінсультна деменція	22,16	3,0	0,60	19,91	22,40
	виражена постінсультна деменція	23,50	2,8	1,41	19,49	24,50

Примітка: * р<0,05 порівняно з хворими з непорушеними когнітивними функціями

Також у цих пацієнтів рееструвалась вірогідно вища активність іншого потужного інгібітора системи фібринолізу – PAI–1: у хворих з помірною постінсультною деменцією – (0,120±0,04) у.о./мл, з вираженою постінсультною деменцією – (0,132±0,132) у.о./мл, а у хворих без когнітивних порушень – (0,09±0,04) у.о./мл (р=0,037).

Активність фізіологічного антикоагулянта – протеїну С, який також позитивно впливає на процеси фібринолізу шляхом вивільнення t-РА з його комплексу з PAI–1, що приводить до збільшення фібринолітичного потенціалу плазми, також вірогідно відрізнялась: у хворих з помірною постінсультною деменцією становила (75,36±26,1) у.о./мл, у хворих з вираженою постінсультною деменцією – (74,75±28,4) у.о./мл, а у пацієнтів без когнітивних розладів – (83,53±22,6) у.о./мл (р=0,048).

Крім того, нами зареєстровано вірогідне сповільнення часу лізису еуглобулінів у хворих з помірною та вираженою деменцією, порівняно з хворими без когнітивних порушень ((8,72±0,71) год та (8,77±0,71) год відповідно; у пацієнтів без когнітивних порушень – (7,4±0,72) год (р=0,001).

Висновки

Вірогідного зв’язку між показниками активності системи фібринолізу при госпіталізації в стаціонар та вираженістю когнітивного дефіциту на 7 добу захворювання не встановлено. Підвищення активності таких інгібіторів фібринолізу, як альфа-2 антиплазмін та PAI-1 у перші години інсульту вірогідно асоціюється з розвитком помірної та тяжкої постінсультної деменції на 14 добу

захворювання. Достатній рівень активності протеїну С в перші години інсульту асоціюється з повним відновленням когнітивних функцій на 14 добу захворювання, а знижений – з розвитком помірної та тяжкої деменції (83,53±22,6) у.о./мл, (75,36±26,1) у.о./мл та (74,75±28,4) у.о./мл відповідно, р=0,048). Ризик помірної та тяжкої постінсультної деменції на 14 добу захворювання також залежав від подовження часу лізису еуглобулінового згустка в перші години інсульту (8,72±0,71) год та (8,77±0,71) год відповідно, а у пацієнтів без когнітивних порушень – (7,4±0,72) год, (р=0,001).

Список використаної літератури

1. Веремєєнко К. Н. Протеоліз в нормі та при патології / К. Н. Веремєєнко, О. П. Голобородько, О. І. Кізім // Здоров’я – 1988. – № 64 (8).– Р. 1025–1039.
2. Постинсультная когнитивная дисфункция: спектр нарушений и современные подходы к их выявлению и лечению / Самосюк И. З., Фломин Ю. В., Самосюк Н. И. [и др.] // Международный неврологический журнал. – 2012. – № 8 (54). – С. 28–37.
3. Практическая коагулология / [Пантелеев М. А., Васильев С. А., Синаурідзе Е. И. и др.]; под ред. А. И. Воробьева. – М.: Практическая медицина, 2011. – 192 с.
4. Cognitive functioning after stroke: a one-year follow up study / S. M. Rasquin, J. Lodder, R. W. Ponds [et al.] // Dement. Geriatr. Cogn. Disord. – 2004. – № 18. – Р. 138–144.
5. Flemmig M. Serine-proteases as plasminogen activators in terms of fibrinolysis / M. Flemmig, M. F. Melzig // Pharmacol. – 2012. – № 64 (8). – Р. 1025–1039.
6. Hidden dysfunctioning in subacute stroke / A. Jaillard, B. Naegele, S. Trabucco-Miguel [et al.] // Stroke. – 2009. – № 40. – Р. 2473–2479. 5
7. Hypofibrinolysis in atrial fibrillation / V. Roldán, F. Marín, P. Marco, [et al.] // Am. Heart. J. – 1998. – № 136. – Р. 956–960.
8. Plasminogen activator inhibitor-1 and thrombotic cer-ebrovascular diseases / A. Tjärnlund-Wolf, H. Brogren, E. H. Lo, X. Wang // Stroke. – 2012. – № 43 (10). – Р. 2833 – 2839.
9. Ząbczyk M. Thromboembolic events are associated with prolonged clot lysis time in patients with permanent atrial fibrillation / M. Ząbczyk, J. Majewski, J. Lelakowski // Pol. Arch. Med. Wewn. – 2011. – № 121 (11). – Р. 400–407.

ВЛИЯНИЕ ЭНДОГЕННЫХ АКТИВАТОРОВ И ИНГИБИТОРОВ СИСТЕМЫ ФИБРИНОЛИЗА НА КОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

В.С. Мельник

В данной публикации представлены результаты исследования показателей фибринолитического звена системы гемостаза в первые сутки ишемичного инсульта и их влияние на динамику когнитивного дефицита в течение первых двух недель заболевания.

Достоверной связи между показателями активности системы фибринолиза при поступлении в стационар и выраженностью когнитивного дефицита на 7 сутки заболевания не выявлено. Повышение активности таких ингибиторов фибринолиза, как альфа-2 антиплазмин и PAI-1 в первые часы инсульта достоверно ассоциируется с развитием умеренной и тяжелой постинсультной деменции на 14 сутки заболевания. Достаточный уровень активности протеина С в первые часы инсульта ассоциируется с полным восстановлением когнитивных функций на 14 сутки заболевания, а сниженный – с развитием умеренной и тяжелой деменции. Риск умеренной и тяжелой постинсультной деменции на 14 сутки заболевания также зависел от времени лизиса еуглобулиновых сгустков в первые часы инсульта.

Ключевые слова: ишемический инсульт, фибринолиз, конитивный дефицит, активаторы и ингибиторы фибринолиза

EFFECT OF ENDOGENOUS ACTIVATORS AND INHIBITORS OF FIBRINOLYSIS ON COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE V. Melnyk

This publication presents the results of a study of indicators of fibrinolytic hemostasis in the first day of ischemic stroke and their impact on the dynamics of cognitive impairment in the first two weeks of the disease.

Significant correlation between the indices of activity of fibrinolysis at admission and severity of cognitive impairment on the 7th day of the disease have been identified. Increase in the activity of inhibitors of fibrinolysis, as alpha-2 antiplasmin and PAI-1 in the first hours of stroke was significantly associated with the development of moderate to severe post-stroke dementia on the 14th day of the disease. A sufficient level of activity of protein C in the first hours of stroke associated with full recovery of cognitive function on the 14th day of the disease, and reduced – with the development of moderate to severe dementia. The risk of moderate to severe post-stroke dementia on the 14th day of the stroke is also time-dependent lysis euglobul bunch in the first hours of a stroke.

Key words: ischemic stroke, fibrinolysis, cognitive impairment, activators and inhibitors of fibrinolysis

УДК 616.831-006-036.1:616.89

В.В. Огоренко¹, И.Г. Дробот²

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ДЕБЮТА ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»¹, г. Днепропетровск, КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» ДООС², г. Днепропетровск

Ключевые слова:

опухоли головного мозга, психотические психические расстройства, гистологическая структура, локализация первичных новообразований.

В течение последних десятилетий наблюдается тенденция неуклонного роста заболеваемости первичными опухолями головного мозга (ОГМ) [4]. Зачастую психопатологические нарушения становятся первыми и наиболее ранними проявлениями онкологической патологии – формирование опухолей, локализующихся в головном мозге, сопровождается изменениями психического состояния, по данным разных авторов, в 40–100% случаев [1, 2, 3, 5, 7 и др.]. Случаи клинической манифестации опухолей головного мозга (ОГМ) психическими нарушениями представляют значительные трудности для дифференциальной диагностики, что, в свою очередь, влияет на своевременность оказания специализированной помощи [6, 8]. В связи с этим возрастает актуальность исследований ранних психопатологических проявлений формирования новообразований головного мозга.

Цель исследования – изучение особенностей психотических психопатологических феноменов у больных с психопатологическим вариантом клинической манифестации первичных опухолей головного мозга.

Материалы и методы исследования

Работа проведена в структуре исследования особенностей психических нарушений у 250 больных с психопатологическим вариантом клинической манифестации первичных опухолей головного мозга. В выборку вошли пациенты без преморбидного отягощения психическими расстройствами и расстройствами поведения, с отсутствием сопутствующих болезней нервной системы и соматических заболеваний, вызывающих раннее поражение нервной системы, без нарушений сознания и признаков гипертензионно-дислокационного синдрома. Психопатологические расстройства изучены непосредственно при психиатрическом обследовании, проведенном клиническим методом (изучение анамнеза, клинический

расспрос и наблюдение) с использованием объективных данных из доступной медицинской документации, с добровольного согласия пациентов; при обследовании использовалось структурированное интервью, содержащее стандартные международные критерии психических расстройств по МКБ–10 и оригинальные критерии оценки психических нарушений, разработанные на этапе подготовки исследования.

Результаты и их обсуждение

Выборка состояла из 140 (56%) мужчин и 110 (44%) женщин в возрасте от 19 до 62 лет (в среднем (44,8±15,9) года). В соответствии с гистологическими данными у 126 (50,4%) пациентов диагностированы злокачественные (ЗНО), у 124 (49.6%) – доброкачественные (ДНО) опухоли головного мозга. Психические расстройства психотического уровня выявлены у 10,8% из числа вошедших в выборку больных (n=27). Нами проанализированы группы больных с верифицированным диагнозом доброкачественных и злокачественных ОГМ (ДНО и ЗНО соответственно).

Психотические синдромы в группе больных ДНО диагностированы в 5,9% всех наблюдений (n=11), все наблюдения относились только к опухолям лобной локализации (в этой группе больных выявлены симптомы и синдромы всех регистров, в отличие от височной и теменной локализаций, при которых преобладали нарушения аффективного и неврозоподобного регистров, не достигавшие психотического уровня). Результат анализа свидетельствует, что наибольший полиморфизм психопатологической симптоматики отмечен при ДНО, относящихся по гистологической структуре к менингиомам и олигоастроцитомам. Особенностью данных наблюдений являлось наличие во всех случаях преморбидных личностных акцентуаций в виде повышенной активности, общительности, деятельности. Развившиеся психо-

тические синдромы носили «парциальный» характер, отличались «выпадением симптомов» или отсутствием клинически оформленного синдрома, представляя собой лишь элемент или часть последнего. В 4 наблюдениях аффективные расстройства достигали психотического уровня и были представлены синдромами дисфории с пароксизмальной персекуторной бредовой настроенностью. Во всех случаях аффективные нарушения сопровождались стойкими инсомническими и вегетативными расстройствами. Галлюцинаторные феномены отмечены в структуре кратковременного рудиментарного зрительного галлюциноза (3,8% наблюдений). В обоих случаях в инициальном периоде наблюдалось стойкое астеническое состояние с нарушениями формулы сна, астенопией и оптической гиперестезией. В структуре рудиментарного галлюциноза присутствовали критерии психотического уровня (некритичность, дезорганизация психической деятельности и нарушение контакта с реальной действительностью). Характерная особенность параноидных синдромов в изученной выборке (также 2 наблюдения) – отсутствие аффективной напряженности, тенденции к расширению бреда, дальнейшему его развитию и усложнению. По содержанию это были бредовые идеи обыденных отношений с эпизодическими элементарными галлюцинаторными феноменами (фонемами), наблюдавшимися в утренние часы. 3 наблюдения составили галлюцинаторно-параноидные синдромы (4,6%), по структуре представлявшие нестойкие и синдромально незавершенные варианты синдрома психического автоматизма. В отличие от большинства наблюдений всех психопатологических нарушений при лобной локализации ДНО, также характеризовавшихся атипичностью либо по структуре синдромов, либо по времени их появления или трансформации из других симптомов, проявления психотических состояний отличались «выпадением симптомов» или отсутствием клинически оформленного синдрома, представляя собой лишь элемент или часть последнего.

В отличие от группы ДНО, у больных со злокачественными новообразованиями головного мозга психотический уровень расстройств отмечен в 15% наблюдений (N=34 , n=16). Психические расстройства психотического уровня были представлены галлюцинаторными, параноидными, галлюцинаторно – параноидными и аффективными синдромами. Наблюдения психопатологической симптоматики психотического регистра зарегистрированы у больных ЗНО, относящихся по гистологической структуре к анапластическим менингиомам, олигодендроцитомам и астроцитомам, при этом наиболее выраженный полиморфизм психических расстройств отмечен при олигодендроцитоммах. Сравнительный анализ психотических нарушений у больных злокачественными и доброкачественными новообразованиями головного мозга выявил иные пропорции психопатологических расстройств. Наибольшее количество психопатологических симптомокомплексов и синдромов в исследованной выборке наблюдалось при лобной и височной локализациях первичных злокачественных новообразований. В группе больных ЗНО лобной локализации в 9 наблюдениях отмечен психотический уровень аффективной патологии: синдромы дисфории с пароксизмальной персекуторной бредовой настроенностью, гипертимические

состояния типа непродуктивной мании и депрессивные расстройства с выраженным адинамическим компонентом. Характерной особенностью депрессивных состояний психотического регистра при лобной локализации ЗНО было отсутствие в большинстве наблюдений тревожного компонента, а также ипохондрического синдрома. В обсуждаемой группе больных с лобной локализацией злокачественных новообразований галлюцинаторные, параноидные и галлюцинаторно-параноидные феномены составили 12,2% наблюдений, что достоверно отличается от показателя распространенности указанных феноменов в группе ДНО (при лобной локализации доброкачественных новообразований они составили 3,1% всех наблюдений). Галлюцинаторные феномены характеризовались полиморфизмом (одновременно присутствовали рудиментарные зрительные и вербальные обманы восприятия) и кратковременностью, сопровождавшимися некритичностью, дезорганизацией психической деятельности и нарушением контакта с реальной действительностью. Преморбидные личностные особенности характеризовались социальной пассивностью в сочетании с высокой рефлексией, склонностью к мечтам и фантазированию, религиозностью. Параноидные синдромы в изученной выборке (4 наблюдения) в 2 случаях характеризовались паранойальной структурой, в 2 наблюдениях – параноидной с отсутствием выраженной аффективной напряженности и тенденции к расширению бреда. 4 наблюдения составили галлюцинаторно-параноидные синдромы, структура которых, как и при ДНО лобной локализации, была представлена нестойкими и синдромально незавершенными вариантами синдрома психического автоматизма. Значимые преморбидные личностные особенности отмечены у 4 из 8 больных. У всех больных, в отличие от группы ДНО, отмечен низкий уровень социальной поддержки и совокупного дохода. Наблюдавшиеся проявления психотических состояний отличались также «выпадением симптомов» или отсутствием клинически оформленного синдрома, представляя собой лишь элемент или часть последнего. В отличие от ДНО височной локализации, в группе больных с височной локализацией злокачественных новообразований галлюцинаторные, параноидные и галлюцинаторно-параноидные феномены составили 10,0% наблюдений (при височной локализации ДНО указанные синдромы не наблюдались). Психотический регистр аффективной патологии в группе с височной локализацией ЗНО наблюдался в 4 случаях и был представлен тревожно-депрессивными синдромами с выраженным аффектом тоски, явлениями деперсонализации и дереализации; в 2 наблюдениях отмечены пароксизмальные приступы страха, ярости. В 7 наблюдениях психотические расстройства представляли собой неоднократно описанные в литературе галлюцинаторно-параноидные феномены, характерные для поражений височных долей: галлюцинаторные переживания включали неприятные вкусовые, обонятельные и слуховые (преимущественно акоазмы) обманы восприятия, сопровождавшиеся тревогой, страхом, тоской; бредовый синдром ложного узнавания, развившийся из пароксизмальных феноменов дереализации. 3 наблюдения касаются изолированных тактильных галлюцинаций; в 2 случаях наблюдались состояния, близкие к синдрому психического автома-

тизма (приступообразные ощущения насильственности мышления и явления звучания мыслей). При теменной локализации ЗНО психотический регистр был представлен галлюцинаторными и параноидными синдромами (4,6% наблюдений): в 2 наблюдениях отмечены преходящие обонятельные галлюцинаторные феномены без нарушения сознания, в 1 случае отмечен паранойальный бред, развившийся у больного с отчетливо выраженным эгоцентризмом в преморбиде. В данном наблюдении психотическому типу манифеста ЗНО предшествовали личностно значимые изменения жизненной ситуации.

Выводы

Исследование психотических состояний в случаях клинической манифестации опухолей головного мозга психическими нарушениями свидетельствует о значительных проблемах в аспекте своевременности их диагностики. Выявленные различия в особенностях проявлений психопатологических расстройств психотического уровня позволяют говорить об их зависимос-

ти от типа, локализации и гистологической структуры первичных новообразований.

Список использованной литературы

1. Абашеев-Константиновский А. Л. Психопатология при опухолях головного мозга / А. Л. Абашеев-Константиновский. – М., 1973.
2. Касимова Н. Л. Психопатологическая и социально-психологическая характеристика больных со злокачественными новообразованиями / Н. Л. Касимова, Т. В. Жилева // Психические расстройства в общей медицине – 2009. – № 1. – С.4–11.
3. Курамын А. Ф. Оптимизация диагностики метастазов в головной мозг у онкологических больных : автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук / А. Ф. Курамын. – Уфа, 2000.
4. Медяник И. А. Ранняя диагностика и комбинированное лечение опухолей головного мозга / И. А. Медяник, А. П. Фраерман // Журнал неврологии и психиатрии. – 2008. – № 12. – С.71–74.
5. Сидоренко Ю. С. Метастатическая церебральная болезнь: новые подходы в профилактике и лечении / Ю. С. Сидоренко. – Ростов-на-Дону, 2005.
6. Улитин А. Ю. Эпидемиология первичных опухолей головного мозга в Санкт-Петербурге / А. Ю. Улитин, В. Е. Олюшин, И. В. Поляков // Журн. вопр. нейрохир. – 2005. – № 1. – С. 6–12.
7. Чиссов В. И. Злокачественные новообразования в России в 2003 году (заболеваемость и смертность) / В. И. Чиссов, В. В. Старинский, Г. В. Петрова. – М., 2005.
8. Petticrew M. Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review / M. Petticrew, R. Bell, D. Hunter // B.M.J. – 2002 – №. 325. – P.1066.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ З ПСИХОПАТОЛОГІЧНИМ ВАРІАНТОМ ДЕБ'ЮТУ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ В.В. Огоренко, І.Г. Дробот Випадки клінічної маніфестації пухлин головного мозку психічними порушеннями складають значні труднощі щодо диференційної діагностики, що впливає на своєчасність надання спеціалізованої допомоги. Досліджені особливості психічних порушень у 250 хворих з психопатологічним варіантом клінічної маніфестації первинних пухлин головного мозку. Проведено аналіз клінічних проявів психічних розладів психотичного регістра. Виявлені відмінності залежно від типу, локалізації та гістологічної структури первинних новоутворень головного мозку. Ключові слова: пухлини головного мозку, психотичні психічні порушення, гістологічна структура первинних новоутворень головного мозку.	FEATURES OF PSYCHOTIC DISORDERS IN PATIENTS WITH PSYNOPATOLOHYCHESKYM VARIANT BRAIN TUMORS DEBUT V. Ogorenko, I. Drobot Cases of clinical manifestation of brain tumors with psychological infringements make big difficulties in differential diagnosis, that influences on proper treatment. 250 patients with psychopathological variant of earlier brain tumors, clinically manifested psychological infringements are learned. The analysis of clinical display of psychological infringements of psychotic register. Differences according to the type, localization and histological structure of earlier brain tumors. Key words: brain tumor, psychological infringements, histological structure of earlier brain tumors.
--	---

УДК 616.891.6-036:616.37-002-036.1

Ю.Н. Шевченко

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ИХ ДИНАМИКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепропетровск

Ключевые слова:
личностная тревога, ситуативная тревога, шкала Спилберга – Ханина, хронический панкреатит.

В статье приведены результаты исследования личностной и ситуативной тревожности у пациентов с хроническим панкреатитом.

Тревожные расстройства остаются наиболее распространенными среди пациентов с хроническим панкреатитом [5, 10, 15]. От 40 до 60% больных, поступающих в гастроэнтерологические стационары, страдают депрессивными и тревожными расстройствами. Патофизиологическую

связь тревоги с патологией поджелудочной железы неоднократно описывали в различных исследованиях [17, 18, 19]. Одним из основных патологических процессов при тревожных расстройствах является дисбаланс вегетативной нервной системы с активацией симпатического отдела, что создает предпосылки для возникновения

Таблица 1. Социально-демографическая характеристика пациентов с хроническим панкреатитом

Показатель		Количество пациентов	
		Абс.	%
Пол	мужской	16	26,7
	женский	44	73,3
Образование	среднее	8	13,3
	Среднее техническое и неоконченное высшее	32	53,4
	высшее	20	33,3
Семейное положение	не состоял в браке	9	15,0
	состоит в браке	31	51,7
	разведенный/вдовец	20	33,3
Социальное положение	учащийся	1	1,7
	рабочий	36	60,0
	служащий	6	10,0
	безработный	10	16,7
	пенсионер	7	11,6

Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием пакета программ Statistica v.6.1®.

моторных расстройств гастроинтестинальной системы, а также стабилизации нейрогуморальных и местных нарушений. Стресс усиливает восприятие симптомов заболевания, приводит к снижению порога восприятия. Тревожные расстройства у больных хроническим панкреатитом встречаются в 64,6% случаев и являются провоцирующим фактором заболевания [10, 11, 14].

Целью нашего исследования является изучение уровня тревожности у пациентов с хроническим панкреатитом и его динамика в процессе лечения.

Материалы и методы исследования

В исследовании, при условии информированного согласия, приняли участие 60 пациентов, которые находились на стационарном лечении в ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины» (г. Днепропетровск) с диагнозом «хронический панкреатит» (К 81.1 по МКБ–10). Среди обследованных было 16 (26,7%) мужчин и 44 (73,3%) женщины в возрасте от 23 до 72 лет, средний возраст – (43,6±1,6) лет.

Таблица 2. Средний уровень и выраженность показателей ситуативной и личностной тревожности у пациентов с хроническим панкреатитом на момент поступления в стационар

Тревожность	Уровень	Количество пациентов (абс., %) или средний (M±m)
Ситуативная	низкий (до 30 баллов)	2 (3,3%)
	умеренный (31–45 баллов)	14 (23,3%)
	высокий (46 и больше баллов)	44 (73,3%)
	средний балл	49,1 ± 1,2
Личностная	низкий (до 30 баллов)	1 (1,7%)
	умеренный (31–45 баллов)	8 (13,3%)
	высокий (46 и больше баллов)	51 (85,0%)
	средний балл	53,0±1,0 *

Примечание. * – p<0,05 по t-критерию Стьюдента.

Большинство пациентов имели среднее техническое или неоконченное высшее образование (53,4%), работали (70,0%), преимущественно на рабочих специальностях (60,0%), состояли в браке (51,7%) (табл. 1). Привлекает внимание наличие значительного процента пациентов (58,3%), у которых уровень образования и профессиональной подготовки не соответствует социальному положению.

В течение года, предшествующего исследованию, большинство пациентов (41 чел. – 68,3%) обращались за медцинской помощью от 2 до 11 раз (в среднем (3,5±0,3) раза). На момент первичного контакта пациенты предъявляли жалобы на нарушения сна, беспокойство, неприятные ощущения в верхней части живота. По данным анамнеза, семейное отягощение заболеваниями поджелудочной железы отмечалось в 27 (45,0%) случаях. На табакокурение и употребление этанолсодержащих веществ указали 25 (41,7%) пациентов, в том числе 14 из 16 мужчин (87,5%).

Большинство пациентов (55 чел. – 91,7%) перенесли в течение жизни (после 18 лет) тяжелые психоэмоциональные стрессы, связанные с неблагополучием семейной жизни (45,0%), профессионально-экономическими факторами (31,7%), со смертью близких людей (18,3%).

При клинико-психопатологическом исследовании пациентов было обнаружено, что кроме основного заболевания хроническим панкреатитом, диагностированным согласно требованиям МКБ–10 (К 81.1), у данных лиц наблюдали сопутствующие заболевания в виде тревожно-депрессивных расстройств.

Согласно литературным данным, от 40 до 60% больных, поступающих в гастроэнтерологические стационары, страдают депрессивными и тревожными расстройствами.

Оценку личностной и ситуативной тревожности мы проводили с помощью шкалы самооценки Спилберга–Ханина. Пациенты тестировались в 2 этапа (первый при поступлении в стационар и второй через 1 месяц после стационарного лечения с назначением антидепрессантов, психообразовательных и психокоррекционных бесед).

Результаты и их обсуждение

Установлено, что у 85,0% пациентов с хроническим панкреатитом при поступлении в стационар уровень личностной тревожности, как устойчивой черты характера воспринимать широкий круг ситуаций в качестве угрожающих для себя, был высоким (46 и больше баллов) и в среднем составлял (53,0±1,0) балла (табл. 2).

Показатели ситуативной (реактивной) тревожности, характеризующие напряженное состояние человека в конкретный момент или интервал времени, тоже в большинстве случаев были высокими (73,3% пациентов), в среднем составляя (49,1 ± 1,2) балла. При этом следует отметить, что выраженность личностной тревоги была достоверно выше ситуативной (p<0,05).

На протяжении 1 месяца данные пациенты принимали антидепрессанты (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), а также с ними каждую неделю проводились психокоррекционные и психообразовательные беседы.

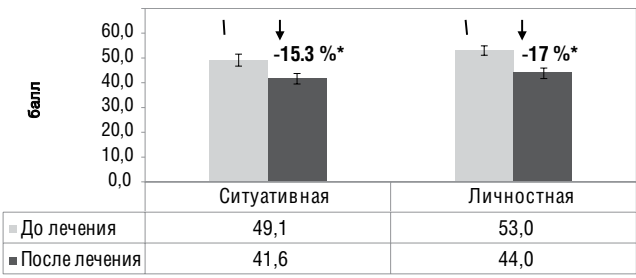


Рис. 1. Динамика средних уровней (М, 95% ДИ) ситуативной и личностной тревожности у пациентов с хроническим панкреатитом:

Примітка: * – p<0,001 по t-критерию Стьюдента

В динамике лечения наблюдалась устойчивая тенденция (p<0,001) к уменьшению степени выраженности как ситуационной, так и личностной тревожности (рис. 1). Количество пациентов с высоким уровнем реактивной тревожности снизилось с 73,3 до 28,3%, личностной тревожности – с 85,0 до 36,7% (рис. 2).



Рис. 2. Динамика степени выраженности уровней ситуативной и личностной тревожности у пациентов с хроническим панкреатитом

Выводы

Нами была выявлена коморбидность уровня тревожности с частотой рецидивов хронического панкреатита. Выявлена редукция тревожных расстройств в процессе терапии: медикаментозной (антидепрессанты) и немедикаментозной (психокоррекционные и психообразовательные беседы). Установлено, что уровень тревожности у пациентов с хроническим панкреатитом может

служить одним из маркеров частоты рецидивов для данного заболевания.

Список использованной литературы

1. Баженова М. И. Особенности интегральной индивидуальности хронических соматических больных и их связь с отношением к болезни : автореферат дис. на соискание ученой степени кандидата психологических наук: 19.00.01, 19.00.04. / М. И. Баженова – Пермь, 2007. – 23 с.

2. Боженов Ю. Г. Практическая панкреатология / Ю. Г. Боженов. – М. : Мед. кн, 2006. – 212 с.

3. Васильев А. Ю. Современные методы диагностики и лечения хронического панкреатита / А. Ю. Васильев, И. В. Маев, М. Д. Дибиров. – М. : ВУНМЦ Росздрава, 2005. – 78 с.

4. Десятьрева И. И. Клиническая гастроэнтерология / И. И. Десятьрева. – М. : Мед-е информационное агентство, 2004. – 616 с.4

5. Евдокимова Е. М. Характеристика личностных особенностей у больных хроническим панкреатитом // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии / Е. М. Евдокимова, В. А. Липатов. – 2007 – № 2. – С. 20–30.

6. Коркина М. В. Психиатрия / М. В. Коркина, А.Е. Личико. – М. : Медицина, 1995. – 607 с.

7. Липатов В. А. Исследование депрессивных реакций у больных хроническим панкреатитом / В. А. Липатов, Е. М. Евдокимова // Российский биомедицинский журнал. – 2007. – Т. 8. – С. 161–168.

8. Маев И. В. Хронический панкреатит / И. В. Маев, А. Н. Казюлин. – М. : Медицина, 2007. – 504 с.

9. Медицинская психология : новейший справ. практ. психолога. – М. : АСТ, 2007. – 575 с.

10. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине : клиническое руководство / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев. – Харьков: Прапор, 2002. – 128 с.

11. Немов Р. С. Психология / Р. С. Немов. – Кн. 3. – М. : Владос, 1998. – 632 с.

12. Оноприев В. И. Хронический панкреатит / В. И. Оноприев – Краснодар: Группа Б, 2007. – 212 с.

13. Сидоров П. И. Клиническая психология / П. И. Сидоров. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 879 с.

14. Старшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела / Г. В. Старшенбаум. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2005. – 489 с.

15. Успенский Ю. П. Тревожные расстройства и их коррекция в гастроэнтерологической практике / Ю. П. Успенский, Е. В. Балуюкова // Consilium Medicum. – 2008. – Т. 10, № 8. – С. 35–43.

16. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – М., 2002.

17. Харьковина Д. Н. Тревожно-депрессивные расстройства у больных хроническим панкреатитом / Д. Н. Харьковина, В. И. Мордасова, О. Ю. Ширяев // Журн. теоретич. и практич. мед. – 2005. – № 3. – С. 108–110.

18. Яковенко А. В. Клиника, диагностика и лечение хронического панкреатита / А. В. Яковенко // Клиническая медицина. – 2008. – № 9. – С. 15–20.

19. Яковенко А. В. Хронический панкреатит. Практические подходы к терапии / А. В. Яковенко, Э. П. Яковенко // Русский медицинский журнал. – 2007. – № 2. – С. 48–52.

ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ ТА ЇХ ДИНАМІКА У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Ю.Н. Шевченко

Метою нашого дослідження є вивчення рівня тривожності у пацієнтів з хронічним панкреатитом та його динаміка у процесі лікування.

Ключові слова: особистісна тривога, ситуативна тривога, шкала Спілберга – Ханіна, хронічний панкреатит.

ANXIETY DISORDERS AND THEIR DYNAMICS IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS

Y. Shevchenko

The purpose of this study is to examine the level of anxiety in patients with chronic pancreatitis and its dynamics during treatment.

Key words: lychnostnaya anxiety, anxiety sytuatyvnaya, scale Spielberg - Hanyna, Chronic pancreatitis.

С.А. Маляров

ЗНАЧЕНИЕ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИИ

Центр психосоматики и депрессий Универсальной клиники «Обериг», г. Киев

Ключевые слова:
депрессия, когнитивные нарушения, терапия.

В последнее десятилетие в области практической психиатрии пересматриваются цели и задачи терапии. Если в конце XX века эффективность лечения определялась степенью редукции психопатологической симптоматики, то в 10-х годах этого столетия критерием успешности терапии стало достижение устойчивой ремиссии и, соответственно, предотвращение повторного обострения заболевания. Представление о стабилизирующей и про-

Таблица 1. Четыре кластера депрессивного симптомокомплекса.

Аффективные (эмоциональные)	Когнитивные (психологические)
Подавленность, печаль Утрата интереса к обычной деятельности и сниженное реагирование на жизненные события Отсутствие удовлетворения от выполняемых дел Утрата мотивации, апатия Ощущение “недостатка ощущений, чувств” Чувство опустошенности Тревога, напряжение Раздражительность Фрустрация	Снижение концентрации внимания Нерешительность или колебания в принятии решений Снижение уверенности в себе и сниженная самооценка Чувство собственной бесполезности Самообвинение и самоуничижение Беспомощность Пессимизм Чувство безнадежности, мысли о смерти и самоубийстве
Психомоторная активность	Соматические (биологические, витальные)
Ретардация Замедление движений и ступор Недостаточность мимической экспрессии Некоммуникабельность Ажитация Неусидчивость Суетливость Бесцельная неконтролируемая гиперактивность	Расстройство жизненных функций Расстройство сна – сонливость или бессонница Расстройство аппетита – снижение или повышение Изменение веса тела Нарушение половой функции «Витальность» Усталость и повышенная истощаемость Слабость, вялость Безволие и субъективное ощущение «утраты энергии» Телесные сенестопатии Боли – острые и ноющие Ощущения сдавливания, озноба, тяжести в конечностях Другие значимые и неопределенные ощущения

филактической терапии наполнилось конкретным содержанием. Оптимизация лекарственной терапии и реабилитационных мероприятий стала определяться не только и не столько эффективностью в отношении симптомов болезни, сколько ее результативностью – соотношением переносимости и эффективности терапевтического вмешательства, что и определяло готовность пациента соблюдать рекомендованный режим терапии. В настоящее время понятие ремиссии перестало быть конечной целью лечения, а стало одним из условий восстановления преморбидного уровня социального функционирования пациента. То есть, достижение ремиссии не означает обязательность «восстановления» пациента, но без ремиссии невозможен возврат прежнего уровня социального функционирования. Проще говоря, это стремление к сглаживанию коммуникативного противоречия между обращением пациента за тем, «чтобы стало хорошо», и практикой врача, «чтобы не было плохо». Не удивительно, что критерий социального функционирования заложен в схему диагностики большинства психических расстройств в современных классификациях (МКБ–10, рабочей версии будущей МКБ–11 и новой американской классификации DSM–5). При этом подчеркивается, что социальное функционирование во многом определяется сохранностью и/или восстановлением когнитивных способностей пациента.

В данной статье речь пойдет о значении нарушения когнитивного функционирования, возможности его выявления и выборе его как одной из целей терапии при депрессивных состояниях.

Парадокс заключается в том, что на практике, коль скоро речь идет об аффективном расстройстве, в меньшей степени уделяют внимание когнитивной сфере психопатологических проявлений, тогда как эти симптомы всегда считались важным кластером депрессивного симптомокомплекса (табл. 1).

При этом всегда подчеркивалась взаимозависимость и неразделимость этих 4 категорий депрессивного симптомокомплекса. В этом смысле скорее следовало бы употреблять не дискретное понятие – категории, кластеры, а континуальное – модальность, как описание оси или

Табл. 2. Когнитивные симптомы как диагностические признаки депрессии в классификациях DSM–5 и МКБ–10

DSM–5 и МКБ–10 выделяют когнитивные симптомы как диагностические признаки депрессии	
DSM–5	ICD–10
8-й критерий депрессивного эпизода указывает, что депрессивный больной может испытывать снижение умственных способностей, или концентрации, или затруднения в принятии решения (diminished ability to think or concentrate or indecisiveness) почти каждый день (или по субъективной оценке или по наблюдению окружающих) ¹ Психомоторное беспокойство или заторможенность (Psychomotor agitation or retardation) почти каждый день по наблюдениям окружающих, а не только на основании субъективных ощущений беспокойства или замедленности	«Снижение способности... к концентрации» Capacity for concentration «...выраженная психомоторная заторможенность, ажитация»... marked psychomotor retardation, agitation

измерения единой картины. Однако изменение в динамике психопатологической картины и, в частности, в процессе терапии каждой из модальностей может отличаться различной поступательностью. Это соображение учитывается в новой классификации DSM–5 и в будущей МКБ–11 в виде обязательного описания когнитивных симптомов и их динамики (табл. 2).

Согласно широкой ретроспективной оценке клинических данных и по результатам формализованных диагностических интервью когнитивные расстройства относятся к числу наиболее распространенных проявлений депрессии в остром периоде (рис. 1).

С учетом заявленных целей достижения доболезненного уровня функционирования на фоне устойчивой ремиссии еще более важным является факт, что когнитивные нарушения являются наиболее устойчивым кластером депрессивной симптоматики и длительное время наблюдаются у 30–50% больных, достигших состояния ремиссии [5]. Так, в исследовании INSTEL проводилось 3-летнее катамнестическое наблюдение пациентов (n=267), перенесших депрессию и достигших состояния ремиссии [3]. Как основной вывод, было отмечено, что практически половину этого периода пациенты испытывали влияние когнитивных проблем на повседневное функционирование (рис. 2).

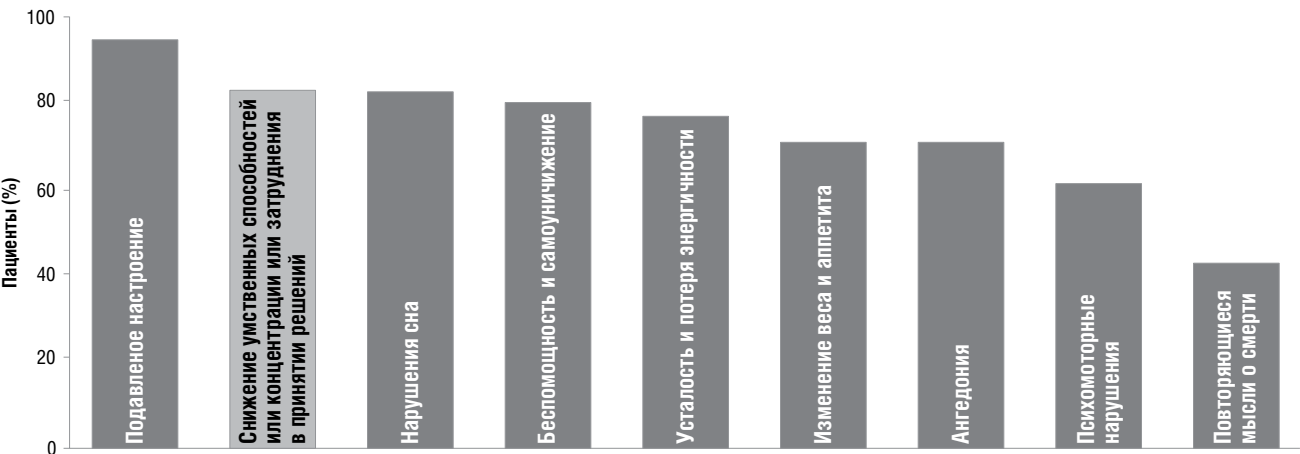


Рис. 1. Представленность диагностических симптомов у пациентов с первичным депрессивным эпизодом

Petit JW et al. Psychiatry Res 2006; 141:271-278

Как было замечено выше, кластеры депрессивных симптомов различаются по динамике выхода из депрессивного состояния, в частности, ответа на терапию. Итак, наиболее устойчивыми кластерами депрессивной симптоматики являются когнитивные нарушения и соматовегетативные (витальные) симптомы. Их отсроченная редукция, по сути, определяет период становления полной ремиссии. С другой стороны, запаздывающая редукция когнитивных нарушений является основным препятствием для восстановления социального функционирования.

В последнее десятилетие, благодаря накопившимся данным об эффективности и переносимости новых антидепрессантов, в частности СИОЗС, обсуждаемые критерии ремиссии стали базироваться на:

- степени редукции симптомов – практически бессимптомное или с минимумом симптомов состояние (не более 7 баллов по шкале Гамильтона, не более 10–12 баллов по шкале Монтгомери–Асберг);
- продолжительности – устойчивое состояние от нескольких недель до нескольких месяцев;
- уровне нарушения социального функционирования – конечная оценка качества ремиссии определяется восстановлением и дальнейшим совершенствованием доболезненного функционирования.

Таким образом, оптимальным результатом лечения будет ремиссия без остаточной симптоматики, без нарушения социального функционирования и с продолжительностью, исчисляемой месяцами. Соответственно, хорошей, но частичной, может считаться ремиссия с продолжительным отсутствием симптомов, но с неполным функциональным восстановлением. Недостаточной или неполной ремиссией может считаться достигнутое состояние, при котором остаются как продолжительная резидуальная симптоматика, так и недостаточное восстановление функционирования [10].

В результате выполнение двуединой задачи – достижение продолжительной асимптоматичной (по возможности) ремиссии и восстановление функционирования – в значительной степени определяется влиянием терапии на когнитивные симптомы депрессии. Это и позволяет говорить, что стабилизирующий и поддерживающий этапы терапии депрессивного эпизода являются достаточно самостоятельными и не менее важными, чем период активной терапии острого аффективного состояния. Эта

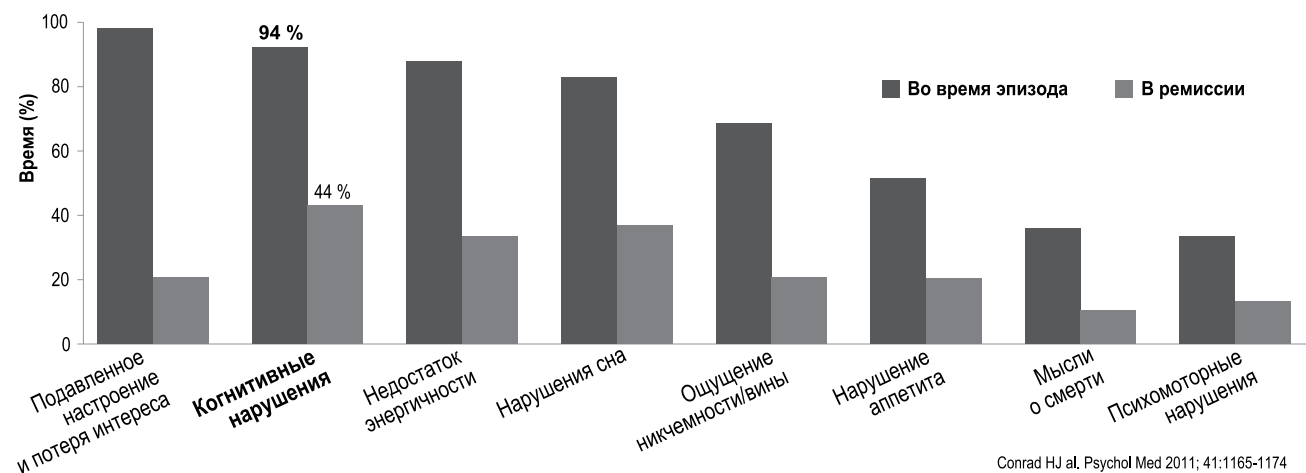


Рис. 2. Когнитивные нарушения как резидуальная симптоматика в ремиссии

самостоятельная роль этапа окончательного купирования резидуальной симптоматики в виде когнитивных проблем и, соответственно, становления стабильного полноценного социального функционирования предполагает обязательность продолжения терапии после завершения этапа активной терапии еще не менее 10–12 месяцев. В методологически очень убедительной работе Jaeger и соавт. (2006) было показано, что у больных, перенесших тяжелый депрессивный эпизод, ощутимое восстановление социального функционирования спустя 6 месяцев после достижения относительной ремиссии прямо коррелировало с улучшением на этом этапе внимания, краткосрочной памяти и исполнительных функций, а стабильность показателей способности к освоению навыков и психомоторики в остром периоде являлась положительным прогностическим показателем дальнейшего восстановления.

При выборе терапии на стабилизирующем и поддерживающем этапах мы должны учитывать возможное влияние лекарственного средства (или их комбинации) на когнитивные проблемы больного и, соответственно, на скорость достижения желаемого уровня функционирования.

На протяжении последнего десятилетия в доказательные исследования стали включать оценку редукции когнитивных нарушений, динамики восстановления качества жизни и социального функционирования пациента как показатели полноты достигаемой ремиссии. Однако в большинстве исследований эти показатели рассматривались как вторичные и трактовались как один из аспектов собственно антидепрессивного эффекта. Отчасти это было связано с методологическими сложностями создания протоколов исследований независимой оценки клинических, психофизиологических и социально-психологических показателей и практической проблемой определения критериев включения пациентов в исследование. Поэтому можно было говорить о результативности продолжительной антидепрессивной терапии в целом. Впервые эта методологическая проблема обсуждалась в блестящем обзоре одного из лидеров психиатрии конца XX века – PerBech [8]. Он наглядно продемонстрировал, что положительная динамика обсуждаемых показателей начинается существенно меняться на финальных этапах «краткосрочных»

(12–18 недель) контролируемых исследований, вслед за достигнутой 50% редукцией собственно клинической депрессивной симптоматики. Он делает вывод о необходимости самостоятельных проспективных контролируемых исследований динамики резидуальной симптоматики и восстановлении социального функционирования после достижения условной асимптоматичности (например, редукция симптомов ниже 12 баллов по шкале MADRS – условная граница ремиссии), т.е., на этапах стабилизирующей и профилактической терапии. К сожалению, за всю историю доказательных исследований в психиатрии таких исследований ничтожно мало. Все же, на материале имеющихся исследований автор показал, что некоторые антидепрессанты, сопоставимые по эффективности редукции симптомов депрессии в период активной терапии, значительно отличаются по улучшению показателей качества жизни, возможностей когнитивного функционирования, а также по вовлеченности в трудовые процессы. Как оказалось, пациенты, достигшие ремиссии, на фоне продолжающейся терапии препаратами – селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС) – успешнее восстанавливаются в повседневной жизни, по сравнению с пациентами, продолжающими принимать трициклические антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин, нортриптилин [1]).

Можно предположить, что помимо проблем с переносимостью и безопасностью, определяющих приверженность пациентов лечению, седативные свойства некоторых препаратов не способствуют качеству повседневной активности пациентов, их принимающих. Таким образом, целям восстановления когнитивных способностей и социального функционирования в большей степени соответствуют антидепрессанты 2-го поколения, в частности СИОЗС.

Несколько позже эти идеи в развитии были изложены группой ведущих канадских психиатров [9]. Они подчеркнули необходимость оценки отдаленной резидуальной симптоматики (в первую очередь, когнитивной) и показателей социального функционирования как самостоятельных целей исследования, а не как следствия антидепрессивного эффекта. Такая параллельная оценка динамики определенных категорий симптомов и показателей функционирования позволит получить

в сопоставлении важнейшую информацию о различиях в действии терапевтических средств на отдельных этапах лечения.

Указывая на возможность учета динамики когнитивных нарушений и функционального восстановления, авторы отметили, что на ранних этапах терапии можно говорить об улучшении этих показателей по сравнению с исходным уровнем в остром состоянии, а на этапах продолжающейся терапии необходимо оценивать приближение этих показателей к средним показателям у здоровых людей в общей популяции. Таким образом, представление о восстановлении доболезненного уровня функционирования вошло в практику клинических исследований. Восстановление функционирования как самостоятельная цель терапии была изложена и другими авторами [2, 7].

С использованием данной методологии оценки качества функционирования пациентов независимо от оценки редукции клинических симптомов было продемонстрировано и различие не только между поколениями антидепрессантов, но и среди антидепрессантов нового поколения. Так, в двойном слепом контролируемом исследовании было показано, что при сопоставимой эффективности в отношении клинических симптомов эсциталопрам (Ципралекс) превосходил дулоксетин по показателям улучшения когнитивных возможностей и социального функционирования [6].

В еще более современном исследовании было показано, что положительное действие эсциталопрама на когнитивное функционирование не зависит от собственно антидепрессивного эффекта [12].

В другой современной работе было проверено представление, что препараты агониста норадреналиновой и дофаминовой систем ЦНС обладают преимуществом в плане усиления когнитивных функций, по сравнению с антидепрессантами с другим механизмом действия [4]. В проспективном контролируемом исследовании сравнивалось влияние на когнитивное функционирование и показатели социального восстановления эсциталопрама (Ципралекса) и бупропиона, т.е. селективного серотонинергического и селективного норадренергического / дофаминергического действия, соответственно, антидепрессантов. Оба препарата в одинаковой степени вызвали улучшение вербальных и невербальных когнитивных функций, краткосрочной (рабочей) памяти, способностей к обучению и освоению новых навыков и ускоряли процесс социального восстановления [11].

Чем же все-таки в реальной жизни человека, страдающего депрессией, проявляется нарушение когнитивной сферы? Любая болезнь – это состояние дезадаптации в окружающей среде, в первую очередь, социальной. В социальном плане депрессия – это потеря способности принимать решения. И не всегда снижение интенсивности собственно аффективных симптомов возвращает эту способность. Важнейшую роль тут имеют когнитивные проблемы. Упомянутые выше нейропсихологические показатели процесса внимания, памяти (особенно краткосрочной, рабочей), исполнительных функций и психомоторики оборачиваются такими проблемами в повседневной жизни и работе, как:

- сомнения и нерешительность;
- неспособность планировать и поддерживать режим;
- невозможность сосредоточиться (например при чтении) или сконцентрироваться (например вести многосторонний разговор);
- неспособность удерживать необходимый объем информации в памяти для исполнения текущего действия (бедность ассоциаций, односложные ответы);
- замедленность речи и движений (паузы в речи);
- прокрастинация – откладывание дел на потом;
- ощущение нехватки энергии и неспособность начать и осуществлять какую-либо деятельность;
- замедленность и тяжкие усилия при выполнении самых элементарных дел;
- ощущение умственной слабости, заторможенности и бедности ассоциаций;
- отсутствие уверенности при принятии решения; необходимость принятия ответственности вызывает тревогу, ищет возможности переложить на другого ответственность; переполнен сомнениями и опасениями по поводу последствий собственных поступков и решений.

Каждому врачу знаком образ такого больного – растерянного, загруженного, заторможенного и несостоятельного в элементарном. Такие пациенты, переступая порог врачебного кабинета, жалуются на слабость и усталость, забывчивость и необходимость сознательно контролировать себя в исполнении самых элементарных навыков, неспособность провести арифметическое действие и т.д. Работа или учеба постепенно превращается или в формальное присутствие без какой-либо продуктивности или в отсутствие по причине различных вариантов недомогания, дома повседневные дела замещаются бессмысленными неактуальными занятиями, требующими меньших усилий.

Но при этом ни сам пациент, ни врач, к которому он обращается, не считают такую несостоятельность, связанную с когнитивной дисфункцией, проявлением депрессивной симптоматики. Врач в большей степени ориентирован на распознавание признаков подавленного настроения, утрату интересов и инициативы, суицидальных мыслей. Назначение адекватной антидепрессивной терапии будет определяться выявлением именно этих симптомов. Даже если врач и обращает внимание на вторичными по отношению к собственно аффективным симптомам, или, что чаще происходит, объясняет эти жалобы проявлением «истинной астении» от производственных нагрузок или следствием хронических соматических заболеваний. И вслед за этим начинается череда исследований и лечения по поводу различных хронических соматических заболеваний.

На самом же деле, нужно распознавание когнитивных проблем, отражающихся на социальном функционировании и качестве жизни пациента, и понимание того, что они являются закономерным проявлением депрессивного состояния. Именно кластер когнитивных симптомов вместе с «витальными» соматическими жалобами и отличается относительной устойчивостью и составляет суть резидуальной симптоматики на этапе формирования ремиссии. Сам факт их выявления пред-

полагает продолжение антидепрессивной терапии препаратами, которые имеют доказанное самостоятельное свойство – положительное влияние на когнитивное функционирование.

Конечно, в крупномасштабных контролируемых клинических испытаниях объективная оценка когнитивных нарушений проводится с помощью нейрофизиологических и нейропсихологических исследований. Но, как справедливо отмечает Besh, качественная оценка функционирования пациента в исследованиях любого уровня должна сопровождаться валидизированными опросниками самого больного. Тем не менее, 90% процентов применяемых в клинических исследованиях шкал и опросников касаются собственно аффективной симптоматики, а не функционирования больного. Как же после этого можно рекомендовать практическому врачу обязательно оценивать когнитивное функционирование пациента? Однако в практике любого врача оценка степени нарушения адаптации по причине болезни предполагает ряд очевидных вопросов, которые напрямую относятся к когнитивному функционированию:

- Испытываете ли Вы затруднения при принятии решений на работе или дома? Если да, то почему? (способность принятия решений).
- Испытываете ли Вы затруднения при чтении текста или при необходимости поддерживать многосторонний разговор? (концентрация, внимание).
- Не отмечали ли Вы в последнее время затруднений при вспоминании имен и расположении только что положенных предметов? Не приходится ли «все записывать»? (память).
- Не приходится ли Вам заставлять себя или прикладывать усилия для того, чтобы начать какое-либо, даже самое элементарное дело? (мотивация, принятие решений, планирование).
- Как все вышеперечисленное влияет на результативность Вашего повседневного функционирования?

И если пациент подтверждает озабоченность этими проблемами, то врач должен учитывать их в планировании долгосрочного лечения.

Выводы

Когнитивные нарушения являются неотъемлемой частью депрессивного симптомокомплекса, хотя и мало выявляются при постановке диагноза.

Когнитивные симптомы депрессии, наряду с соматовегетативными («витальными») признаками, отличаются относительной устойчивостью и являются стержнем резидуальной симптоматики в процессе постепенного становления ремиссии.

Современные представления о целях терапии депрессивного состояния предполагают восстановление социального функционирования пациента, что и определяет полноту ремиссии. Редукция когнитивных нарушений является залогом восстановления функционирования.

Несмотря на очевидную важность выявления и прицельного лечения когнитивных симптомов, врачи не уделяют этому достаточного внимания, а планирование лечения и оценка его результативности ограничивается степенью редукции сугубо аффективных симптомов. Оптимальный выбор лекарственных средств на всех

этапах терапии депрессии и, в особенности, при продолжающейся терапии (стабилизирующий и профилактический этапы) должен учитывать возможность влияния на когнитивную резидуальную симптоматику. Купирование когнитивных расстройств предполагает планирование продолжающейся терапии не менее 6–12 месяцев.

Антидепрессанты 1-го поколения и препараты с выраженными седативными свойствами (например трициклические антидепрессанты – имипрамин, нортриптин и др.) уступают современным антидепрессантам (СИОЗС) по степени положительного влияния на когнитивную сферу и, соответственно, на восстановление социального функционирования.

Доказательные исследования содержат свидетельства, что эсциталопрам (Ципралекс) относительно эффективен в плане редукции когнитивных нарушений при депрессивных состояниях и этот эффект независим от влияния препарата на собственно аффективные симптомы.

В конце этого обзора автору хотелось бы поделиться представлениями о ближайших перспективах в области терапии аффективных расстройств. Сегодняшний объем фундаментальных исследований и доказательная медицина в этой области демонстрируют практическим врачам, что их способы диагностики и выбора терапевтического вмешательства существенно отстают от существующих возможностей. Современные исследования по изучению механизмов действия антидепрессивных средств с применением техник прижизненной визуализации функционирования ЦНС, нейрофизиологии и нейрохимии, экспериментальной нейропсихологии, социальной психологии и психиатрии позволили в последнее десятилетие создать новые представления, дополняющие прежние, как о становлении эмоционально-поведенческих расстройств, так и о новых способах и направлениях по их нормализации. Речь идет о конкретизации механизмов процессов нейропластичности, о прикладных аспектах не только экстрацеллюлярного (нейротранспортеры и нейронные синапсы), но и интрацеллюлярного регулирования (система вторичных мессенджеров и экспрессия генов). Данные этих фундаментальных исследований стали основой целевого создания нового поколения психофармакологических средств. И одной из целей этого процесса была реализация представлений о возможностях повышения когнитивных способностей (cognitive enhancement). В следующей публикации нам хотелось бы представить обзор результатов фундаментальных исследований, положенных в основу нейрокогнитивной модели депрессии, и, соответственно, нейропсихофармакологических данных о биологических механизмах регуляции конкретных психических нарушений.

Список использованной литературы

1. Besh P. Social Functioning: should it become an endpoint in trials of antidepressants? // P. Besh // CNS Drugs. – 2005. – № 19 (4). – P. 313–324.
2. Clinical effectiveness: The importance of psychosocial functioning outcomes / Lam R.W. [et al.] // Journal of Affective Disorders. – 2011. – № 132. – P. 9–13.
3. Conradi H. J. [et al.] // Psychol. Med. – 2011. – № 41. – P. 1165–1174.
4. Escitalopram and Enhancement of Cognitive Recovery / R. E. Jorge, Laura Acion, D. Moser [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. – 2010. – № 67 (2). – P. 187–196.
5. Fava M. [et al.] // J. Clin. Psychiatry. – 2006. – № 67. – P. 1754–1759.

6. How should remission from depression be defined? The depressed patient’s perspective / M. Zimmerman, J. B. McGlinchey, M. A. Posternak [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2006. – № 163. – P. 148–150.
7. McKnight P. E. The importance of functional impairment to mental health outcomes: a case for reassessing our goals in depression treatment research / P. E. McKnight, T. B. Kashdan // Clin. Psychol. Rev. – 2009. – № 29. – P. 243–259.
8. Neurocognitive deficits and disability in major depressive disorder / Jaeger, J., Berns S., Uzelac S. [et al.] // Psychiatry Research. – 2006. – № 145. – P. 39–48.
9. Psychosocial functioning before and after treatment with sertraline or imipramine / Miller I. W. [et al.] // J. of Clin. Psychiatry. – 1998. – № 59. – P. 608–613.
10. Relationship of Variability in Residual Symptoms With Recurrence of Major Depressive Disorder During Maintenance Treatment / J. F. Karp, D. J. Buysse, P. R. Houck [et al.] // Focus. – 2005. – Vol. 1, № 3 (1). – P. 161–169.
11. The effect of bupropion XL and escitalopram on memory and functional outcomes in adults with major depressive disorder: Results from a randomized controlled trial / Soczynska J. K. [et al.] // Psychiatry Research, 2014, article in press.
12. Wade A. A Comparative study of the efficacy of acute and continuation treatment with escitalopram versus duloxetine in patients with major depressive disorder / A. Wade, K. Gembert, I. Florea // Curr. Med. Res. Opin. – 2007. – № 23. – P. 1605–1614.

ЗНАЧЕННЯ КОГНІТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ПРИ ДЕПРЕСІЇ
С.О. Малайров

У статті розглядаються когнітивні розлади при депресії та важливість звернення на них уваги спеціаліста при виборі терапії, їх значення при оцінці функціонального відновлення пацієнта як нової терапевтичної мети замість досягнення редукції симптоматики чи ремісії. Тривала терапія (протягом 6–12 місяців) СІЗЗС наприклад, есциталопрамом, до певної міри здатна покращити когнітивні симптоми пацієнта з депресією, проте потреба в нових фармакологічних засобах величезна.

Ключові слова: депресія, когнітивні порушення, терапія

VALUE COGNITIVE FUNCTIONING IN DEPRESSION
S. Malyarov

Cognitive symptoms are a common feature of the depression and affect many aspects of a patients’ life. Functional restoration is a new treatment goal instead of reducing of symptoms and remission requires an adequate treatment (adequate doses, non-sedative antidepressant and 6–12 months’ length). Despite that escitalopram among SSRIs has some proven efficacy in cognition improvement of depressed patients, an unmet need in new agents with better efficacy in this field is exist.

Key words: depression, cognitive symptoms, therapy

УДК 616.89-07-08 (075.9)

Г.М. Вербенко

КОМПЛЕКСНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТІВ НА РІЗНИХ СТАДІЯХ ПЕРЕБІГУ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

При діагностиці афективного епізоду сучасні критерії не враховують особливостей клінічної симптоматики, не зважають на такі важливі фактори, як вік маніфестації, спадковість і перебіг захворювання. Більша достовірність діагностики може бути досягнута шляхом введення інформації, зібраної по різних категоріях, які зазвичай використовуються для уточнення психіатричного діагнозу.

Вивчено клінічні особливості біполярного афективного розладу (БАР) на різних стадіях перебігу у 120 пацієнтів (40 пацієнтів з переважанням депресивних симптомів (F 31.3-5, F 31.6), 30 пацієнтів з переважанням маніакальних симптомів (F31.0-2, F 31.6), 50 пацієнтів в еутимний період (F 31.7) з використанням опитувальника «Індекс біполярності», який дозволяє оцінити в балах наявність у пацієнта п’яти найбільш характерних для БАР ознак: характеристика епізоду; вік маніфестації; перебіг хвороби; ефект терапії; спадковість. Клінічна неоднорідність показників індексу біполярності в першій та четвертих категоріях зумовлена фазою перебігу захворювання, що певним чином впливає і на підсумковий інтегральний індекс біполярності по окремих групах. Клінічні приклади оцінки пацієнтів за індексом біполярності в окремих групах доводять, що індивідуальний індекс біполярності кожного окремого пацієнта може бути зависоким і наднизьким незалежно від групи. Така оціночна система дозволяє переводити поняття біполярності з категоріальної площини в континуальну, що більшою мірою задовольняє потребам клінічної практики і дозволяє поліпшити якість діагностики і терапії БАР.

Ключові слова: біполярний афективний розлад, індекс біполярності, епізод, маніфестація, перебіг, терапевтична відповідь, спадковість.

Актуальність. Розвиток медичної науки та відповідне збільшення її можливостей щодо поглибленого дослідження особливостей психічних розладів, а також акцент сучасної медичної практики на відновленні якості життя пацієнтів зумовлюють все більш пильну увагу медичної спільноти до ранньої діагностики і прогнос-

тичної оцінки подальшого перебігу біполярного афективного розладу. Для удосконалення реальної клінічної практики необхідним є систематизоване поєднання всіх діагностично-лікувальних аспектів, в тому числі ретельне вивчення анамнезу, всіх клінічних проявів (афективних, когнітивних, поведінкових) і особливостей перебігу

хвороби. Таке поєднання зумовлено акцентом сучасного надання допомоги, насамперед – на відновленні соціального функціонування, перепорою до якого почасти стає наявність нелікованих когнітивних порушень на фоні прогностично сумнівних схем терапії без урахування певних блоків амнестичної складової пацієнта з БАР [1, 6–8].

Відомо, що численні дослідження надають насамперед дані спостережень щодо широкого патерну когнітивних порушень у депресивних пацієнтів з біполярним розладом [1]. Депресивні пацієнти з біполярним розладом демонстрували більш тяжкі порушення за низкою параметрів батареї лобних тестів, ніж пацієнти з уніполярною депресією [2]. Причому дефіцит когнітивних функцій корелює з тривалістю захворювання тільки у пацієнтів з монополярною, але не з біполярною депресією. Автори дослідження припустили, що ці висновки можуть бути зумовлені існуванням різних механізмів, відповідальних за розвиток такого дефіциту. Тяжкість симптомів і тривалість захворювання були схожі в групах пацієнтів відповідно з уніполярною і біполярною депресією, тому навряд чи вони могли вплинути на результати, хоча типи і кількість ліків відрізнялися між двома групами. З іншого боку, Р. Neu та співавтори [3] показали подібні нейропсихологічні дефіцити щодо депресивних осіб з уніполярним, біполярним розладом, дистимічним і шизоафективним розладом, хоча психотичні симптоми були присутні тільки в останньому, який, можливо, дещо зменшував достовірність результатів у цілому. Звертає на себе увагу також фрагментарність цього дослідження із повторним дослідженням швидкості мовлення і вербальної пам'яті випробувань тільки в уніполярних і біполярних пацієнтів. Нейропсихологічний дефіцит спостерігався також у біполярних пацієнтів під час маніакального стану. Використовуючи дискримінантний аналіз, L.D. Clark та співавтори [4] виявили значущу зміну показників вербального навчання і пам'яті, а також підтримання рівня уваги (стійкості уваги). Автори підкреслювали, що феномен стійкого дефіциту уваги за результатами тестування має чітку клінічну асоціацію з симптомом відволікання в манії. Водночас, клінічне значення дефіциту вербального навчання і вербальної було менш очевидним, тому ці дані вимагали подальшого вивчення. Порівняння біполярних пацієнтів у депресивній, маніакальній фазах і змішаному стані [5] виявили наявність когнітивного дефіциту всіх груп порівняно з контрольними осіб, але не було різниці між самими групами пацієнтів.

На даний момент існують дві класифікаційні моделі для психічних розладів – DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders 5) та 5-й розділ МКХ-10 (Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду). DSM-5 описує афективні розлади (або розлади настрою), враховуючи три складові – афективний епізод (маніакальний, гіпоманіакальний, депресивний або змішаний), власне афективний розлад та його опис, тобто характеристики останнього епізоду або довготривалий перебіг хвороби. Опис останнього епізоду в DSM-5 включає ступінь тяжкості, наявність ремісії, психотичних симптомів або інших клінічних характеристик. Також вказується перебіг хвороби, якість інтермісії, сезонний патерн та

наявність швидкої зміни фаз. У DSM-V відбулося зниження порогу для діагностування змішаного епізоду, що відображає реальні прояви змішаних станів. З іншого боку, постановка такого діагнозу може не мати ніякого клінічного навантаження, прогностичної значимості або змін у схемі лікування [9]. Згідно з рекомендаціями при клінічній оцінці БАР слід окрему увагу звертати на коморбідність з іншими розладами осі 1 та 2 (згідно з DSM-V), сімейний анамнез щодо психічних розладів, перебіг захворювання, вік пацієнта на момент дебюту, частоту змін фаз, наявність змішаних епізодів та сезонність [7, 9, 10].

Наприклад, ранній вік маніфестації корелює з більш тяжким перебігом БАР та гіршим прогнозом. Більш ранній початок розладу (<21 року) характеризується більш частою наявністю коморбідної алкогольної та наркотичної залежності, obsесивно-компульсивного розладу, розладів харчової поведінки, швидкої зміни фаз, більшої кількості епізодів, суїцидальних спроб тощо [11]. Схожі висновки ще раніше були отримані T.D.C. Carter та співавторами (2003): в їх роботі початок захворювання у осіб ≤18 років корелював із наявністю коморбідних тривожних розладів, алкогольною та наркотичною залежністю, швидкою зміною фаз, більш частими суїцидальними думками та спробами [12].

Наявність коморбідних психіатричних розладів діагностується у близько 30% пацієнтів із БАР. Їх наявність, як демонструють результати досліджень, асоційована з більшою кількістю змішаних і депресивних епізодів, суїцидальних спроб. Крім того, коморбідні психіатричні розлади частіше зустрічаються у осіб із депресивною маніфестацією БАР [13]. Сімейна обтяженість щодо БАР та великого депресивного розладу також має велике прогностичне значення. Так, відповідь на терапію літєм обернено корелює з наявністю великого депресивного розладу та будь-якого афективного розладу у близьких родичів.

Отже, на теперішній час відбувається розширення поглядів на БАР з патології, що характеризується лише зміною депресивної та маніакальної фаз до більш об'ємного розуміння. Ще в другій половині минулого століття А. Bertelsen та співавтори (1977) на основі дослідження за участі монозиготних близнюків визначили можливих кандидатів на включення до біполярного спектра: шизобіполярний розлад, манія, депресія з гіпоманією (без урахування тривалості гіпоманії), депресія, асоційована з циклотимним та гипертимним темпераментом, рекурентна (псевдоуніполярна) депресія з сімейним анамнезом щодо БАР, циклічні депресії, що відповідають на терапію літєм та іншими нормотиміками [14]. Крім того, H.S. Akiskal та O. Pinto (1999) підкреслюють, що зміни настрою у рамках «м'яких» БАР, які виникають окремо від періодів зловживання алкоголю та психоактивних речовин (ПАР), теж повинні вважатися частиною біполярного спектра із розробкою чітких критеріїв для їх констатації [15].

Система діагностики біполярного розладу шляхом вимірювання «індексу біполярності» була запропонована G. Sachs для Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). Вона є втіленням клінічного діагностичного підходу, коли лікар отри-

мує не загальний бал за певною шкалою як відповідне статистичне відображення хворобливого стану пацієнта, а індивідуалізовану оцінку проблем і настрою конкретного хворого. Водночас, на відміну від стандартизованих систем діагностики МКХ-10 або DSM-5, які виокремлюють певні діагностичні категорії, індекс біполярності визначає спектр діагностичних ознак можливого біполярного афективного розладу, а не тільки стан гіпоманії [16].

Система має 5 «вимірів» біполярності. Наявність гіпоманії/манії оцінюється в одному з них. Всі інші категорії мають однакову діагностичну вартість. Окремі виміри присвячені: наявності гіпоманії/манії (актуальної і в особистому анамнезі); віку початку перших симптомів коливання настрою; клінічним особливостям і перебігу захворювання, терапевтичній відповіді на медикаменти (антидепресанти і тимостабілізатори); сімейному анамнезу афективних розладів і вживання ПАР. Кожному виміру відведено від 0 до 20 балів (максимально можливо 100 балів). Дослідження G. Sachs довели, що індекс біполярності у пацієнтів з БАР сягає понад 60 балів. Натомість пацієнти з БАР II або іншими варіантами цього розладу (за H.S. Akiskal, 2005) можуть отримати більш низький показник. Причому він може визначатися показниками, відмінними від гіпоманії або манії.

Метою дослідження було вивчити клінічні особливості пацієнтів на різних стадіях перебігу біполярного афективного розладу.

Матеріали та методи дослідження

Всі пацієнти, що брали участь у дослідженні, надали письмову інформовану згоди. Було обстежено 120 пацієнтів з біполярним афективним розладом (40 пацієнтів з переважанням депресивних симптомів (F 31.3-5, F 31.6), 30 пацієнтів з переважанням маніакальних симптомів (F31.0-2, F 31.6), 50 пацієнтів в еутимний період (F 31.7)).

Дослідження проводили з використанням опитувальника «Індекс біполярності» (G. Sachs, 2004) для бальної оцінки ознак БАР, а саме: характеристика епізоду; вік маніфестації; перебіг хвороби; ефект терапії; спадковість. Для кожного показника пацієнти верифікувалися одноразово за найбільшим балом. Математичну обробку результатів здійснювали з використанням статистичної програми SPSS 16,0 for Windows.

Результати та їх обговорення

Середній вік загальної вибірки – 41,3±6,2 року. Освітній рівень пацієнтів (загальне число років, витрачених на отримання освіти взагалі) – 13,2±2,8 року. Тривалість плинного депресивного/маніакального епізоду до початку дослідження становила 2,6±1,6 тижня. Час еутимного періоду – 25,8±9,6 тижня.

За допомогою психометричного дослідження було проведено категоріальну та усереднену оцінку індексу біполярності пацієнтів трьох груп (БАР-Д, БАР-М та БАР-Е) з метою визначення значущості окремих клінічних характеристик біполярного афективного розладу. Узагальнений індекс біполярності переважав у пацієнтів із групи БАР-М порівняно з групами БАР-Д і БАР-Е (рис. 1).

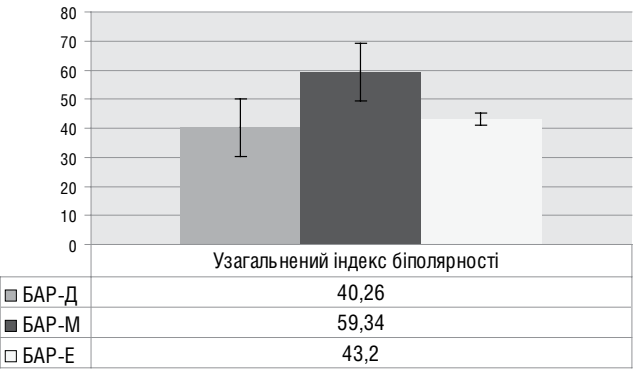


Рис. 1. Порівняння узагальненого індексу біполярності у пацієнтів з БАР залежно від фази перебігу

Отже, за характеристиками плинного епізоду група БАР-М отримала найвищі показники (рис. 2). Всі 100% пацієнтів цієї групи розподілилися за певними ознаками манії/гіпоманії, а саме: 14 (46,7%) пацієнтів з групи БАР-М мали симптоми манії у поєднанні з дисфорією та підвищеною подразливістю; 11 (36,6%) – на фоні манії демонстрували виражену ейфорію, грандіозність або експансивність; 3 (10%) – отримали симптоми манії внаслідок прийому антидепресантів, призначених з приводу депресії; 2 (6,7%) особи з анамнезом БАР мали психотичні галюцинаторно-параноїдні епізоди без афективного компоненту.

В групі БАР-Д 38 (95,0%) пацієнтів мали ознаки епізоду, притаманні саме БАР: 13 (32,5%) осіб – з типовим депресивним епізодом, 11 (27,5%) – з ознаками атипової депресії (наявність як мінімум двох симптомів серед надмірної сонливості, булімії, порушень моторики або депресія після розлуки), 9 (22,5%) – з мерехтливими симптомами підпорогової гіпоманії, 3 (7,5%) – з гіпоманіакальними симптомами внаслідок прийому антидепресантів, 2 (5,0%) – з психотичними симптомами. В групі БАР-Е за характеристиками плинного епізоду (еутимний стан) також у 9 (18,0%) осіб було відмічено симптоми підпорогової гіпоманії (7 осіб, 14,0%) та симптоми гіпоманії внаслідок прийому антидепресантів (2 особи, 4,0%).

В свою чергу, при розподілі пацієнтів за віком початку захворювання автори не визначили значущої різниці усередненого балу за індексом біполярності: В усіх трьох групах початок захворювання переважно приходився на 20–30 років (рис. 3).

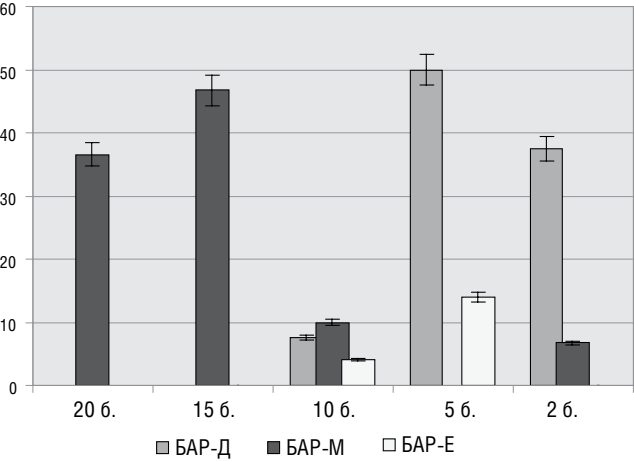


Рис. 2. Розподіл пацієнтів за ознаками епізоду

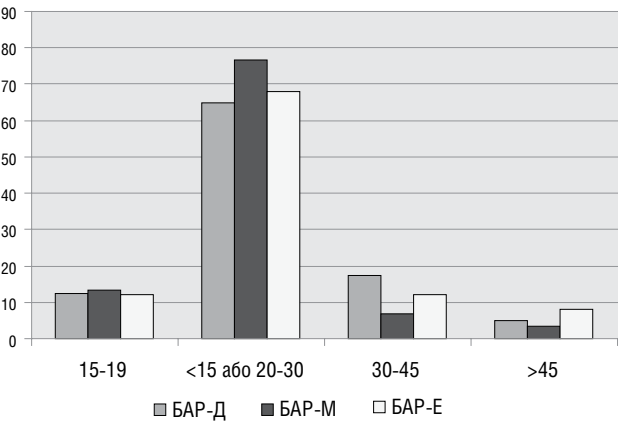


Рис. 3. Розподіл пацієнтів за віком початку симптомів

При аналізі розподілу пацієнтів за перебігом захворювання та іншими ознаками (рис. 4) автори виявили, що перебіг захворювання в вигляді плинного епізоду манії, незалежно від ступеня видужання, значно підвищує показник індексу для БАР-М та утримує групу на першій шпальті. Проте приєднання оцінки інших ознак для пацієнтів з БАР вказує на значну залученість пацієнтів в еутимний період, навіть порівняно з групою БАР-Д (показник індексу біполярності – відповідно 6,74 проти 5,60). Так, для групи БАР-Д найбільш значущими іншими ознаками виявилися: повторні (три і більше) епізоди депресії без гіпоманії (12 осіб, 30%), вживання ПАР (9 осіб, 22,5%), а також наявність супутнього тривожного розладу (7 осіб, 17,5%). Група БАР-Е, в свою чергу, відзначилася високою кількістю осіб, що вживають ПАР (18 осіб, 36,0%) або схильні до азартних ігор та іншої ризикованої поведінки (7 осіб, 14,0%).

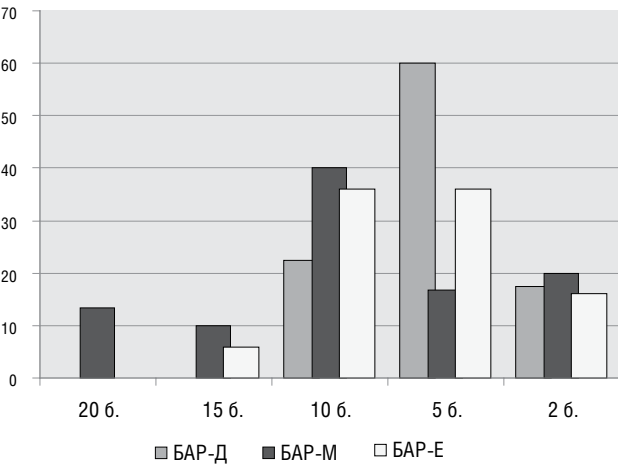


Рис. 4. Розподіл пацієнтів за перебігом захворювання та іншими ознаками

Аналіз груп пацієнтів за терапевтичною відповіддю показав, що тимостабілізатори виявили найбільшу ефективність у групі БАР-М за 4 тижні терапії, а група БАР-Д показала найменшу чутливість до такої терапії. А вже за 12 тижнів лікування тимостабілізаторами попереду була група БАР-Е, без достовірної різниці з групами БАР-М та БАР-Д. Додатково, всі три групи показали однаковий ризик рецидиву захворювання в межах 12 тижнів після припинення прийому тимостабілізаторів: БАР-Д – 5 (12,5%) осіб; БАР-М – 4 (13,3%); БАР-Е – 6 (12,0%), а також майже однакову часткову відповідь на тимостабілізатори (12 тижнів, 2 препарати): відповідно 3

(7,5%), 3 (10,0%) та 4 (8,0%) особи. Варто звернути увагу, що загалом у 9 осіб було відстежено перехід до змішаного стану/манії в межах 12 тижнів після початку терапії антидепресантами, із них у 5 (12,5%) осіб зміна стану відбулася протягом періоду спостереження в групі БАР-Д, а у 4 (13,3%) осіб групи БАР-М – до початку дослідження перед госпіталізацією. Натомість збільшення дисфорії або інших симптомів при застосуванні антидепресантів (4 особи, 10,0%), резистентність до такої терапії (3 особи, 7,5%) та надшвидка відповідь (≤1 тижня) на терапію антидепресантами (2 особи, 5,0%) спостерігалася тільки в групі БАР-Д (рис. 5).

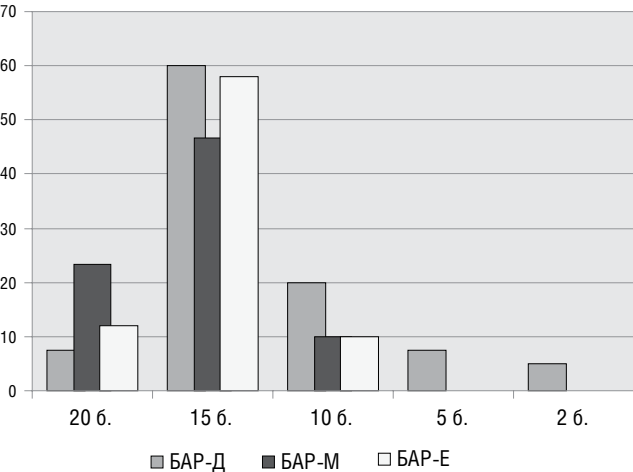


Рис. 5. Розподіл пацієнтів за терапевтичною відповіддю

Компонент індексу біполярності в частині сімейного анамнезу виявився найбільшим в групі БАР-Е (5,06), переважно за рахунок наявності у пацієнтів цієї групи родичів 1-го ступеня споріднення (брат/сестра, батьки, дитина) з чітким БАР, з чіткими проблемами з ПАР/алкоголем або з психічними розладами у вигляді насамперед тривожних розладів, а також повторних епізодів депресії, розладів харчової поведінки і синдрому гіперактивності. Категорія «родичі 1-го ступеня споріднення з чіткими проблемами з ПАР/алкоголем» виявилася значущою для груп БАР-Д (8 осіб, 20,0%) та БАР-М (9 осіб, 30,0%), «родичі 1-го ступеня споріднення з тривожним розладом» – для групи БАР-Д (5 осіб, 12,5%), «родичі 1-го ступеня споріднення з розладом харчової поведінки» – для групи БАР-М (3 особи, 10,0%) (рис. 6).

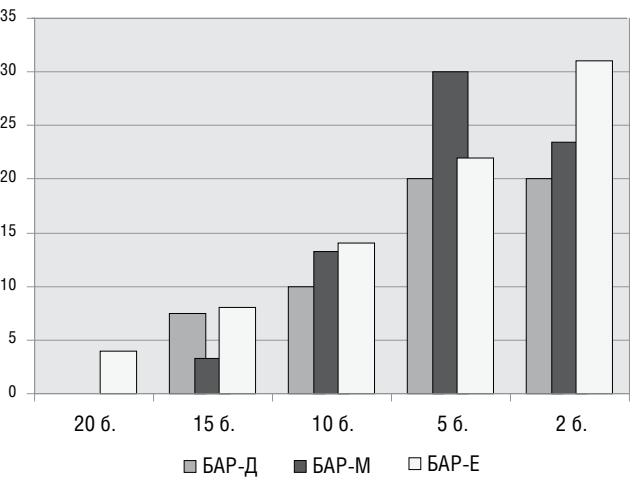


Рис. 6. Розподіл пацієнтів за сімейним анамнезом

Очевидно, що клінічна неоднорідність показників індексу біполярності в першій та четвертих категоріях зумовлена фазою перебігу захворювання, що певним чином впливає і на підсумковий інтегральний індекс біполярності по окремих групах (відповідно в групі БАР-М – 59, 34; в групі БАР-Е – 43,2; в групі БАР-Д – 40, 26). Усереднений показник індексу біполярності за ознаками епізоду для досліджуваних груп становив: БАР-М – 15,47 бала, БАР-Д – 3,9 бала, БАР-Е – 1,1 бала. За віком початку захворювання не було значущої різниці: БАР-М – 15,00 бала, БАР-Д – 14,25 бала, БАР-Е – 14,20 бала. За перебігом захворювання наявність плинного епізоду манії незалежно від ступеня видужання утримує БАР-М групу на першій шпальті. Усереднений бал за індексом біполярності з терапевтичної відповіді виявився по спадінню таким: БАР-Е – 16,10; БАР-М – 15,67; БАР-Д – 12,98. Компонент індексу біполярності в частині сімейного анамнезу виявився найбільшим у групі БАР-Е (5,06), переважно за рахунок наявності у пацієнтів цієї групи родичів 1-го ступеня споріднення (брат/сестра, батьки, дитина) з чітким БАР, з чіткими проблемами з ПАР/алкоголем або з психічними розладами у вигляді насамперед тривожних розладів, а також повторних епізодів депресії, розладів харчової поведінки і синдрому гіперактивності (рис. 7).

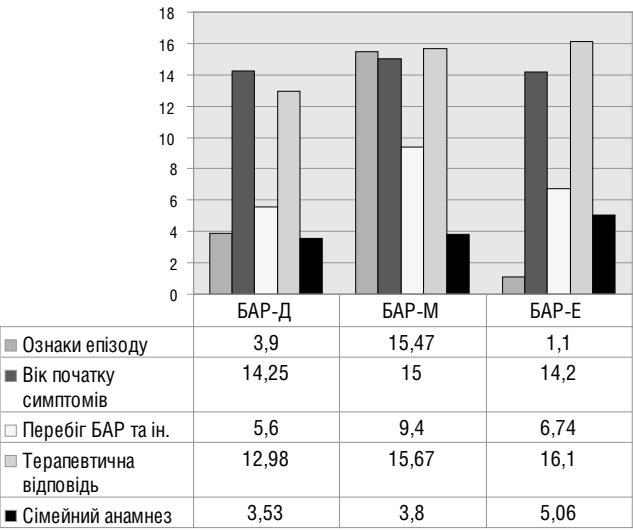


Рис. 7. Індекс біполярності в сімейному анамнезі

Більше того, в групі БАР-М була відносно більша кількість пацієнтів з біполярним розладом першого, а не другого типу. Втім, клінічні приклади оцінки пацієнтів за індексом біполярності в окремих групах доводять, що індивідуальний індекс біполярності кожного окремого пацієнта може бути зависоким і наднизьким незалежно від групи. Для кожного показника (табл. 1–5) пацієнти верифікувалися одноразово за найбільшим балом, навіть за наявності кількох факторів. Наприклад: в групі БАР-Д – пацієнтка М. з першою післяпологовою депресією (5 балів) в 18 років (20 балів); депресією; з епізодами алкоголізації на фоні депресії (10 балів); ажитацією при прийомі антидепресантів (10 балів); з рідною сестрою, що страждає на БАР (20 балів), без ознак манії/гіпоманії – отримує 65 балів. В групі БАР-М – пацієнт К. в маниакальному стані з дисфорією (15 балів), початком захворювання в 32 роки (10 балів), схильний до ризи-

кованої поведінки (5 балів), рецидив в межах 12 тижнів після припинення прийому тимостабілізаторів (15 балів), мати пацієнта лікувалася з приводу тривожного розладу (2 бали) – загалом 47 балів.

Висновки

При діагностиці афективного епізоду сучасні операційні критерії не враховують особливостей клінічної симптоматики, а критерії афективних розладів не зв'язують на такі важливі фактори, як вік маніфестації, спадковість і перебіг захворювання. Більша достовірність діагностики може бути досягнута шляхом введення інформації, зібраної по різних категоріях, які зазвичай використовуються для уточнення психіатричного діагнозу. Індекс біполярності дозволяє оцінити в балах наявність у пацієнта 5 найбільш характерних для БАР ознак: характеристика епізоду; вік маніфестації; перебіг хвороби; ефект терапії; спадковість. За даними авторів, клінічна неоднорідність показників індексу біполярності в першій та четвертих категоріях зумовлена фазою перебігу захворювання, що певним чином впливає і на підсумковий інтегральний індекс біполярності по окремих групах (відповідно в групі БАР-М – 59, 34; в групі БАР-Е – 43,2; в групі БАР-Д – 40, 26). Більше того, в групі БАР-М була відносно більша кількість пацієнтів з біполярним розладом першого, а не другого типу. Втім, клінічні приклади оцінки пацієнтів за індексом біполярності в окремих групах доводять, що індивідуальний індекс біполярності кожного окремого пацієнта може бути зависоким і наднизьким незалежно від групи. Така оціночна система переводить поняття біполярності з категоріальної площини в континуальну, що більшою мірою задовольняє потребам клінічної практики і дозволяє поліпшити якість діагностики і терапії БАР.

Список використаної літератури

1. Bearden C.E., Hoffman K.M., Cannon T.D. The neuropsychology and neuroanatomy of bipolar affective disorder: a critical review // *Bipolar. Disord.* – 2001. – Vol. 3. – P. 106–150.

2. Borkowska A., Rybakowski J.K. Neuropsychological frontal lobe tests indicate that bipolar depressed patients are more impaired than unipolar // *Bipolar. Disord.* – 2001. – Vol. 3. – P. 88–94.

3. Neu P., Kiesslinger U., Schlattmann P., Reischies F.M. Time-related cognitive deficiency in four different types of depression // *Psychiatry Res.* – 2001. – Vol. 103. – P. 237–247.

4. Clark L.D., Iversen S.D., Goodwin G. A neuropsychological investigation of prefrontal cortex involvement in acute mania // *Am. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 158. – P. 1605–1611.

5. Basso M.R., Lowery N., Neel J. et al. Neuropsychological impairment among manic, depressed and mixed-episode inpatients with bipolar disorder // *Neuropsychology.* – 2002. – Vol. 16. – P. 84–91.

6. Чабан О.С. Биполярная депрессия: проблемы диагностики и терапии / О.С. Чабан, Е.А. Хаустова // *НейроNews.* – 2011. – №5 (32). – С. 18–22.

7. Maruta N.A. The neurocognitive dysfunction in adult patients with bipolar disorder I type / N.A. Maruta, V.A. Verbenko, G.N. Verbenko // *Crimea J. of Exp. and Clin. Med.* – 2013. – Vol. 3, №1–2 (9–10). – P. 21–23.

8. Мосолов С.Н. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия / С.Н. Мосолов, Е.Г. Костюкова, М.В. Кузавкова / Под ред. С.Н. Мосолова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – С. 15.

9. Вербенко В.А. Принципы формирования нейрокогнитивных нарушений при расстройствах аффективного спектра / В.А. Вербенко, Г.Н. Вербенко // *Архів психіатрії.* – 2013. – Т. 19, №1 (72). – С. 55–61.

10. Akiskal H.S. Familial-genetic principles for validating the bipolar spectrum: their application in clinical practice. – Medscape, online publication: www.medscape.com/viewarticle/436384.

11. Lin P. Clinical correlates and familial aggregation of age at onset in bipolar disorder / Lin P.-I., McInnis M.G., Potash J.B. et al. // *Am. J. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 163. – P. 240–246.

12. Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder / Carter T.D.C., Mundo E. et al. // *J. of Psychiatric Research.* – 2003. – Vol. 37. – P. 297–303.

13. *Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients* / Vieta E., Colom F., Corbella B. et al. // *Bipolar. Disorders.* – 2008. – Vol. 3. – P. 253–258.
14. *Family history and symptom level during treatment for bipolar affective disorder* / Coryell W., Akiskal H., Leon A.C. et al. // *Biological Psychiatry.* – 2000. – Vol. 47. – P. 1034–1042.
15. *Patterns of treatment resistance in bipolar affective disorder* / Cole A.J., Scott J. et al. // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* – 1993. – Vol. 88. – P. 121–123.
16. *Danish twin study of manic-depressive disorders* / A. Bertelsen, B. Harvald, M.A. Hauge // *Br. J. Psychiatry.* – 1977. – Vol. 130. – P. 330–351.
17. *Akiskal H.S. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, IV* / H.S. Akiskal, O. Pinto // *Psychiatr. Clin. North Am.* – 1999. – Vol. 22. – P. 517–534.
18. *Sachs G.S. Strategies for improving treatment of bipolar disorder: integration of measurement and management* // *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* – 2004. – Vol. 422. – P. 7–17

КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ТЕЧЕНИЯ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Г.М. Вербенко

При диагностике аффективного эпизода современные критерии не учитывают особенностей клинической симптоматики, не принимают во внимание такие факторы, как возраст манифестации, наследственность и течение заболевания. Большая достоверность диагностики может быть достигнута путем введения информации, собранной по категориям, обычно используемым для уточнения психиатрического диагноза.

Изучены клинические особенности 120 пациентов на разных стадиях течения биполярного аффективного расстройства (40 пациентов с преобладанием депрессивных симптомов (F 31.3-5, F 31.6), 30 пациентов с преобладанием маниакальных симптомов (F31.0-2, F 31.6), 50 пациентов в эутичный период (F 31.7) с использованием опросника «Индекс биполярности», который позволяет оценить в баллах наличие у пациента 5 наиболее характерных для БАР признаков: характеристику эпизода; возраст манифестации; течение болезни; эффект терапии; наследственность. Клиническая неоднородность показателей индекса биполярности в первой и четвертой категориях обусловлена фазой течения заболевания (отражено в итоговом интегральном индексе биполярности по отдельным группам). Клинические примеры оценки пациентов по индексу биполярности в отдельных группах показывают, что индивидуальный индекс биполярности каждого отдельного пациента может быть слишком высоким и сверхнизким независимо от группы БАР. Такая оценочная система переводит понятие биполярности из категориальной плоскости в континуальную, в большей степени удовлетворяет потребностям клинической практики и позволяет улучшить качество диагностики и терапии БАР.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, индекс биполярности, эпизод, манифестация, течение, терапевтический ответ, наследственность

COMPREHENSIVE DESCRIPTION OF PATIENTS' CLINICAL FEATURES AT DIFFERENT STAGES OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER.

G. Verbenko

In the diagnosis of an affective episode modern operational criteria do not take into account some clinical symptoms, and important factors such as age of onset, family history and course of the disease. More reliable diagnosis can be achieved by the introduction of the information collected in different categories typically used to refine psychiatric diagnosis.

Clinical symptoms' characteristics were conducted at different stages in 120 patients with bipolar disorder (40 patients with a predominance of depressive symptoms (F 31.3-5, F 31.6), 30 patients with a predominance of manic symptoms (F31.0-2, F 31.6) 50 patients eutimic period (F 31.7), using a questionnaire "bipolarity index" (G.Sachs, 2004), which allows to estimate if the patient has the five most characteristic signs of BAD: description of the episode; age of onset; the course of the disease; response; heredity. So, clinical heterogeneity indicators index bipolarity in the first and fourth categories due to the phase of the disease (reflected in the outcome of the integral index of bipolarity on separate groups). Clinical examples of the evaluation of patients at index bipolarity in separate groups show that the individual index bipolarity of the individual patient may be too high and ultra-low regardless of the group bar. This scoring system takes the concept of bipolarity with categorical plane in a continuous, largely meets the needs of clinical practice.

Key words: bipolar affective disorder, bipolar index episode; manifestation, course, therapeutic response, heredity

УДК: 616.895.8+ 616.89- 008.1-056.83: 575

О.П. Романів

МОДЕЛЬ КОРЕКЦІЇ САМОРУЙНІВНОЇ ПОВЕДІНКИ НА ОСНОВІ ВИВЧЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО АУТОАГРЕСІЇ

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

Корекція саморуйнівної поведінки є важливим соціальним завданням, вирішення якого можливе лише при інтеграції різних напрямлень робіт із пацієнтом в єдину стратегію. На основі вивчення психологічних і психопатологічних паралелей суїцидогенезу 60 суїцидентів та 60 хворих з інфарктом міокарда ми розробили та застосували трьохкомпонентну модель психотерапевтичної корекції саморуйнівної поведінки у пацієнтів з перенесеним інфарктом міокарда та осіб, що скоїли суїцидальну спробу. Модель є поєднанням психоосвітнього, гуманістичного (екзистенційного) і когнітивно-поведінкового блоків інтервенції. Оцінку ступеня редукції само руйнівної поведінки ми оцінювали за допомогою динаміки Колумбійської шкали оцінки тяжкості суїциду (C-SSRS). Нами було зафіксовано редукцію суїцидальних думок в обох групах. Причому маніфестація «загрозливого» соматичного стану у вигляді інфаркту міокарда додатково сприяла зменшенню суїцидальної налаштованості, що відтворилося у повному зникненні всіх суїцидальних ідей. Саме поєднання психоосвітнього, гуманістичного (екзистенційного) і когнітивно-поведінкового блоків з використанням мотиваційного інтерв'ю як інструменту підвищення прихильності до терапії дозволило провести трансформацію актуальних хворобливих життєвих стратегій пацієнтів обох груп.

Ключові слова: аутоагресія, психосоматика, суїцидальна спроба, інфаркт міокарда, психотерапія, психоосвіта.

Актуальність. Профілактика аутоагресивної поведінки постає важливим соціальним завданням, здійснення якого можливе лише при інтеграції зусиль великої кількості установ в єдину превентивну стратегію. Провідними для АП є соціально-психологічні фактори ризику (ФР), але наявність психічного розладу у пацієнта значно

збільшує ризик аутоагресивної налаштованості, що робить актуальною проблему оцінки суїцидального ризику та профілактики суїцидальної поведінки для лікарів психіатрів, психотерапевтів і психологів [1, 8, 16, 21,22].

Сучасні підходи профілактики аутоагресивних дій базуються на моделі «суїцидального процесу». Аутоа-

гресивні дії є одним із варіантів поведінкових реакцій людини в стані психологічної дезадаптації, яка проявляється широкою гамою хвилювань – як психологічно зрозумілих, так і патологічних [2]. У науковій медичній літературі описано низку загальних закономірностей розвитку суїцидальної активності, що притаманна всім категоріям пацієнтів. Так, аутоагресивний факт розглядається як результат взаємодії численних «базових» ФР одне з одним і з «тригерними» (пусковими) факторами, що пов'язані з кризовою ситуацією та її суб'єктивною переробкою індивідуумом, значимістю для пацієнта актуальної кризової ситуації.

Важливу роль у формуванні суїцидальної поведінки відіграють соціально-демографічні предиктори аутоагресивного ризику. Так, рівень завершених суїцидів у популяціях збільшується з віком і сягає максимуму після 45 років. Максимум незавершених суїцидальних спроб відбувається у молодому віці – 20–29 років [13, 15]. Рівень суїцидів у чоловіків в 3–6 разів вище, ніж у жінок. Навпаки, кількість незавершених суїцидальних спроб переважає серед жінок [2]. Сімейне проживання постає запобіжником АП: рівень суїцидів вище серед осіб, які не були в шлюбі, розведених, вдів бездітних і одинаків [9]. Впливовим чинником профілактики АП є релігія. Так, рівень суїцидів вище серед атеїстів порівняно з віруючими. Серед основних конфесій максимальні рівні суїцидів реєструються у буддистів, мінімальні – у мусульман; християни і індуси посідають проміжне становище. Стабільний професійний статус також має профілактичне значення. Порушення професійного стереотипу (втрати роботи, вихід на пенсію, статус безробітного) асоціюються зі збільшенням ризику аутоагресії [8, 21, 22].

Низкою досліджень відмічено наявність зв'язку між соматичною патологією та АП. Так, приблизно 70% людей, які скоїли самогубство, мали гостре чи хронічне соматичне захворювання на момент смерті. Отже, групу підвищеного суїцидального ризику складають особи з тяжкими хронічними захворюваннями. Окрім фізичних страждань або хронічного больового синдрому, такі захворювання приносять велику кількість негативних соціально-психологічних наслідків для пацієнта. Саме тому соматичні захворювання часто поєднуються з депресією [11, 16, 17].

Найбільший ризик суїциду пов'язаний з такими хворобливими станами, як епілепсія, онкологічна патологія і захворювання органів кровотворення; серцево-судинні захворювання (ішемічна хвороба серця); захворювання органів дихання (бронхіальна астма, туберкульоз); уроджені та набуті аномалії; втрата фізіологічних функцій; ВІЛ-інфекція; стан після тяжких операцій та трансплантації донорських органів і тканин; штучна нирка. Постійний прийом певних лікарських препаратів може погіршити стан депресії у пацієнтів із хронічними захворюваннями. До таких медикаментів відносять: препарати раувольфії та інші гіпотензивні препарати; блокатори адренергічних рецепторів, кортикостероїди, протипухлинні та антигістамінні препарати.

До анамнестичних предикторів аутоагресії, що не менш важливі в її реалізації, відносяться суїцидальні спроби в анамнезі, суїцидальна поведінка біологічних родичів та «значимих інших» та деякі інші ФР. Наявність

суїцидальної спроби в анамнезі є одним із найбільш значущих факторів ризику суїциду та повторного парасуїциду. Близько 30–40% осіб, які скоювали суїцидальні спроби, повторюють їх. Ризик повтору суїцидальної спроби найбільше високий протягом 3 місяців після першої [1, 3, 13,17, 22].

Індивідуально-психологічні предиктори ризику відображають не стільки ризик АП, скільки імовірність зниження толерантності до емоційних навантажень. До них відносять такі особливості: емоційна нестійкість, особливо в період вікових криз (пубертатної, інволюційної); імпульсивність; емоційна залежність; занижена або завищена самооцінка; максималізм і категоричність; сильно виражене бажання досягнення мрії; низька здатність до витіснення психотравмуючого фактора; тривога і гіпертрофічне почуття вини.

Втім, для «запуску» аутоагресивних дій необхідний тригерний фактор, яким, як правило, є конфлікт чи криза. Зазвичай внутрішньою складовою цієї кризи є втрата чи можливість втрати значимого об'єкту [10, 13]. До таких ситуацій віднесено: смерть близької людини, розлучення або його перспектива, втрата роботи чи соціального статусу; втрата здоров'я (встановлення діагнозу тяжкого соматичного чи психічного розладу, соціальна чи фізична безпорадність в результаті захворювання та ін.); втрата безпеки (реальні погрози чи маячня переслідування) тощо [5].

Ступінь дезадаптації у кожного пацієнта є різною та залежить від взаємодіючих базових ФР та сили тригера. Пускові фактори мають певну ступінь специфічності для конкретного індивідууму, що залежить від низки його характеристик (особисті ознаки, особливості соціальної ситуації, вік). Плинні ситуації міжособистісних конфліктів є джерелами дезадаптуючих емоцій страху, вини і ганьби, симптомокомплексу депресії, які, як правило, стають підґрунтям аутоагресивної мотивації. На суб'єктивному рівні «пресуїцидальний» стан сприймається через призму безпорадності, безнадійності і неможливості альтернативного виходу. Когнітивна складова аутоагресивного сприйняття ситуації характеризується також когнітивним звуженням («іншого виходу немає») і дихотомічним мисленням («все або нічого»). Таким чином, АП є дезадаптивним способом співіснування з кризовою ситуацією в суб'єктивному сприйнятті індивіда [6].

Розглянемо з цієї позиції пацієнта з інфарктом міокарда. Серце є досить чутливим індикатором всіх подій, що відбуваються з людиною. Останніми роками курація пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС) передбачає увагу до таких психологічних факторів ризику, як агресивність і ворожість [1, 7, 12, 14, 16]. Агресивність як стійка особистісна характеристика та її складові (ворожість, гнів, вина) супроводжуються вісцеро-вегетативними розладами, що призводять до змін у серцево-судинній системі [14, 16]. Особистісний профіль хворих на інфаркт міокарда включає такі риси: перфекціонізм, честолобство, прагнення до самоствердження, інтровертованість, емоційну лабільність, істероїдність [1, 7, 21]. Для них характерний хронічний внутрішньо-особистісний конфлікт між агресивними імпульсами і залежністю від значущого іншого. Поєднання цих рис

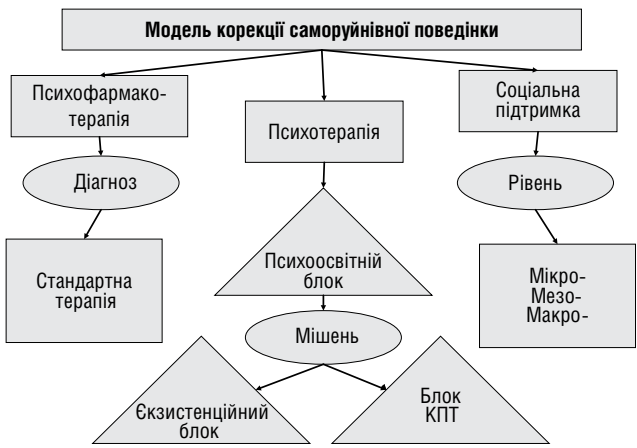


Рис. 1. Модель корекції саморуйнівної поведінки

призводить до підвищеної готовності до психосоматичного реагування, особливо при необхідності адаптуватися до зміни життєвого стереотипу. Хворі не відступають перед труднощами, нездоланні перешкоди викликають у них лише роздратування і готовність «битися до кінця». Прагнення до самоствердження та надмірне почуття відповідальності нав'язують їм роль трудоголика. Свій гнів за це вони переносять на найближче оточення, з яким встановлюють складні відносини. Стримування зовнішніх проявів агресії замикає хибне коло, яке через гіперкомпенсацію внутрішніх стресогенних переживань призводить до метаболічних змін, виникнення ІХС та рано чи пізно – до виснаження компенсаторних можливостей та непоправимих змін, якими і є інфаркт міокарда [16].

Мета дослідження: розробити модель корекції саморуйнівної поведінки на основі вивчення схильності до аутоагресії на прикладі пацієнтів з інфарктом міокарда та осіб, що скоїли суїцидальну спробу.

Матеріали та методи дослідження

На основі вивчення психологічних та психопатологічних паралелей аутоагресивної активності суїцидентів та хворих із серцево-судинними захворюваннями [18] ми розробили та застосували трьохкомпонентну модель психотерапевтичної корекції саморуйнівної поведінки щодо пацієнтів з перенесеним інфарктом міокарда та осіб, що вчинили суїцидальну спробу. Оцінку ступеня редукції саморуйнівної поведінки оцінювали за допомогою динаміки Колумбійської шкали оцінка тяжкості суїциду (C-SSRS).

Дослідження проводилося серед двох клінічних груп обстежуваних пацієнтів. В першу групу увійшло 60 осіб, що знаходилися на обстеженні та лікуванні з приводу незавершеної суїцидальної спроби в найближчий постсуїцидальний період. Іншу групу досліджуваних складали 60 пацієнтів кардіологічних відділень, які перенесли інфаркт міокарда в межах до 30 днів перед дослідженням. Вік пацієнтів першої групи – від 22 до 58 років (в середньому 31,4 року), другої – від 27 до 64 років (в середньому 35,1 року). За статеву структуру групу суїцидантів складали 34 (56,7 %) жінки, 26 (44,3%) чоловіків. В групі хворих на інфаркт – 29 (48,3%) жінок та 31 (51,7%) чоловік.

Результати та їх обговорення

Загальний комплекс курації обох груп пацієнтів передбачав поєднання застосування психофармакотерапії,

психотерапії та соціальної підтримки (рис. 1). Обсяг психофармакологічної допомоги визначався наявністю клінічно окреслених форм психічних розладів та тяжкістю психопатологічного стану відповідно до стандартів лікування. Нами було враховано, що пацієнти незалежно від ступеня тяжкості психічного стану спочатку були налаштовані тільки на медичне трактування захворювання, що було вигідно для них і знімало відповідальність за користування своїм типом психологічного захисту. Тому в процесі подальшої психотерапії нами регулювалася глибина занурення пацієнта в внутрішньоособистісний конфлікт, тому що надто глибоке занурення в конфлікт, до якого пацієнт ще не визрів, могло спровокувати обтяження соматичного стану або повторення суїцидальної спроби.

Соціальна підтримка відбувалася на рівні родини (мікрорівень), стаціонарного відділення перебування хворого (мезорівень). Макрорівнева соціальна підтримка (на регіональному рівні) виявилася найбільш проблематичною через організаційно-фінансові труднощі залучення пацієнтів до діяльності громадських організацій.

Основою нашого втручання була розроблена нами трьохкомпонентна модель психотерапевтичної корекції саморуйнівної поведінки щодо пацієнтів з перенесеним інфарктом міокарда та осіб, що вчинили суїцидальну спробу. Психотерапевтичне лікування було націлене на формування партнерських відносин лікар-пацієнт та позитивну динаміку ресурсної бази пацієнта під впливом макро- та мікрочинників його оточення. В процесі проведення психотерапії використовувався прийом мотиваційної співбесіди [19] як інструмент підвищення прихильності до терапії (рис. 2).

Запропонована нами психотерапевтична корекція була компонентною, а саме: психоосвітній блок; гуманістичний (екзистенційний) блок; когнітивно-поведінковий блок. Прототипом була обрана психотерапевтична програма «Спосіб корекції метаболічного синдрому Х», що була запатентована (Чабан О.С., Хаустова О.О., 2009) [20] як така, що мала на меті трансформацію актуальних хворобливих життєвих стратегій пацієнтів. Відмінною рисою запропонованої моделі стало додавання психоосвіти як першого обов'язкового компоненту.

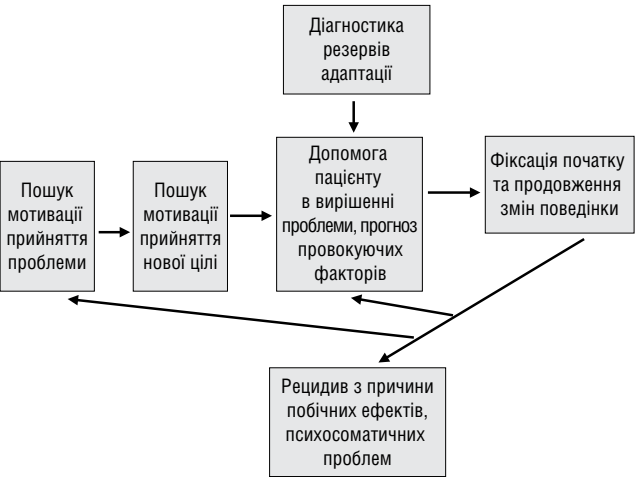


Рис. 2. Мотиваційна співбесіда: інструмент підвищення прихильності терапії (модиф. Rosen, Ryan & Rigsby, 2002)

Склад психоосвітнього блоку був однаковим для пацієнтів обох груп:

- стрес та його вплив на людину;
- особливості особистісного реагування;
- аутоагресія: психосоматичне реагування та саморуйнівна поведінка;
- трансформація життєвої стратегії: осмислення життя і свобода вибору.

В процесі проведення психоосвіти (індивідуально та в малих групах) частково верифікувалися психотерапевтичні мішені, що були визначені попереднім обстеженням пацієнтів у процесі дослідження. Було виявлено специфічні патерни поведінки, що провокували виникнення та подальший хворобливих станів. В обох групах ці стани були зумовлені наслідками хворобливої оцінки подій життя внаслідок наявності внутрішньоособистісних конфліктів та невирішених проблем, тому зміна оцінки подій життя зумовлювала зміни стану пацієнта. Отже, модифікація патологічних поведінкових патернів (трансформація актуальної життєвої стратегії мала значно зменшити вірогідність прогредієнтності захворювання.

Комбінації використання окремих технік екзистенціальної та когнітивно-біхевіоральної терапії становили відповідно другий та третій блоки-модулі психотерапевтичної корекції та визначалися актуальними психотерапевтичними запитами. Групова (в малих групах 3–5 осіб) й індивідуальна психотерапія були спрямовані в тому числі на внутрішньоособистісну проблематику і систему стосунків пацієнтів, дефекти якої знаходили вираження в міжособистісній взаємодії, що уже вдруге зумовлювало посилення порушень внутріособистісних структур і ріст нервово-психічної напруги. На кожному занятті приділялася увага поєднанню групового досвіду для підвищення мотивації кожного члена групи до позитивних змін, униканню конфронтації. Кожне заняття починалося з констатації досягнутих найменших позитивних змін пацієнтів і закінчувалося констатацією позитивних результатів здійсненої роботи. Комбінації використання окремих технік екзистенціальної та когнітивно-біхевіоральної терапії визначалися актуальними психотерапевтичними запитами.

Окремі кроки екзистенціального блоку психотерапевтичної програми були присвячені: ревізії проблем пацієнтів із перенесеним інфарктом міокарда та осіб, що вчинили суїцидальну спробу; трансформації цих проблем у цілі; побудові адекватної ієрархії цілей; визначенню прийнятних засобів досягнення цілей; ревізії ресурсної біопсихосоціальної бази як опори в досягненні цілей. Ця частина блоку принципово не відрізнялася від прототипу за змістом, але актуальні проблеми пацієнтів виокремлювалися через призму Колумбійської шкали оцінка тяжкості суїциду (C-SSRS).

Наступні кроки з використанням засад когнітивно-біхевіоральної терапії формували індивідуальні психотерапевтичні програми з усвідомленим вільним вибором пацієнтами окремих особистих стратегій – спілкування, лікування, активності, способу життя, сприяли адекватній трансформації їх життєвих стратегій та приводили актуальні ресурси у відповідність до нових життєвих цілей. Корекція за принципом вільного вибору, розши-

рення можливостей сприяла відновленню актуальних ресурсів у ланцюжку «біо-психо-соціо-». Підсумковий крок (аналіз трансформації актуальної життєвої стратегії) було присвячено фіксації змін емоцій та поведінки, обговоренню можливих рецидивів та заохоченню пацієнтів обох груп до довготривалого виконання планів, розширення своїх можливостей, підвищення якості життя.

В результаті застосування запропонованої нами трьохкомпонентної моделі психотерапевтичної корекції саморуйнівної поведінки щодо пацієнтів з перенесеним інфарктом міокарда та осіб, що вчинили суїцидальну спробу, а саме поєднання психоосвітнього, гуманістичного (екзистенційного) і когнітивно-поведінкового блоку, було зафіксовано редукцію суїцидальних думок в обох групах (рис. 3). Причому маніфестація «загрозливого» соматичного стану у вигляді інфаркту міокарда додатково сприяла зменшенню суїцидальної налаштованості, що відобразилося у повному зникненні всіх суїцидальних ідей.

Послідовними задачами в психотерапевтичній корекції були: усвідомлення пацієнтами зв'язків переживань і тіла, особливостей трансформацій різних емоцій у тілесні процеси; усвідомлення пацієнтом і корекція найбільш актуальних дезадаптивних стереотипів (представлень, переживань і поведінки) щодо значимих життєвих позицій і свого захворювання; витяг і використання позитив-

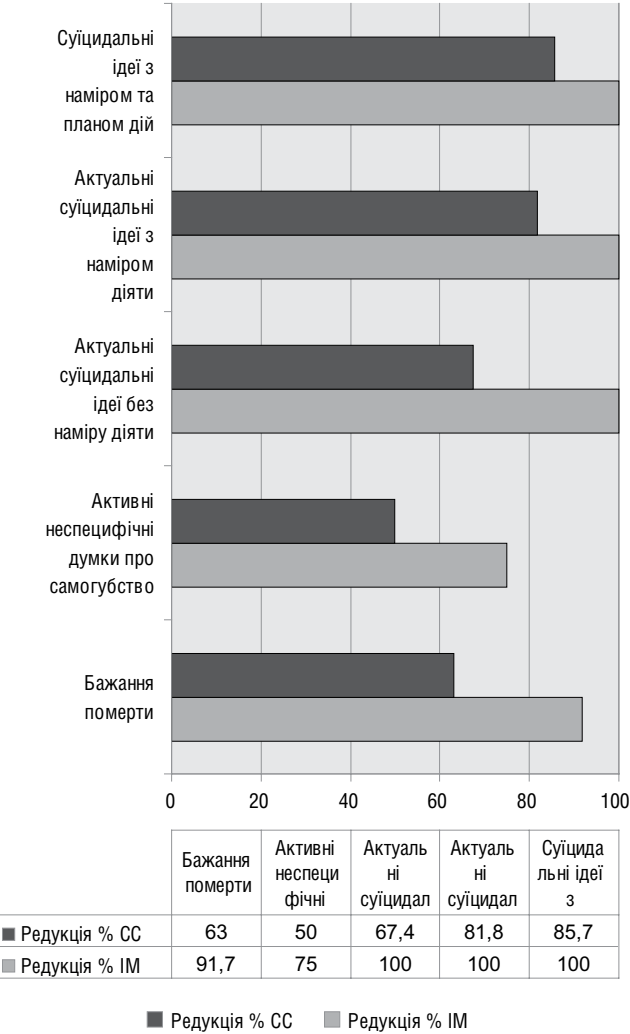


Рис. 3. Редукція суїцидальних думок в результаті впровадження моделі корекції саморуйнівної поведінки у пацієнтів з інфарктом міокарда та осіб, що скоїли суїцидальну спробу

них особистісних ресурсів пацієнтів і активізація їхній творчих можливостей для досягнення конструктивних змін; вироблення нових навичок контролю і подолання психоемоційних аспектів хвороби, а також стресових життєвих ситуацій; підвищення самооцінки.

У процесі проведення психотерапії пацієнти здобували такі навички: уміння швидко досягати фізичного і психічного розслаблення; підвищення здатності до самоконтролю, що дозволяло обмежувати вплив стресу, контролювати навантаження; формування конструктивної й ефективної стратегії вирішення (менеджменту) проблем і ситуацій, що викликали стрес; поліпшення міжособистісного функціонування.

Висновки

Розроблена і застосовувана нами трьохкомпонентна модель психотерапевтичної корекції саморуйнівної поведінки щодо пацієнтів з перенесеним інфарктом міокарда та осіб, що вчинили суїцидальну спробу, показала значний позитивний результат за оцінкою ступеня редукції саморуйнівної поведінки за Колумбійською шкалою оцінка тяжкості суїциду (C-SSRS). Відмінною від прототипу рисою запропонованої нами моделі стало додавання психоосвіти як першого обов’язкового компоненту. Саме сполучення психоосвітнього, гуманістичного (екзистенційного) і когнітивно-поведінкового блоку з використанням мотиваційної співбесіди як інструменту підвищення прихильності до терапії дозволило провести трансформацію актуальних хворобливих життєвих стратегій пацієнтів обох груп.

Список використаної літератури

1. Barefoot J.C., Larsen S., von der Lieth L., Schroll M. Hostility, incidence of acute myocardial infarction, and mortality in a sample of older Danish men and women // Am. J. Epidemiol. – 1995. – Vol. 142. – P. 477–484.
2. Bruffaerts R., Demyttenaere K., Borges G. et al. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. //The British Journal of Psychiatry. – 2010. – Vol. 197 (1). – P. 20–27.

3. Danish Medicines Agency (2005) Forbruget af Antidepressiva i Danmark i den Primære Sundhedssektor i Perioden 1994–2003. Copenhagen: Danish Medicines Agency.
4. Demborski T.M., MacDougal J.M., Williams R.B. et al. Components of type A, hostility, and anger—in: relationship to angiografic findings. // Psychosom. Med. – 1985. – Vol. 47 – P. 219–233.
5. Fergusson D., Doucette S., Cranley Glass K. et al. Assotiation between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials // BMJ. – 2005. – Vol. 330. – P. 396 –399.
6. Grunebaum M.F., Ellis S.P., Li S. et al. Antidepressants and suicide risk in the United States, 1985–1999 // J. of Clinical Psychiatry. – 2004. – Vol. 65. – P. 1456–1462.
7. Hearn M.D., Murray D.M., Luepker R.V. Hostility, coronary heart disease, and total mortality: a 33–year follow–up study of university students. // J. Behav. Med. – 1989. – Vol. 12. – P. 105–121.
8. Isacsson G. Suicide prevention – a medical breakthrough? // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2000. – Vol. 102. – P. 113–117.
9. Martinez C., Rietbrock S., Wise L. et al. Antidepressant treatment and the risk of fatal and nonfatal self-harm in first-episode episode depression – a nested case – control study // BMJ. – 2005. – Vol. 330. – P. 389–393.
10. Middleton N., Gunnell D., Whitley E. et al. Secular trends in antidepressant prescribing in the UK, 1975–1998 // J. of Public Health Medicine. – 2001. – Vol. 23. – P. 262–267.
11. Nock M.K., Park J.M., Finn C.T. et al. Measuring the Suicidal Mind: Implicit Cognition Predicts Suicidal Behavior // Psychological Science. – 2010. – Vol. 21 (4). – P. 511–517.
12. O’Connor N.J., Manson J.E., O’Connor G.T. et al. Psychosocial risk factors and nonfatal myocardial infarction // Circulation. – 1995. – Vol. 92 – P. 1458–1464.
13. Olsson M., Shaffer D., Marcus S.C. et al. Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents // Archives of General Psychiatry. – 2003. – Vol. 60. – P. 978–982.
14. Rosengren A., Hawken S., Ounpuu S. et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study // Lancet. – 2004. – Vol. 364. – P. 953–962.
15. Whittington C.J., Kendall T., Fonagy P. et al. Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data // Lancet. – 2004. – Vol. 363. – P. 1341–1345.
16. Дзюба О.М., Хаустова О.О., Безшейко В.Г. Саморуйнівна поведінка у пацієнтів з психосоматичними розладами // Таврический журнал психиатрии.
17. Суїцид. Хрестоматія по суїцидології / Сост. Моховиков А.Н. – К., 1996.
18. Хаустова О.О., Романів О.П. Суїцид: сучасні підходи до профілактики // Ліки України. – 2013. – №1 (167). – С. 89–94.
19. Хаустова О.О., Сахно С.Г. Мотиваційне інтерв’ю в діагностично-лікувальному процесі психосоматичних хворих // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, №1 (72). – С. 130–134.
20. Чабан О.С., Хаустова О.О. Спосіб корекції метаболічного синдрому Х. – Пат. 24084 Україна, МКП (2006) А61М 21/00 А61В 5/16. Заявник і патентовласник Укр. НДІ ССПН. – № и 2006 08832; заявл. 07.08.06 ; опубл. 25.06.07, Бюл. №9.
21. Чабан О.С., Хаустова О.О. Реабілітаційні мішені: особливості дезадаптації людини в сучасних кризових ситуаціях // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – №1 (21). – С. 13–22.
22. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск, 2006. – 742 с.

МОДЕЛЬ КОРРЕКЦИИ САМОРАЗРУШАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ НА ОСНОВЕ ИЗУЧЕНИЯ СКЛОННОСТИ К АУТОАГРЕССИИ
А.П. Романів

Коррекция саморазрушающего поведения является важной социальной задачей, решение которой возможно только при интеграции различных направлений работы с пациентом в единую стратегию. На основе изучения психологических и психопатологических параллелей суицидогенеза 60 суицидентов и 60 больных инфарктом миокарда мы разработали и применили трехкомпонентную модель психотерапевтической коррекции саморазрушительного поведения у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда и лиц, совершивших суицидальную попытку. Модель представляет собой сочетание психообразовательного, гуманистического (экзистенциального) и когнитивно-поведенческого блоков интервенции. Оценку степени редукции саморазрушительного поведения мы оценивали с помощью динамики Колумбийской шкалы оценки тяжести суицида (C-SSRS). Нами было зафиксировано редукцию суицидальных мыслей в обеих группах. Причем манифестация «угрожающего» соматического состояния в виде инфаркта миокарда дополнительно способствовала уменьшению суицидальной настроенности, что отразилось в полном исчезновении всех суицидальных идей. Именно сочетание психообразовательного, гуманистического (экзистенциального) и когнитивно-поведенческого блока с использованием мотивационной интервью как инструмента повышения приверженности к терапии позволило провести трансформацию актуальных болезненных жизненных стратегий пациентов обеих групп.

Ключевые слова: аутоагрессия, психосоматика, суицидная попытка, инфаркт миокарда, психотерапия, психообращование

CORRECTION MODEL OF SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR BY STUDYING THE TENDENCY TO SELF-AGGRESSION
O. Romaniv

Correction of self-destructive behavior is an important social problem whose solution is possible only with the integration of different areas of work with the patient in a single strategy. Based on the study of psychological and psychopathological parallels suitsidogeneza 60 suicides and 60 patients with myocardial infarction, we have developed and applied a three-component model of psychotherapeutic correction self-destructive behavior in patients with prior myocardial infarction and perpetrators of a suicide attempt. The model is a combination of psychoeducational, humanistic (existential) and cognitive-behavioral intervention units. Assessment of the degree of reduction of self-destructive behavior, we evaluated using the dynamics of the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). We recorded a reduction of suicidal ideation in both groups. Moreover, the manifestation of «threatening» physical state in the form of myocardial infarction is further helped to reduce suicidal tendencies, which resulted in the complete disappearance of all suicidal ideation. The combination of psychoeducational, humanistic (existential) and cognitive-behavioral unit using motivational interview as a tool to improve adherence to therapy allowed for the transformation of the actual painful life strategies of patients in both groups.

Key words: autoaggression, psychosomatics, suicidal attempt, myocardial infarction, psychotherapy, psioheducation

УДК 159.964

Д.М. Мороз

ПСИХОСОМАТИЧНІ АСПЕКТИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

ДУ ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ

Ключові слова:

психосоматична медицина, стрес, депресія, афект, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, серцева недостатність.

В останній час серед дослідників та практичних лікарів спостерігається тенденція до коморбідного підходу при діагностиці та лікуванні захворювань внутрішніх органів у зв’язку з розвитком психосоматичної медицини. Частота психосоматичних розладів серед населення досить висока і коливається від 15 до 50%, а в загально-медичній практиці – від 30 до 57% [1].

Окремі питання психосоматичних аспектів серцево-судинних захворювань були предметом дослідження багатьох науковців: А.В. Андрющенко, Д.В. Романов, К.Г.Юнг, L.M. Wallace, O. Theou, S.A. Kirkland, A.K. Mattila, E. Kronholm, A. Julia, K.C. Wrenn, E. Mostofsky, G.H. Tofler, L.L. Watkins, G.G. Koch, A. Sherwood, Y.H. Chen, H.C. Lin, W.J. Kostis, J. Cabrera, F.H. Messerli та ін.

Не применшуючи значення їх внеску, слід все ж таки відзначити необхідність проведення узагальнюючих досліджень в сучасних умовах України в межах окресленої проблематики та вироблення єдності у підходах.

Мета полягає у систематизації існуючих досліджень щодо проблематики психосоматичних аспектів серцево-судинних захворювань.

Існує низка теорій психосоматичних розладів:

1. Психоаналітична концепція – належить S. Freud, згідно якої невідреаговані емоції, що не знайшли свого часу нормального виходу, переводяться в несвідоме, зберігаючи свою афективну силу, відбувається конверсія (перенесення) емоційного стану на орган [2].

2. Концепція специфічного емоційного конфлікту (F. Alexander) – кожна емоція має відповідне соматичне вираження, патологічні афекти проявляються порушенням функції органів, причому певні конфліктні ситуації мають спорідненість до певних систем органів. Наприклад, пригнічена агресивність, стриманий гнів, ворожість виражаються активацією симпатичної системи і ведуть до розвитку гіпертензії, ішемічної хвороби серця (ІХС), аритмії [1].

3. В концепції особистісного профілю (F. Dunbar) був виявлений зв’язок особливостей профілю особистості з вірогідністю розвитку ряду захворювань. Наприклад, для хворих ІХС характерні амбітність, тривожність, агресія. Ця теорія дала поштовх для подальшої розробки поведінкових типів (А і Б), які почали розглядати як чинники ризику психосоматичних захворювань [1].

4. Концепція десоматизації – ресоматизації (М. Schur). Основою цієї концепції є уявлення про тісний зв’язок соматичних і психологічних процесів у людини в періоді раннього дитинства, який слабшає у міру дорослішання. При цьому, нормальний розвиток людини відповідає поняттю десоматизації [21].

5. Концепція алекситимії (P. Sifneous). Основою психосоматичних розладів є алекситимія – психологічний розлад, що характеризується обмеженою здатністю адекватно сприймати і вимовляти свої відчуття і емоційний стан. Джерелом алекситимії вважають виховання в суворо регламентованих стереотипних стосунках в сім’ях [4].

6. Концепція нервізму. Згідно цієї концепції вісцеро-вегетативні розлади виникають в результаті хронічного патологічного перенапруження кори головного мозку (кортиковісцеральний механізм) [20].

7. Теорія стресу (Н. Selye). При хронічному стресі виділяють три стадії: тривоги, адаптації та виснаження з відповідними реакціями нервової і ендокринної систем [20].

Медичний взаємозв’язок психічних розладів та соматичних захворювань представлений схематично на рисунку [1].

Таким чином, психосоматична медицина – це концептуальний підхід до здоров’я та хвороби, що розглядає психосоматичні стани як взаємодію психологічних, соціальних та біологічних чинників. Такий підхід принципово відрізняється від традиційної біомедичної моделі хвороби як суто фізичної аномалії, спричиненої впливом фізико-хімічних чинників [21].

Функціональні розлади з наявністю соматичних скарг відповідають рубриці F 45 МКБ-10. У цій групі знаходиться переважна частина «проблемних пацієнтів», які приходять на прийом із строкатою картиною невизначе-

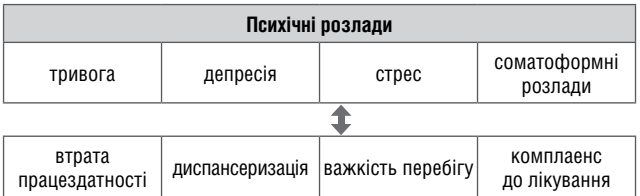


Рис. 1. Взаємозв’язок між психічними та соматичними розладами

них симптомів. Тканинні (структурні) зміни відсутні. На відміну від конверсійних симптомів, окремий симптом не має специфічного значення, є неспецифічним наслідком порушеної тілесної функції. Ці стани називаються органічними неврозами. Серед захворювань серцево-судинної системи в цю рубрику включені: функціональна тахікардія, деякі форми аритмії, псевдостенокардія. Окрім того, існує поняття органічних психосоматозів, що відповідають рубриці F 54 МКБ-10. До безумовних психосоматозів на відносяться гіпертонічна хвороба, а також всі форми ішемічної хвороби серця [19].

Якщо говорити про психосоматичний континуум, то проведено ряд досліджень щодо зв'язку між стресовими ситуаціями, розладами настрою та захворюваннями серцево-судинної системи (ССС) [15, 34].

Зокрема, за даними Dasgupta K., et al. серед пацієнтів з вираженою депресією частота артеріальної гіпертензії майже в 3 рази вище, ніж у осіб без депресії [12]. У дослідженні Grimsrud A., et al. у пацієнтів з артеріальною гіпертензією частота тривожних розладів була в 1,5 рази вище, ніж у осіб з нормальним артеріальним тиском (АТ) [34]. Спостереження Brondolo E. за офісними працівниками показало, що негативні міжособові стосунки, ворожість, хронічний стрес на роботі, недостатня здатність пацієнтів виразити свій гнів, стримування негативних емоцій асоціюються з підвищенням добового АТ. Тоді як позитивні емоції пов'язані зі зниженням АТ [11].

Стрес, тривога і депресія у пацієнтів з нормальним АТ асоціювалися з підвищенням ризику артеріальної гіпертензії в 1,8 рази впродовж 7-16 років спостереження в найбільшому американському епідеміологічному дослідженні NHANES I. У 10-річному канадському популяційному дослідженні 12270 чоловік з початково нормальним АТ серед осіб з депресією ризик появи артеріальної гіпертензії був вищим на 60% [12, 22].

У пацієнтів з артеріальною гіпертензією наявність хронічного стресу була пов'язана із зростанням ризику інсульту (у 2,3-2,7 разів) і серцево-судинної смертності. В той же час, у дослідженні SHEP у літніх пацієнтів підвищення вираженості депресії за шкалою CES-D на 5 пунктів призводило до зростання смертності на 25%, ризику інсульту або інфаркту міокарда – на 18% [15].

Причини розвитку первинної артеріальної гіпертензії остаточно не з'ясовані. Мабуть, зв'язок депресії, тривоги і гіпертензії непрямий та опосередкований загальними чинниками ризику і гіперактивністю нервових і ендокринних систем організму. Підвищення симпатичної активності зі зростанням серцевого викиду і периферичного опору судин, збільшення продукції кортикостероїдів при активації гіпоталамо-гіпофізарної системи сприяє зростанню АТ [30].

За своєю етіологією до психосоматозів відноситься також ІХС. Депресія зустрічається у 20% пацієнтів з ІХС. Критерії депресивного епізоду впродовж 1 року у пацієнтів зі стенокардією виявили в 4,5% випадків в дослідженні ВООЗ. Тісний зв'язок ІХС і депресії був показаний також в шведському дослідженні серед близнюків. У пацієнтів з ІХС підвищена частота тривоги, наприклад панічний розлад реєстрували в 10-34% випадків [29].

Серед можливих механізмів негативного впливу депресії на виникнення і перебіг ІХС припускають

підвищену активність симпатичної нервової системи, ендотеліальну дисфункцію, гіперкоагуляцію, прискорення атеросклеротичного ураження [26,32]. Наявність хронічного стресу у пацієнтів з ІХС посилює реакцію серцево-судинної системи на фізичне навантаження. Окрім того, виявлений негативний вплив депресії та стресу на чинники ризику серцево-судинних захворювань, що відносяться до способу життя пацієнтів, обмежена фізична активність і підвищена частота паління. У жінок з депресією та хронічним стресом більше виражено відкладення вісцелярного жиру [31].

Зв'язок стресу і ішемії міокарду можна пояснити також збільшенням активності симпатичної нервової системи, рикошетною ваготонією, зростанням потреби міокарду в кисні, згортанням крові, агрегацією тромбоцитів, збільшенням атерогенних фракцій ліпопротеїнів, ендотеліальною дисфункцією, а також посиленням запалення в умовах стресу [25].

В більшості проспективних когортних досліджень наявність хронічного стресу та депресії підвищувала частоту розвитку ІХС в 1,2-2,9 рази, незалежно від традиційних соматичних чинників ризику серцево-судинних захворювань. У молодих пацієнтів віком до 40 років з депресією та тривожними розладами при спостереженні впродовж 15 років ризик ранньої смерті від ІХС був вищим в 3,7 разів відповідно. Вплив ІХС на ризик депресії був істотно вищим, ніж зворотний зв'язок, що може свідчити про перевагу вторинних психічних розладів у пацієнтів з ІХС [29].

Когортне дослідження US Department of Veterans Affairs, з включенням майже 94000 людей без ІХС, яким проводилося лікування депресивного епізоду за допомогою антидепресантів різних класів впродовж більше 12 тижнів, показало зниження ризику інфаркту міокарду на 52-66% [6]. Вважають, що зниження кардіоваскулярного ризику може бути пов'язане як з поліпшенням прихильності пацієнтів до профілактики і лікування судинних захворювань, так і з послабленням впливу самої депресії на ризик інфаркту міокарду. Важливе значення мають результати дослідження Canadian Nova Scotia Health Survey, що продемонструвало зниження ризику ІХС на 22% впродовж 10 років спостереження у людей з підвищеним настроєм [3].

Тривожні розлади супроводжуються підвищенням ризику ІХС в 1,3-4 рази у чоловіків і в 4,2 рази у жінок. У 35-річному шведському дослідженні у чоловіків наявність тривоги підвищувало ризик ІХС в 2,2 разів, а інфаркту міокарду – в 2,5 рази, незалежно від інших факторів ризику [33].

Дослідження 34000 американських чоловіків середнього віку показало, що високий рівень фобічної тривоги збільшує ризик фатальної ІХС в 3 рази впродовж двох років. Інше дослідження включало 2280 чоловіків і виявило збільшення в 4,5 рази ризику раптової серцевої смерті і в 1,9 рази ризику фатальної ІХС за 32 роки контрольованого спостереження [14].

Серед різних типів тривожних розладів найкраще був вивчений панічний розлад. За даними великого когортного проспективного дослідження пацієнтів з панічними розладами у віці до 50 років було виявлено зростання ризику інфаркту міокарду на 38%, а ризику ІХС – на

44% [9]. Збільшення ризику інфаркту міокарду в 1,9 рази серед пацієнтів з панічним розладом продемонстровано в тайванському дослідженні [13].

Оскільки депресія і тривога часто співіснують - важлива оцінка ролі коморбідних емоційних розладів. У дослідженні WISE негативний вплив депресії на прогноз серцево-судинних подій у жінок був виявлений лише у випадках слабкої коморбідної тривоги [5]. У пацієнтів з ІХС при супутній депресії число ішемічних подій зросло в 1,4-6,7 разів, в тому числі фатальних подій – в 1,4–2,6 рази. Депресія у пацієнтів з нестабільною стенокардією підвищувала загальну летальність в 2 рази впродовж 42 місяців (COPEs) [24].

Симптоми депресії та тривоги асоціювалися з вираженою стенокардією, обмеженням фізичної активності і зниженням якості життя. Важливо відмітити, що саме депресія та тривога, а не фізична працездатність, фракція викиду лівого шлуночку або ішемія навантаження погіршували суб'єктивний стан пацієнтів. На відміну від когнітивних (відчуття даремності, безглуздя, відчаю), соматичні симптоми депресії – стомлюваність, порушення сну і апетиту підвищували ризик серцево-судинних подій на 34, 26 і 46% відповідно впродовж 6 років спостереження за пацієнтами із стабільною ІХС [10]. Окрім того, у пацієнтів з ІХС і депресією та тривогою ризик розвитку серцевої недостатності підвищується в 4 рази. Велика депресія була пов'язана з підвищенням в 2,7 разів смертності від ІХС за даними 10-річного проспективного дослідження EPIC – Norfolk [17].

За наявності тривоги вдвічі зростає ризик нефатального інфаркту міокарду або смерті за даними проспективного 3-річного дослідження. Генералізований тривожний розлад асоціювався з підвищенням на 74% числа серцево-судинних ускладнень у пацієнтів зі стабільною стенокардією і майже в 2 рази у пацієнтів після інфаркту міокарду [7].

У 7-річному ретроспективному дослідженні серед пацієнтів без серцево-судинних захворювань тривожний розлад асоціювався зі збільшенням ризику інфаркту міокарду на 34%, панічний розлад – на 43%, а посттравматичний стресовий розлад – на 25% [28]. У тривалих дослідженнях показано, що хронічний стрес супроводжувався підвищенням частоти фатальних і нефатальних серцево-судинних подій у чоловіків. Одним із частих стресорів, що передують серцево-судинним подіям, вважають невідповідність виконаної роботи і винагороди. Серед пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом вище рівень кальцифікації коронарних артерій, що свідчить про атеросклероз, і смертність незалежно від традиційних чинників ризику [27].

Важливу виявилася також оцінка впливу емоційних порушень на вираженість ангінозного болю. У попередніх дослідженнях показано, що в групі хворих зі стабільною ІХС високим рівнем тривоги інтенсивність болю пацієнти оцінювали вище при ангінозних нападах. Серед пацієнтів з виявленою при стрес-тесті ішемією міокарду у разі депресії стенокардія під час навантаження реєструвалася в 3,1 разів частіше [28].

Від однієї третини до половини пацієнтів з ІХС мають ішемію міокарду під час гострого психоемоційного стрес-тесту, яка розвивається при нижчому навантажен-

ні (ЧСС і АТ), ніж при традиційному тесті з фізичним навантаженням. Навіть якщо при гострому емоційному стрес-тесті гемодинаміка посилюється до рівня при фізичному навантаженні, ішемія міокарду виявляється менш вираженою. Ішемія міокарду, викликана психічним стресом, зазвичай латентна. У пацієнтів з негативними результатами тестів з фізичним навантаженням і фармакологічними препаратами, радіонуклідне дослідження з емоційним стресором в 29% випадків виявило зворотну ішемію міокарду. Тобто пацієнтів з ІХС ішемія міокарду, викликана психоемоційним стресом, є незалежним чинником ризику смерті [25].

Наявність тривоги та депресії у госпіталізованих пацієнтів з серцевою недостатністю в дослідженні OPTIMIZE-HF було пов'язане з більшою тривалістю перебування в стаціонарі (7,0 vs 6,4 днів, $p < 0,001$), меншою частотою інвазивного лікування і підвищенням 90-денної летальності [16].

У багатоцентровому дослідженні 460 пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю депресія асоціювалася з важкими симптомами серцевої недостатності, фізичним і соціальним функціонуванням, якістю життя. Предикторами серцево-судинних подій у пацієнтів з серцевою недостатністю були афективні, проте не соматичні симптоми депресії [23].

У пацієнтів з серцевою недостатністю річна летальність при вираженій депресії зростала в 2,2 рази, а частота повторних госпіталізацій – в 3 рази. Мала депресія також негативно впливала на ризик повторних госпіталізацій і серцево-судинну смертність. При цьому, чим більше депресивних симптомів, тим гірше функціональний стан і вище летальність [35].

Посилення депресії впродовж року спостереження у пацієнтів з фракцією викиду лівого шлуночку $< 40\%$ призвело до зростання смертності і частоти госпіталізацій за 5-річний період спостереження [8].

Таким чином, дані чисельних багатоцентрових досліджень у пацієнтів з депресивними розладами та захворюваннями серцево-судинної системи можуть свідчити про значну роль психоемоційного стресу в якості тригера ішемії міокарду у схильних пацієнтів [5, 17, 25, 28].

Враховуючи багаточисельні аферентні зв'язки гіпоталамуса, а також його еферентні виходи на нейрогіпофіз та периферійні відділи вегетативної нервової системи, гіпоталамус вважають центром, що координує активність виконавчих органів за умов емоційних реакцій. Через низхідні нервові шляхи гіпоталамус зв'язаний з вегетативними центрами довгастого та спинного мозку. До його функцій відносяться безумовно рефлекторна регуляція АТ, дихання, діяльності органів травлення і сечовиділення, кровотворення, потовиділення, теплоутворення, вуглеводного, жирового обміну тощо [5].

Здійснюючи регуляцію симпатичного та парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи, гіпоталамус регулює також функцію нейросекреторних ядер, що продукують гіпоталамічні нейрогормони, які, в свою чергу, регулюють функцію гіпофіза [20].

Тобто сильний стрес може істотно підвищити ризик інфаркту міокарду. Наприклад, після втрати близької людини ризик інфаркту міокарду в подальшу добу під-

вищився в 24 рази і поступово знижувався в наступні дні [7].

Lichtman J.H., et al. і співавт. відмітили зростання річної летальності в 5,5 разів серед пацієнтів з підвищеним рівнем стресу та інфарктом міокарду без зубця Q на ЕКГ, тоді як у пацієнтів з інфарктом міокарду та зубцем Q негативного впливу стресу виявлено не було. Мабуть, цю відмінність можна пояснити неповною обструкцією коронарних артерій при і підвищенням ризику повторних епізодів гострої ішемії [18].

Універсальним нейрофізіологічним механізмом психосоматичного континууму при гіпертонічній хворобі та ІХС є порушення ієрархічної узгодженості діяльності інтегративних церебральних систем, і перш за все лімбіко-ретикулярної формації. При цьому порушуються реципрокні взаємовідношення активуючих та гальмуючих регуляторних компонентів з наступним виснаженням регуляторних систем [30, 32].

Матеріали та методи. У дослідження, що проводилось в ДУ ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України, були включені 195 пацієнтів випадкової вибірки, чоловіки та жінки віком 21 – 65 років, які звертались за амбулаторною чи стаціонарною допомогою. Серед обстежуваних вивчались чинники розвитку серцево-судинної патології, такі як – надлишкова вага тіла, нераціональне харчування, фізична інертність, шкідливі звички. Досліджувались особливості психоемоційного стану за допомогою опитувальників – HADS (Госпітальна шкала тривоги та депресії), PHQ (Опитувальник для діагностики непсихотичних розладів на етапі первинної медичної допомоги), вивчався біосоціальний статус за допомогою Шкали оцінки якості життя (Чабан О.С., Хаустова О.О.) та Анкети соціальних факторів, які можуть впливати на здоров’я (Чабан О.С.).

Всі зазначені методики є стандартизованими, з доведеною валідністю та надійністю, можуть бути використані як для скринінгу психосоматичного статусу, так і з метою дослідження динаміки під впливом лікування.

Хворі були розподілені на групи в залежності від нозологічних одиниць: артеріальна гіпертензія (АГ) – 88, ішемічна хвороба серця (ІХС)– 6, поєднання АГ та ІХС – 57, некоронарогенні захворювання серця (НЗС) – 44.

Дослідженням методом скринінгу встановлено, що порушення психоемоційного стану у кардіологічних хворих спостерігаються незалежно від нозології. Відповідно до результатів Госпітальної шкали тривоги та депресії, субклінічний рівень депресії спостерігався у 20,5% пацієнтів, клінічні ознаки депресії були присутні у 10% респондентів. Субклінічний рівень тривоги виявлений у 25% опитаних, клінічні прояви тривоги – відповідно – у 29%.

За допомогою опитувальника стану здоров’я PHQ нами було досліджено поширеність депресії, тривоги, соматоформного розладу, розладів переїдання та зловживання алкоголем. Опитувальник PHQ є діагностичним інструментом для виявлення психічних розладів непсихотичного реєстру у пацієнтів на етапі первинної медико-санітарної мережі. У 81 хворого (41,5%) були виявлені психосоматичні розлади, з яких 13,8 % склали соматоформні розлади, 12% - розлади депресивного характеру, 37% - пацієнти з тривожним синдромом.

Важливим було вивчити екзо- та ендогенні чинники, що відносяться до категорії стресорів: матеріальне становище, умови проживання, стосунки з рідними, близькими та колегами, вплив навколишнього середовища, засобів масової інформації та інші фактори. Цікавим є той факт, що з 28 соціальних чинників, які можуть впливати на здоров’я, найбільш часто зазначались наступні: політичні події у державі (49% опитаних), вплив засобів масової інформації (47%), матеріальні труднощі (36%), вплив навколишнього середовища (28%), наявна загроза майбутньому (26%).

Таким чином, отримані дані в сучасних умовах свідчать про наявність у досліджуваних хворих на серцево-судинну патологію суттєвих психоемоційних порушень з переважанням розладів тривожного спектру.

Висновки

Таким чином, тривожно-депресивні розлади можуть бути первинними, тобто передувати захворюванню серцево-судинної системи, можуть супроводжувати його, чи розвиватись вторинно, на його фоні. Психокардіологія є окремим напрямком в рамках сучасної психосоматичної медицини, присвяченим медико-психологічним аспектам кардіології.

У психосоматичному підході вбачається здорова реакція на деперсоналізовану медицину, що є результатом вужчої спеціалізації та технізації, які глибоко змінюють стосунки „лікар-хворий”. Гуманізація медицини, впровадження в широку клінічну практику ідей і методів медичної психології та психотерапії, реалізація загально-медичної концепції реабілітації орієнтує лікарів різного профілю на особистісний підхід до пацієнта.

Список використаної літератури

1. Андрющенко А.В. Клинико-эпидемиологические аспекты проблемы пограничных психических и психосоматических расстройств в общей медицине (обзор литературы) / А.В. Андрющенко, Д.В. Романов // Псих. расстр. в общ. мед. – 2010. – №2. – С. 23-42.
2. ЮнК. Г. Тэвистокские лекции. Аналитическая психология: ее теория и практика / Карл Густав Юнг. – М., 2009. –287 с.
3. Accumulation of non-traditional risk factors for coronary heart disease is associated with incident coronary heart disease hospitalization and death / L.M. Wallace, O. Theou, S.A. Kirkland, et al. // PLoS One. – 2014. – Vol. 9. – N 3.
4. Alexithymia and somatization in general population / A.K. Mattila, E. Kronholm, A. Jula, et al. // Psychosom. Med. – 2008. – Vol. 70. – N 6. – P. 716.
5. Anginal symptoms, coronary artery disease, and adverse outcomes in Black and White women: the NHLBI-sponsored Women’s Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) study / J.A. Eastwood, B.D. Johnson, T. Rutledge, et al. // Jour. Womens Health. – 2013. – Vol. 22. – N 9. – P. 724-732.
6. Antidepressant drug compliance: reduced risk of MI and mortality in depressed patients / J.F. Scherrer, L.D. Garfield, P.J. Lustman, et al. // Amer. Jour. Med. – 2011. – Vol. 124. – N 4. – P. 318-324.
7. Anxiety, anger, and mortality risk among survivors of myocardial infarction / K.C. Wrenn, E. Mostofsky, G.H. Tofler, et al. // Amer. Jour. Med. – 2013. – Vol. 126. – N 12. – P. 1107-1113.
8. Association of anxiety and depression with all-cause mortality in individuals with coronary heart disease / L.L. Watkins, G.G. Koch, A. Sherwood, et al. // Jour. Amer. Heart Assoc. – 2013. – Vol. 2. – P. 68-75.
9. Availability and quality of coronary heart disease family history in primary care medical records: implications for cardiovascular risk assessment / P. Dhiman, J. Kai, L. Horsfall, et al. // PLoS One. – 2014. – Vol. 9. – N 1. – e81998.
10. Azevedo M.R. Cognitive/affective and somatic/affective symptoms of depression in patients with heart disease and their association with cardiovascular prognosis: a meta-analysis / M.R. Azevedo, A.M. Roest, P.W. Hoen, P. Jonge // Psychol. Med. – 2014. – Vol. 27. – P. 1-15.
11. Brondolo E. Conceptualizing psychosocial risk factors for cardiovascular disease / E. Brondolo // Ann. Behav. Med. – 2012. – Vol. 43. – N 3. – P. 277-279.
12. Canadian Hypertension Education Program recommendations for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention, and treatment of hypertension / K. Dasgupta, R.R. Quinn, K.B. Zarnke, D.M. Rabi, P. Ravani, et al. // Can. Jour. Cardiol. – 2014. – Vol. 30. – N 5. – P. 485-501.

13. Chen Y.H. Patterns of psychiatric and physical comorbidities associated with panic disorder in a nationwide population-based study in Taiwan / Y.H. Chen, H.C. Lin // Acta Psychiatr. Scand. – 2011. – Vol. 123. – N 1. – P. 55-61.
14. Comorbidity and Functional Trajectories From Midlife to Old Age: The Health and Retirement Study / S. Stenholm, H. Westerlund, J. Head, et al. // Jour. Gerontol. Med. Scien. – 2014. – online available: <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/early/2014/07/23/gerona.glu113.full.pdf+html>
15. Competing cardiovascular and noncardiovascular risks and longevity in the systolic hypertension in the elderly program / W.J. Kostis, J. Cabrera, F.H. Messerli, et al. // Amer. Jour. Cardiol. – 2014. – Vol. 113. – N 4. – P. 676-681.
16. Depression and clinical outcomes in heart failure: an OPTIMIZE-HF analysis / N.M. Albert, G.C. Fonarow, W.T. Abraham, et al. // Amer. Jour. Med. – 2009. – Vol. 122. – N 4. – P. 366-373.
17. Depression and ischemic heart disease mortality: evidence from the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study / P.G. Surtees, N.W. Wainwright, R.N. Luben, et al. // Amer. Jour. Psychiatry. – 2008. – Vol. 165. – N 4. – P. 515-523.
18. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association / J.H. Lichtman, E.S. Froelicher, J.A. Blumenthal, et al. // Circulation. – 2014. – Vol. 129. – N 12. – P. 1350-1369.
19. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys / S. Moussavi, S. Chatterji, E. Verdes, et al. // Lancet. – 2007. – Vol. 370. – P. 851-858.
20. Dosne P.C. Stress and resilience. Hans Selye and the reencounter of two cultures / Medicina // 2013. – Vol. 73. – N 5. - 504-515.
21. Feeling bad in more ways than one: comorbidity patterns of medically unexplained and psychiatric conditions / E.A. Schur, N. Afari, H. Furberg, et al. // Jour. Gen. Intern. Med. – 2007. – Vol. 22. – N 6. – 818-821.
22. Jonas B.S. Mood disorders and physical functioning difficulties as predictors of complex activity limitations in young U.S. adults / B.S. Jonas, M. Loeb // Disabil. Health Jour. – 2010. – Vol. 3. – N 3. – P. 171-178.
23. Lee K.S. Association of physical versus affective depressive symptoms with cardiac event-free survival in patients with heart failure // K.S. Lee, T.A. Lennie, S. Heo, D.K. Moser // Psychosom. Med. – 2012. – Vol. 74. – N 5. – P. 452-458.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Д.М. Мороз

В статье приведены основные концепции психосоматических заболеваний, используемых в современной медицине и медицинской психологии. Проанализированы данные исследований, посвященных изучению влияния депрессивных и аффективных состояний на возникновение и прогрессирование гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, острого коронарного синдрома и хронической сердечной недостаточности. Приведен патогенетический механизм влияния стрессовых ситуаций в ходе сердечно-сосудистых заболеваний.

Ключевые слова: психосоматическая медицина, стресс, депрессия, аффект, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность.

PSYCHOSOMATIC ASPECTS OF CARDIOVASCULAR DISEASES
D. Moroz

The basic conceptions of psychosomatic diseases that are used in general medicine and medical psychology are described in the article. The data of prospective and retrospective researches studied the influence of the depression and affect on the development and progression of the hypertensive disease, ischemic heart disease, acute coronary syndrome and chronic heart failure are analyzed in the review. Pathogenetic mechanism of stress influence in relation to the cardiovascular diseases is described.

Key words: psychosomatic medicine, stress, depression, affect, hypertensive disease, ischemic heart disease, heart failure.

УДК 616.899

О.О. Хаустова¹, В.О. Тещенко²

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДЕМЕНЦІЙ

¹Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ;

²Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня імені О.Ф. Мальцева, м. Полтава

Ключові слова:

деменція, когнітивні порушення, інгібітори холінерастери.

В останні роки в світі відбувається скорочення чисельності населення з одночасним ростом кількості людей похилого віку. Епідеміологи вказують, що в 2000 році число осіб у віці 65 років і старше було 420 млн осіб. Експерти

24. Long-term Outcomes of Enhanced Depression Treatment in Patients with Acute Coronary Syndromes / S. Ye, J.A. Shaffer, N. Rieckmann, et al. // Amer. Jour. Med. – 2014. – Vol. 14. – P. 90-98.
25. Mental stress provokes ischemia in coronary artery disease subjects without exercise or adenosine-induced ischemia / S. Ramachandruni, R.B. Fillingim, S.P. McGorray, et al. // Jour. Amer. Coll. Cardiol. – 2006. – Vol. 47. – N 5. – P. 987.
26. Mental-stress-induced platelet activation among patients with coronary artery disease / G.J. Reid, P.H. Seidelin, W.J. Kop, et al. // Psychosom. Med. – 2009. – Vol. 71. – N 4. – P. 438-445.
27. Nicholson A. Psychological distress as a predictor of CHD events in men: the effect of persistence and components of risk / A. Nicholson, R. Fuhrer, M. Marmot // Psychosom. Med. – 2005. – Vol. 67. – N 4. - 522-530.
28. Psychosocial modulators of angina response to myocardial ischemia / S.V. Arnold, J.A. Spertus, P.S. Ciechanowski, et al. // Circulation. – 2009. – Vol. 120. – N 2. – P. 126-133.
29. Risk factors for anxiety disorders: common and specific effects in a national sample / C. Blanco, J. Rubio, M. Wall, et al. // Depress Anxiety. – 2014. – Vol. 31. – N 2. – P. 22-24.
30. Scalco A.Z. Hypertension and depression / A.Z. Scalco, M.Z. Scalco, J.B. Azul, F. Lotufo Neto // Clinics. – 2005. – Vol. 60. – N 3. – P. 241-250.
31. Sex Differences in Associations of Depressive Symptoms with Cardiovascular Risk Factors and Metabolic Syndrome among African Americans / D.C. Cooper, R.B. Trivedi, K.M. Nelson, et al. // Cardiovasc Psychiatry Neurol. – 2013. – online available: <http://www.hindawi.com/journals/cpn/2013/979185/>
32. Social relationships and their biological correlates: Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study / T.E. Seeman, T.L. Gruenewald, S. Cohen, et al. // Psychoneuroendocrinology. – 2014. – Vol. 43. – P. 126-138.
33. Symptoms of anxiety and depression and risk of heart failure: the HUNT Study / L.T. Gustad, L.E. Laugsand, I. Janszky, et al. // Eur. Jour. Heart Fail. - 2014 - online available: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ehf.133/pdf>
34. The association between hypertension and depression and anxiety disorders: results from a nationally representative sample of South African adults / A. Grimsrud, D.J. Stein, S. Seedat, et al. // PLoS One. – 2009. – Vol. 4. – N 5. - e5552.
35. Tully P.J. A dynamic view of comorbid depression and generalized anxiety disorder symptom change in chronic heart failure: the discrete effects of cognitive behavioral therapy, exercise, and psychotropic medication / P.J. Tully, T. Selkow, J. Bengel, C. Rafanelli // Disabil. Rehabil. – 2014. – Vol. 1. – P. 1-8.

загальної чисельності населення планети. Відповідно Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) оголосила, що до 2030 року число жителів Землі зі старечим слабоумством збільшиться майже вдвічі та становитиме 65,7 млн осіб. Щорічно деменція діагностується у 7,7 млн осіб [1].

Вважають, що для збереження одного біт (одиниці) інформації необхідно близько 10 нейронів. Якщо враховувати усі нейрони головного мозку (близько 1011), нервова система може зберегти 1019 біт інформації, з якої людина реально використовує не більше 5–10%. З віком відбувається загибель нейронів головного мозку (так, до 70–80 років вона досягає 32–48%). Це є причиною зменшення маси головного мозку (в середньому на 90 г) та зниження активності нейротрансмітерних систем, внаслідок чого з віком відбувається погіршення когнітивних функцій, а саме:

- зменшення швидкості реакції (брадифренія);
- важкість тривалого концентрування уваги (швидка втомлюваність);
- зниження оперативної пам'яті (складності при навчанні);
- складність змінювати програму дій (інтелектуальна «ригідність»).

Відповідно до характеру та вираженості порушень когнітивних функцій виділяють такі основні синдроми:

- фізіологічні інволюційні зміни когнітивних здатностей («пов'язані зі старінням когнітивні порушення», англ. aging-associated cognitive decline, 1994);
- помірні когнітивні порушення (англ. mild cognitive impairment, 1997);
- деменція [2].

Природні інволюційні зміни когнітивних функцій (інколи використовується термін «успішне старіння») в нормі виражені незначно. Нижче представлено критерії діагнозу «пов'язані зі старінням когнітивні порушення»:

- когнітивні порушення за скаргами пацієнта або його родичів;
- поступовий розвиток порушень та їх наявність протягом не менше 6 місяців, без епізодів різкого погіршення за цей час;
- порушення в одній із таких сфер: пам'яті, уваги, мислення, мови, орієнтування;
- результати нейропсихологічних тестів (як мінімум на одне стандартне відхилення нижче норми, розробленої для даної вікової категорії).

Найважливішими факторами, які сприяють прогресуванню вікової когнітивної дисфункції, є:

- артеріальна гіпертензія;
- гіперліпідемія;
- цукровий діабет;
- дефіцит вітамінів;
- гіпергомоцистемія;
- дефіцит тестостерону та естрогенів;
- серцева і дихальна недостатність;
- тривалий прийом препаратів з холінолітичною активністю;
- низька інтелектуальна активність;
- спадковість.

Під терміном «помірні когнітивні порушення» розуміють порушення однієї або кількох когнітивних функцій, які виходять за межі вікової норми, але не досягають вираженості деменції. Синдром помірних когнітивних

порушень у більшості випадків є патологічним станом, внаслідок чого зміни на даному етапі не вичерпуються лише віковими інволюційними процесами. У більшості випадків він пов'язаний з початком захворювання головного мозку (повторює етіологію деменції). Цей синдром спостерігається у 15–20% осіб старше 65 років. Тривалі спостереження свідчать, що протягом 5 років деменція розвивається у 60–80% пацієнтів з даною патологією. Лише в 20–40% випадків помірні когнітивні розлади мають стабільний або повільно прогресуючий характер, тобто не переходять в деменцію [3, 4].

Помірний когнітивний розлад і деменція не є самостійними захворюваннями. Причиною розвитку цих розладів служать кілька десятків захворювань різного характеру, які об'єднує їх здатність спричинити пошкоджуючу дію на коркові та підкоркові відділи головного мозку [18]. Прогноз за наявності синдрому помірних когнітивних порушень досить серйозний, оскільки в 1,7 разу вище ризик летальності та в 3,1 разу – виникнення хвороби Альцгеймера. Несприятливими прогностичними ознаками при помірних когнітивних розладах є:

- похилий вік;
- низькі результати нейропсихологічних тестів;
- обтяжений сімейний анамнез по деменції;
- атрофія гіпокампа на МРТ головного мозку;
- швидке наростання церебральної атрофії при повторних КТ або МРТ обстеженнях;
- носійство алеля АПОЕ-4.

Деменція є найбільш тяжким клінічним варіантом когнітивної дисфункції в похилому віці. Під деменцією розуміють дифузні порушення психічних функцій в результаті органічного ураження мозку, що проявляються первинними порушеннями мислення та пам'яті та вторинними емоційними і поведінковими розладами.

Основні причини деменції:

- хвороба Альцгеймера (25–45%);
- деменція з тільцями Леві (10–25%);
- змішана деменція (10–25%);
- судинна деменція (10–15%).

Для діагностики деменції широко використовуються діагностичні критерії МКХ-10, а саме:

- порушення пам'яті (важкість запам'ятовувати новий матеріал, ускладнення здатності відтворення раніше засвоєної інформації);
 - порушення інших когнітивних функцій (здатності до суджень, мислення–планування);
 - клінічна значимість виявлених порушень;
 - порушення когнітивних функцій визначається на фоні збереженої свідомості;
 - емоційні та мотиваційні порушення;
 - тривалість симптомів не менше 6 місяців.
- Виділяють такі ступені тяжкості деменції:
- легка, коли професійна діяльність та соціальна активність чітко обмежені, але зберігається здатність жити самостійно, дотримуватися особистої гігієни, при цьому розумові здібності не порушені;
 - середня ступінь характеризується труднощами при самостійному проживанні та необхідністю певного контролю;
 - тяжка, коли активність в повсякденному житті порушена, необхідне постійне обслуговування та

догляд. Хворі нездатні дотримуватися мінімальної особистої гігієни та їх рухова здатність слабшає.

Зараз відбувається широке впровадження в клінічну практику сучасних методів об'єктивізації когнітивних розладів. В ролі скринінгового дослідження порушень когнітивних функцій рекомендовані такі тести: «5 слів» (D. Dubois, 2002), проба Шульте та тест на малювання годинника (S. Lovenstone, S. Gauthier, 2001), а для більш повної оцінки ступеня порушення когнітивних функцій та постановки синдромального діагнозу – коротка шкала оцінки психічного статусу (англ. Mini-Mental State Examination (MMSE), M. Folstein et al., 1975) та батарея на лобну дисфункцію (англ. Frontal Assessment Battery – FAB, B. Dubois et al., 1999) [7, 8].

Крім нейропсихологічних тестів для діагностики когнітивних розладів використовуються клінічні шкали: клінічна рейтингова шкала деменції (англ. Clinical dementia rating, J. Morris, 1993) та загальна шкала порушень (англ. Global deterioration scale, B. Reisberg et al., 1982) [9]. Судинний генез деменції підтверджується за допомогою ішемічної шкали Хачинського (Hachinski et al., 1975). Найбільш перспективним діагностичним методом визначення деменції є позитронно-емісійна томографія (ПЕТ), яка дозволяє отримувати функціональні зображення, що відображають процеси життєдіяльності головного мозку на молекулярному рівні, включаючи метаболізм глюкози та утилізацію кисню, оцінку кровообігу та перфузії, концентрації і спорідненості специфічних рецепторів.

Терапія когнітивних порушень у похилому віці має бути спрямована, по-перше, на профілактику наростання когнітивних розладів, по-друге – на зменшення вираженості наявних порушень. Профілактика особливо важлива на початковому етапі, коли ефективні заходи можуть попередити або відстрочити розвиток деменції. Необхідно зменшити ризик виникнення ішемії головного мозку (слід проводити адекватну терапію артеріальної гіпертензії, патології серця та цукрового діабету) [10].

Профілактика деменції включає два основні напрями: 1) підвищення церебральних резервів; 2) зменшення пошкоджуючих впливів на головний мозок. Для збереження когнітивних функцій у похилому віці необхідно дотримуватися певних правил. Необхідно формувати позитивний образ пройденого шляху, раціональне прийняття змісту прожитого життя, подолання страху смерті. Рекомендується підтримувати регулярну фізичну активність не менше 4–6 годин на тиждень, а також духовну активність, постійно отримувати нову інформацію, спілкуватися з членами сім'ї, друзями, колегами по роботі. Доведено, що фізична активність не лише знижує ризик смерті, але і асоціюється зі зменшенням захворюваності на кардіоваскулярні захворювання, інсульт, рак, депресію, цукровий діабет. Підтверджено позитивну кореляцію між фізичною активністю та когнітивними функціями [11]. Більш висока швидкість ходьби при прогулянці асоціюється з меншим когнітивним зниженням [12].

Велике значення для підтримання когнітивних функцій має раціональне харчування. Доведено, що середземноморська дієта не лише асоціюється з низьким ризиком кардіоваскулярних захворювань, окремих форм рака, смертності, але й знижує можливість розвитку хвороби Альцгеймера. Продовжує обговорюватись необхідність

додавання до їжі вітамінів Е, групи В, цинку, міді, фолієвої кислоти [13].

В останніх дослідженнях D.J. Llewellyn (University of Exeter, United Kingdom) доведено «надійний» зв'язок низького рівня вітаміну D в організмі людини та когнітивних функцій. Так, у пацієнтів старшого віку з низьким рівнем вітаміну D збільшується ризик розвитку деменції на 122%. Тобто, низький рівень вітаміну D ймовірно впливає на когнітивні функції через нейродегенеративні та судинні механізми. Рецептори до вітаміну D знаходяться в ділянках мозку, відповідальних за пам'ять, таких як гіпокамп та зубчаста звивина [14].

Крім того, важливий вплив на розвиток деменції можуть справити порушення сну, такі як апное та безсоння. Дослідники з Університету Каліфорнії, Сан-Франциско, виявили, що будь-які проблеми зі сном провокують ризик розвитку деменції на 30% (Dr. Kristine Yaffe) [15].

На даний час можливості етіопатогенетичної терапії деменцій обмежені. Глобального нозомодифікуючого ефекту від наявних в даний час препаратів достовірно не виявлено. Існуючі методи лікування спрямовані на корекцію окремої симптоматики: ослаблення та уповільнення прогресування когнітивних розладів, усунення емоційних і поведінкових порушень, купірування галюцинаторно-параноїдної симптоматики. Терапія включає препарати, які сприяють нормалізації мозкової гемодинаміки і метаболізму, а також дегідратацію. Дані терапевтичні напрями дозволяють довше підтримувати побутову незалежність пацієнта, поліпшити його повсякденну активність і відстрочити момент розвитку безпорадності [17].

Виділяють такі напрями в лікуванні.

1. Компенсаторна терапія – спрямована на подолання дефіциту нейромедіаторів головного мозку. Тобто застосовується холінергічна замісна терапія. Призначаються препарати, дія яких спрямована на усунення дефіциту ацетилхоліну в головному мозку. Як відомо, головним нейрохімічним механізмом розвитку деменції (особливо хвороби Альцгеймера) є виражена дегенерація холінергічних нейронів та, відповідно, значне зниження рівня ацетилхоліну в головному мозку. При цьому вираженість холінергічних порушень корелює зі ступенем деменції, загибеллю нейронів, а також числом сенільних бляшок і нейрофібрилярних клубків. Збільшення концентрації ацетилхоліну в мозку, в свою чергу, сприяє росту нейронів та збільшенню числа синапсів, тобто справляє виражений нейропластичний ефект. Внаслідок цього холінергічна фармакотерапія сьогодні може розглядатися в ролі профілактики та лікування деменції (в першу чергу, хвороби Альцгеймера, судинної деменції та ін.). Найбільш ефективними є дві основні групи холінергічних препаратів: інгібітори ацетилхолінестерази (допenezил, іпідакрин, ривастигмін, галантамін) та попередники ацетилхоліну (холіну альфосцерат, цитиколін). Прийом зазначених препаратів ефективний при деменціях легкого та середнього ступенів тяжкості. За даними контрольованих рандомізованих досліджень виявлено, що інгібітори холінестерази більшою мірою впливають на увагу та мнестичні функції. При тривалому прийомі поліпшуються або довгостроково стабілізуються когнітивні порушення і уповільнюється їх прогресування. Знижується швидкість втрати функціональних навичок

у базисній повсякденній діяльності. Зменшується ризик розвитку афективних і поведінкових розладів [17].

Крім холінергічного дефіциту в мозку встановлено недостатність глутаматергічної нейротрансмітерної системи, яка відіграє важливу роль у процесах навчання і пам'яті. Модулятором глутаматергічної системи є мемантин.

Сьогодні у світі прийнято єдиний терапевтичний підхід до найбільш поширених форм деменцій у похилому віці. При деменції легкої та помірної вираженості найкращий ефект відмічається при сумісному лікуванні акацінолом та інгібітором ацетилхолінестерази. Допускається лікування одним препаратом залежно від індивідуальної переносимості та ефективності. Терапія має бути тривалою, по можливості – довічною. При тяжкій деменції єдиним препаратом з доведеною ефективністю є мемантин [20].

2. Протективна терапія деменції спрямована на усунення дефіциту нейротрофічних ростових факторів, на збереження і підвищення виживання нейрона. Вона включає лікування ноотропами, вазоактивними препаратами та препаратами, що мають нейротрофічні властивості. Нейротрофічний ефект і мультимодальну дію на головний мозок має церебралізін. З проєктивним ефектом застосовуються ніцерголін, ентроп, препарати екстракту гінкго-білоба, пірацетам, прамістар, олатропіл.

3. Психофармакотерапія – спрямована на корекцію психопатологічних розладів. Для корекції поведінкових порушень, симптомів агресії, нападів гніву, фізичного насильства, при збудженні або психотичних симптомах використовують пisperидон, хлорпротиксен, тіоридазин, рідше – хлорпромазин, левомепромазин. Для лікування депресивної симптоматики рекомендовані антидепресанти з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (ІЗСЗ): циталопрам, флуоксетин, пароксетин, сертралін, а також агомелатин [17].

Таким чином, в арсеналі сучасного лікаря є широкий спектр лікарських препаратів, які необхідно використовувати вже при додементних когнітивних порушеннях. В останні роки склалося чітке уявлення про необхідність створення комплексної системи профілактики когнітивних розладів. Для попередження розвитку когнітивних розладів пропонується підхід, який включає вплив, що охоплює численні сфери: фізичну активність, когнітивні вправи, раціональне харчування, соціальну активність, контроль за судинними та метаболічними факторами ризику. Підкреслюється, що інтенсивність фізичних та розумових вправ так само важлива, як їх частота та регулярність. У осіб похилого віку при таких заняттях значно збільшується повсякденна активність [13].

Цікаве дослідження провів Тайванський департамент охорони здоров'я щодо впливу йоги на психоемоційний та фізичний стан людей похилого віку, які мають деменцію легкого та середнього ступеня. Експериментальна група протягом 3 місяців 3 рази на тиждень по 55 хвилин займалася

йогою. В результаті у пацієнтів нормалізувався артеріальний тиск, зменшилися ознаки серцевої та дихальної недостатності, збільшилася гнучкість тіла, фізична витривалість і найголовніше – покращилася пам'ять, увага та психоемоційний стан. Таким чином, йога була включена в регулярну програму з оздоровлення людей похилого віку [16].

Для профілактики когнітивних розладів необхідна соціальна активність. Для цього рекомендується організація університетів третього віку, парків активної діяльності, танцювальних вечорів. Все це сприяє підтриманню так званого соціального інтелекту, який Е. Торндайк визначав як здатність розуміти інших та мудро, адекватно поводити себе по відношенню до них. Розвиток таких здібностей сприятиме здоровому способу життя, покращить профілактику когнітивних розладів. Отже, на підставі вищевикладеного можна зробити висновок, що основною метою лікування хворих з когнітивними розладами є покращення якості їхнього життя.

Список використаної літератури

1. Чабан О.С., Хаустова О.А., Левада О.А. Болезнь Альцгеймера: тихая эпидемия потерянной памяти. – К.: ООО «Издательский дом «Авант-Прим», 2013.

2. Захаров В.В. Возрастные когнитивные нарушения. Методические рекомендации – М., 2004 – 12 с.

3. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте: диагностика и лечение // РМЖ. – 2004. – №10. – С. 573–576.

4. Stella F., Radanovic M. et al. Disclosures Neuropsychiatric Symptoms in the Prodromal Stages of Dementia // Curr. Opin. Psychiatry. – 2014. – Vol. 27 (3). – P. 230–235.

5. Маркин С.П. Нарушение когнитивных функций во врачебной практике. Методическое пособие. – Воронеж, 2008. – 42 с.

6. Parsons C., Briesacher B.A., Givens J.L. et al. Cholinesterase inhibitor and memantine use in newly admitted nursing home residents with dementia // J. Am. Geriatr. Soc. – 2011. – Vol. 59 (7). – P. 1253–1259.

7. Dubois B., Stachevsky A. et al. The FAB: a frontal assessment battery at bedside // Neurology. – 2000. – Vol. 55, №5. – P. 1621–1626.

8. Folstein M., Folstein S. Mc. Hugh R. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician // J. Psychiatr. Res. – 1975. – Vol. 12. – P. 189–190.

9. Green R.S. Diagnosis and management of Alzheimers disease and other dementias. – NY: Professional communications, Inc, 2005. – 256 p.

10. Маркин С.П. Современный подход к профилактике мозговых инсультов. Методические рекомендации. – Воронеж, 2004. – 43 с.

11. Jedrziwski M.K., Lee V.M., Trojanowski J.Q. Physical activity and cognitive health // Alzheimers dementia. – 2007. – Vol. 3, №2. – P. 98–108.

12. Duff K., Mold J., Roberts M.M. Walking speed and global cognition: results from the OKLAHOMA study // Neuropsychol. Dev. Cogn. B. Aging. Neuropsychol. Cogn. – 2007. – Vol. 18, №1. – P. 1–9.

13. Чухловина М.Л. Деменция. Диагностика и лечение. – СПб.: Питер, 2010. – 272 с.

14. Pauline Anderson Vitamin D and Dementia: A Very Close Tie. – <http://www.medscape.com/viewarticle/829508>.

15. Caroline Cassels Disturbed Sleep Linked to Increased Dementia Risk // Alzheimer's Association International Conference (AAIC) 2014. Abstract P2-291 Presented July 14, 2014.

16. Режим доступа: <http://medvesti.com/zdorovie/dusha/384-yoga-predotvratit-slaboubie.html>.

17. Психіатрія / За ред. В.М. Козідубової, В.М. Кузнєцова та ін. – Харків: Оберіг, 2013. – 1164 с.

18. 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.

19. Левин О.С. Дисциркуляторная энцефалопатия: современные представления о механизмах развития и лечения. – М., 2006 – 24 с.

20. Левин О.С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 256 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ДЕМЕНЦИЙ

Е.А. Хаустова, В.О. Тешенко

Статья посвящена вопросам роста численности людей пожилого возраста и деменций в мире, их развитию, факторам риска, диагностическим критериям, направлениям терапии и профилактики. Отдельное внимание уделено физической активности в профилактике и лечении когнитивных расстройств.

Ключевые слова: деменция, когнитивные нарушения, ингибиторы холинестеразы.

Modern approaches to the prevention and treatment of dementia

Е. Khaustova, V. Teshchenko

The article is devoted to the distribution of growth in the number of elderly and dementia in the world, their development, risk factors, diagnostic criteria, areas of treatment and prevention. Special attention is paid to physical activity in the prevention and treatment of cognitive disorders.

Key words: dementia, cognitive disorders, cholinesterase inhibitors.

УДК 616.895.4-085:615.851

Є.Я. Пшук, М.В. Маркова

ДЕЯКІ ЧИННИКИ СОЦІАЛЬНО-ТЕРАПЕВТИЧНОГО РЕСУРСУ ПАЦІЄНТІВ З ПАРАНОЇДНОЮ ШИЗОФРЕНІЄЮ

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

Ключові слова: параноїдна шизофренія, референтний родич, тип ставлення, ресурс сімейної підтримки.

Досліджені чинники соціально-середовищного змісту, які сприяють покращанню ефективності лікування пацієнтів з шизофренією. Оцінена типологія ставлення референтних родичів до пацієнтів з шизофренією, які проживають у сім'ях. Встановлено переважання адекватного типу ставлення до пацієнтів на початкових етапах розвитку шизофренії (до 4-х років) та переважання негативного ставлення та низького ресурсу сімейної підтримки референтних родичів в динаміці розвитку хвороби.

Сім'я відіграє вирішальну роль у загальній ефективності лікування хворих на шизофренію та соціальному функціонуванні як пацієнта так і його найближчого оточення [1, 2, 3] В добре інтегрованих сім'ях, за належної біологічної спрямованості терапії, значно знижується ризик екзацербаций шизофренічного процесу у пацієнтів та небажаних наслідків хвороби як для самого пацієнта так і для його родичів [4, 5]. Шизофренія є важким прогредієнтним психічним захворюванням, при якому страждає не лише хворий, але й його найближче оточення. При цьому факт проживання хворого в сім'ї має свої позитивні сторони, але одночасно породжує чимало проблем. Проживання в сім'ї, при адекватному її відношенні, дає пацієнту ряд переваг, забезпечуючи соціальну та фінансову підтримку, надаючи захист від ізоляції, бездомності і стресових життєвих ситуацій. Але, в той же час, реакція сім'ї на хворобу і її лікування буває неоднозначною, порушується гомеостаз сімейної системи (ролі, межі, очікування, бажання, надії) [6]. І лише за наявності певних соціально-середовищних та особистісних ресурсів родичів пацієнтів з шизофренією, вдається підвищити ефективність лікування пацієнтів [7, 8, 9].

Метою нашого дослідження було визначення особливостей ставлення референтних родичів до пацієнтів з шизофренією, як чинників соціально-терапевтичного ресурсу.

Матеріали та методи дослідження

За умови інформованої згоди було обстежено 168 сімей, в яких проживають пацієнти з параноїдною шизофренією. 74 пацієнта мали власну сім'ю (обстежені були дружини пацієнтів – Д, чоловіки пацієнток – Ч), 94 хворих – проживали з батьками (обстежені були один з батьків, ОБ). Таким чином, групу референтних родичів (РР) склали дружини пацієн-

тів, 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, що виникли внаслідок появи в сім'ї хворого на шизофренію. Контрольну групу склали 55 сімей, де не проживають психічно хворі (КГ). З метою уточнення типології ставлення РР до пацієнтів з шизофренією в хронологічному аспекті, всі РР були розподілені на 3 групи. Першу основному групу (ОГ1) склали РР, де в сім'ях проживали пацієнти з тривалістю хвороби до 4-х років, другу та третю оновні групи (ОГ2 та ОГ3) склали РР, де проживали пацієнти з тривалістю хвороби від 4 до 8 років та, відповідно, 8 років та більше. Методи дослідження: анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психометричний, статистичний. Дослідження типології ставлення РР до пацієнтів з шизофренією та визначення ресурсу сімейної підтримки проводили за В.А. Абрамовим, І.В. Жигулиной, Т.Л. Ряполовой [10].

Результати та їх обговорення

Як показало проведене дослідження, тип відношення до хворого у сім'ї є тією визначальною категорією, завдяки

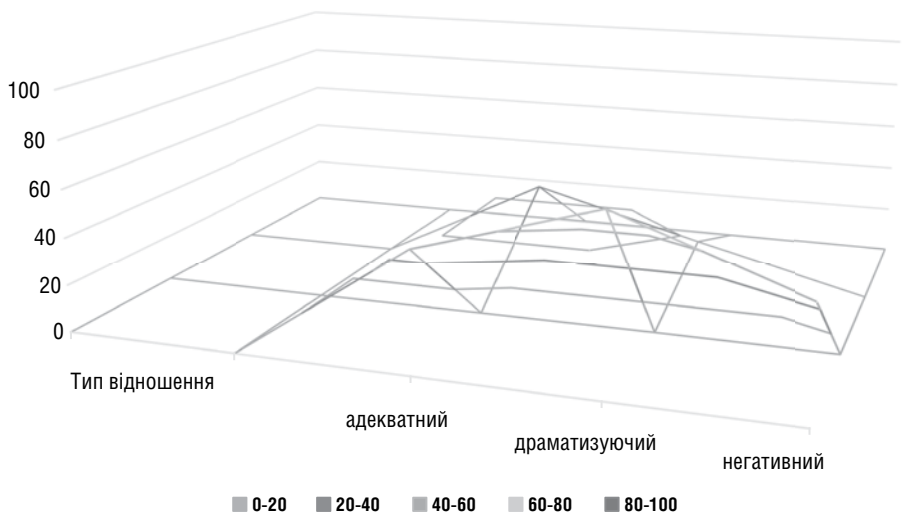


Рис.1. Типологія ставлення референтних родичів до хворого на параноїдну шизофренію в сім'ї

якій формується певний тип соціально-терапевтичного ресурсу, оскільки саме сім'я хворого на шизофренію є тим базисом, який позитивно чи негативно впливає на загальну ефективність лікування.

За умови переважання адекватного ставлення до психічно хворого в сім'ї (29,8%), РР вважали, що хвороба пацієнтів, як і будь-яка інша, пов'язана з проблемами, які можна вирішити, попри всілякі розчарування, це не порушить життєві плани сім'ї. Незважаючи на серйозність хвороби, члени сім'ї сподіваються на краще та прикладуть всі зусилля і використовують різноманітні можливості аби справитись з хворобою.

Більшість обстежених нами референтних родичів (42,8%) виявили драматизуючий тип ставлення до психічно хворої людини в сім'ї, проявом чого були вислови песимістичного змісту з акцентуванням уваги на тому, що психічна хвороба у члена сім'ї – це є біда для всієї родини і прогноз є невтішним, зважаючи на те, що член нашої сім'ї згодом може стати безпорадним, а подальше життя безперспективним.

У 27,4% випадків, у обстежених нами референтних родичів пацієнтів з шизофренією, виявлялось негативне ставлення до пацієнта та його діагнозу. На тлі негативно забарвлених емоцій виявлялись сумніви щодо вірного діагнозу, призначеного лікування. Референтні родичі акцентували увагу на порушенні власних життєвих планів в зв'язку з наявною психічною хворобою у члена сім'ї.

Дослідження типу відношення референтних родичів до хворого на шизофренію в клініко-динамічному аспекті виявило певні особливості, які необхідно враховувати при розробці програм реабілітаційного спрямування. Як свідчать отримані дані (рис. 1), при загальній тривалості хвороби до 4-х років, адекватний тип відношення переважає у всіх групах обстежених нами референтних родичів, при певній перевазі в групах «чоловіки» та «один з батьків» (середній бал – 10,5±0,3); драматизуючий тип відношення мав практично однакову представленість у групі «чоловік пацієнтки» та у групі «один з батьків» (відповідно по 12,3%), в той час коли у групі «дружина хворого» він виявлявся у 8,7% (середній бал по групі

РР 7,2±0,9). Негативний тип відношення мав загальну представленість по групі 14,0% (середній бал 4,7±1,2).

За умови переважання адекватного типу відношення родичів до хворого є повне розуміння складнощів щодо хвороби, концептуалізація страждання, усвідомлена готовність виконувати рекомендації лікаря, є реальні очікування від лікувальних заходів. Сім'я повністю усвідомлює наявність проблем та труднощів, які можуть виникати при лікуванні хворого, налаштовується на позитивний результат.

При тривалості хвороби у пацієнта від 4 до 8 років у всіх групах референтних родичів (дружина, чоловік, один з батьків) зменшується кількість осіб з адекватним типом відношення та наростає кількість осіб з драматизуючим типом (Д – 15,6%, Ч – 12,1% та ОБ – 25,9%). Звертає на себе увагу те, що найбільше драматизуючий тип відношення виявлявся у групі «один з батьків» та «дружина пацієнта». Між тим, серед всього загалу обстежених хворих лідуючу позицію займають респонденти групи «один з батьків» (25,9%). Середні показники по групі за типами відношення виявились наступними: адекватний тип відношення 9,1± 0,5; драматизуючий 10,1± 0,9 та негативний 7,6 ±1,1. За умови переважання драматизуючого відношення до хворих, обстежені нами референтні родичі переоцінювали важкість хвороби, що супроводжувалось відчуттям внутрішнього неспокою, турботи, розпачем та відчуттям провини, недовірою до лікарських призначень. Тривожні очікування призводили до порушення адекватного сприйняття нової інформації щодо перебігу хвороби пацієнтів. Увага акцентувалась на тому, що хвороба призведе до значних змін у звичному житті, детермінує міжособистісними стосунки до рівня негативно забарвлених, позбавить життєвих перспектив. Будь-які призначення лікаря викликали занепокоєння з боку референтних родичів, посилювало недовіру до лікаря та діагнозу з одного боку, а з іншого виявлялась низька готовність допомагати хворому підтримувати відповідний терапевтичний режим.

При тривалості хвороби більше 8 років прослідковується чітке наростання негативного відношення до хвороби у пацієнта з боку родичів, де провідну позицію займають дружини пацієнтів з шизофренією (20,8%,.). Тобто визначається послідовне зменшення представленості драматизуючого та адекватного типу відношення до хвороби у пацієнта та відмічається чітке поступове збільшення кількості референтних родичів з негативним типом відношення у порівнянні з респондентами 1ОГ та 2 ОГ. При цьому середні показники становили: адекватний тип 6,3± 0,8 балів ; драматизуючий 8,8 ±0,5 балів; негативний 10,2 ±1,4 балів.

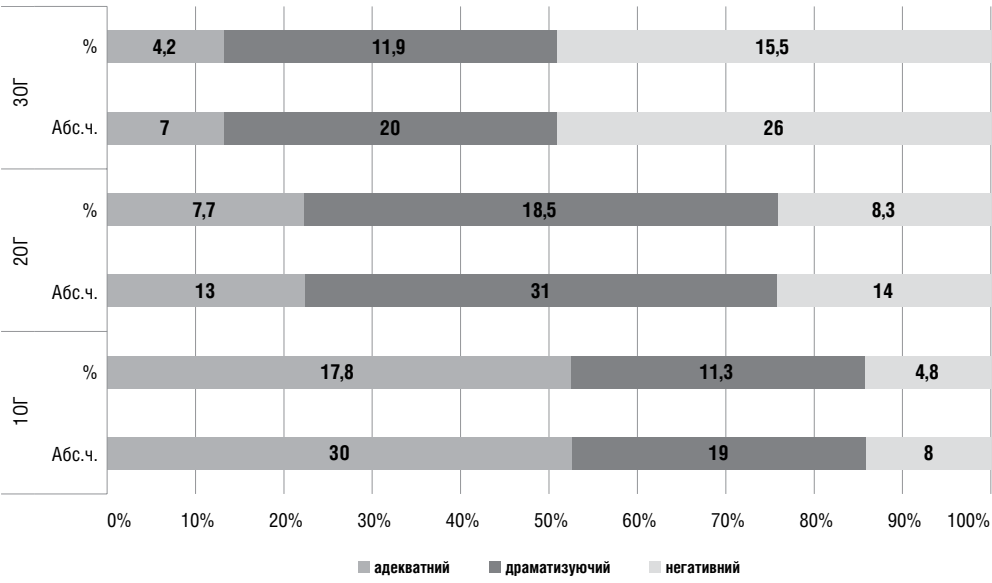


Рис. 2. Типологія ставлення РР до пацієнтів з параноїдною шизофренією в залежності від тривалості хвороби.

Негативне (деструктивне) відношення з боку референтних родичів проявлялось у нерозумінні та ігноруванні хвороби близької людини. Вони вбачали у факті наявної хвороби загрозу для власного благополуччя, нівелювали значущість подій, пов'язаних зі здоров'ям пацієнтів, відмежовувались від активної участі нести відповідальність за долю пацієнта, а думки про безперспективність майбутнього посилювали недовіру щодо позитивного терапевтичного ефекту в подальшому лікуванні хворих на шизофренію. Негативне відношення до психічно хворої особистості може виникати внаслідок відсутності достатньої кількості інформації про хворобу, появи відчуття душевного болю, який пов'язаний з втратою близької людини у тому ракурсі, яким знали і любили його раніше, від того, що втрачені надії на майбутнє, а очікування не відповідають об'єктивним реаліям, все частіше з'являються не зовсім зрозумілі членам сім'ї поведінкові реакції та виникає страх соціальної ізоляції.

Загальний аналіз дослідження ресурсу сімейної підтримки у обстежених нами РР дав змогу виявити, що лише у 35 (20,8%) він був достатнім (бальна оцінка 12,4±0,9). Такі особи розуміли весь спектр порушень зміни життєвого стереотипу сім'ї, виявляли позитивне відношення до проблем та труднощів пацієнта, намагались надати емоційну та фінансову підтримку. Вони конструктивно вирішували всі нагальні проблеми, що були пов'язані з проживанням пацієнта в сім'ї та його лікуванням, чітко уявляли собі межу між потребами та реальними і нереальними очікуваннями. Допомога хворому члену сім'ї є важливим елементом функціонування сім'ї загалом. Тому, більшість РР, незважаючи на всі складнощі розвитку ситуації, настільки допомагають пацієнту з шизофренією в умовах сім'ї, що відчувають себе достатньо реалізованими, в той час коли інші можуть вважати допомогу психічно хворій людини надто обтяжливим елементом власного життя.

У 84 РР (50,0%) реєструвався обмежений ресурс сімейної підтримки (бальна оцінка 26,2±1,3), проявами якого були: зменшення піклування про хворого родича, нездатність адекватно оцінити об'єм необхідної для хворого терапії, небажання вчасно звертати увагу на потреби хворого. Такі особи були не зацікавлені у формуванні позитивної міжособистісної взаємодії, не зовсім реально оцінювали подальші перспективи проживання хворого у сім'ї, вважали, що збільшення навантаження на сім'ю призведе до погіршення сімейного психологічного мікроклімату. Обмежений ресурс сімейної підтримки може формуватись і внаслідок того, що вони надто інтенсивно включаються у процес піклування про хворого члена сім'ї, навіть більше чим це є необхідним. Звужується їх круг інтересів, бажань, потреб, виникає страх щодо

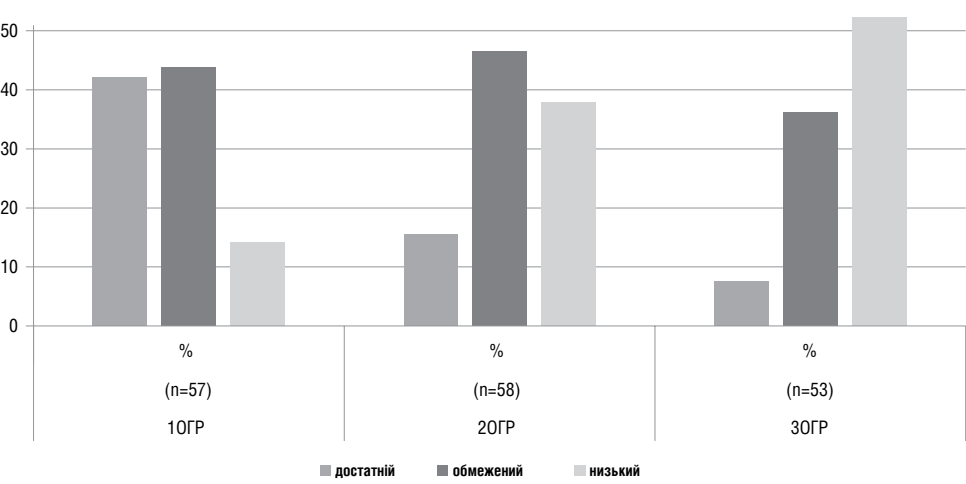


Рис. 3. Типологія сімейного ресурсу РР в залежності від тривалості хвороби пацієнта.

соціальної ізоляції, виникають стани хронічної незадоволеності тим, що відбувається, тому що страждають і не задовольняються власні потреби РР у відпочинку, спілкуванні, сексуальному житті, тощо.

Низький ресурс сімейної підтримки виявлявся у 49 (29,2%) референтних родичів пацієнтів з шизофренією (31,5±0,4 бал), що свідчило про наявність дисбалансу між пріоритетними сферами задоволення потреб членів сім'ї та необхідністю підтримувати та піклуватися про хворого члена сім'ї. Респонденти групи РР вважали, що є дуже багато інших сімейних проблем окрім хворого в сім'ї, звертали увагу на те, що пацієнт повинен сам турбуватися про свої проблеми, їх не турбував психічний стан пацієнта та його відношення до терапії.

Аналіз дослідження ресурсу сімейної підтримки в залежності від загальної тривалості хвороби показав, що у референтних родичів пацієнтів з шизофренією до 4-х років переважає достатній та обмежений ресурс сімейної підтримки (85,9%), в той час коли при тривалості хвороби від 4 до 8 років та більше років та 8 років в більше переважає обмежений та низький сімейний ресурс, відповідно, 84,4% та 88,5%.

Встановлені особливості свідчать про те, що по мірі розвитку шизофренії у члена сім'ї у РР нівелюються емпатійно-афіліативні тенденції та бажання у міжособистісній взаємодії з хворим, формуються нові дистанційні стосунки з емоційно-ригідними компонентами негативного змісту та відсутністю піклування.

Прийняття хвороби сім'єю та усвідомлення її окремих проявів - важливий фактор у лікуванні будь-якого психічного розладу загалом і шизофренії зокрема. В сім'ях хворих на шизофренію практично повсякчас існують проблеми розуміння РР того, що людина є хворою і все, що відбувається з пацієнтом є наслідком проявів хвороби. Як правило, у більшості родичів існує формальне прийняття хвороби. Недооцінюючи важкість проявів шизофренії, референтні родичі пред'являють завищені вимоги до хворого, такі ж як і до здорової особистості, які хворий на шизофренію не здатний виконати. Така ситуація призводить до того, що з'являються докори та взаємні образи, а наслідком є екзацерація хвороби.

Проведений кореляційний аналіз виявив позитивний зв'язок зв'язок між адекватним ставленням до пацієнтів з шизофренією та достатнім рівнем сімейного

ресурсу (r=564; p=0,02) та між драматизуючим ставлен-
ням до пацієнтів та низьким рівнем сімейного ресурсу
(r=521; p=0,03).

Висновки

Таким чином, дослідження типології відношення
референтних родичів в сім’ях, де проживає хворий на
шизофренію дозволило виділити певні особливості, які
визначались загальною тривалістю шизофренічного
процесу у пацієнтів. Так, на початкових етапах розвитку
хвороби (до 4-х років) переважає адекватний тип став-
лення референтних родичів до хвороби пацієнта, який
проживає в сім’ї та достатній ресурс сімейної підтримки,
що дозволяє проводити адекватні терапевтичні заходи,
а референтні родичі, активуючи власні психологічні
ресурси, сприяють формуванню комплаєнсу, що, без-
перечно, позитивно впливає на загальну ефективність
лікування. По мірі розвитку шизофренічного процесу,
домінуючу позицію займають драматизуючий та нега-
тивний типи відношення з боку референтних родичів.
(P<0,001 та відповідно низький та обмежений типи
сімейного ресурсу.

НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ СОЦИАЛЬНО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО РЕСУРСА ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Е.Я. Пшук, М.В. Маркова

Исследованы факторы социально-средового содержания, которые способствуют улучшению эффективности лечения пациентов с параноидной шизофренией. Оценена типология отношения референтных родственников к пациентам с шизофренией, которые проживают в семьях. Установлено преобладание адекватного типа отношения к пациентам со стороны референтных родственников на начальных этапах развития шизофрении (до 4-х лет) и преобладание негативного отно- шения и низкого ресурса семейной поддержки референтных родственников в динамике развития болезни.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, референтный родственник, тип отношения, ресурс семейной поддержки.

SOME FACTORS OF SOCIAL AND THERAPEUTIC Resources OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA
E. Pshuk, M. Markova

We investigated the factors of socio-environmental content, which contributes to improving the effectiveness of treatment of patients with paranoid schizophrenia. Evaluated the relationship typology reference relatives to patients with schizophrenia who live in families. Prevalence of adequate type of patients to be treated by the reference family in the early stages of schizophrenia (up to 4 years) and the prevalence of negative attitudes and low family support resource reference relatives in the dynamics of the disease.

Key words: paranoid schizophrenia, the reference relative, relationship type, the resource of family support.

Список використаної літератури

1. Корман Т.А. Семейное бремя родителей больных шизофренией. /Т.А.Корман.// Избранные труды. Материалы научно-практической конференции с между- народным участием «Актуальные проблемы внебольничной психоневрологичес- кой помощи детскому и взрослому населению» 21–22 мая 2009 г. СПб., 2009; с. 147–8.
2. Корман Т.А., Бочаров В.В. Качество жизни родителей больных шизофренией. / Т.А.Корман, В.В.Бочаров// Избранные труды. Материалы научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы внебольнич- ной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению» 21–22 мая 2009 г. СПб., 2009; с. 149–50.
3. Лутова Н.Б. Отношение членов семьи больных шизофренией к медикамен- тозному лечению /Н.Б.Лутова, О.В.Макаревич //Обозрение психиатрии и медицинской психологии им.Бехтерева.2009 -№4.- С.43-46
4. Гурович И.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в пси- хиатрии /Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А.- М.:2004.-492 с.
5. Ференди Я., Абарбанель Я. Семья: система, которую нельзя игнорировать. Шизофрения. /Под ред. М.Мэйа, Н.Сарториуса. Киев: Сфера, 2005; 231–3.
6. Brissos S.The importance of measuring psychosocial functioning in schizophrenia/Brissos S., Molodynski A., Dias V.V // Ann. Gen. Psychiatry., 2011.- Vol. 10.- P. 18-19.
7. Burns T. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies / Burns T., Patrick D // Acta Psychiatr. Scand. 2007. Vol. 6. P. 403–418.
8. Dyck D.G. Predictors of burden and infectious illness in scizophrenia caregives / Dyck DG, Short R, Vitaliano P// Psychosomatic Medicine 1999; 61: 411–9
9. Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи./ Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. - СПб.: 1999р.-322с.
10. Абрамов В.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией/Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л..-Донецк:Каштан,2009.-584с.

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК 159.973:616.89-008.484:316.482-057.874::441.44-07

I.A. Martsenkovskyi¹, D.I. Martsenkovskyi²
AGRESSION, BULLYING AND SUICIDAL BEHAVIOUR IN UKRAINIAN SCHOOLS:
THE FOCUS ON CHILDREN WITH HIGH FUNCTIONAL AUTISM
Ukrainian Research Institute of Social, Forensic Psychiatry and Drug Abuse, Kyiv;
O. O. Bohomolets National Medical University, Kyiv

The growing number of children ill-treatment cases in Ukraine and its related conse-
quences attract the attention of teachers, law enforcement, and child psychiatrists. Many
children and adolescents are exposed to harassment or participate in bullying of other
students. Baiting in school is one of the reasons for suicidal behavior in adolescents.
Baiting in school is one of the forms of youth aggressive behavior, which manifests
itself sometimes as a relatively harmless “nickname calling”, or in other cases, as sys-
tematic beatings and humiliation with the video for further psychological violence.
As admitted more than 80% of children in Ukrainian schools, they participated in the
ill-treatment of other students or have been victims of bullying. Among the victims of
bullying, about 15% of students indicated the teachers as individuals who were involved
in the persecution. It is assumed that children with autism spectrum disorders (ASD)
are particularly vulnerable to abuse. The aim of the study was to establish whether the
ASD factor increases the risk of becoming a victim of bullying and suicide risk. The
study involved 58 children (58.6% boys, 41.4% girls) aged between 12 and 15 years,
whose parents sought medical care relative to the abuse of their children in schools. It
is established that violation of social reciprocity, which is typical of children with autism
and ASD, increases the risk of becoming a victim of violence at school. Children with
autism have a greater risk of being subjected to harassment of other students; children
with ASD are often abused by teachers who do not understand and properly respond
to the special needs of these children. Suicidal behavior has a direct correlation with
school violence and the inverse correlation with impaired social reciprocity. The risk of
suicidal behavior is higher in children with ASD associated with emotional disorders,
impulsivity and hyperactivity, but not with severe social reciprocity.

Key words: children,
adolescents, autism,
bullying, suicidal behavior

Introduction: Last few years with the development of mod-
ern information technologies public attention was focused on
bullying among children and adolescents. A lot of children and
adolescents in the world are exposed or take part in bullying.
According to the Center for Disease Control and Prevention
bullying is a form of youth violent behavior that can lead to
physical injuries, social and emotional distress or even death.
According to this definition bullying can be considered from
the relatively harmless «call names» to systematical beating and
humiliation with videotaping for further psychological abuse.
Moreover an urgent problem of school violence is important
for Ukrainian society; more than 80 % of children are bullied
or take part in bullying in different ways.

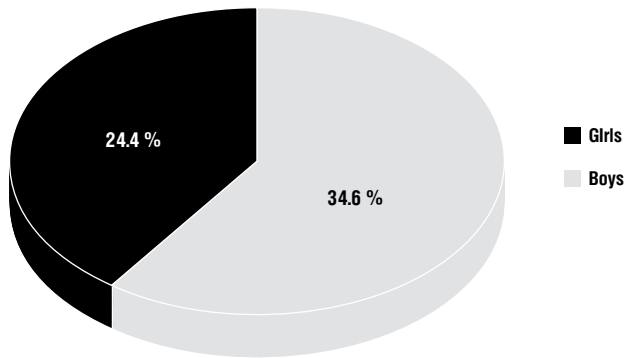
A lot of factors can increase a risk for youth to become a
victim of bullying or to scoff others: poor relationship with
peers, perception by peers as different or «special», attitude ac-
cepting of violence. It is supposed that children with autism
spectrum disorders (ASD) are especially vulnerable to bullying.

In clinical practice we frequently have children with highly
functional autism who met ICD-10 and DSM-IV criteria both for
Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit Hyperactivity
Disorder (ADHD). These children usually have delay of language

development, problems with social interaction, poor eye contact,
repetitive behaviour and narrow interests, hyperactivity, attention
deficit, stereotype play, echolalia etc. In some clinical cases, the
symptoms of ASD are prevalent, while in others – the ADHD
symptoms are more expressive.

Attention function in autism may be either too wide, that
is more common for children with ADHD, or too narrow –
rare for ADHD. Furthermore, attention deficits in ASD may
contribute to understanding of the core symptom domains.
For example, the overly selective focus on parts of objects
may lead to repetitive or idiosyncratic use of these objects.
Likewise, affected children may rely on focal features for
face recognition, and this selective attention may contribute
to deficits in understanding social and emotional cues.
The inability to orient attention rapidly will likely lead to a
fragmented perception of the environment and subsequent
withdrawal, which is a characteristic feature of ASD.

The aim of the study: To establish whether autism spec-
trum disorder is a risk factor of becoming a victim of bullying
in school and to indentify whether suicidal risk is higher in
children with autism spectrum disorders who were victims
of bullying.

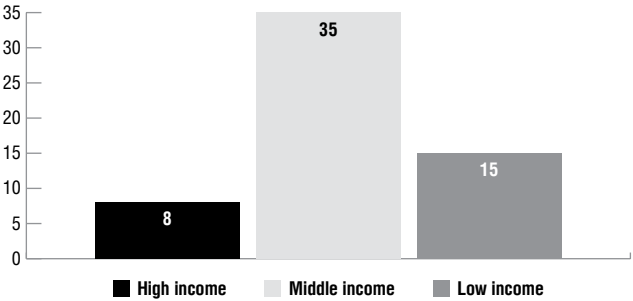


Pic.1 Gender of examined children

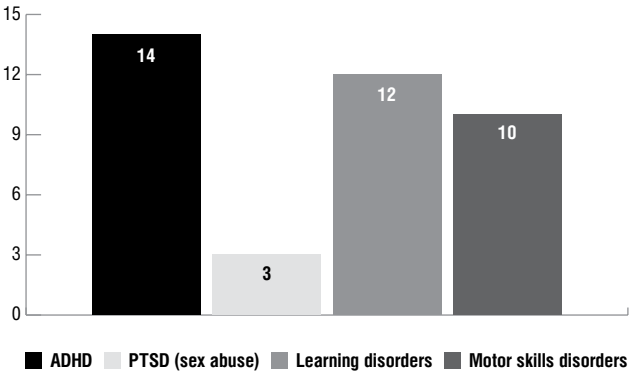
Objects: We examined 58 adolescents (58.6 % boys; 41.4 % girls) (Table1) at the age of 12 to 15 years (M=14.21;

Table 1. Semi-Structured Clinical Examination Form (SCEF) item distributions of patients in each diagnosis group

Semi-Structured Clinical Examination Form (SCEF) Items	Presence of the symptoms (percentages)			
	ASDs	Autism	ADHD with symptoms of violations in social reciprocity	Overall significance (p value, source of significance)
Poor social interaction	53.2	87.8	12.4	<.001 (p1/2; p1/3; p2/3)
Hyperactivity	28.7	31.4	55.8	<.001 (p1/3; p2/3)
Aggressiveness	33.2	42.5	31.8	N.S.
Stubbornness	35.3	41.5	29.9	N.S.
Inattentiveness	66.1	75.3	30.9	<.001 (p1/3; p2/3)
Obsessions	22.2	22.5	20.9	N.S.
Not responsive to social stimuli	67.4	95.7	25.5	<.001 (p1/3; p2/3)
Stereotypes	24.5	59.6	6.4	<.001 (p1/3; p2/3)
Impulsiveness	41.3	47.8	77.6	<.001 (p1/3; p2/3)
Highly interested in television	19.8	22.3	45.9	<.001 (p1/3; p2/3)
Conduct problems	17.9	15.7	40.9	<.001 (p1/3; p2/3)
Weakness of eye contact	24.9	59.6	5.2	<.001 (p1/2; p1/3; p2/3)
Multiple fears	13.9	7.4	15.9	N.S.
Sleep problems	14.6	9.9	18.6	N.S.
Shyness	10.6	5.8	12.9	N.S.
Emotional lability	10.3	13.9	28.4	<.001 (p1/3; p2/3)
Poor appetite	22.6	26.3	17.4	N.S.
Persistence with sameness	12.1	22.5	6.4	<.001 (p1/2; p1/3; p2/3)
Frequent startles	11.1	10.6	8.5	N.S.
Bullying by peers	59.6	27.9	85.6	<.001 (p1/2; p1/3; p2/3)
Bullying by teachers	10.5	14.9	32.4	<.001 (p1/3; p2/3)
Suicidal behavior	21.3	18.7	15.4	N.S.



Pic.2 Comparison of families income



Pic.3 The presence of disorders associated with autism

SD=0.94) whose parents requested for medical assistance due to the bullying of their children in school.

58 children's families income (Table2) was the following: 8 families had high income, 35 families had middle income and 15 – had low or didn’t have a regular income (temporary work, part-time employment, living on relatives funds).

In 35 families one or both parents had higher education, in 23 families parents had secondary education. In 40 families children lived in two-parent families and in 18 – live with one of the parents. 32 families had one child and 26 – many children. 5 children studied in private schools, while 43 – in governmental. 23 children had comorbid disorders, 7 among them had multiple comorbidity (Pic. 3). 14 of them had comorbid ADHD, 3 – PTSD (including sex abuse), 12 – had learning disorders and 10 – motor skills disorders.

Table 2. Semi-Structured Clinical Examination Form (SCEF) items and factor loading for the rotated factors, which are associated with (1) violation of reciprocity, (2) bullying and (3) suicidal behavior.

Item	Factor Loading			Communality
	1	2	3	
Lack of eye contact	.56	.61	.32	.43
Stereotypes	.66	.64	-.39	.37
Poor social interactiopn	.51	.66	-.62	.48
Not responsive to social stimuli	.51		-.70	.33
Higly interested in television	.59	.48		.29
Confusing pronouns	.32		.49	.27
Emotional lability			.35	.23
Impulsiveness			.42	.39
Hyperactivity			.29	.28
Conduct problems			.42	.32
Inattentiveness	.29		.34	.34
Persistence with sameness	.48	.64		.28
Eigenvalues	3.28	2.88	1.94	
% of variance	12.15	10.67	7.18	

Method: All children were examined with the use of Autism Diagnostic Interview, Revised (ADI-R) and Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS), Columbia–Suicide Severity Rating Scale for children (C-SSRS). For diagnostic we also applied ADHD-RS (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – Rating Scales) and Bullying Victimization Scale. We considered ADHD as diagnostic if at ADHD Rating Scales the score was over 28 points. The adaptive behaviour level of scholars was assessed by Rita-Freeman and Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition (Vineland II). We also used PEP-R (Psycho-educational Profile Revised). To collect the sociodemographic, medical and developmental history, that are required for psychiatric assessment in childhood we used Family Questionnaire (FQ) and Semi-Structured Clinical Examination Form (SCEF) that were developed in our clinic. The Family Questionnaire is completed by the parents and Semi-Structured Clinical Examination Form – by the child psychiatry. Diagnosis was made on DSM-4-TR criteria.

Results: All adolescents had qualitative impairments in reciprocity, communication, had perceptual disturbances, stereotyped movements and behavior, which refers to the manifestation of autism spectrum disorders. All parents requested assistance at the child psychiatric consulting center or were referred to pediatrician, general practice doctor or school psychologist.

Among children who were victims of bullying: autism was diagnosed in 6 adolescents; ASD – in 16; 14 – had violations in social reciprocity (domain A in ADI-R), these adolescents fulfilled the criteria for ADHD; 5 children (3 girls and 2 boys) were the victims of sex abuse. Adolescents that were bullied had a high level of suicidal ideations (it was higher among girls in all age groups). Adolescents with ASD had higher suicidal ideation rating than adolescents with ADHD (p<0.001).

АГРЕССИЯ, ТРАВЛЯ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В УКРАИНСКИХ ШКОЛАХ: ФОКУС НА ДЕТАХ С ВЫСОКО ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ АУТИЗМОМ

И.А. Марценковский, Д.И. Марценковский

Растущее число случаев жестокого обращения с детьми в Украине и связанных с ним последствий привлекают внимание педагогов, правоохранительных органов, детских психиатров. Многие дети и подростки подвергаются травле или принять участие в запугивании других учащихся. Травля в школе является одной из причин суицидального поведения подростков. Травля в школе является одной из форм молодежного агрессивного поведения, которое проявляется, как относительно безобидным «обзыванием», так и систематическими избиениями и унижением с видеозаписью для дальнейшего психологического насилия. Более 80 % детей в украинских школах признались, что принимали участие в жестоком обращении с другими учащимися или были жертвами буллинга. Среди жертв травли около 15 % учащихся указали на учителей, как лиц, участвующих в травле. Предполагается, что дети с расстройствами аутистического спектра (РАС) являются особенно уязвимыми для издевательств. Целью исследования было установить, является ли РСА фактором, повышающим риск стать жертвой издевательств в школе и суицидальный риск. Обследовано 58 подростков (58,6% мальчиков, 41,4% девочек) в возрасте от 12 до 15 лет, чьи родители обратились за медицинской помощью в связи с издевательствами над их детьми в школах. Установлено, что нарушения социальной взаимности, характерные детей с аутизмом и детей с РСА повышают риск стать жертвой насилия в школе. Дети с аутизмом имеют больший риск подвергнуться травле среди других учащихся; дети с РСА часто подвергаются насилию со стороны учителей, которые не понимают и неправильно реагируют на особые потребности этих детей. Суицидальное поведение имеет прямую корреляционную связь с школьным насилием и обратную корреляционную связь с нарушениями социальной взаимности. Риск суицидального поведения выше у детей с РСА с эмоциональными расстройствами, импульсивностью и гиперактивностью, но не с тяжелыми нарушениями социальной реципрокности.

Ключевые слова: дети, подростки, аутизм, буллинг, суицидальное поведение

АГРЕСІЯ, ЦЬКУВАННЯ ТА СУІЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА В УКРАЇНСЬКИХ ШКОЛАХ: ФОКУС НА ДІТЕХ З ВИСОКО ФУНКЦІОНАЛЬНИМ АУТИЗМОМ

І.А. Марценковський, Д.І. Марценковський

Зростаюче число випадків жорстокого поводження з дітьми в Україні та пов'язаних з ним наслідків привертають увагу педагогів, правоохоронних органів, дитячих психіатрів. Багато дітей і підлітків піддаються цькуванню або беруть участь у залякуванні інших учнів. Травля в школі є однією з причин суїцидальної поведінки підлітків. Булінг у школі є однією з форм молодіжної агресивної поведінки, яка проявляється, як відносно нешкідливим «обзиванням», так і систематичним побиттям і приниженням з відеозаписом для подальшого психологічного насильства. Більше 80% дітей в українських школах зізналися, що брали участь у жорстокому поводженні з іншими учнями або були жертвами булінгу. Серед жертв цькування близько 15% учнів вказали на вчителів, як осіб, що беруть участь у травлі. Припускається, що діти з розладами аутистичного спектру (РАС) особливо вразливі для знущань. Метою дослідження було встановити, чи є РСА чинником, що підвищує ризик стати жертвою знущань в школі і суїцидальний ризик. Обстежено 58 підлітків (58,6% хлопчиків, 41,4% дівчаток) віком від 12 до 15 років, чий батьки звернулися за медичною допомогою у зв'язку із знущаннями над їхніми дітьми в школах. Встановлено, що порушення соціальної взаємності, характерні дітей з аутизмом та дітей з РСА підвищують ризик стати жертвою насильства в школі. Діти з аутизмом мають більший ризик стати об'єктом травлі, діти з РСА частіше піддаються цькуванню з боку вчителів, які не розуміють і неправильно реагують на особливі потреби цих дітей. Суїцидальна поведінка має прямий кореляційний зв'язок з шкільним насильством і зворотний кореляційний зв'язок з порушеннями соціальної взаємності. Ризик суїцидальної поведінки вищий у дітей з РСА з емоційними розладами, імпульсивністю та гіперактивністю, але не з важкими порушеннями соціальної взаємності.

Ключові слова: діти, підлітки, аутизм, булінг, суїцидальна поведінка

Clinical polymorphism of children is presented in Table 1. Using factor analysis there were identified three peculiarities: (1) violation of reciprocity, (2) vulnerability to the bullying, (3) disruptive suicidal behavior which defining the variety of clinical manifestations in randomized children. From the presented data can be seen that the symptoms attributed to various factors are overlapping. The results of the factor analysis are presented in Table 2.

Conclusion: Violations of social reciprocity, which are characteristic to children with autism and autism spectrum disorders, increase the risk of becoming a victim of violence at school. Children with autism are more likely to be abused by other students. Children with autism spectrum disorders often are abused by teachers who do not understand and properly respond to the special needs of these children. Suicidal behavior has a direct relationship with the school violence and feedback with impaired social reciprocity. Our study demonstrates that the risk of suicide is higher in children with autism spectrum disorders with emotional disorders, impulsivity and hyperactivity, but not with severely impaired social reciprocity.

References

1. Child maltreatment, other trauma exposure and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders / J. D. Ford, R. Racusin, C. G. Ellis [et al.] // Child Maltreatment. – 2000. – Vol.5. – P. 205–217.
2. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder // Pediatrics. – 2000. – Vol.105(5). – P. 1158–1170.
3. Briscoe-Smith A. M. Linkages between child abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder in girls: Behavioral and social correlates/ A. M. Briscoe-Smith S. P. Hinshaw // Child Abuse and Neglect. – 2006. – Vol.30. – P. 1239–1255.
4. Becker K. A. Attention and traumatic stress in children (University of Oregon, Eugene, OR) / K. A. Becker // Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. – 2002. – Vol.63(6-B). – P. 3033– 3038.

И.А. Марценковский, К.В. Дубовик

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИИ И ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: ИННОВАЦИИ DSM–5

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

Ключевые слова: психические расстройства у детей и подростков, диагностические критерии, классификация.

В статье рассматриваются современные подходы к классификации психических и поведенческих расстройств детского возраста. Проведен анализ изменений диагностических критериев DSM–5.

Классификация вносит определенную систему в огромное разнообразие явлений, встречающихся в клинической практике. Ее цель в психиатрии заключается в том, чтобы выделив группы больных со сходными клиническими признаками обеспечить возможность планирования лечения и прогнозировать вероятный исход заболевания в соответствии с принципами научной доказательности.

Новые парадигмы и отличительные особенности DSM–5

Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM) является одной из двух ведущих классификационных систем. С момента введения в клиническую практику (1952) до принятия DSM–5 (2013) систематика обеспечила революционные преобразования в стандартизации процесса квалификации расстройств психики и поведения. Утверждение Американской психиатрической ассоциацией (1994) DSM–4 символизирует гармонизацию систематики с Международной классификацией болезней ВОЗ (МКБ), универсализацию мировой психиатрической практики [3].

DSM–5 изначально базировалась на смене парадигмы в психиатрии, ее разработчики преследовали цель установить связь между диагнозом и нейробиологией расстройств. Отсутствие нейробиологических маркеров с достаточной диагностической специфичностью не позволило в полной мере достичь этой цели.

Можно выделить шесть отличительных особенностей DSM–5:

2. В систематике сделан акцент на измерительной перспективе. В DSM–4 критике подвергался категориальный подход, поскольку не хватало эмпирических данных, подтверждавших наличие / отсутствие симптомов исключения для многих заболеваний, например расстройства дефицита внимания и гиперактивности (РДВГ), расстройств личности. Такой подход приводил к квалификации некоторых нормальных вариантов по-

ведения как патологических, снижал вероятность выявления вариантов атипичного течения и сопутствующих болезней, поддерживал негибкие схемы лечения, ослаблял статистическую валидность в исследованиях [1].

Включение измерительных критериев, приемлемых для практикующих врачей – наиболее сложная задача, поставленная перед разработчиками DSM–5 [2]. Критерии были введены в систематику различными способами, например путем добавления сквозной оценки симптомов с помощью скрининговых вопросов, группирующих различные симптомы и потенциально увеличивающих возможность обнаружения атипичных вариантов течения и сопутствующих расстройств. Измерительные критерии позволили создать инструмент для оценки степени риска для всех расстройств и реструктуризировать диагностические критерии для некоторых заболеваний.

3. Пересмотрена структура диагностических категорий, что позволило усилить группировку расстройств на основании общих этиологических факторов. Это было единственным серьезным изменением в диагностической системе, реально учитывающим нейробиологические механизмы расстройств. Применение этого подхода привело к тому, что обсессивно-компульсивное расстройство стало независимой от тревожного расстройства диагностической категорией; патологическая зависимость от азартных игр была отнесена к «расстройствам, связанным с употреблением психоактивных веществ»; выделена новая обширная группа «травматических и связанных со стрессом расстройств».

4. Усилен эволюционно ориентированный подход. Согласно данному подходу, большая часть психических расстройств манифестирует в детстве или в подростковом возрасте, для разных периодов жизни характерны различные клинические проявления, рассматриваемые через призму психиатрии развития.

Последовательность расположения глав DSM–5 демонстрирует попытку отражения эволюции расстройств на протяжении жизни. Заболевания, впервые диагности-

руемые в детстве и относящиеся к нарушениям развития ЦНС (интеллектуальные расстройства, расстройства коммуникации, РСА, РДВГ, специфические расстройства речи и школьных навыков, расстройства моторики, тикозные расстройства), находятся в начале систематики и объединены в диагностическую категорию «нарушения нейроразвития». Расстройства, обычно диагностирующиеся в зрелом возрасте, такие как биполярное, расположены в середине систематики, а нарушения, диагностируемые в пожилом возрасте, такие как нейрокогнитивные, – ближе к ее концу. Добавлена новая глава в DSM–5 «Двигательные расстройства, вызванные приемом лекарственных препаратов, и другие побочные эффекты, вызванные приемом лекарственных препаратов».

Рубрика DSM–4 «Расстройства, впервые диагностированные в младенчестве, детстве или в подростковом возрасте» была исключена из DSM–5. С позиций психиатрии развития были уточнены диагностические критерии некоторых диагностических категорий.

Систематика предполагает диагностику РДВГ и РСА как у детей, так и у взрослых. Новые диагностические критерии для этих расстройств более очерчены, чем в DSM–4.

Многоосевая структура DSM–4 заменена одноосевой. В DSM–4 клинический диагноз пациента состоял из диагностических заключений по трем осям: клинический синдром (например, шизофрения, большое депрессивное расстройство) по оси I, расстройство личности по оси II и общее медицинское состояние (например, ВИЧ, гипотиреоз) по оси III. В DSM–5 оси I, II и III были объединены, что позволило интегрировать психиатрические и сопутствующие общемедицинские расстройства. Дефиницию «общие медицинские состояния» в DSM–5 заменили на «сопутствующие заболевания». Ожидается, что изменения улучшат взаимодействие между психиатрией и общей медициной.

6. В DSM–5 предложены новые редакции диагностических критериев для ряда заболеваний. Были пересмотрены критерии социального тревожного расстройства: «тревога у детей должна возникать и при взаимодействии со сверстниками, а не только при взаимодействии с взрослыми»; «страх и тревога, спровоцированные социальными ситуациями у детей, могут выражаться в виде поведенческих симптомов, таких как плач и истерики». В диагностические критерии обсессивно-компульсивного расстройства введено новое указание, что «дети могут иметь компульсии, не демонстрируя четкой цели в снижении или предотвращении беспокойства и страданий».

7. Новые диагностические категории. Существует ошибочное мнение, что DSM–5 вводит в клиническую практику много новых диагнозов, расширяющих и меняющих понятие психического расстройства, относящих к болезненным состояниям, являющиеся крайними проявлениями нормы. Это не соответствует действительности. DSM–5 включает в себя меньшее количество диагнозов, чем DSM–4, но содержит ряд новых диагностических категорий. Примерами новых диагнозов в DSM–5 являются: расстройство с разрушительными формами поведения и расстройство регуляции настроения. Отдельные диагностические категории были ранее

включены в DSM–4 в качестве рубрик, требующих дальнейшего изучения. Имеется достаточно оснований для внесения их в качестве диагностических категорий в DSM–5. Примерами являются расстройство, связанное с перееданием, и предменструальное дисфорическое расстройство. В DSM–5 сохраняется глава с диагностическими категориями «для дальнейшего изучения», такими как «синдром с резидуальными проявлениями психоза», «Интернет-зависимость и игровая зависимость», «самоагрессия, не сопровождающаяся суицидом».

Нарушения нейроразвития

Группа расстройств «нарушения нейроразвития» является наибольшей инновацией DSM–5. Она сформирована из диагностических категорий на основании представлений об их общих нейробиологических особенностях [4]. Эти заболевания характеризуются задержкой или отклонениями в развитии мозга, влияющими на клинический фенотип, например РДВГ, расстройства формирования школьных навыков, интеллектуальная недостаточность и РСА.

Тяжесть расстройства в DSM–5 определяется не по IQ, а по уровню адаптивного функционирования. Речевые расстройства вошли в новую категорию – «расстройства социальной коммуникации», где часть синдромов совпадает с «расстройствами аутического спектра». Категория «расстройства аутического спектра» появляется взамен существовавших в DSM–4 диагнозов аутизма, синдрома Аспергера, дезинтегративного расстройства детского возраста и неуточненного расстройства общего развития. РДВГ может начаться как до, так и после 12 лет, его диагностические критерии существенно пересмотрены. Расстройства обучения и двигательные нарушения организованы в этой главе по-другому и отчасти объединены.

С методологических позиций РДВГ и РСА можно рассматривать как единый спектр расстройств, связанных с нарушением развития ЦНС: РДВГ – нарушение нейроразвития лобных отделов мозга и мезокортикальных трактов, РСА – мозга в целом.

Выделение группы «нарушения нейроразвития» опирается на результаты современных нейровизуализационных исследований мозга, демонстрирующих задержки в созревании коры.

Было высказано мнение, что РДВГ правильнее рассматривать как нарушение контроля над побуждениями и импульсивными формами поведения, а не как рас-

Таблица 1. Расстройства, связанные с нарушениями нейроразвития, в DSM-5

Интеллектуальная недостаточность
Расстройства коммуникации
Расстройство речи
Расстройство речевой артикуляции (трудности со звукопроизношением, затрудняющие устное общение)
Заикание (расстройство владения речью, начинающееся в детском возрасте)
Социальное (прагматичное) расстройство коммуникации
Расстройства спектра аутизма
Расстройство внимания
и гиперкинетическое расстройство
Специфические расстройства обучения
Двигательные нарушения
Расстройство развития координации движений
Стереотипное двигательное расстройство
Тикозное расстройство

стройство из кластера нарушений поведения, несмотря на некоторое сходство наблюдающейся симптоматики. Двигательные (нарушения развития координации) и стереотипные двигательные расстройства (тикозные) были перенесены в главу расстройств нейроразвития (табл. 1).

Расстройства спектра аутизма

В новой редакции DSM используется единая диагностическая категория аутизма, характеризующаяся:

1) стойким дефицитом социальной коммуникации и социальных взаимодействий, вне учета наличия общей задержки развития;

2) ограниченными, повторяющимися формами поведения, интересов, активности;

3) формированием нарушений в раннем детстве (могут не проявляться, пока растущие социальные требования не станут выше ограниченных возможностей ребенка);

4) нарушениями повседневного функционирования. Таким образом, из DSM–5 изъята диагностическая категория расстройства Аспергера, тем самым обеспечена замена концепции дуализма расстройства на концепцию «спектра».

В DSM–5, вместо применявшейся в МКБ–10 и DSM–4 оценки классических симптомов аутизма раздельно в трех субсферах, введена группировка с выделением двух сфер нарушений – дефицита социального общения и ограниченных, повторяющихся форм поведения.

Диагностические критерии PCA в DSM–5 дополнительно предусматривают выделение гипер- и гиперактивности сенсорного восприятия и квалификацию необычных сенсорных интересов в окружающем мире. Вводится ранее отсутствовавшая оценка тяжести PCA, выделяются диагностические категории «нуждающихся в поддержке», «нуждающихся в существенной поддержке» и «нуждающихся в очень существенной поддержке».

Специально проведенные клинические исследования продемонстрировали повышение специфичности и валидности диагностики PCA в сравнении с диагностическими критериями DSM–4. Чувствительность диагностических критериев DSM–5 ниже для людей с IQ выше среднего. Это позволило членам рабочей группы DSM–5, проводившим испытание, сделать вывод, что в новую редакцию систематики вводятся более строгие, имеющие более высокий диагностический порог критерии, выводящие за рамки расстройства некоторые случаи высокофункционального аутизма. С одной стороны, такая практика снижает тенденции гипердиагностики PCA, с другой – повышает риск ограничения прав на специальные услуги для части лиц с синдромом Аспергера.

Расстройство обучения

Важные изменения были внесены в диагностические критерии расстройства обучения:

1) слияние четырех предыдущих диагностических категорий DSM–4 в одну с последующей модификацией диагностических критериев;

2) изменение минимального возраста для диагностики;

3) введение критериев чувствительности и устойчивости к терапевтическому вмешательству;

4) изменение критериев оценки уровня неуспеваемости учащихся.

Решение об объединении расстройств обучения в одну категорию было принято на основании отсутствия доказательств в поддержку взаимоисключаемости, охвата и чувствительности критериев дискретных диагностических категорий DSM–4. Членами рабочей группы обнаружена противоречивость применяемого в DSM–4 диагностического алгоритма. Решение о пересмотре диагностических категорий и критериев диагностики приняли с учетом не только доступных доказательств, но и мнения экспертов, профессиональных и правозащитных групп. Был сделан вывод в пользу объединения подтипов расстройства обучения в одну диагностическую категорию, но при этом в качестве дополнительных спецификаторов решили сохранить возможность дальнейшего использования ключевых особенностей ранее выделяемых подтипов. Были изменены критерии «А», требующие наличия одного из шести гетерогенных симптомов (неточное или медленное чтение, трудности с пониманием и пересказом прочитанного, нарушения правописания и орфографии, нарушения формирования навыков счета и математических действий).

Диагностическими критериями расширяется возраст для диагностики: симптомы должны впервые выявляться в течение школьного возраста и учитываться до тех пор, пока требования к пострадавшим академическим навыкам не ограничивают возможности индивидуума.

Вводится также новый диагностический критерий «ответ на вмешательство». Для диагностики расстройства симптомы должны сохраняться, несмотря на предоставление помощи, направленной на устранение академических трудностей.

В реалиях украинской школы данный диагностический критерий выглядит полезным. Дети, у которых в Украине диагностируется «нарушение обучения» или даже «умственная отсталость», имеют проблемы, которые можно квалифицировать как «педагогическую запущенность», «непредоставление адекватной поддержки при специфичных педагогических потребностях». Благодаря введению нового диагностического критерия акцентируется внимание на профилактике и снижается риск гипердиагностики.

Добавление критерия «ответ на вмешательство» подверглось резкой критике со стороны некоторых экспертов: они указывают на тот факт, что вмешательства и ответ на них не стандартизированы и зависимы от уровня развития коррекционной педагогики в различных странах. В странах, которые развиваются, этот критерий предположительно будет игнорироваться, потому что вмешательства из арсенала коррекционной педагогики не получили широкого распространения. Специалисты обращают внимание на то, что расстройство обучения является единственным диагнозом в медицине, для постановки которого требуется отрицательный ответ на лечение в качестве критерия.

В DSM–5 также вводятся новые критерии оценочной категории «плохая успеваемость». Согласно DSM–4, академические навыки должны быть существенно ниже средних, учитывая хронологический возраст индивида, уровень интеллекта и образования. В новой систематике критерии категории «плохая успеваемость» требуют, чтобы академические навыки были существенно ниже средних нормативных согласно испытаниям в выборках, стандартизованных по возрасту, образованию и культуральной среде, при этом диагностическая процедура не учитывает наличие или отсутствие умственной отсталости. Таким образом, DSM–5 снимает требование наличия расхождения между IQ и успеваемостью для квалификации расстройства. Такой подход может привести к снижению диагностической точности, необоснованной диагностике расстройства обучения у детей с относительно высоким IQ и уменьшению выявляемости у пациентов с низким IQ.

Недостатком критериев как DSM–4, так и DSM–5 является отсутствие возможности использовать их во многих странах, прежде всего в слаборазвитых, поскольку в них применяются оценки, полученные с помощью стандартизованных тестов, и требующие адаптации для разных языков и культур.

В критериях для изучения расстройства в DSM–4 формально не предъявлялись требования к уточнению продолжительности симптомов. В DSM–5 для позитивной диагностики требуется присутствие симптомов в течение не менее 6 месяцев. Как показали исследования, этот диагностический критерий не оказывает существенного влияния на точность диагностики.

Расстройство дефицита внимания и гиперактивность

Значительных изменений диагностическая категория РДВГ не претерпела, сохранены 18 основных общих критериев диагностики.

Изменения внесены в определение возраста начала расстройства: для позитивной диагностики симптомы должны выявляться в возрасте до 12, а не 7 лет, как это было предусмотрено в DSM–4. В DSM–5 пересмотрено понятие «пороговых симптомов для взрослых»: введено уменьшение диагностического порога с 6 до 5 симптомов. Еще одной инновацией новой систематики является разрешение двойной диагностики РДВГ и PCA (PCA не относится к критериям исключения). Незначительные изменения внесены в квалификацию подтипов РДВГ, включены пересмотренные презентации 18 основных симптомов [5].

РДВГ как расстройство, связанное с нарушением развития ЦНС, ориентирует клиницистов на поиск ранних признаков заболевания. Исследования рабочей группы продемонстрировали отсутствие разницы в фенотипической презентации расстройства (нейропсихологических нарушениях, особенностях протекания, тяжести проявлений, ответе на медикаментозное лечение) у детей с началом РДВГ до и после 7 лет. Доля лиц с манифестацией нарушений активности и внимания в возрасте до 12 лет составляет около 95% случаев. Не подтвердились опасения, что изменение возрастных критериев может искусственно увеличить распространенность РДВГ.

Для полевых исследований DSM–4 были рандомизированы только дети и подростки. Оценка возможностей диагностики РДВГ у взрослых при работе над DSM–5 продемонстрировала ограниченные возможности квалификации расстройства путем оценки 6 симптомов. Пилотные испытания показали высокую дисперсию результатов. Было сформировано распределение со стандартным отклонением 2,5–3, что обеспечивало попадание в зону надежной диагностики у взрослых только наиболее тяжелых случаев расстройства. Использование 4 из 9 симптомов позволило повысить чувствительность и специфичность диагностики РДВГ у взрослых и поддержку нейробиологических данных. Члены рабочей группы DSM–5 проявили осторожность и снизили диагностический порог только до 5 симптомов.

Не существует доказательств, подтверждающих исключение диагноза РДВГ при выполнении диагностических критериев PCA. В реальной клинической практике РДВГ и аутизм часто сосуществуют. Психостимуляторы могут уменьшить симптомы РДВГ у половины больных PCA. В таблице 3 представлены основные изменения критериев РДВГ в DSM–5 и их обоснование.

Интеллектуальная недостаточность

Интеллектуальная недостаточность входит в главу нарушений развития ЦНС. В DSM–5 термин «интеллектуальная недостаточность» заменяет применявшийся ранее в DSM–4 «умственная отсталость» (в предстоящем пересмотре МКБ предлагается использовать обозначение «интеллектуальное нарушение развития»). Дефиниция «умственная отсталость» изъята из употребления из-за ее унижительного подтекста. Другие модификации диагностической категории включают в себя изменения, подчеркивающие более полный анализ и оценку функционирования пациента.

Тестирование IQ поощряется и остается основой для оценки, новые критерии подчеркивают важность функционирования индивидуума. Измерение IQ менее достоверно в нижней части диапазона. Сопутствующие расстройства и феномен «эффекта Флинна» (увеличение средних баллов IQ по всему миру в последние годы) могут повлиять на диагностику интеллектуальной недостаточности у части пациентов, усиливая потребность в оценке интеллектуального функционирования квалифицированными специалистами.

Критерий «А» касается интеллектуального функционирования и измеряется при помощи IQ-тестов. Лица с ограниченными интеллектуальными возможностями при оценке IQ имеют показатели ниже на два или более стандартных отклонения, чем средние значения в популяции.

Критерий «В» относится к недостаточности адаптивного функционирования в трех областях (не указанных в предыдущем издании DSM): концептуальной (например, академические навыки); социальной (например, речь, общение, навыки межличностного общения), а также практической (например, навыки самообслуживания и опрятности). Многоуровневый подход обеспечивает постановку диагноза на основании оценки воздействия расстройства на функционирование, а не основывается исключительно на конкретных жалобах и тестировании интеллекта.

В DSM–5 сохранена градация интеллектуальной недостаточности по уровням тяжести (легкая, средняя, тяжелая и глубокая), но заменен уровень IQ в качестве определяющего критерия, на степень адаптивной дисфункциальности в этих трех областях. В предыдущем издании были установлены возрастные ограничения для диагностики лиц, не достигших 18 лет, в DSM–5 их нет, но появились требования к наличию симптомов в детстве или подростковом возрасте. В таблице 4 обобщены основные изменения.

Разрушительные формы поведения, нарушение контроля над побуждениями, расстройство поведения

В DSM–5 кондуктивное (антисоциальное) расстройство поведения и оппозиционно-вызывающее расстройство (ОВР) перенесены в главу «Разрушительные и связанные с потерей импульс-контроля расстройства поведения». Новая глава включает антисоциальное расстройство личности, пироманию и клептоманию.

Базовые диагностические признаки расстройства поведения остаются в DSM–5 без изменений: повторяющееся, носящее систематический характер поведение, нарушающее права других людей или социальные правила, о чем свидетельствует наличие хотя бы 3 из 15 диагностических критериев (почти идентичных критериям в DSM–4) в течение предыдущих 12 месяцев.

В DSM–4 выделяли два подтипа расстройства поведения, в зависимости от того, в детском или в подростковом возрасте оно манифестировало. В DSM–5 вводится новый спецификатор, указывающий на дефицит просоциальных эмоций. Спецификатор исходит из наличия негативного поведения и отражает типичную для индивида картину эмоционального и межличностного функционирования в различных ситуациях. У лиц, страдающих расстройством поведения с ограниченными просоциальными эмоциями, наблюдаются ограниченные проявления эмоциональной взаимности, сочувствия, они уделяют мало внимания чувствам, желаниям, благополучию других людей, о чем свидетельствуют минимум 2 симптома из 4:

- 1) отсутствие чувства раскаяния и вины;
- 2) жестокость с отсутствием сочувствия;
- 3) отсутствие обеспокоенности производимой деятельностью (отсутствии мотивации или волнения при решении задач в школе или на работе);
- 4) неискренность или слабость эмоций (чувства или эмоции, демонстрируются слабо или неискренне).

Члены рабочей группы DSM–5 пришли к консенсусу, что дети и подростки с расстройствами поведения являются неоднородной группой с учетом тяжести нарушений, особенностей жизненной позиции и предполагаемой этиологии, что привело к выделению различных диагностических категорий.

Несколько десятилетий назад DSM–3 уже предполагала возможность диагностики двух подтипов расстройств поведения: социализированного / несоциализированного и агрессивного / неагрессивного. Были получены отдельные свидетельства того, что слабосоциализированные и агрессивные подтипы поведенческих расстройств представлены тяжелыми нарушениями,

плохо поддаются лечению. Диагностические критерии выделенных подтипов не были достаточно четкими и часто не приводили к убедительной квалификации расстройств, в связи с чем от этого разделения в последующем издании систематики отказались.

Нынешний спецификатор «с ограниченными просоциальными эмоциями» (дефиниция аналогична понятиям «бессердечный» и «неэмоциональный») является результатом поиска новых маркеров личностных расстройств у детей и подростков. У лиц, соответствующих новому спецификатору, было квалифицировано анти-социальное поведение, но надежным диагностическим критерием является «наличие дефицита просоциальных эмоций».

Симптомы, ассоциированные со спецификатором ограниченности просоциальных эмоций, введены в DSM–5 для обеспечения скрининга тяжелых, агрессивных и устойчивых форм поведения. Они являются независимым фактором риска для антиобщественных вариантов поведения у взрослых. Неизвестно, сохраняется ли это различие на протяжении всей жизни пациента и будет ли оно поддержано реальной клинической практикой.

Оппозиционно-вызывающее расстройство

Критерии ОВР в DSM–5 существенно не изменились. Для его выявления квалифицируют как эмоциональные, так и поведенческие симптомы, распределенные на три группы:

- 1) злость / раздражительность;
- 2) склонность спорить / вызывающее поведение;
- 3) мстительность (злопамятность).

Условие, выдвигаемое в DSM–4, что ОВР не может быть диагностировано, если выполняются диагностические критерии расстройства поведения, было исключено, так как симптомы ОВР могут свидетельствовать об эмоциональных расстройствах независимо от нарушения поведения.

Важная инновация в DSM–5 заключается в требовании определять частоту оцениваемого поведения и симптомов ОВР. Это связано с тем, что у многих нормально развивающихся детей и подростков наблюдаются эпизоды поведения, подобного ОВР. Для выявления расстройства, в соответствии с требованиями новой диагностической систематики, у детей в возрасте до 5 лет оппозиционное поведение должно наблюдаться большинство дней в течение не менее 6 месяцев, за исключением эпизодов, связанных с «мстостью». Для детей 5 лет и старше поведение должно возникать не реже одного раза в неделю в течение не менее 6 месяцев, кроме состояний, ассоциированных с «мстостью».

Применение новых диагностических критериев позволяет оценивать тяжесть диагностируемого расстройства и указывает на наличие обширной группы детей, у которых критерии на момент исследования не выполняются, но они составляют группу риска квалификации расстройства в последующем.

Травма и связанные со стрессом расстройства

«Травма и связанные со стрессом расстройства» – новый диагностический раздел в DSM–5, объединивший ряд различных глав и диагностических категорий

DSM–4. Новый раздел включает реактивное расстройство привязанности, расстройство расторможенной социальной активности, ПТСР, острое стрессовое расстройство, расстройство адаптации. Включены связанные со стрессом тревожные расстройства и расстройства настроения. Основным обоснованием для объединения перечисленных диагностических категорий в единый раздел является то, что их общая черта – существование дистресса после воздействия травматического или стрессового события.

Посттравматическое стрессовое расстройство

Диагностические критерии ПТСР претерпели ряд изменений в отношении детей дошкольного возраста.

Для постановки диагноза ПТСР у детей в возрасте 6 лет и младше, должны выполняться четыре перечисленные далее критерия, симптомы должны наблюдаться в течение более одного месяца, быть причиной клинически значимого дистресса или повреждения и не являться следствием воздействия психоактивных веществ или соматических заболеваний [6].

ПТСР стало первым расстройством в DSM, которое имеет отличные диагностические критерии для взрослых и детей (в возрасте 6 лет и младше).

Диагностические критерии ПТСР для детей старшего возраста, подростков и взрослых почти не изменились. Различия между острым и хроническим ПТСР были устранены, поскольку существующих доказательств для обоснования пользы такой дифференциации оказалось недостаточно. Был добавлен подтип «с диссоциативной симптоматикой». Лица, соответствующие критериям этого подтипа, отвечают также критериям ПТСР и обнаруживают текущие симптомы деперсонализации и / или дереализации.

Реактивное расстройство привязанности и расстройство расторможенной социальной активности

Диагностическая категория в DSM–4 «реактивное расстройство привязанности» использовалась в клинической практике редко и относилась к числу плохо изученных. Изменения в DSM–5 отражают другое отношение клиницистов к этой категории. В DSM–4 рубрика «реактивное расстройство привязанности» разделена на реактивный и расторможенный подтипы. В DSM–5 подтипы определены как отдельные нарушения: «реактивное расстройство привязанности» и «расстройство расторможенной социальной активности».

Обе диагностические категории объединяет необходимость наличия запущенности, определяемой как отсутствие адекватного ухода в детском возрасте, что считается причинным фактором, приводящим к ограничению возможностей маленького ребенка для формирования адекватной привязанности. Эти расстройства отличаются существенным образом – клиническими проявлениями, ответом на вмешательства, что поддерживает их рассмотрение как отдельные категории.

Депрессивные расстройства

Расстройство с тяжелой дисрегуляцией настроения (расстройство регуляции настроения с разрушительным поведением)

В DSM–5 введен новый диагноз «расстройство с тяжелой дисрегуляцией настроения». В последние годы в

сфере охраны психического здоровья детей и подростков наблюдалась оживленная дискуссия относительно диагностических границ биполярного аффективного расстройства (БАР). Благодаря проделанной работе представителей Бостонской школы (США) наблюдался стремительный рост уровня диагностики БАР у детей, первоначально в США, а затем и в Европе. Уровень выявления БАР у взрослых также повысился, но не столь значительно, как у детей и подростков. В соответствии с этим увеличилось количество назначений антипсихотических препаратов детям.

Объяснением может быть увеличение числа случаев диагностики БАР у детей за счет смягчения диагностических критериев мании. В DSM–4 у детей при отсутствии традиционных проявлений мании БАР диагностируется на основании эквивалентных симптомов, как правило, раздражительности. В качестве мании у детей нередко квалифицировались поведенческие нарушения, первично диагностированные как РДВГ, но не давшие положительного ответа на терапию психостимуляторами.

Данные лонгитудинальных популяционных исследований показали отличную от БАР эволюцию психических нарушений: невыполнение диагностических критериев БАР у большинства пациентов, достигших взрослого возраста, накопление случаев большого депрессивного, генерализованного тревожного расстройства и дистимии.

Диагноз тяжелой эмоциональной дисрегуляции был предложен для описания детей и подростков, которые впервые попадали в поле зрения психиатров в детском возрасте с повышенной возбудимостью, гиперактивностью и импульсивностью. Катамнестические исследования продемонстрировали, что дети с БАР имеют более высокий (62%) риск развития маниакальных эпизодов в течение среднего периода в 29 месяцев последующей жизни, чем дети с тяжелой дисрегуляцией настроения (1%).

Результаты семейных исследований немногочисленны, но подтверждают выводы лонгитудинальных испытаний. При сравнении распространенности БАР среди родителей детей, страдающих тяжелой дисрегуляцией настроения и БАР, были обнаружены существенные различия: БАР встречалось у 33% родителей в группе детей с БАР и только у 3% – с тяжелой дисрегуляцией настроения. Предположение, что тяжелая и хроническая раздражительность представляет альтернативный фенотип БАР, является необоснованным.

Эксперты рабочей группы DSM–5 при проведении пилотных исследований установили факт высокой распространенности тяжелой дисрегуляции настроения в детской популяции – около 3%, тогда как встречаемость БАР не превышает 0,1%.

Определения и модели, находящиеся на стадии разработки

Межсекторальная квалификация симптомов

Некоторые инновации, представленные в новом разделе III, имеют непосредственное отношение к диагностике в детской психиатрии.

Были введены межсекторальные оценочные критерии – специальный инструментарий для предва-

рительного скрининга, включающий родительскую версию (для оценки детей в возрасте 6–17 лет) и версию для самооценки подростками. Идея заключается в использовании этих критериев в начале клинической оценки, что поможет врачам провести целенаправленный поиск в сфере вероятного расстройства. Предполагается применение нового инструментария для проведения своего рода проверочной оценки при диагностике в психиатрии, как это делается в общей медицине.

Инструментарий первого уровня включает в себя 19 вопросов с оценкой по 5-балльной шкале Лайкерта (от 0 до 4) и 6 вопросов, которые позволяют отвечать «да», «нет» или «не знаю» (например, для вопросов относительно употребления психоактивных веществ и суицидальных идей), касающихся 12 категорий нарушений психической деятельности: соматических симптомов, проблем со сном, невнимательности, депрессии, гнева (агрессии), раздражительности, мании, тревоги, психоза, повторяющихся мыслей и поведения, употребления психоактивных веществ, мыслей о суициде / суицидальных попыток.

Положительный ответ на любой вопрос (оценка в 2 балла или выше), за исключением вопросов, связанных с невнимательностью или психозом (оценка в 1 балл или выше), или ответы «да» / «не знаю» на вопросы об употреблении психоактивных веществ и наличии суицидальных мыслей / попыток указывают на необходимость проведения полной оценки. Эта оценка может включать использование межсекторальных диагностических критериев DSM–5 второго уровня, которые основаны на хорошо проверенных инструментариях, применяемых в детской психиатрии (например, шкала SNAP–IV для невнимательности и гиперактивности; опросник ASSIST, модифицированный Национальным институтом по проблемам злоупотребления лекарственными средствами для чрезмерного приема психоактивных веществ).

В разделе III вводится практика культуральной оценки интервью, что представляет собой обновленную и усовершенствованную редакцию разработок DSM–4. Хотя этот инструмент был протестирован только у взрослых, детские психиатры могли бы выиграть в случае включения культуральной формулировки в оценку своих пациентов, поскольку влияние культурального контекста на понимание развития или выражения симптомов психического здоровья в детско-подростковом возрасте осязаемое.

Синдром ослабленного психоза

В разделе III также содержится ряд временных диагностических категорий, нуждающихся в дополнительных исследованиях. Для детской психиатрической практики из числа категорий этого раздела особый интерес представляет синдром ослабленного (резидуального) психоза.

В DSM–5 предложены следующие диагностические критерии для этого синдрома:

- 1) ослабленные (резидуальные) симптомы бреда, галлюцинаций или дезорганизованной речи с относительно ненарушенным восприятием реальности;
- 2) частота возникновения (по крайней мере, один раз в неделю в течение месяца);

3) симптомы должны появляться или усиливаться на протяжении года, предшествующего постановке диагноза, и не могут быть объяснены наличием какого-либо тяжелого психического расстройства или эффектом от приема препаратов или использования других веществ;

4) симптомы никогда ранее не соответствовали критериям психотического расстройства.

Результаты проведенных исследований показали, что значительная часть людей с этими фенотипическими характеристиками прогрессировала до выполнения всех диагностических критериев психотического расстройства, и раннее вмешательство у этих пациентов в ряде случаев позволяло остановить это прогрессирование. Катамнестические наблюдения продемонстрировали, что большинство случаев, соответствующих описанной диагностической категории, если и прогрессируют, то не достигают тяжести психотического расстройства. Опасность необоснованного расширения границ психического заболевания и широкого необоснованного применения антипсихотических средств не позволила специалистам принять совместное решение относительно включения новой диагностической категории в основную часть руководства.

Выводы

DSM–5 представляет собой современную классификацию психических расстройств, основанную на фактических данных и современных исследованиях.

Детский раздел систематики отражает прогресс и развитие новых научных парадигм, опирающихся на масштабные исследования последнего десятилетия, прежде всего в области психиатрии развития. Концептуализированы базовые достижения теории нарушений нейроразвития, представлений о взаимодействии генотипа и фенотипа психических расстройств, роли средовых факторов в оформлении их фенотипа. Достижение классификации – уточнение диагностических критериев, введение новых диагностических категорий, диагностических инструментариев, что упростило диагностику и создало очевидные перспективы дальнейшего развития.

Многое еще предстоит сделать, прежде чем будет создана систематика, построенная на основе четких представлений об этиологии и патофизиологии психических расстройств у детей. Систематика должна быть введена в украинскую психиатрическую практику и использоваться параллельно с МКБ–10.

Список использованной литературы

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. – Washington, DC : American Psychiatric Association. 2000.

2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. – Arlington, VA : American Psychiatric Association. 2013.

3. First M. B. Harmonisation of ICD–11 and DSM–V: opportunities and challenges / M. B. First // Br. J. Psychiatry. – 2009. – Vol. 195 – P. 382–390.

4. Rutter M. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life / M. Rutter, J. Kim-Cohen, B. Maughan // J. Child. Psychol. Psychiatry. – 2006. – Vol. 47. – P. 276–295.

5. Scheeringa M. S. PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm / Scheeringa M. S., Zeanah C. H., Cohen J. A. // Depress Anxiety – 2011. – Vol. 28. – P. 770–782.

6. The age at onset of attention deficit hyperactivity disorder / Kieling C., Kieling R.R., Rohde L.A. [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2010. – Vol. 167. – P. 14–16.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЇ ТА ДІАГНОСТИКИ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ: ІННОВАЦІЇ DSM–5.

I. A. Marcenkovsky, K. V. Dubovyk

У статті розглядаються сучасні підходи до класифікації психічних та поведінкових розладів дитячого віку. Проведено аналіз змін діагностичних критеріїв DSM–5.

Ключові слова: психічні розлади у дітей та підлітків, діагностичні критерії, класифікація.

NEW APPROACHES TO CONCEPTUALIZATION AND DIAGNOSIS OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN CHILDHOOD: INNOVATIONS DSM–5.

I. Martsenkovsky, K. Dubovyk

The article reviews current approaches to classification of mental and behavioral disorders of childhood. The analysis of changes in diagnostic criteria for DSM–5.

Key words: mental disorders in children and adolescents, diagnostic criteria, classification.

УДК 616.89

С.І. Табачніков, О.С. Осуховська, Є.М. Харченко,
Г.А. Приб, Т.В. Синіцька, О.В. Кіосєва, А.М. Чепурна
ПОШИРЕНІСТЬ ІГРОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ УКРАЇНИ
ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЦЬОГО КОНТИНГЕНТУ НАСЕЛЕННЯ

Ключові слова: ігрова залежність, поширеність, адиктивна поведінка, афективні порушення.

Метою дослідження було вивчення поширеності ігрової залежності серед підлітків та молоді та її впливу на їх психічне здоров'я, а також розробка заходів профілактики по відношенню до даної проблеми.

На сучасному етапі можна констатувати неконтрольоване поширення комп'ютерних ігор не тільки з елементами жорстокості, але й пропагандою культу насильства і порнографії. Найбільшою проблемою стала доступність комп'ютерних ігор для дітей, що негативно впливає на стан їх психофізичного розвитку, може розбещувати свідомість, стимулювати виховання агресії, сприяти зростанню злочинності.

Вплив сучасних комп'ютерних ігор на дітей та молодь, на жаль, є вкрай актуальною та важливою проблемою як в Україні, так і у світовому суспільстві. Сам ігровий процес може мати неоднозначний, як позитивний, так і негативний ефект. З одного боку, є доказові твердження позитивних наслідків участі у відеоіграх: вдосконалення зорово-просторових навичок (особливо для візуалізації тривимірних об'єктів), координації рухів, тренування концентрації, уваги і її переключення, поліпшення зорової пам'яті і швидкості обробки зорової інформації. Комп'ютерні ігри також успішно застосовуються в реабілітаційному періоді у дітей з різними хворобами, при діагностиці фобій і розладів уваги. З іншого боку, аналіз наукової літератури дозволяє зробити висновок про те, що найвразливішою групою населення при формуванні саме ігрової залежності, ігрової адиктивної поведінки, як одного з видів хімічної адикції, є діти та підлітки. Процес інтенсивної фізіологічної та психологічної трансформації особистості виключає наявність усталених стратегій поведінки у стосунках з однолітками і дорослими, водночас обумовлюючи певні труднощі в соціальній адаптації, при яких підліток часто йде від навколишньої дійсності у віртуальний ігровий світ. Саме тому підлітки найбільшою мірою схильні до ризику формування

ігрової залежності. Також на психофізіологічному рівні недостатня розвиненість ауторегуляторних механізмів, здатності контролювати емоції, стримувати імпульсивну поведінку сприяють формуванню ігрової адикції та Інтернет-адикції у школярів. Дослідження більше 7000 підлітків, які грають у комп'ютерні ігри через Інтернет та за допомогою ігрових приставок, проведені в 2006 р., дозволили зробити висновок про наявність ігрової адикції у 11,9% респондентів. Тривога, тривожність є також складовою в структурі адаптаційних розладів у патологічних гемблерів. Вплив комп'ютерних ігор на трансформацію особистості підлітка пов'язаний з проблемами: а) формування ігрової залежності як альтернативної форми адаптації до життєвих умов, самореалізації та емоційно-психічної регуляції (водночас ігроманія проявляється в негативних змінах поведінки, мотивації, емоційно-афективної сфери підлітка, в зниженні успішності в школі, погіршенні фізичного самопочуття, проблемах у спілкуванні з оточуючими людьми, насамперед з членами сім'ї); б) негативного впливу ігор агресивного змісту, що відображають примітивний рівень ігрової культури, поширений в сучасному суспільстві. Існує деяка особистісна схильність до захоплення комп'ютерними іграми, а зі зростанням ігрового досвіду взаємозв'язок між особистісними особливостями та ігровою комп'ютерною активністю тільки посилюється.

Таким чином, медико-психологічні аспекти впливу як технічного пристрою – комп'ютера, так і його змістового наповнення – комп'ютерних ігор (статичних чи інтерактивних) зумовлені не тільки такими проявами, як порушення постави, ураження променево-зап'ясткового суглобово-зв'язкового апарату, погіршення зору, психо-

емоційного стану, соціально-комунікативних процесів, але й ігровою адиктивною поведінкою.

Проблема патологічної залежності від комп'ютерних ігор у дітей, підлітків та молоді для нашої держави є новою, не вивченою. Розробка цієї теми надзвичайно актуальна для успішного проведення державної рестриктивної політики щодо патологічного гемблінгу і формування правової та експертної складових ліцензування та поширення комп'ютерних ігор на території України.

В Українському науково-дослідному інституті соціальної і судової психіатрії та наркології (УНДІ ССПН) МОЗ України впродовж 2009–2011 рр. проводилось дослідження адиктивної поведінки (пов'язаної з участю в азартних іграх) школярів та студентів відповідно до плану науково-дослідних робіт за темою: «Розробити систему лікувально-профілактичних заходів з надання спеціалізованої медичної допомоги особам з хімічною та нехімічною адикціями (на моделі алкогольної та ігрової залежностей)» (державний реєстраційний номер 0110U0006655), а також згідно з Міжгалузевою комплексною програмою «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр. (Постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.02 № 14), Концепцією Державної цільової комплексної Програми розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на 2006–2010 рр., Концепцією Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» та основними положеннями Європейського плану дій щодо охорони психічного здоров'я, затвердженого Європейською конференцією ВООЗ з охорони психічного здоров'я у Гельсінкі 12–15 січня 2005 р.

За 2009–2011 рр. нами було обстежено 3361 особу, з яких 450 – учні шкіл і 2461 – студент ВНЗ України. Скринінгове тестування проводилося анонімно, за згодою кожного студента або підлітка та обох батьків. Для подальшої роботи відібрані результати дослідження 437 учнів 5–11 класів (13 учнів вибули у зв'язку з відмовою брати участь у подальшому дослідженні). Серед них представників жіночої статі було 219 (50,1 %), чоловічої – 218 (49,9 %). За віком обстежені поділилися наступним чином: підлітки чоловічої статі 12 років склали 19,26%; 13 років – 21,10%; 14 років – 27,52%, 15 років – 17,43%; 16 років – 14,69%; жіночої статі 12 років – 19,63%; 13 років – 24,66%; 14 років – 26,02%; 15 років – 17,81%; 16 років – 11,88%. За результатами тестування 2461 особи молодого віку для подальшої роботи було відібрано 1800 респондентів. Серед студентів I–V курсів ВНЗ, які в рівній мірі представляли технічні і гуманітарні факультети, особи чоловічої статі склали 41%, жіночої – 53%. Вікові групи студентів були ранжовані таким чином: 17 років – 10%; 18 років – 22%; 19 років – 20,7%; 20 років – 19,7; 21 рік – 18,3%; 22 роки – 4%; 23 роки – 3,3%; 24 роки – 1%; 25 років – 1%. Обсяг і квотність простої імовірнісної гніздової вибірки при обстеженні школярів та молодих людей дозволили екстраполювати її дані на генеральну сукупність для подальшого дослідження та аналізу. Було виявлено, що серед студентів найбільш рівномірний розподіл обстежених за віком відповідав значенню 17–21 рік, у школярів – 12–16 років. У процесі роботи нами були використані клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, та статистичний методи дослідження.

Серед респондентів-школярів 17,4% чоловічої і 8,2% осіб жіночої статі були переконані, що всі проблеми можна вирішити за допомогою грошей. Із числа опитаних школярів 15,1% осіб чоловічої і 13,7% – жіночої статі (переважно 12–14 років) відзначили відсутність довірливих стосунків з батьками. Відповіді школярів 12–16 років на питання «Чи берете ви участь у спільних іграх з батьками?» поділилися на 55,7% ствердних і 44,3% – заперечливих; учнів чоловічої статі – 49,5% і 50,5% відповідно. Причому один раз на тиждень або частіше 27% учнів грали з батьками в ігри на комп'ютері, 9% – в телевізійні лотереї, 8,5% – на ігрових приставках, 1,8% – на ігрових автоматах. У ході дослідження з'ясовано, що 61,1% підлітків систематично користуються Інтернетом; 9,2% – відчують швидко стомлюваність, 7,6% – постійно роздратовані, 4,8% – переживають почуття тривожності, занепокоєння. У 5,72% респондентів виявлена адиктивна поведінка, переважно пов'язана зі грою на комп'ютері, яка була представлена такими ознаками: стабільна фіксація думок на грі; неможливість контролювати потяг до гри, неможливість перервати її вольовим зусиллям; часте повторення епізодів ігрової поведінки протягом року; повернення до гри за наявності негативних наслідків ігрової поведінки для навчання та особистісних стосунків. Участь у грі супроводжувалася такими психоемоційними порушеннями, як труднощі засинання, пробудження, безсоння, гіпотимія, дратівливість поза грою, пригніченість, туга. Привертає увагу факт усталеної серед підлітків думки про можливість вирішення будь-якої проблеми за допомогою грошей, що є значним фактором ризику формування ігрової аддикції, пов'язаної з грою на гроші. Таким чином, проблема підліткової ігрової адиктивної поведінки, що є надзвичайно актуальною, зачіпає фундаментальні показники здоров'я української нації та потребує подальшої розробки.

Із 1800 опитаних студентів ВНЗ у 174 (9,6%), з яких 44,82% (78 осіб) – дівчата, 55,18 % (96 осіб) – юнаки, була виявлена адиктивна поведінка, пов'язана з участю в азартних іграх, переважно на комп'ютері. Аналіз гендерних особливостей вищезазначеної поведінки показав, що юнаки частіше, ніж дівчата, почувалися винними через участь в азартних іграх (68,8 % і 56,2 % відповідно); намагалися приховати від родичів та оточуючих, що грали (56,2 % і 38,5 %); не повертали гроші через програш (56,2 % і 46,2 % відповідно); пропускали роботу або навчання через участь в азартних іграх (юнаки – 50 %, дівчата – 30,8 %); бажали припинити грати, але думали, що не зможуть (50 % і 38,5 % відповідно). Представників чоловічої статі частіше критикували за участь в іграх або вказували на наявність проблем, пов'язаних з ігровою поведінкою (56,2% і 38,5% відповідно). У сім'ях юнаків частіше були сварки через гроші, витрачені на азартну гру (37,5 % і 23,1 % відповідно). В той же час дівчата частіше програвали більше, ніж бажали (76,9 % і 68,8 %); казали, що виграли, тоді, коли насправді програли (46,2 % і 43,8 % відповідно).

Було виявлено, що психоемоційні особливості адаптаційного реєстру, асоційовані з ігровою адиктивною поведінкою у студентів ВНЗ, представлені агресивністю (34,5%), гіпотимією поза грою (31%), пригніченістю, тугою (24,1%), диссомнією (20,7%), вегетативною дисфунк-

цією (17,2%), швидкою стомлюваністю від будь-якого виду діяльності (17,2%), а також афектами дратівливості (13,8%). Відсутність позитивного психоемоційного зв'язку з батьками потенціє появу негативних компенсаторних емоційних реакцій у вигляді агресії та гедоністичного ефекту від участі у грі. Депривація гральної діяльності призводить до формування абстинентного симптомокомплексу.

Слід зазначити деякі гендерні відмінності у формуванні ігрової залежності. Ставлення дівчат до свого захоплення комп'ютерними іграми виявилось більш самокритичним і адекватним, ніж у юнаків, водночас дівчата частіше брали гроші на гру із сум, призначених для щоденних витрат, і як кредит у грального закладу, відзначали проблеми з комп'ютерними іграми у сестри/брата, друга або знайомого, грали в один день із сумою, що не перевищує 1000 грн, частіше поверталися після програшу до гри, щоб відігратися, що свідчить про більш інтенсивний прояв імпульсивного радикала; рідше приховували від навколишніх своє захоплення іграми. Більша кількість дівчат зверталися до гри 1–2 рази на місяць і рідше. Характерними для студенток з адиктивною поведінкою є особливості емоційної сфери, що приводять їх частіше, ніж юнаків, до азартної гри, а саме: почуття роздратованості, занепокоєння і поганого настрою.

Ігрова адиктивна поведінка виявилась станом хронічного стресу, що призвела до адаптаційних розладів. Для їх виявлення ми включили в карту скринінгового дослідження питання, що стосуються найбільш інформативних і доступних для вивчення в експрес-режимі показників адаптаційного функціонування організму. З'ясовано, що скарги на погане самопочуття до захоплення комп'ютерними іграми мали місце у 5,5% здорових респондентів і у 34,5% адиктивних; на пригніченість, тугу – відповідно у 4,4% і 24,1%; на порушення сну (труднощі засинання, пробудження, безсоння) 1–2 рази на тиждень у зв'язку з участю в азартних іграх – у 1,8% і 20,7%; на погіршення настрою поза грою – у 1,1% і 3,4%; роздратованість поза грою – у 2,6% і 13,8% відповідно. Гедоністичні переживання 1–2 рази на тиждень були у 5,2% здорових осіб і у 13,8% адиктивних. Вказують на невластиву раніше пітливість 4,1% здорових і 17,2% респондентів з адиктивною поведінкою; на стомлюваність від будь-якого виду діяльності – 7,4% і 17,2% відповідно.

Щодо користування Інтернетом, 1344 респонденти (74,7%) відзначили щоденне використання електронної мережі, 20% (360 осіб) – 1–2 рази на тиждень, 4,7% (84 осіб) – 1 раз на місяць і рідше, 0,7% (12 осіб) – ніколи. Також з'ясовано, що до 2 годин на день в Інтернеті проводять 6,3% з опитаних студентів ВНЗ, до 3 годин – 72%, до 6 годин – 17%, до 10 годин – 5,6%. Найбільша кількість студентів – 46,3% і 25,7% – проводять в Інтернеті відповідно 2 і 3 години на день. Ніколи не повертаються на наступний день, щоб відігратися, 92% опитуваних, іноді – 4,3%, завжди – 1% відповідно, тобто останні дві категорії респондентів (загалом 5,3% осіб) складають групу ризику щодо формування ігрової адиктивної поведінки.

Дослідження за тестом SOGS генетичного передиспозиційного фактора формування ігрової адикції у молоді показало, що проблеми з комп'ютерними іграми у 5,7% випадків були у батька або матері; у 6,7% – у сестри, брата

або іншого родича. Однак 48% опитаних вказали на наявність таких проблем у друга або знайомого.

Треба зазначити, що отримані вище дані підтвердили висунуту нами дослідницьку гіпотезу щодо формування в структурі ігрової адиктивної поведінки психопатологічних феноменів на тлі хронічного стресового стану та вторинної дезадаптації, а також свідчать про наявність виражених гендерних особливостей даної поведінки.

Таким чином, дані кореляційного аналізу дозволили констатувати, що в ході тестування у студентів ВНЗ (9,6%) були виявлені ознаки ігрової адиктивної поведінки, яку за її особливостями ми віднесли до доклінічної, ініціальної стадії формування патологічного гемблінгу з емоційно-нестійким особистісним радикалом. На цій стадії відсутні чіткі психопатологічні симптоми, психічні та поведінкові порушення мають стертий характер. Однак доведена взаємозалежність участі у грі та гедоністичних ефектів, умовно-рефлекторної складової (емоційної, когнітивно-поведінкової, комунікативної), а також напруги компенсаторних процесів (вегетосудинні, диссомнічні, дистимічні, афективні порушення) свідчить про наявність стійкої направленої патологічної тенденції переходу доклінічної стадії в першу стадію клінічної залежності від азартних ігор.

Гендерний аналіз показав, що у дівчат і юнаків – студентів ВНЗ із ігровою адиктивною поведінкою порушення адаптації, які є в кожному випадку, мають як загальні, так і відмінні риси. У респондентів обох статей порушення сну прямо пропорційно пов'язані з гральною емоційно-поведінковою деприваційною домінантою, у респонденток, крім того, спостерігається гіпергідроз. Афект туги і пригніченості у представників обох статей корелює з астенічним компонентом адаптаційних порушень. Відсутність довірчих стосунків з близькими у дівчат, на відміну від юнаків, є значним адиктивним передиспозиційним фактором. Також у респонденток агресивність є захисною реакцією на фрустраційні переживання, а у респондентів вона є наслідком гіпотимії та виснаження нервово-психічної діяльності.

Нами було доведено, що напруга компенсаторних процесів при формуванні адаптаційних реакцій на хронічний стресовий фактор, яким є участь в комп'ютерних іграх, призводить до дезадаптаційних порушень, які на підґрунті взаємопотенціювальної дії хімічних та нехімічних адиктивних поведінкових паттернів замикають патогенетичний ланцюг: участь в азартних іграх, тютюнокуріння, вживання алкоголю → особистість → зловживання участю в азартних іграх, тютюнокурінням, вживанням алкоголю → хронічний стрес → порушення адаптації → адиктивна поведінка, що повністю верифікує та підтверджує висунуту на початку дослідження гіпотезу. Модель патогенезу адиктивної поведінки являє собою доведену психіатричну парадигму.

Об'єктивно визначено, що поширеність адиктивної поведінки, пов'язаної з участю в комп'ютерних іграх, відрізняється значною прогресивністю.

Зазначено факт значного економічного і морального збитку, що наноситься молоді захопленням комп'ютерними іграми.

У 4,3% респондентів виявлена потреба в негайному задоволенні імпульсивних бажань, яка вказує на схиль-

ність особистості до азарту і є однією з основних ознак першої, підготовчої фази формування ігрової адикції. Виявлено біологічні predisposиційні і психосоціальні середовищні сприяючі фактори ризику адиктивної поведінки, справжні масштаби поширеності якої, її ініціальних проявів серед молодих людей значно більші, ніж у представленому дослідженні.

Крім того, необхідно відзначити той факт, що на сучасному етапі Інтернет-простір стає ефективним засобом для популяризації та отримання інтерактивного доступу до потенційних учасників комп'ютерних ігор в умовах законодавчого обмеження функціонування гральних закладів. Негативний факт, що провокує вплив на ставлення до комп'ютерних ігор підлітків і молодих людей, надають рекламні кампанії інтерактивних казино, що проводяться в засобах масової інформації відомими особистостями: спортсменами, діячами мистецтв тощо.

Характер і темпи поширення ігрової адикції являють собою реальну загрозу здоров'ю української нації, що слід враховувати при створенні необхідних правових та організаційних умов, які сприяють реалізації права на інформаційний простір, вільний від матеріалів, небезпечних для фізичного, інтелектуального, морально-психологічного стану населення; а також при правовому врегулюванні обігу комп'ютерних ігор.

В умовах входження України в європейське та міжнародне співтовариство доцільним було б використання досвіду інших країн в процесі підготовки проекту Тимчасових правил поширення та використання комп'ютерних ігор на території України на період до прийняття Закону України «Про розповсюдження та використання комп'ютерних ігор на території України» та проекту

Системи вікових рейтингів оцінки комп'ютерних ігор. Згідно зі зверненням Національної експертної комісії України з питань захисту суспільної моралі до Уряду з пропозиціями про приєднання України до європейської рейтингової системи відеоігор й іншого розважального програмного продукту PEGI повідомляємо, що, на нашу думку та у зв'язку з отриманими в ході вищезазначеного дослідження результатами, для осіб віком до 18 років комп'ютерні ігри не можуть включати помірні сцени насильницьких дій, сцени сексуального характеру, сцени куріння тютюну або прийняття наркотиків, відсилання до азартних ігор і грубий гумор. Це вкрай необхідно врахувати при приєднанні України до PEGI шляхом внесення зазначених змін в національну версію рейтингової системи PEGI.

Список використаної літератури

1. Арзуманов Ю. Л. О медицинских аспектах игромании. Методы выявления, реабилитации профилактики : Материалы конференции «Игромания. Мифы и реальность» 28 мая 2003 года, Москва / Ю. Л. Арзуманов // Наркология. – 2004. – № 4. – С. 15.

2. Бобров А. Е. Поведенческие зависимости и психическая диссоциация / А. Е. Бобров // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии : материалы Российской конференции (9–11 октября 2007 г., г. Москва). – М., 2007. – С. 36.

3. Бухановский А. О. Патологический гемблинг: клинко-патогенетические аспекты / А. О. Бухановский, В. А. Солдаткин // Российский психиатрический журнал – 2007 – № 5 – С. 35–43.

4. Бухановский А. О. Патологический гемблинг: подход к классификации / А. О. Бухановский, В. А. Солдаткин // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии : материалы Российской конференции (9–11 октября 2007 г., г. Москва). – М., 2007. – С. 266–267.

5. К. В. Аймедов Декотрі епідеміологічні характеристики ігрової залежності (на прикладі популяції м. Одеси) / К. В. Аймедов // Актуальні питання транспортної медицини, 2010. – подана до друку.

6. Осуховская Е. С. Результаты исследования игровой аддикции улиц молодого возраста / Е. С. Осуховская // Архив психиатрии – 2011. – №1. – С. 66–69.

РАСПОСТРАНЕННОСТЬ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ УКРАИНЫ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЭТОГО КОНТИНГЕНТА НАСЕЛЕНИЯ

С.И. Табачников, Е.С. Осуховская, Е.Н. Харченко, Г.А. Приб, Т.В. Синицкая, Е.В. Киосева, А.Н. Чепурная

Целью исследования было изучение распространенности игровой зависимости среди подростков и молодежи и ее влияния на их психическое здоровье, а также предложит меры профилактики по отношению к данной проблеме.

Ключевые слова: игровая зависимость, распространенность, аддиктивное поведение, аффективные нарушения.

PREVALENCE OF PROBLEM GAMBLING AMONG ADOLESCENTS AND YOUTHO F UKRAINE AND ITS IMPACT OF MENTAL HEALTH OF POPULATIONS

S. Tabachnikov, O. Osuhovska, E. Kharchenko, G. Prib, T. Sinitska, A. Chepurna, O. Kioseva

Aim of this study was to investigate the prevalence of problem gambling among adolescents and young people and its impact on their mental health, and also to offer prevention in relation to this problem.

Key words: game addiction, prevalence, addictive behavior, affective disorders.

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89–08.12–055.2+343.914

Н.Ю. Васильєва

РОЛЬ ПСИХОЛОГІЧНОГО ТА ПСИХОПАТОЛОГІЧНОГО ФАКТОРІВ У ФОРМУВАННІ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК, ЯКІ СКОЇЛИ ЗЛОЧИНИ ПРОТИ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ОСОБИ

Київський міський центр судово-психіатричної експертизи, м. Київ

Ключові слова: жіноча злочинність, психологічні особливості, суспільно-небезпечні дії, психічні розлади, насильство, судово-психіатрична експертиза, підекспертні.

У статті представлені результати дослідження 353 підекспертних з метою виявлення ролі психологічного і психопатологічного факторів у формуванні агресивної поведінки жінок, які вчинили злочини проти життя та здоров'я особи. Продемонстровано вплив зазначених чинників на формування агресивної поведінки досліджуваного контингенту. Показано необхідність введення принципу диференційованого (гендерного) дослідження клінічної картини окремих форм психічних розладів, а також закономірностей впливу специфічних, біологічних періодів та провідних психогенно-стресових факторів на їх динаміку у жінок.

Актуальність теми. Витоки всіх проявів насильства слід шукати не тільки в соціальному середовищі, а й у індивідуальній психології людей, у суб'єктивному світі особистості [11, 13]. Особистість жінки, яка скоїла злочин, являє собою певну сукупність соціально-демографічних, соціально-психологічних, психофізіологічних та правових властивостей, ознак, зв'язків, відносин, які характеризують її та впливають на злочинну поведінку [9].

Певні психологічні особливості жінки можуть зіграти провідну роль у виборі злочинного способу задоволення потреб або вирішення конфлікту (егоїстична, корислива спрямованість особистості, небажання працювати, неповага до людського життя і людської гідності, сексуальна розбещеність тощо), інші – тільки сприяють скоєнню злочину за наявності зовнішньої несприятливої ситуації (слабовілля, легковажність, хворобливе самолюбство, емоційна збудливість, недобррозичливе ставлення до людей, боягузтво та ін.) [7, 10].

Мотивами і чинниками ризику здійснення жінками СНД проти життя та здоров'я особи при загостренні міжособистісних стосунків є досвід насильства, отриманий жінкою в дитинстві, помста при сприятливій можливості (наприклад, коли чоловік знаходиться у стані алкогольного сп'яніння), насильство як спосіб впоратися із стресом, антисоціальні та особистісні особливості індивіда, конфліктні стосунки з партнером, невміння керувати своїми відчуттями, домінування у разі здійснення легкого фізичного насильства, а також ревності та соціальна ізоляція – у разі здійснення тяжких форм насильства [3, 6,].

Система ціннісних утворень жінок, які скоїли СНД, характеризується рядом структурних трансформацій [5]. Встановлено, що для жінок з нормативною поведінкою ближчими є термінальні та інструментальні цінності, які сприяють їх соціальній адаптації, на відміну від жінок з

делінквентною поведінкою, для яких були характерними цінності, пов'язані з індивідуалізмом, нетерпимістю, матеріальним статусом, що обумовлює їх дезадаптацію в міжособистісних стосунках. Ці якості, враховуючи відносну соціальну незрілість таких жінок, призводять до скоєння ними протиправних дій [8].

Особливою проблемою є агресивні прояви у осіб з психічними розладами, оскільки в систему особистість – ситуація втручається психопатологічний чинник, який спотворює систему особистісної регуляції і може бути причиною вчинення правопорушення [1].

Незважаючи на численність відомостей, які підтверджують криміногенність деяких психічних відхилень, у літературі тривають обговорення питань наявності у жінок причинного зв'язку психічних розладів із злочинністю та схильністю до здійснення соціально небезпечних вчинків [12].

Аналіз літературних даних показує, що психічні порушення у жінок, які скоїли вбивства, виявляються значно частіше, ніж у чоловіків. У багатьох країнах значно більше звинувачених жінок, ніж чоловіків, є об'єктом судово-психіатричної оцінки. Якщо для чоловіків, яких скеровують на експертизу, характерним є кримінальний анамнез, то для жінок – психіатричний [14].

Мета дослідження: вивчення ролі психологічного та психопатологічного факторів у формуванні агресивної поведінки жінок, які скоїли злочини проти життя та здоров'я особи.

Матеріали та методи дослідження

Проведене дослідження ґрунтується на основі аналізу повного обсягу (суцільної вибірки) випадків проведення стаціонарних СПЕ жінкам в Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи упродовж де-

сяти років (2002–2011 рр.), які були поділені на дві групи: основну (група А), у яку ввійшли 122 підекспертні, звинувачувані у скоєнні СНД проти життя та здоров'я особи (ст. 115–119, 121–128 КК України), та групу порівняння (група Б) – 181 підекспертна, звинувачувана у скоєнні СНД, передбачених іншими статтями КК України. Для отримання порівняльних характеристик розвитку досліджуваного явища в часі була проаналізована ретроспективна вибірка – група В, що складається з 50 жінок, аналогічна за параметрами до основної групи А: підекспертні жінки звинувачувані у скоєнні СНД проти життя та здоров'я (ст.115–119, 121–128 КК України) та щодо яких були проведені стаціонарні СПЕ в Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи за період 1981–1986 рр.

Збір інформації проводили шляхом викопіювання даних з різних офіційних документів: медичних карт стаціонарного хворого, матеріалів кримінальної справи, актів СПЕ у спеціально розроблену карту обстеження, яка містить загальні відомості про підекспертну та експертизу, анамнестичні, соціально-демографічні, клінічні та індивідуально-психологічні особливості жінок, дані про особу потерпілого, кримінал та посткримінальну ситуацію, поведінку підекспертної в період проведення СПЕ.

Для досягнення поставленої в дослідженні мети використовували наступні методи дослідження: анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, експериментально-психологічний, метод експертного дослідження документації, судово-психіатричного аналізу генезу СНД, статистичний.

При порівнянні груп спостережень за допомогою t-коефіцієнта достовірності було прийнято, що p_1 – це інтервал достовірності при порівнянні групи А з гру-

пою Б, p_2 – при порівнянні групи А з групою В. Якщо $p > 0,05$, перевагу вважали недостовірною і значення p не відмічали.

Загальна нозологічна структура досліджуваного контингенту відповідає критеріям та рубрикам МКХ–10: органічні, включно з симптоматичними, розлади психіки (F00 – F09); шизофренія (F20); шизотипові розлади (F21); гострі та транзиторні маячні розлади (F23, F24); шизоафективні розлади (F25); хронічні та інші психотичні розлади (F22, F28, F29); афективні розлади (F30 – F39); невротичні, пов'язані із стресом та соматоформні розлади (F40 – F48); поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (F50 – F59); розлади особистості та поведінки у зрілому віці (F60 – 69); розумова відсталість (F70 – 79); розлади психологічного розвитку, поведінки та емоцій дитячого і підліткового віку (F80 – 89, F90 – 98); розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю (F10.0 – F10.9); розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних, інших психоактивних речовин (F11 – F19) [2].

Діагнози підекспертних групи В на період проходження ними стаціонарної СПЕ в Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи за період 1981 – 1986 рр. відповідали критеріям та рубрикам Міжнародної класифікації хвороб 9 перегляду (МКХ–9), та з урахуванням методичних рекомендацій Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 12.01.1999 р. щодо впровадження в практику Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду, було проведено табличне зіставлення кодів МКХ [14].

Дані про зіставлення кодів МКХ–10 та МКХ–9 наведені у таблиці 1.

Результати та їх обговорення

Дослідження характерологічних особливостей жінок, які скоїли насильницькі злочини, виявило максимальну вираженість екзальтованого і застрягаючого (ригідного) типів акцентуації характеру, що виявляється широким спектром емоційних проявів, екзальтацією, бурхливими реакціями, зміною напрямів активності, високою вразливістю; при цьому у злочинниць спостерігалася стійкість афектів, негативних емоцій та відчуттів.

У обстежених виявлені акцентуації характеру педантичного типу з вираженою тенденцією до чіткості, стандартності, передбачливості та завершеності дій; демонстративного (істероїдного) типу, що мають потребу в увазі навколишніх, вони авантюристичні, домагаються бажаних результатів за рахунок інтриг та підступності; емоційно-нестійкого (збудливого) типу, що характеризується підвищеною імпульсивністю, дратівливістю, агресивністю.

Дослідження показало, що у жінок, які скоїли злочини проти членів своєї сім'ї, здійснення агресивних актів реалізувало їх високу базову агресивність як особистісну рису або мотиваційну тенденцію, пов'язану з характером психопатологічного розладу. Глибина особистісних розладів і вираженість агресивних тенденцій цих жінок значно вищі, що припускає більш високу криміногенність та прогностично несприятливий перебіг наявних у них психічних розладів.

Дані про розподіл підекспертних залежно від діагнозу представлено в таблиці 2.

Аналіз даних щодо розподілу підекспертних за нозологічними формами свідчить, що в 16,4% (58 випадків) переважали особи з органічним ураженням головного мозку (ОУГМ). У 9,9% (35 випадків) у підекспертних була констатована шизофренія; у 8,8% (31 випадок) були наявні ознаки розумової відсталості; у 7,9% (28 випадків) – розлади особистості та поведінки у зрілому віці; у 7,4% (26 випадків) – ознаки психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю; у 7,1% (25 випадків) – психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання наркотичних та інших психоактивних речовин; у 34% (120 випадків) підекспертних психічної патології не виявлено.

У групі А достовірно ($p_1 < 0,001$), порівняно з групою Б, переважали особи з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю – 11,5% (14 випадків). У групі Б достовірно ($p_1 < 0,001$), порівняно з групою А, переважали особи з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання наркотичних та інших психоактивних речовин – 12,1% (22 випадки).

У групі А достовірно ($p_2 < 0,01$), порівняно з групою В, переважали підекспертні, хворі на шизофренію – 10,6% (13 випадків). У групі В достовірно ($p_2 < 0,03$), порівняно з групою А, переважали підекспертні з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами – 6% (3 випадки).

Встановлено, що факторами ризику, які сприяють формуванню агресивної поведінки у жінок з психічними розладами, є маячні синдроми, специфічними особливостями яких, незалежно від нозологічної належності, є конкретність, рудиментарність, менша систематизація, відсутність чіткої етапності формування, переважання маячних ідей буденного змісту, включення у маячні переживання дітей та онуків, що є фактором

високого рівня небезпеки скоєння жінками агресивно-насильницьких дій. Значне криміногенне значення має поєднання психопатичних і психопатоподібних розладів різної нозологічної належності із зловживанням алкоголем. Агресивна поведінка таких жінок залежить від антисоціального оточення і виявляє порушення соціально-рольових функцій жінок. Динаміка психічних розладів у жінок пов'язана з патогенною роллю біологічних періодів жінок, особливо декомпенсувальним впливом післяпологового і клімактеричного періодів, коли спостерігається висока чутливість до несприятливих психогенних чинників. Кількість психічних відхилень збільшується з віком.

Принцип інтеграції основних ланок, що детермінують варіанти протиправної поведінки (синдром – особистість – ситуація), введений Ф.В. Кондратьєвим, демонструє відмінності у жінок усіх складових даної системи.

Висновки

1. Між індивідуально-особистісними, психічними аномаліями, девіаціями та СНД існує взаємозв'язок. Психічні розлади мають велике судово-психіатричне та юридичне значення. Констатувати стан осудності, неосудності або обмеженої осудності особи, вирішити питання про те, чи могла підекспертна усвідомлювати свої дії та керувати ними, неможливо без дослідження клінічної динаміки психічного розладу, виявлення його глибини та тяжкості.

2. Клініко-психопатологічний аналіз психічних розладів при різних нозологічних формах у жінок, що скоїли СНД, демонструє залежність форм агресивної поведінки від типу психічних розладів.

3. Найбільш значущою є роль психопатологічного фактора у здійсненні агресивних дій особами з тяжкими психічними розладами, проте і менш тяжкі психічні порушення (які не виключають осудності, якщо йдеться про кримінальну агресію) так або інакше відображаються в агресивній поведінці, хоча при цьому зберігається значна роль особистісних, індивідуально-психологічних механізмів регуляції.

4. Одним із найважливіших концептуальних положень сучасної судової психіатрії є необхідність введення принципу диференційованого (гендерного) дослідження клінічної картини окремих форм психічних розладів, а також закономірностей впливу специфічних біологічних періодів і провідних психогенно-стресових факторів на їх динаміку у жінок.

Список використаної літератури

- Батуева Н. Г. Клинико-психопатологические и кросскультуральные аспекты криминальной агрессии в судебно-психиатрической практике / Н. Г. Батуева, А. Ю. Березанцев // Вестн. новых мед. технологий. – 2007. – № 3. – С. 44–48.
- Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике. – К.: Факт, 1999. – 272 с.
- Лысова А. В. Женская агрессия и насилие в семье / А. В. Лысова // Общественные науки и современность. – 2008. – № 3. – С. 167–176.
- Метод. рек. про впровадж. в практику Міжнар. класиф. хвороб 10 перег., клас 5 «Розл. псих. та пов.». Складачі: А. Н. Міщенко та ін. – Київ – 1998. – 4 с.
- Назаров О. А. Гендерні особливості смислової сфери осіб, що вчинили насильницький злочин: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.06 / Олег Анатолійович Назаров; Харк. нац. ун-т внутр. справ. – Харків, 2007. – 19 с.
- Подільчак О. М. Мотиви та мотивація злочинів, учинених жінками: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. юрид. наук: спец. 12.00.08 / Ольга Миколаївна Подільчак; Нац. юрид. акад. України ім. Я. Мудрого. – Харків, 2005. – 20 с.

7. Стасенко О. В. Преступное поведение: гендерный анализ / О. В. Стасенко // Женщина в российском обществе. – 2009. – № 1. – С. 57–63.

8. Федоренко В. В. Мотивационная сфера у женщин с делинквентным поведением / В. В. Федоренко // Известия Рос. гос. пед. ун-та им. А. И. Герцена. – 2009. – № 105. – С. 212–217.

9. Шевченко Л. О. До питання про типологію жінок, які скоїли злочини проти життя та здоров'я особи / Л. О. Шевченко // Право і безпека. –2004. – № 2. – С. 224–228.

10. Шеслер А. В. Криминологическая характеристика и профилактика женской преступности : учеб. пособие / А. В. Шеслер, Т. А. Смолина. – Тюмень : Тюмен. юрид. ин-т МВД России, 2008. – 94 с.
11. Goetz A. T. The evolution ary psychology of violence / A. T. Goetz // Psicothema. – 2010. – Vol. 22, № 1. – P. 15–21.

12. Krakowski M. Gender differences in violent behaviors: relations hip to clinical symptoms and psychosocial factors / M. Krakowski, P. Czobor // Am. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 161, № 3. – P. 459–465.

13. Silver E. Under standing the relations hip be tween mental disorder and violence: the need for a criminological perspective / E. Silver // Law Hum. Behav. – 2006. – Vol. 30, № 6. – P. 685–706.

14. Yourstone J. Women who kill: a comparison of the psychosocial back gro undoffe male and male per petrators / J. Yourstone, T. Lindholm, M. Kristiansson // Int. J. Law Psychiatry. – 2008. – Vol. 31, № 4. – P. 374–383.

РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН, СОВЕРШИВШИХ ПРЕСТУПЛЕНИЯ ПРОТИВ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ Н.Ю. Васильева В статье представлены результаты исследования 353 подэкспертных с целью выявления роли психологического и психопатологического факторов в формировании агрессивного поведения женщин, совершивших преступления против жизни и здоровья личности. Продемонстрировано влияние указанных факторов на формирование агрессивного поведения изучаемого контингента. Показана необходимость введения принципа дифференцированного (гендерного) исследования клинической картины отдельных форм психических расстройств, а также закономерностей влияния специфических, биологических периодов и ведущих психогенно-стрессовых факторов на их динамику у женщин. Ключевые слова: женская преступность, психологические особенности, общественно опасные действия, психические расстройства, насилие, судебно-психиатрическая экспертиза, испытуемые.	THE ROLE OF PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FACTORS IN THE FORMATION OF AGGRESSIVE BEHAVIOR OF WOMEN WHO HAVE COMMITTED CRIMES AGAINST LIFE AND HEALTH OF INDIVIDUALS N. Vasilyeva The article presents the results of a study of the subject 353 to identify the role of psychological and psychopathological factors in the formation of aggressive behavior of women who have committed crimes against life and health of individuals. Demonstrate the influence of these factors on the aggressive behavior of the studied population. The necessity of introducing the principle of differentiated (gender) clinical study of certain forms of mental disorders, as well as of the influence of specific, biological periods and leading psychogenic-stress factors on the dynamics of their women. Key words: female criminality, psychological characteristics, socially dangerous actions, mental disorders, violence, forensic psychiatric examination of the subject.
--	---

УДК: 616.89-008.442-008.12:340.63

О.А. Козерацька ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕННЯ ВОЛЬОВОГО КРИТЕРІЮ «НЕОСУДНОСТІ» ТА «ОБМЕЖЕНОЇ ОСУДНОСТІ» ПРИ РОЗЛАДАХ РЕГУЛЯЦІЇ СЕКСУАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ЗАСТОСУВАННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ ДЛЯ ПСИХІЧНО ХВОРИХ, ЯКІ СКОЇЛИ КРИМІНАЛЬНІ ПРАВОПОРУШЕННЯ НА СЕКСУАЛЬНОМУ ПІДҐРУНТІ Київський міський Центр судово-психіатричної експертизи, м. Київ
--

Ключові слова: судово-психіатрична експертиза, обмежена осудність-неосудність, сексуальні злочини, розлади сексуального потягу, примусові заходи медичного характеру.

Проведено теоретичний аналіз наукових підходів судово-психіатричної оцінки та лікування осіб, які вчинили сексуальні злочини.

Мета роботи – на основі дослідження клініко-патопсихологічних, психологічних та соціально-демографічних закономірностей протікання психічних розладів, застосовуючи метод ситуаційного аналізу розробити критерії судово-психіатричної оцінки, з виділенням групи «обмежено осудних» та критерії призначення примусових заходів медичного характеру стосовно осіб, які скоїли правопорушення на сексуальному підґрунті.

Об’єкт дослідження – психічні та поведінкові розлади у осіб, які скоїли злочини на сексуальному підґрунті.

ському міському центрі судово-психіатричної експертизи з 2001 р. по 2015 р. (протягом 15 років).

Дослідження порушення вольового критерію «неосудності» та «обмеженої осудності» розладів регуляції аномальної сексуальної поведінки

Воля з психологічних позицій розглядається як довільна мотивація, або як особлива психічна здатність особистості, що дозволяє звільнитися від влади потреб; як механізм, за допомогою якої особистість регулює свої психічні функції [1, 2]. За визначенням Ільїна Є.П. (2009), воля – це управління своєю поведінкою за допомогою свідомості, яка припускає самостійність людини не лише в прийнятті рішення, але й в ініціації дій, їх здійсненні і контролі [1]. У змісті понять осудності та неосудності окремо вказується на вольові та патологічні вольові ознаки, які характеризують вольову діяльність людини під час вчинення нею злочину чи суспільно небезпечного діяння [3].

Розлади потягу частіше виникають в рамках інших психічних розладів: шизофренії, психопатії, розумової відсталості, органічних уражень головного мозку різного походження. Значно рідше розлади потягу виявляються основним типом психічних порушень. Тому необхідним є виявлення основного, провідного психічного захворювання, його вираженість, здатність особи, що страждає на це захворювання, усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій і керувати ними [4, 5]. При шизофренії, глибокій розумовій відсталості, органічних ураженнях головного мозку з явищами слабоумства мова звичайно йде про неосудність таких хворих [6].

Якщо парафілії виникли при розладах особистості (психопатіях) або є самостійним видом психічної патології, експертна оцінка цих випадків є досить складною. Як відомо, за особливостями проявів парафілії поділяють на два типи – егодистонічний та егосинтонічний [7]. Егодистонічний тип – це такі порушення статевого потягу, коли пацієнт усвідомлює їх чужість особистості, відчуває провину, боротьбу мотивів при їх реалізації. До них відносяться obsessivні потяги, які частіше проявляються у фантазіях, уявленнях про збочені сексуальні дії. Реалізація девіантних актів відбувається досить рідко, супроводжуючись тяжкою боротьбою мотивів, а відбувається зазвичай на тлі психотравмуючих обставин, що ослаблюють вольовий контроль поведінки. При цьому зберігається усвідомлення протиправності, карності дій. Такі особи, як правило, визнаються здатними усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій і керувати ними [8]. У випадках компульсивних потягів мова йде про виникнення нездоланного бажання до реалізації зміненої сексуальної потреби на тлі афективно-звуженої свідомості. Боротьба мотивів при цьому дуже нетривала. Пацієнт не в змозі протистояти своєму бажанню, хоча й розуміє його неприйнятність, аморальність, протиправність і карність. Зазвичай у цих випадках вирішується питання про осудність, проте безпосередній зв’язок правопорушення з парафілією, дії пацієнта під впливом зміненої сексуальної направленості, афективні порушення свідомості дозволяють спеціалістам говорити про те, що він не міг у повній мірі усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій і, головне, не міг у повній мірі ними

керувати, контролювати їх. У цих випадках мова йде про обмежену осудність. Такі особи потребують відповідного лікування з метою профілактики їх повторних злочинних сексуальних дій [8].

Егосинтонічний тип розладів сексуального потягу полягає в тому, що ознаки перверсії повністю злилися з особистістю, є однією з її рис, часто головною, ведучою (як у деяких осіб із садизмом). Ці особливості не сприймаються особистістю як чужі, у відношенні збочених потягів немає боротьби мотивів, опору їх реалізації. Такий тип розладів спостерігається у деяких серійних сексуальних убивць з ознаками садизму [9]. Як правило, при егосинтонічному типі парафілій здатність усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій та керувати ними зберігається [8].

Якщо інтелектуальний критерій обмеженої осудності означає, що особа не розуміє повною мірою фактичну сторону, тобто справжній сенс своєї поведінки, то вольовий критерій свідчить про такий ступінь руйнування психічним розладом вольової сфери людини, що вона не може керувати своїми діями (бездіяльністю). Це самостійний елемент, який і за відсутності інтелектуальної ознаки може свідчити про наявність юридичного (психологічного) критерію обмеженої осудності. Судова практика, а також дані досліджень у психіатрії та психології свідчать, що особа, яка вчинила суспільно-небезпечне діяння, при певному стані психіки усвідомлює фактичну сторону свого діяння, може усвідомлювати громадську небезпеку, як своїх дій, так і їх наслідків, проте не може повною мірою керувати своєю поведінкою. У таких випадках на підставі однієї лише вольової ознаки можна говорити про обмежену осудність. Нездатність повною мірою усвідомлювати свої дії (інтелектуальна ознака) завжди свідчить і про наявність вольового критерію – нездатності повною мірою керувати цими діями і, отже, про наявність юридичного критерію обмеженої осудності [10, 11].

Обмежена осудність є універсальною категорією, за допомогою якої можлива оцінка особливостей злочинів, що здійснюються особами з відхиленнями психіки, що не утворюють неосудності, зокрема, в ній знаходить своє відображення принцип справедливості відносно особи з обмеженими суб’єктивними можливостями [12, 13, 14]. Обмежена осудність відрізняється від осудності та неосудності тим, що обмежено осудна особа під час вчинення злочину не повною мірою усвідомлює свої дії та керує ними, оскільки в неї наявний психічний розлад, який обмежує її інтелектуально-вольові можливості [15].

За даними Семенкової І.І. (2008), серед осіб, визнаних обмежено осудними (44 пацієнти), в клінічній структурі психічних розладів домінують три види патології: органічні психічні розлади (F01; F06; F07) – 35,2 %; розумова відсталість (F70) – 33,3 %; шизофренія й шизоафективні розлади (F20; F25) – 15,1 % [16]. У структурі протиправних дій осіб, визнаних обмежено осудними, злочини проти життя й здоров’я займають друге місце (28,3 %). Механізм протиправної поведінки обмежено осудних осіб містить переважання в структурі суспільно-небезпечних діянь ситуативно-імпульсивних і афектогенних мотивів протиправної поведінки; згорнутий характер вольового акту, із прийняттям рішення й вибором засобів протиправної діяльності під впливом ситуації, без адекватного

прогнозу наслідків своїх суспільно-небезпечних дій для себе та оточуючих. Таким чином, істотним аспектом стала відсутність достовірних відмінностей стану організації вольової діяльності в порівнюваних групах (130 осіб із психічними розладами, визнаних осудними – група порівняння), що підкреслює постійну присутність порушень вольової регуляції в структурі психічних розладів та підтверджується фактом їх кримінальної поведінки [16].

У психологічному механізмі вчинення злочину у стані обмеженої осудності відсутня чи вкрай обмежена боротьба мотивів, мотиви накладаються на цілі, домінує генералізоване емоційне збудження, між стадіями переважає односторонній зв'язок [15]. Для констатації осудності необхідно і достатньо виявити здатність до усвідомлено-вольової поведінки у тих межах, в яких готується, приймається і реалізується рішення про суспільно-небезпечні діяння: усвідомлення конкретної цілі, шкоди, яку принесе її досягнення, готовність до певної поведінки, незважаючи на заборону; цілеспрямований вибір засобів та їх використання у певній ситуації. В цьому разі не потрібне вияснення наявності високого рівня інтелекту і волі або здатності простежити найближчі чи віддалені наслідки своїх дій. При вирішенні питання про осудність виявляється базовий рівень інтелекту і волі, тобто мінімально значущий рівень, який у повній мірі притаманний в рамках конкретного поведінкового акту будь-якому суб'єкту, має він психічні аномалії або ні [17].

При дослідженні антиципаційної та вольової діяльності пацієнтів з розладами особистості (n=111; 26 хворих з шизоїдним розладом, 29 – з емоційно-нестійким, 28 – з істеричним, 28 – з тривожним), проведеному Хафізовою Г.Д. (2008), були виявлені: просторова, особистісно-ситуаційна і часова неспроможності, а також виражені відхилення від норми за такими параметрами, як подолання перешкод, які вказують на утруднення пацієнтів при подоланні фізичних перешкод, складності дії, новизни обстановки, внутрішніх станів (втома, хвороба), конкуруючих мотивів і цілей. Достатня прогностична компетентність передбачає малу вираженість вольових розладів, що свідчить про взаємовплив антиципаційної та вольової діяльності, що забезпечує адекватну поведінку особистості [18].

Порушення психіки, які послаблюють вольові механізми, сприяють тому, що ставеві потреби, що виникають в осіб з такими порушеннями, частіше призводять до злочинної сексуальної, у тому числі насильницької, поведінки. Задоволення цієї потреби у таких осіб не регламентується соціальними нормами, заборонами або обмеженнями, тому шлях від появи потреби до власно дій з її реалізації коротший. Самі же дії досить примітивні, іноді раптові; вони частіше є непередуманими, дуже рідко спостерігається попереднє планування і ретельна підготовка злочину, приховання слідів злочину тощо [19]. Також отримані нейрофізіологічні дані (відмінності нейрофізіологічних механізмів лобової дисфункції у цих хворих), що свідчать про порушення функції програмування і контролю поведінки у хворих з девіантною сексуальною поведінкою (парафілією) [20].

Однією з найбільш актуальних проблем судової психіатрії є проблема фіксованих форм аномальної сексуаль-

ної поведінки, при яких реалізація девіантного потягу є неодноразовою. Відсоток повторних протиправних сексуальних діянь достатньо високий – коливається у межах 30-75 % і останнім часом спостерігається тенденція до росту їх рецидивування [21, 22].

У значному ступені рецидивність сексуальних правопорушень співвідноситься із стереотиповістю аномальної сексуальної поведінки, яка є одним з критеріїв діагностики розладів сексуальних уподобань і включає в себе особливості вибору об'єкта сексуального уподобання, аномальної активності та території реалізації парафілійних спонукань. Проте до теперішнього часу залишається відкритим питання, що стосується механізмів усвідомлено-вольової регуляції і фіксації парафілії в осіб з високим ступенем стереотиповості аномальної сексуальної поведінки [23, 24, 25, 26].

Більшість авторів стереотиповість розглядають як один з варіантів психічної патології. Ясперс К. вказував, що при фіксованій поведінці психічне життя стає нерухомим, починає керуватися «невідв'язними» ув'язненнями [27]. В умовах, що змінюються, така поведінка є дезадаптивною [27], свідчить про відносну нездатність особистості в умовах вимог об'єктивної ситуації змінити свою психічну установку [26].

Експерт-психіатр дає висновок про психічний стан особи з точки зору наявності або відсутності у нього хворобливого розладу, причому такої глибини, яка виключає можливість усвідомлено-вольового регулювання. Але для висновку про осудність-неосудність цього недостатньо, оскільки необхідно встановити факт здійснення саме цією особою суспільно-небезпечного діяння, передбаченого кримінальним законодавством, а також співвіднести здатність до усвідомлено-вольового регулювання не з поведінкою людини взагалі, а конкретно з інкримінованим йому діянням, що не входить в компетенцію експерта-психіатра, а отже, і висновок про осудність-неосудність залишається за межами його компетенції [28]. Суд, розглянувши матеріали кримінальної справи, виносить постанову про звільнення від кримінальної відповідальності і про застосування примусових заходів медичного характеру.

Дослідження та аналіз наукових розробок для застосування примусових заходів медичного характеру для психічно хворих, які скоїли правопорушення на сексуальному підґрунті

Як було наведено вище, суд виносить постанову про звільнення особи від кримінальної відповідальності і про застосування до нього примусових заходів медичного характеру тільки після визнання доведеним того, що діяння, заборонене кримінальним законом, здійснене цією особою в стані неосудності [29]. Обмежена осудність, за умови її зазначення в обвинувальному вирокі, надає можливість застосовувати до суб'єкта злочину (добровільно чи примусово) відповідні корекційні заходи – як загальновиховні чи психологічно-корекційні, так і психіатрично-лікувальні [30]. Тобто, обмежена осудність є підставою для визначення умов утримання засуджених в місцях позбавлення волі та призначення примусових заходів медичного характеру [15].

Водночас, питання лікування злочинців, що скоїли сексуальні злочини, продовжують дискутуватися на-

уковцями. Відмічають певну неадекватність підготовки фахівців щодо оцінки і лікування сексуальних відхилень в медичних і психіатричних закладах, і навіть в судових психіатричних асоціаціях, тобто розуміння, що лікування сексуальних злочинців доступне і може бути успішним та ефективним потребує подальшого обґрунтування [31].

Для системи примусового лікування найбільш значимою є проблема критеріїв соціальної безпеки, нерозривно пов'язана з розробкою об'єктивних показників актуальності девіантних потягів, що диктує необхідність створення комплексної програми динамічної діагностики патологічних сексуальних потягів [32].

Згідно з Котовим В.П. і Мальцевою М.М. (2006), поняття «характер суспільно небезпечного діяння» (СНД) включає і оцінку ситуації, в якій воно здійснене, з врахуванням ролі додаткових зовнішніх чинників, що провокують СНД [33]. Автори пропонують підрозділяти негативно-особистісні психопатологічні механізми СНД на ініціативні СНД і ситуаційно-спровоковані. При ініціативних механізмах СНД ймовірність здійснення діянь є безумовною і може досягати максимальної вираженості, такі хворі схильні до систематичного їх здійсненню. При сексуальних суспільно-небезпечних діяннях такий механізм найбільш характерний при синтонічному відношенні до аномального сексуального потягу, коли критика наявних сексуальних розладів, а отже й боротьба з виникаючими потягами, відсутні. Миттєва готовність таких пацієнтів до небезпечних дій повинна впливати на вибір примусових заходів медичного характеру [33]. Аналіз, проведений Басинською І.А. (2010), показав, що при ситуаційно-спровокованих механізмах СНД обумовлене афективною нестійкістю, а також нездатністю хворих із-за інтелектуальної недостатності прийняти найбільш раціональне рішення [33].

Результати та їх обговорення

За своїм змістом сфера застосування примусового лікування складна і різноманітна. Вона охоплює окрім власне лікувальної роботи також організацію періодичних лікарських оглядів для постановки перед судом питання про продовження призначених заходів або зміну їх видів; організацію системи безпеки психіатричних стаціонарів, що здійснюють примусове лікування; систему документації, необхідної для належного здійснення примусового лікування тощо [34, 35]. Водночас, сьогодні значна частина питань, що стосуються виконання примусових медичних заходів, не може вирішуватися з опорою на чинне законодавство [36]. Так, вважається необхідним, в першу чергу, законодавчо проголосити загальне правило, що до осіб, до яких застосовуються примусові заходи медичного характеру, застосовуються ті ж медичні методи обстеження і лікування, що й до всіх психічно хворим з аналогічними формами психічного розладу. Іншими словами, спочатку потрібно легалізувати принцип своєрідного «терапевтичного рівноправ'я» всіх без виключення психіатричних пацієнтів, і щоб подібного роду правові норми були викладені в законі, спеціально присвяченому виконанню примусових медичних заходів, а не були розсіяні у вигляді окремих норм по всьому медичному законодавству [37]. Обмежено осудній особі, на думку Зайцева О.В., може бути призначена тільки амбу-

латорна психіатрична допомога в примусовому порядку або госпіталізація до психіатричного закладу із звичайним наглядом. Неосудність особи служить підставою для призначення і застосування альтернативних примусових мір, передбачених Розділом XI КК України [38].

Амбулаторна психіатрична допомога у примусовому порядку може надаватись обмежено осудному засудженому як у спеціальному медичному закладі, так і в медичних частинах спеціальних установ Державного департаменту з питань виконання покарань України, якщо засуджений відбуває покарання, пов'язане з обмеженням чи позбавленням волі. У цих установах особи проходять також медико-соціальну реабілітацію, оскільки унаслідок психічних розладів вони потребують створення умов для адаптації до режиму виправних установ [15, 39]. Характер та зміст такої допомоги для осіб, які скоїли сексуальні кримінальні правопорушення, на жаль, на теперішній час в Україні не визначений.

Висновки

Таким чином, вищенаведене свідчить про необхідність пошуку нових шляхів у дослідженні критеріїв судово-психіатричної оцінки осіб, які скоїли кримінальні правопорушення на сексуальному підґрунті, в особливості критеріїв групи «обмежено осудних» та у дослідженні критеріїв застосування примусових заходів медичного характеру відносно цих осіб.

Список використаної літератури

1. Ильин Е. П. Психология воли / Е. П. Ильин. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва [и др.] : Питер, 2009. – 364 с.
2. Слепокурова Т. В. Психология эмоций, мотивации и воли : учеб. пособие / Т. В. Слепокурова. – Якутск : Изд-во ЯГУ, 2005. – 130 с.
3. Воробей П. А. Кримінально-правове ставлення у вину / П. А. Воробей. – К.: Amika, 2009. – 176 с.
4. Prevalence of mental disorders among sexual offenders in forensic psychiatry and prison / S. Harsch, J. E. Bergk, T. Steinert [et al.] // Int. J. Law Psychiatry. – 2006. – Vol. 29, N 5. – P. 443–449.
5. Leve A. Mental disorders in a forensic sample of sexual offenders / A. Leve, B. Borchard, J. Hoyer // Eur. Psychiatry. – 2004. – Vol. 19, N 3. – P. 123–130.
6. Personality profile and psychic deviations in offenders examined for psychiatric-forensic appraisal / R. Ille, T. Lahousen, F. Rous [et al.] // Nervenarzt. – 2005. – Vol. 76, N 1. – P. 52–60.
7. Ткаченко А. А. Сексуальные извращения – парафилии / А. А. Ткаченко. – М.: Триада-X: Успех, 1999. – 461 с.
8. Судебная психиатрия / под ред. Б. В. Шостаковича. – М.: зеркало, 1997. – 385 с.
9. Антонян Ю. М. Особо опасный преступник: тоталитарные преступники, серийные убийцы, террористы, бытовые убийцы, сексуальные маньяки, наемные убийцы / Ю. М. Антонян. – М.: Проспект, 2011. – 308 с.
10. Зайцев А. В. К вопросу о формуле ограниченной вменяемости / А. В. Зайцев // Проблеми законності : респ. міжвідом. наук. збірник. – Харків, 2002. – Вип. 57. – С. 156–162.
11. Ситковская О. Д. Психология уголовной ответственности / О. Д. Ситковская. – М.: Норма, 1998. – 272 с.
12. Мельник В. До проблеми обмеженої осудності / В. Мельник // Право України. – 1999. – № 1. – С. 102–105.
13. Первомайский В. Б. Современные подходы к решению проблемы ограниченной вменяемости / В. Б. Первомайский, И. И. Семенкова // Архів психіатрії. – 2005. – № 1. – С. 47–50.
14. Марчак В. Я. Обмежена осудність: психолого-правовий зміст / В. Я. Марчак. – Чернівці : Чернів. нац. ун-т, 2010. – 398 с.
15. Марчак В. Я. Юридика-психологічний зміст обмеженої осудності : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. : 19.00.06 / Марчак; Нац. акад. внутр. справ. – К., 2011. – 36 с.
16. Семенкова І. І. Клініко-соціальна характеристика осіб, визнаних обмежено осудними, і особливості скоєних ними протиправних діянь : автореф. дис. ... канд. мед. наук. : 14.01.16 / Семенкова Ірина Ігорівна; Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. – К., 2008. – 33 с.
17. Ситковская О. Д. Использование психологических познаний для определения общих условий уголовной ответственности : науч.-метод. пособие / О. Д. Ситковская; Науч.-исслед. ин-т проблем укрепления законности и правопорядка. – М., 2005. – 75 с.

18. Хафизова Г. Д. Взаимосвязь антиципационной состоятельности и волевой деятельности психопатических личностей / Г. Д. Хафизова // Казан. мед. журнал. – 2008. – № 3. – С. 350–352.

19. Антонян Ю. М. Особенности сексуальной преступности / Ю. М. Антонян // Россия и соврем. мир. – 2000. – № 2. – С. 140–146.

20. Исследование лобной дисфункции у больных парафилией / А. В. Киренская, В. В. Мямлин, М. Ю. Каменская [и др.] // Рос. психиатр. журнал. – 2007. – № 6. – С. 33–40.

21. The paraphilia-related disorders: an investigation of the relevance of the concept in sexual murderers / P. Briken, N. Habermann, M. P. Kafka [et al.] // J. Forensic. Sci. – 2006. – Vol. 51, N 3. – P. 683–688.

22. Sociodemographic and diagnostic characteristics of homicidal and nonhomicidal sexual offenders / J. Koch, W. Berner, A. Hill, P. Briken // J. Forensic. Sci. – 2011 – Vol. 56, N 6. – P. 1626–1631.

23. Psychiatric disorders in single and multiple sexual murderers / A. Hill, N. Habermann, W. Berner, P. Briken // Psychopathology. – 2007. – Vol. 40, N 1. – P. 22–28.

24. White J. H. Evidence of primary, secondary, and collateral paraphilias left at serial murder and sex offender crime scenes / J. N. White // J. Forensic. Sci. – 2007. – Vol. 52, N 5. – P. 1194–1201.

25. High-risk sexual offenders: an examination of sexual fantasy, sexual paraphilia, psychopathy, and offence characteristics / M. Woodworth, T. Freimuth, E. L. Hutton [et al.] // Int. J. Law Psychiatry. – 2013. – Vol. 36, N 2. – P. 144–156. 90

26. Нейрофизиологические механизмы фиксированных форм аномального сексуального поведения / А. В. Киренская, А. А. Ткаченко, М. Ю. Каменская, И. Е. Лазарев // Рос. психиатр. журнал. – 2010. – № 1. – С. 53–62.

27. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс; пер. с нем. Л. О. Акопяна. – М.: Практика, 1997. – 1053 с.

28. Шишков С. Понятия «вменяемость» и «невменяемость» в следственной, судебной и экспертной практике / С. Шишков // Законность. – 2001. – №. 2. – С. 25–29.

29. Долгова С. В. Проблемы установления невменяемости лица, совершившего общественно опасное деяние / С. В. Долгова // Вестн. Балтийск. федерал. ун-та им. И. Канта. – 2007. – № 9. – С. 66–73.

30. Цепінь М. Й. Обмежена осудність осіб із психопатичними розладами: юридико-психологічна характеристика: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 19.00.06 / Цепінь Микола Йосипович; Київ. нац. ун-т внутр. справ. – К., 2007. – 17 с.

31. Bradford J. M. Can sexual offenders be treated? / J. M. Bradford, P. Fedoroff, S. Gulating // Int. J. Law Psychiatry. – 2013. – Vol. 36, N 3/4. – P. 235–240.

32. Щерба С. П. Передача лиц, страдающих психическими расстройствами, для проведения принудительного лечения в странах СНГ / С. П. Щерба, М. А. Фролова. – М.: Юрлитинформ, 2012. – 238 с.

33. Котов В. П. Потенциальная общественная опасность психически больных, ее значение и принципы адекватной диагностики / В. П. Котов, М. М. Мальцева // Рос. психиатр. журнал. – 2006. – № 2. – С. 10–14.

34. Мищенко Е. В. Принудительные меры медицинского характера в уголовном судопроизводстве / Е. В. Мищенко. – М.: Юрлитинформ, 2010. – 143 с.

35. Спасенников Б. А. Принудительные меры медицинского характера в уголовном праве России / Б. А. Спасенников, С. Б. Спасенников. – М.: Юрлитинформ, 2012. – 189 с.

36. Греку В. П. Проблемные (основные) вопросы применения принудительных мер медицинского характера по российскому уголовному законодательству / В. П. Греку. – Кисловодск: Учебный центр Магистр, 2013. – 212 с.

37. Шишков С. Исполнение принудительных мер медицинского характера / С. Шишков // Законность. – 2007. – № 6. – С. 2–6.

38. Зайцев О. В. Співвідношення осудності, неосудності та обмеженої осудності / О. В. Зайцев // Держава і право: зб. наук. праць. Юрид. і політ. науки. – К., 2003. – Вип. 20. – С. 395–399.

39. Марчак В. Я. Особливості застосування примусових заходів медичного характеру до обмежено осудних осіб / В. Я. Марчак // Вісн. академ. прокуратури України. – 2007. – № 4. – С. 51–55.

ИССЛЕДОВАНИЯ НАРУШЕНИЯ ВОЛЕВОГО КРИТЕРИЯ «НЕВМЯЕМОСТИ» И «ОГРАНИЧЕННОЙ ВМЯЕМОСТИ» ПРИ РАССТРОЙСТВАХ РЕГУЛЯЦИИ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ПРИМЕНЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА ДЛЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ УГОЛОВНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ НА СЕКСУАЛЬНОЙ ПОЧВЕ
Е.А. Козерацкая
Проведен теоретический анализ научных подходов судебно-психиатрической оценки и лечения лиц, совершивших сексуальные преступления.
Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, «вменяемость», «ограниченная вменяемость», «невменяемость», сексуальные преступления, расстройства сексуального влечения, принудительные меры медицинского характера

RESEARCH OF VIOLATION OF VOLITIONAL CRITERION OF DIMINISHED «RESPONSIBILITY» AND «LIMIT RESPONSIBILITY» AT DISORDERS OF SEXUAL BEHAVIOR AND APPLICATION OF FORCE EVENTS OF MEDICAL CHARACTER FOR MENTALLY SICK THAT ACCOMPLISHED OFFENCE ON SEXUAL SOIL
E. Kozratskaya
A theoretical analysis of scientific approaches forensic psychiatric assessment and treatment of persons who have committed sexual offenses.
Key words: forensic psychiatric examination, «responsibility», «limited responsibility», «irresponsibility», sexual offenses, compulsory medical measures.

ТЕЗИ

Н.В. Чередніченко¹, О.А. Левада²
МАРКЕРНЕ ЗНАЧЕННЯ МОЗКОВОГО НЕЙРОТРОФІЧНОГО ФАКТОРА BDNF ПЛАЗМИ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ОСНОВНИХ ЕТІОЛОГІЧНИХ ТИПІВ ЛЕГКОГО КОГНІТИВНОГО ПОРУШЕННЯ ТА ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ
КУ «Центральна лікарня Комунарського району», м. Запоріжжя¹,
ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»², м. Запоріжжя

Легкі когнітивні порушення (ЛКП), як проміжна стадія між нормальним когнітивним старінням та дементуючими процесами, особливо хворобою Альцгеймера, є предметом зростаючого наукового інтересу. Наразі отримано достатню кількість доказів наявності зв'язку між зниженням експресії мозкового нейротрофічного фактора BDNF та розвитком основних типів деменцій, що свідчить про його роль у патогенезі даних захворювань, а також про можливість використовувати даний параклінічний параметр у якості маркера ефективності терапії. Кількість робіт, присвячених визначенню рівня BDNF плазми у пацієнтів з ЛКП, обмежена, що робить такі дослідження актуальними.

Метою дослідження було вивчення концентрації мозкового нейротрофічного фактора BDNF плазми крові у пацієнтів з основними етіологічними типами ЛКП (нейродегенеративним, НЛКП та субкортикальним судинним, ССЛКП), а також її динаміки на тлі застосування есциталопраму.
Матеріали та методи дослідження. У дослідження було залучено 21 хворого з НЛКП згідно з the Mild Cognitive Impairment (MCI) due to Alzheimer’s Disease Workgroup criteria (2010), 22 пацієнти з ССЛКП за критеріями G.B. Frisoni et al. (2002) та 16 осіб без когнітивних порушень (БКП). Групи порівняння не відрізнялися за віком і включали осіб похилого та старечого віку. BDNF плазми визначали методом ELISA усім включеним до дослідження особам на

момент залучення, а також 10 пацієнтам з НЛКП та 10 хворим з ССЛКП через 2 місяці від початку терапії есциталопрамом у добовій дозі 10 мг. Клінічний протокол включав нейропсихологічне тестування (луріївські тести, MMSE та інші валідні підходи), психопатологічне дослідження (The Neuropsychiatric Inventory), неврологічний огляд, вивчення порушень активності у повсякденному житті (The Bristol Activities of Daily Living Scale). Всім залученим до дослідження особам проводили нейровізуалізацію для задоволення критеріїв включення/не включення.

Результати. Продемонстровано, що рівень BDNF плазми знижувався у групах НЛКП ((19950,67±9678,80) пг/мл) та ССЛКП ((25939,55±10410,46) пг/мл) відносно контролю ((31581,50±8092,29) пг/мл), R_{НЛКП-БКП} = 0,0025, R_{ССЛКП-БКП} = 0,21. Зниження рівня BDNF найбільше корелювало з вираженістю порушень пам'яті (r=0,72, P < 0,05) та погіршенням загального бала MMSE

А.Є. Горбань

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ІННОВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ЗА НАПРЯМОМ «ПСИХІАТРІЯ ТА НАРКОЛОГІЯ» У 2009 - 2013 РР.

Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України, м. Київ

Державна політика в Україні спрямована на поліпшення стану справ у сфері психіатрії та наркології. Це знайшло відображення у низці наказів МОЗ України (№ 176 від 19.03.2009 року «Про затвердження заходів МОЗ України щодо удосконалення психіатричної допомоги на 2009–2010 роки»; № 283 від 31.03.2010 року «Про затвердження заходів МОЗ України щодо вдосконалення організації медичної допомоги особам з психічними розладами на рівні первинної медико-санітарної допомоги на 2010–2012 роки»), розробці Концепції державної цільової комплексної програми розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на 2006–2010 роки. У зазначених документах МОЗ України констатує незаперечний факт, що сьогодні у нашій державі існує нагальна необхідність вдосконалення психіатричної та наркологічної допомоги. У цьому аспекті важливе місце займають процеси інформування, в тому числі фахівців, які займаються питаннями психічного здоров'я.
Мета дослідження – оцінка стану інноваційної діяльності за напрямом «Психіатрія та наркологія» у сфері охорони здоров'я України у 2009–2013 рр.
Матеріали та методи дослідження. Експерти Українського центру наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України (далі – Центр) проаналізували наступні основні засоби наукової комунікації: щорічні реєстри з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій за 2009–2013 роки; матеріали проведених наукових форумів; реєстри галузевих нововведень за 2009–2013 роки; методичні рекомендації (МР), погоджені МОЗ України, та інформаційні листи (ІЛ), видані у 2009–2013 роках. Застосовано методи статистичного, структурно-логічного та кластерного аналізу.

(r=0,49, P < 0,05) в групі НЛКП. Застосування есциталопраму привело до підвищення рівня BDNF плазми як у групі НЛКП ((26356,00±8309,11) пг/л) так і в групі ССЛКП ((30066,00±10796,43) пг/л), що супроводжувалося достовірним покращенням показників MMSE та зменшенням виразності психопатологічних порушень переважно афективного та тривожного спектра за Neuropsychiatric Inventory.
Висновки. Зниження концентрації BDNF плазми крові можна застосовувати для валідизації діагнозу НЛКП та ССЛКП, а її підвищення – у якості маркера терапії, що проводиться. Призначення есциталопраму при основних етіологічних типах ЛКП сприяє позитивним нейротрофічним ефектам, які реалізуються через систему синтезу BDNF, що проявляється у покращенні когнітивного статусу та зменшенні психопатологічних порушень.

Результати та їх обговорення. Впродовж 2009–2013 років було організовано та проведено 41 науковий медичний форум за напрямом «Психіатрія та наркологія», які були присвячені найактуальнішим питанням і висвітлювали інноваційні та удосконалені технології, стандарти лікування та діагностики, питання впровадження інноваційних розробок у практику сімейного лікаря, систему первинної медико-санітарної допомоги тощо. Зокрема це 2 конгреси, 5 симпозіумів, 34 науково-практичних конференції з участю вітчизняних фахівців та спеціалістів країн близького і далекого зарубіжжя. Організаторами та співорганізаторами зазначених наукових форумів були вищі медичні навчальні заклади та заклади післядипломної освіти МОЗ України, науководослідні установи МОЗ та НАМН України, профільні асоціації, наукові товариства України та інші організації.
Центром було сформовано 5 Реєстрів галузевих нововведень, до яких за напрямом «Психіатрія та наркологія» було включено 63 інноваційні пропозиції: у 2009 р. – 4, у 2010 р. – 7, у 2011 р. – 4, у 2012 р. – 23, у 2013 р. – 25.
Впродовж останніх п'яти років науковці сфери охорони здоров'я України запропонували для впровадження в практичній охороні здоров'я за напрямом «Психіатрія та наркологія» 74 засоби наукової комунікації, зокрема 45 МР, погоджених МОЗ України, та 29 ІЛ: у 2009 р. – 10 МР та 3 ІЛ; у 2010 р. – 2 МР та 3 ІЛ; у 2011 р. – 17 МР; у 2012 р. – 3 МР та 13 ІЛ; у 2013 р. – 13 МР та 10 ІЛ.
Висновки. Дослідження стану інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я України за напрямом «Психіатрія та наркологія» у 2009–2013 роках свідчить, що кількість інноваційних пропозицій з року в рік збільшувалася, активність підготовки МР та видання ІЛ поступово зростала, але не мала стійкого тренду росту.

Л.О. Герасименко
ОСОБЛИВОСТІ СЕКСУАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК
ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Посттравматичні стресові розлади (ПТСР) є однією з найпоширеніших та найбільш несприятливих за перебігом форм психічних порушень у осіб, які пережили ситуації, що загрожували їхньому життю або життю близьких людей. Проведене комплексне дослідження дає можливість визначити індивідуально-психологічні особливості у жінок з ПТСР, стан їх особистісної та реактивної тривожності, рівень адаптації та дезадаптації. Лікувально-реабілітаційні заходи при ПСТР враховують психотерапію, психологічну корекцію, медикаментозну і немедикаментозну терапію.

Впродовж усього ХХ століття в економічно розвинутих країнах світу спостерігається стрімке зростання кількості тривожно-депресивних розладів, які є наслідком несприятливого перебігу посттравматичного стресового розладу (ПТСР). На виникнення та особливості перебігу ПТСР впливають погіршення суспільно-політичної ситуації в країні, якості життя, погіршення економічного стану населення, безробіття, розлади сексуальної поведінки, статевого життя. Питання щодо стану сімейних, міжособистісних стосунків, сексуального життя пацієнтів з ПТСР у поєднанні зі станом психічної, психологічної та сексуальної сфер практично не висвітлені в науковій літературі, що стало причиною даного дослідження.

За умов інформованої згоди обстежено 26 осіб жіночої статі, які звертались за консультативною допомогою до клінічної бази кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «УМСА». Вік обстежених коливався від 24 до 42 років. Проведено всебічне комплексне клінічне обстеження жінок з вивченням соматичного, неврологічного, психічного статусів, а також спеціальне сексологічне обстеження. З метою вивчення стану особистісної

та реактивної тривожності застосовано методику Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна. Типи сексуальної мотивації і мотиви статевого акту досліджували за В.В. Кришталем (2008), сексуальні фантазії – за класифікацією Дж. Мастерс, В. Джонсон (1998), задоволеність сексуальними стосунками оцінювали за шкалою сексуальності W.E. Snell, D.R. Papini (1989).

Встановлено, що у обстежених жінок з ПТСР переважали нефункціональні (69,56%) типи шлюбу, решта були умовно функціональними. У 95,4% жінок з ПТСР встановлено недостатність рівня загальної та сексуальної комунікації, порушення всіх компонентів спілкування: особистісного через дисгармонійні риси характеру, інформаційного – через слабку обізнаність у питаннях культури спілкування, поведінкового – через неправильні форми поведінки, емоційного – через неадекватні реакції на труднощі, що зазвичай виникають у житті. Встановлення психосексуальних типів обстежених засвідчило, що у обстежених жінок з ПТСР частіше зустрічались психосексуальні типи «жінка-мати» (43,47%) та пасивно-підкорюваний варіант типу «жінка-жінка» (34,78%). Приблизно у 1/3 подружніх пар зустрічались несприятливі поєднання психосексуальних типів чоловіка та жінки.

За результатами досліджень жінок з ПТСР встановлено порушення загальної, міжособистісної та сексуальної комунікації, що відбувається внаслідок констеляції психопатологічних, патопсихологічних та негативних соціально-психологічних чинників. Отримані дані необхідно враховувати при проведенні психодіагностичних, лікувальних та психотерапевтичних заходів з метою підвищити їх якість та ефективність.

І.Г. Мудренко¹, В.І. Бочаров²
ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ СУЇЦИДОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ В М. СУМИ
Сумський обласний клінічний психоневрологічний диспансер¹,
КУ Сумська міська клінічна лікарня №52, м. Суми

На базі Сумської міської клінічної лікарні №5 (КУ «СМКЛ №5») в 2002 році відкрито міський суїцидологічний центр.

Структура центру включає телефон довіри та кабінет соціально-психологічної допомоги.

Основним завданням є надання спеціалізованої психіатричної, медико-психологічної та психотерапевтичної допомоги пацієнтам КУ «СМКЛ № 5» та населенню м. Суми.

У центрі проводиться облік суїцидальних спроб,

аналіз причин, розпізнавання, лікування та профілактика суїцидонебезпечних станів, медико-психологічний супровід в післясуїцидальному періоді, проведення саносвітньої роботи серед населення.

Штат центру включає:

- Завідувач центру (лікар-психіатр) – 1,0 посада;
- Лікар-психотерапевт – 1,0 посада;
- Практичний психолог – 5,0 посад;
- Старша медична сестра – 1,0 посада;
- Медичні сестри – 1,5 посади.

В суїцидологічному центрі розташовані кабінети служби телефону довіри, лікаря-психіатра та психотерапевта, гіпнотарій.

І ланка допомоги. Медико-психологічна служба центру представлена «телефоном довіри», який надає заочні безкоштовні анонімні консультації з нагальних питань у кризових станах.

Найчастіше звернення за допомогою обумовлені такими чинниками як проблемні стосунки в сім'ї («чоловік – дружина», «батьки – діти», «інші родичі»), у сфері любовних та сексуальних стосунків, проблемами професійного росту, необхідністю правового та соціального захисту, психічними та соматичними захворюваннями, проблемами залежності (алкоголізм, наркоманія, ігрова залежність), самотністю молоді та людей похилого віку, особистими хвилюваннями. Є звернення, пов'язані з віросповіданням, пошуком ціннісних орієнтирів, філософськими роздумами, довідковою інформацією.

Служба працює цілодобово, у разі виявлення станів з високим ризиком суїциду пропонується звернутися до центру для психотерапевтичного лікування.

Під час консультування телефоном фахівці-психологи знімають психоемоційну напругу, проводять роз'яснювальну роботу, надають необхідну довідкову інформацію. У разі необхідності пацієнтів скеровують до юристів, працівників соціальних служб, де вони отримують допомогу в складних життєвих обставинах.

ІІ ланка допомоги. Кабінет соціально-психологічної допомоги надає консультативну спеціалізовану психіатричну, медико-психологічну, лікувально-консультативну допомогу населенню м. Суми. Також психіатр консультує хворих, які поступають до відділення екстракорпоральних методів детоксикації та інтенсивної терапії і реанімації внаслідок навмисного отруєння.

С.И. Табачников, Е.С. Осуховская
АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (ИГРОВАЯ АДДИКЦИЯ)
У ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ УКРАИНЫ
Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии
и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Одна из особенностей аддиктивного поведения (игромания, патологический гемблинг, игровая аддикция), как вариант нехимической зависимости, является актуальной проблемой в Украине и зарубежных странах, где легализован игорный бизнес. По резко возросшему уровню обращаемости пациентов-игроманов, в том числе детей и подростков, к практикующим психологам и психиатрам можно констатировать: зависимость от азартных игр стала одной из серьезных медико-социальных проблем в украинском обществе. Исследования распространенности игровой аддикции в Одесской области показали, что среди населения 4,6% страдают данной патологией, 13,0% – входят в группу риска и 24,2% – имеют опыт азартной игры. Количество патологических гемблеров во взрослой популяции зарубежных стран составля-

Специалисты центра после полного психолого-психиатричного обстежения назначают, відповідно до показань, медикаментозне та немедикаментозне лікування. Застосовують різноманітні методи психотерапії (аутогенне тренування, прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном, релаксаційна дихальна гімнастика, раціональна психотерапія, психоаналіз, когнітивно-поведінкова терапія, гіпносуґестія). З немедикаментозних методів пропонуються акупунктура та акупресура.

У разі виявлення розладів психотичного регістра хворих скеровують до обласного клінічного психоневрологічного диспансеру.

Впродовж 2008–2012 років працівники центру проконсультували 30912 осіб, з них 7514 чоловіків та 23398 жінок. Працюючих – 14553, непрацюючих – 6803, пенсіонерів – 8186, інвалідів – 1370. Всього в стаціонарі проведено 1255 консультацій.

Надано допомогу 917 хворим з проявами аутоагресії. Проведений аналіз свідчить, що переважним методом здійснення суїцидальних спроб є отруєння медикаментами та препаратами побутової хімії. Речовини, якими найчастіше отруюються: мурашина кислота, тосол, уайт-спірит, оцет, чемериця, щуряча отрута, сурогати алкоголю, дихлоретан.

З медикаментозних засобів, які використовують при суїцидальних спробах: мідокалм, ампіцилін, барбовал, феназепам, ортофен, сонапакс, валеріана, кетанов, ізоніазид, но-шпа, мілдронат, ноотропіл, цитрамон, соннат, кеторол, темпалгін, амітриптилін, спазмалгон, еуфілін, фенігідін, корвалол, галоперидол, трифазін, седавіт, димедрол, фталазол, карбамазепін, трамадол, цинаризин, вазодилат, адельфан, сановін, анаприлін.

Перспективними є узагальнення роботи суїцидологічної служби міста на прикладі центру, який створено на базі загальносоматичної лікарні, та передача досвіду всім, хто його потребує.

на компьютере. При скрининговом исследовании 500 учащихся школ Киева получены следующие данные. Отвечая на вопрос о том, с какой целью чаще всего школьники выходят в Интернет, 40,5% отметили, что ищут интересующую информацию, 35% – смотрят,

загружают фото, видео, аудио, 28% – пользуются электронной почтой, 29% – общаются в социальных сетях и 16% – играют продолжительностью более 1 часа в день. Таким образом, 16% детей входят в группу риска заболевания игровой аддикцией.

Н.Г. Пшук, А.О. Камінська

ЗАХОДИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ
ЛІКАРІВ ХІРУРГІЧНОГО ТА ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛІВ

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

До теперішнього часу проблема розвитку та специфіки проявів професійної дезадаптації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів систематично не вивчена. Тому необхідність поглиблення теоретичних уявлень щодо психологічних чинників розвитку професійної дезадаптації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів, а також розробка методичних підходів до психодіагностики, психокорекції та психопрофілактики станів професійної дезадаптації та деформації особистості лікарів, що працюють в умовах тривалого та інтенсивного професійного стресу є особливо актуальними завданнями медичної психології.

Мета дослідження – наукове обґрунтування та розробка засад і принципів побудови системи психокорекції професійної дезадаптації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів.

Матеріали та методи дослідження. На першому етапі дослідження на основі інформованої згоди за методикою оцінки професійної дезадаптації О.Н. Родіної в адаптації М.А. Дмитрієвої (2003) було обстежено 280 лікарів хірургічного та терапевтичного профілів з метою виявлення ознак професійної дезадаптації. До подальшої участі у дослідженні було залучено 97 лікарів хірургічного профілю та 85 лікарів терапевтичного профілю з ознаками професійної дезадаптації. Респонденти були рандомізовані на дві підгрупи – групу психокорекції (ГП) – 92 особи, та контрольну групу (ГК) – 90 осіб.

Результати та їх обговорення. Засобами психокорекційного впливу було обрано групову психокорекцію з елементами символдрами та арт-терапії, психотренінг, балінтовські групи. За структурою система заходів психокорекції лікарів хірургічного та терапевтичного профілів складалася з трьох основних етапів: а) психодіагностичного; б) комплексної психологічної корекції; в) моніторингу психологічних змін. Кожен етап припускав різні організаційні і методичні підходи, певні цільові функції і заходи.

Результати вивчення дієвості впроваджених заходів були отримані шляхом порівняльного аналізу динаміки показників професійної дезадаптації до та після психокорекції. За методикою О.Н. Родіної за ознакою «погіршення самопочуття» в ГП до психокорекції показник становив (92,88±2,17)% та після психокорекції – (20,31±5,03)%, в ГК на початку дослідження (89,06±4,03)%, через 6 місяців – (83,33±4,14)%; за ознакою «соматовегетативні порушення» в ГП до психокорекції (96,88±2,15)% та після психокорекції – (37,50±6,05)%, в ГК на початку дослідження (82,81±4,87)%, через 6 місяців – (80,0±3,16)%; за ознакою «порушення циклу «сон – бадьорість» в ГП до психокорекції (92,19±2,12)% та після психокорекції (23,44±6,05)%, в ГК на початку дослідження (82,81±4,73)%, через 6 місяців – (81,67±4,00)%; за ознакою «особливості соціальної взаємодії» в ГП до психокорекції (95,31±2,64)% та після психокорекції (28,13±5,63)%, в ГК на початку дослідження (79,69±5,19)%, через 6 місяців – (78,33±4,32)%; за ознакою «зниження мотивації до діяльності» в ГП до психокорекції (96,88±2,18)% та після психокорекції (23,44±5,30)%, в ГК на початку дослідження (76,56±5,47)%, через 6 місяців – (71,67±4,82)%.

Висновки. Як видно з наведених результатів, впровадження даної системи дозволило значно зменшити прояви професійної дезадаптації у осіб психокорекційної групи, порівняно з контрольною групою, що дає підстави зробити висновок про редукцію психологічної дезадаптації у зазначеного контингенту (p<0,05).

Дане дослідження не вичерпує проблему професійної дезадаптації лікарів і може бути продовжено шляхом розробки комплексної програми психологічної допомоги у подоланні професійної дезадаптації, корекції існуючих і створенні нових спеціалізованих навчальних програм для лікарів з метою розвитку адаптаційних ресурсів особистості та поглиблення знань про психологічні детермінанти професійної дезадаптації.

Е.А. Хаустова, О.В. Гришина

СУЇЦИДАЛЬНІСТЬ У ЖІНОК, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ ПРОСТИТУЦІЄЮ

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

Попередні дослідження особливостей саморуйнівної поведінки та медико-психологічних (у тому числі психіатричних) феноменів порушення психічного здоров'я у тих жінок, які обрали своєю діяльністю надання сексуальних послуг за гроші, виявили наявність фактів самогубства та їх збільшення, що актуалізувало важливість вивчення і оцінки суїцидального ризику серед повій для подальшого проведення профілактичної роботи та надання своєчасної психологічної допомоги.

З метою вивчення та оцінки тяжкості суїцидального ризику у жінок, які займаються проституцією, було проведено дослідження з використанням «Колумбійської шкали оцінки тяжкості суїциду (C–SSRS)».

Ми обстежили 85 жінок, які надають сексуальні послуги за гроші в квартирних умовах у місті Києві, віком від 18 до 38 років, з середнім стажем заняття комерційним сексом (3,05±2,15) роки. Середній вік початку сексуального життя був (16,02±2,87) років, що не є тотожним віку отримання першого сексуального досвіду, бо більшість жінок розповідали про наявність сексуального насильства у дитинстві та суб'єктивно не сприймали його як початок сексуального життя. Серед них 43,0% мають вищу освіту, 57,0% – середню / середню спеціальну.

Результати дослідження виявили, що 95,2% жінок мали ідею «хочу бути мертвим або лягти спати і не прокинутися», 91,7% думали про те, щоб здійснити самогубство; міркували про спосіб самогубства але не мали конкретного плану 34,1%, наміри діяти мали 21,1% обстежених; У 40% випадків суїцидальні думки містили опрацювання способу і плану дій, жінки мали намір здійснити детально розплановане самогубство та намагалися здійснити суїцид, виконавши підготовчі дії, але 32,4% (від групи жінок, які намагалися здійснити суїцид) зупинили себе самостійно, у 11 жінок спроба самогубства була перервана зовнішніми обставинами. Підставами для скоєння суїциду 54,1% обстежених назвали бажання в рівній мірі повернути увагу і отримати відгук інших людей і припинити душевний біль, 21,2% більшою мірою бажали зупинити біль, 3,5% жінок бажали виключно повернути увагу, бо інші способи повернути увагу вважаються не настільки дієвими; 7% – прагнули лише припинити душевний біль.

Підсумкові результати вказують на високий ризик скоєння самогубств серед жінок, які займаються проституцією, та є фактором, на який необхідно звернути увагу під час складання профілактичних та психокорекційних програм для жінок цієї когорти.

К.В. Аймедов, С.В. Мерліч

ДОСЛІДЖЕННЯ ТИПІВ СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ,
ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ХІРУРГІЧНЕ ВТРУЧАННЯ З ФОРМУВАННЯМ КИШКОВОЇ СТОМИ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Під час проведення дослідження індивідуально-психологічних характеристик онкологічних хворих (311 осіб, із них 154 чоловіків, 157 жінок), які перенесли хірургічне втручання з формуванням кишкової стоми, за допомогою опитувальника ЛЮБІ (Ленінградський опитувальник Бехтеревського інституту), було виявлено дисгармонійні типи ставлення до хвороби, а саме: тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний, апатичний та сенситивний.

Гармонійного типу ставлення до хвороби в чоловічій та жіночій вибірці не спостерігалось.

Тривожний тип ставлення до хвороби мав місце у 18,8% чоловіків, 15,9% жінок; неврастенічний тип – відповідно 13,6% та 12,1%; сенситивний тип – 9,7% та 14,1%. Досить часто серед пацієнтів з онкопатологією зустрічався апатичний тип ставлення до хвороби – 12,9% чоловіків, 14,6% жінок. Іпохондричний тип спостерігався у 14,2% чоловіків та 13,3% жінок, меланхолічний тип – відповідно у 12,3% та 13,3%.

В значній кількості випадків в досліджених групах відмічався дисфоричний тип ставлення до власного захворювання – 7,7% чоловіків та 5,7% жінок. Достовірність відмінностей між групами спостерігалася в єдиному випадку – у жінок достовірно частіше зустрічався егоцентричний тип ставлення до хвороби – 7,1% на відміну від жінок, в якій даний тип був притаманним лише 1,9%.

В поодиноких випадках у групах зустрічалися анозонозичний (3,9% чоловіків, 1,2% жінок) та паранояльний (3,9% чоловіків, 2,5% жінок) типи ставлення до хвороби. Еропатичний тип зустрічався виключно в 1,3% чоловіків.

В результаті проведення комплексу психокорекційних заходів, спрямованих на онкологічного хворого, що включав інформаційний блок, відвідування групи екзистенційного досвіду (ГЕД), РЕТ-терапію, підтримку за допомогою e-health технологій, більшість (64,5%) хворих змінили власне ставлення до хвороби на гармонійне.

Н.В. Оніщенко

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА МЕШКАНЦЯМ НАСЕЛЕНИХ ПУНКТІВ, ВИЗВОЛЕНИХ В ХОДІ ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Будь-яка кризова подія є досить травматичною для особистості. Особливо важкою вона виявляється у випадку екзистенціальної загрози, а саме: у випадку зіткнення зі смертю, при втраті близької людини, отриманні тяжких поранень чи каліцтв. На сьогодні такі наслідки спостерігаються психологами Державної служби України з надзвичайних ситуацій (ДСНС) у мешканців східних регіонів України – регіонів, де відбуваються військові дії.

Дослідження мешканців м. Слав'янськ, яке в липні 2014 року було визволене в ході проведення антитерористичної операції (АТО), показало, що основними ознаками кризових станів постраждалого населення є високий рівень тривоги, депресії, почуття безпорадності, апатії, суму, гніву, фізичного стомлення, зниження самооцінки тощо.

Звичайно, будь-яка загрозна ситуація викликає зміни в почуттях, поведінці й думках людини. Якщо ці трансформації підконтрольні людині – втручання психолога не потрібне. Якщо ж негативні зміни набувають тривалого характеру і виявляються поза зоною самостійного контролю – виникає необхідність у професійній психологічній допомозі. Особливої уваги це питання заслуговує в контексті надання психологічної допомоги людям, які пережили зіткнення зі смертю. Отримані нами в ході дослідження дані показали, що абсолютна більшість опитаних мешканців м. Слав'янськ (66,33%), які під час проведення АТО перебували в місті та нікуди не виїжджали, відмітили, що внаслідок пережитих подій переосмислили сенс власного життя, змінили пріоритети, побачили цінність там, де досі її не помічали. Поряд з цим, менше третини з таких мешканців міста відмітили зникнення головного вектора в своєму житті. Ними відмічалися лише безпомічність та страх повторення пережитого жахиття. Відмітимо, що саме ця категорія

постраждалих зазнала найбільш тяжких втрат внаслідок військового конфлікту: втрата житла, втрата близької людини, безпосередня загроза власної смерті або смерті близької людини. Безумовно, всі мешканці визволених населених пунктів повинні отримувати психологічний супровід, але саме перелічені маркери є обов'язковими показниками для надання таким постраждалим невідкладної психологічної допомоги.

В процесі надання психологічної допомоги мешканцям визволених населених пунктів не слід забувати і про психологічну допомогу персоналу установ або організацій, які під час проведення АТО допомагали постраждалому населенню; дуже важливою є співпраця з волонтерами та психологами громадських організацій, яким психологи ДСНС України можуть «передавати» персональні дані тих мешканців, які потребують подальшої уваги з боку фахівців. При цьому координацію та організацію роботи волонтерів слід здійснювати із залученням Центру психологічного забезпечення оперативно-рятувальної служби ДСНС України та місцевого Департаменту охорони здоров'я.

Окремо зазначимо, що система методичного та практичного забезпечення діяльності психологів в межах психологічної роботи з постраждалим населенням потребує вдосконалення. Негайного вирішення вимагають питання розробки експрес-методів діагностики ступеня психічної травматизації людини; робота психолога з постраждалими, які зазнали різних видів втрат, потребує впровадження диференціального підходу; вимагає вирішення питання реадaptaції дітей, що стали свідками війни та пережили всі її жахиття нарівні з дорослими. Крім того, вкрай актуальним сьогодні можна назвати розробку та впровадження алгоритму роботи психолога з мешканцями населених пунктів, які були визволені в ході АТО.

М.В. Маркова, Н.Ю. Касьянова

ДО АКТУАЛЬНОСТІ ПРОБЛЕМИ РОЗРОБКИ КОМПЛЕКСНОЇ СИСТЕМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В СФЕРІ ДИТЯЧОЇ КАРДІОХІРУРГІЇ

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Вроджені вади серця (ВВС) є найбільш частою вродженою аномалією, яка вражає приблизно 8 на 1000 дітей у світі (van der Linde D., Konings E.M., Slager M.A. et al., 2011). Завдяки стрімкому прогресу кардіохірургії 85% дітей з ВВС досягають повноліття (J. Sommerville, 1997). Демографічні прогнози передбачають, що пацієнтів з ВВС серед дорослих буде помітно більшати (G.D. Webb, 2001). В зв'язку з цим науковці приділять увагу дослідженню якості життя пацієнтів з ВВС та розробці ефективних методів фізичної реабілітації (Longmuir

P.E., Brothers J.A., Ferranti S.D. et al., 2013) та психосоціальної адаптації хворих (Callus E., Quadri E., Chessa M. et al., 2010; Sable C., Foster E., Uzark K. et al., 2011). Разом з тим, визначення медико-психологічних механізмів та предикторів низької якості життя маленьких пацієнтів з хірургічно корегованими ВВС та їх родин залишається малодослідженим. Розуміння механізмів формування психопатології в дитячому віці допоможе вчасно надати психологічну допомогу родині та підвищити шанси на високу якість життя дітей з ВВС в дорослому житті.

Щороку в Україні народжується 4000–5000 дітей з вродженими ВВС, у 2012 році серед 521 тисячі немовлят 4300 народилося з ВВС і майже 40% маленьких пацієнтів потребували оперативного втручання у перший місяць життя (В.В. Лазоришинець, 2012). В зв'язку з цим українські кардіохірурги вперше в світі, починаючи з 2009 року, почали застосовувати радикальні корекції складних критичних ВВС із застосуванням компонентів аутологічної пуповинної крові замість донорської у новонароджених (Емець І.М., Жовнір В.А., Федевич О.М. та ін., 2009). Дослідження віддалених результатів психічного та психомоторного розвитку дітей після імплементації нових періопераційних особливостей в загальну практику в доступних джерелах не знайдено.

Відомо, що ускладнене церебральне кровопостачання та гіпоксія може негативно вплинути на розвиток головного мозку дітей з ВВС внутрішньоутробно, а хірургічне лікування новонародженого з використанням апарату штучного кровообігу збільшує ризик ускладнень з боку центральної нервової системи та загального психофізичного розвитку (Maurer I., Latal B., Geissmann H. et al., 2011).

Залежно від типу та критичності ВВС від 15 до 50% дітей мають різні дефіцити розвитку (Herberg U., Hövels-Gürich H.Z. et al., 2012). За іншими даними відмічається, що близько 25% дітей з ВВС мають віддалені неврологічні дисфункції (Donofrio M.T., Duplessis A.J. et al., 2011; K. Watanabe, N.K. Yoshimura, K. Ibuki, 2012), труднощі у навчанні та проблеми комунікації (K.J. Griffin, T.D. Elkin, 2003; I. Holm, P.M. Fredriksen, 2007; M. Miatton, D. de Wolf, 2007), низький рівень якості життя (B. Latal, S. Helfricht, 2009; B.S. Marino, K. Uzark, 2010; J. Wray, K. Brown, 2011), погіршену увагу та гіперактивність (A.J. Shillingford, M. M. Glanzman, 2008), низький соціальний рівень домагань та емоційно-поведінкові розлади (S. Menahem, Z. Poulakis 2008; S. Larsen et al., 2010), дефіцит розуміння та відтворення мовлення (H.H. Novels-Gurich, S.B. Bauer, 2008), утруднення мнестичних процесів (K. Konrad, D. Skorzenski, 2007; P.A. Karsdorp, W. Everaerd, 2007) та розлади адаптації (D.C. Bellinger, 2008).

Численними дослідженнями підкреслюється когнітивна та моторна затримка дітей з ВВС грудного віку та відсутність проспективних досліджень щодо факторів ризику (T. Matsuzaki, M. Matsui, 2010; Snookes S.H., Gunn J.K. et al., 2010).

Більше 25 років науковці намагаються виявити періопераційні детермінанти психоневрологічного розвитку дітей з ВВС через уникнення глибокої гіпотермії кровообігу (Clarkson P.M., MacArthur B.A., Barratt-Boyes B.G. et al., 1980; Fuller S., Rajagopalan R., Jarvik G.P. et al., 2010), врегулювання газового складу крові (Bellinger D.C., Wypij D., du Plessis A.J. et al., 2001), збереження гематокриту (Wypij D., Jonas R.A., Bellinger D.C. et al., 2008), збереження жорсткого контролю глюкози (Ferranti S., Gauvreau K., Hickey P.R. et al., 2004), але так і не знаходять достовірних етіопатогенетичних причин психоневрологічної затримки розвитку.

Серед можливих стресових факторів виділяють пренатальну діагностику ВВС; в ході численних досліджень доведена гостра материнська соціальна дисфункція, психологічний дистрес, підвищена тривожність, депресія, агресія як реакції на ультрасонографічне виявлення аномалій плоду (Kaasen A., Helbig A., Malt U.F. et al., 2010; Rosenborg K.B., Monk C. et al., 2010; T. Field, 2011; J. Rychik, D.D. Donaghue, S. Levy, 2013) та посттравматичний стресовий розлад у батьків після оперативного лікування дитини (Helfricht S., Latal B., Fischer J.E. et al., 2008; Skreden M., Skari H., Malt U.F. et al., 2010; Torowicz D., Irving S.Y., Hanlon A.I. et al., 2010).

Попередні дослідження виявили, що підвищений рівень психологічного дистресу спостерігається в однієї третини матерів та в кожного п'ятого батька (N.N. Doherty et al., 2009). Матері дітей з критичними ВВС є в групі ризику психічних розладів аж до 36 місяців після пологів, що безпосередньо пов'язано зі станом здоров'я дитини (Solberg O., Gronning Dale M.T., Holmstrom H. et al., 2011).

Саме перші три роки після народження, на думку багатьох дослідників, є найкращим часом для психотерапевтичних інтервенцій з активним включенням батька до сімейного консультування (S. Lawoko, J. Soares 2006; McCusker C.G., Doherty N.N. et al., 2010). У працях вітчизняних та закордонних авторів підтверджена роль раннього досвіду в розвитку мозку немовляти і проспективний зв'язок між якістю ранніх дитячо-батьківських взаємовідносин і послідовним дозріванням регуляторних функцій (A. Bernier, M. Stephanie, I. Carlson, N. Whipple, 2010).

Важливим аспектом підвищення ефективності допомоги дітям з ВВС є зміна моделі експертного домінування фахівців над батьками та формування між ними взаємновідповідального робочого альянсу (М. Селігман, 2009; Л.Ф. Шестопалова, 2011).

На сьогодні в Україні відсутні стандарти та алгоритми надання психологічної допомоги в кардіохірургії ВВС. Однак спектр психологічних проблем у даній сфері та значимість збереження та підтримання фізичного і психічного здоров'я дитини та членів її родини, високої якості життя та можливості повноцінного функціонування, включаючи професійну адаптацію осіб, залучених до допомоги, зумовлюють актуальність досліджень з подальшою розробкою і впровадженням системи медико-психологічної допомоги в даній галузі. Враховуючи вищенаведене, авторами здійснюється робота, кінцевою метою якої є з позицій системного підходу на основі багаторівневого визначення закономірностей формування психічних та психомоторних розладів у дітей з ВВС, порушень сімейної взаємодії у родинях з такою дитиною, а також синдрому професійного вигорання осіб, залучених до догляду та лікування у дитячій кардіохірургії, розробити комплексну систему медико-психологічної допомоги даному контингенту.

М.В. Маркова, І.Р. Мухаровська

ДО АКТУАЛЬНОСТІ ПРОБЛЕМИ РОЗРОБКИ СИСТЕМИ
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ОНКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ
НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЛІКУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків
Київський міський клінічний онкологічний центр, м. Київ

В Україні кожного року виявляється понад 150 тисяч нових випадків злоякісних новоутворень, відмічається стійке зростання онкологічної захворюваності в середньому на 0,6% щорічно. Враховуючи високу суспільну значущість проблеми, у 2002 році Кабінет Міністрів України постановою від 29 березня 2002 р. №392 затвердив Державну програму «Онкологія» на 2002–2006 роки, виконання якої дало змогу покращити стан онкологічної допомоги хворим. Однак було зазначено, що залишається невирішеним ряд питань, серед яких – недосконалість системи психологічної, соціальної та правової підтримки онкологічних хворих та їх сімей; проблема реінтеграції у суспільство хворих, що завершили лікування, внаслідок перенесених ними фізичної та психологічної травми, побічних ефектів лікування, тривалого відсторонення від суспільного життя; незадовільне забезпечення психологами відділень, у яких лікуються онкологічні хворі.

У Проекті загальнодержавної цільової програми «Боротьба з онкологічними захворюваннями на 2007–2016 роки» до заходів включено пункти щодо розроблення програми фахової підготовки спеціалістів та волонтерів з надання психосоціальної допомоги онкологічним хворим та членам їх родин, а також підготовки психотерапевтів, психологів та соціальних працівників для роботи з онкологічними хворими та членами їх сім'ї. Вищевказане свідчить про актуальність та важливість проблеми медико-психологічної допомоги в онкології на державному рівні.

Встановлення онкологічного діагнозу для людини стає складним випробуванням та спричиняє різноманітні психологічні реакції, у ряді випадків призводить до розвитку психічних розладів. Поширеність психічних розладів серед онкологічних хворих становить від 44 до 62%.

Однак найбільшого різноманіття у онкологічних пацієнтів досягає широкий спектр психологічних реакцій та станів, асоційованих з онкологічним захворюванням. Порушення клініко-психологічної адаптації у онкологічних хворих проявляються через збільшення тривалості перебування в лікарні; дезадаптивну та анормальну поведінку, пов'язану з хворобою; зниження комплаєнсу – дотримання режиму

лікування пацієнтом; підвищений ризик суїциду; погіршення якості життя; зниження ефективності хіміотерапії внаслідок передчасного закінчення та відмови від повторних курсів; підвищення ризику рецидиву та смерті внаслідок погіршення турботи про себе; підвищення психосоціальної захворюваності в родині хворого та «ускладнене горе» серед членів родини онкологічного хворого. Тобто, стан психологічної адаптації онкологічного пацієнта представляє собою мультимісний комплекс, що включає показники особистісного та психосоціального благополуччя самого пацієнта та його близького оточення, поведінку хворого у лікувальному процесі.

Психологічному травмуванню підпадає не лише пацієнт і його близьке оточення, але і медичний персонал, який надає медичну допомогу онкологічним хворим, що відзначається як зарубіжними, так і вітчизняними авторами.

Власне особливості професійної діяльності медичних працівників, які надають допомогу хворим з онкопатологією, а саме – потреба у тісній взаємодії з пацієнтами, які перебувають у стані психологічної кризи, необхідність повідомляти «несприятливі новини» та вести діалог на напружені теми (реалії ситуації, можливості лікування, прогноз життя), формують потужний пласт медико-психологічних проблем професіоналів в онкології. Стресовість взаємодії у поєднанні з необхідністю підтримання достатнього терапевтичного контакту між пацієнтом та медичним працівником відображається на прихильності хворого до лікування та, відповідно, ефективності терапії в цілому.

Проте, незважаючи на актуальність вищевикладеного, на сьогоднішній день в науковій літературі і в реальній клінічній практиці відсутні цілеспрямовані системні дослідження проявів та закономірностей клініко-психологічної дезадаптації онкологічних пацієнтів та професійної – медичного персоналу, який надає медичну допомогу хворим з онкопатологією, на різних етапах протипухлинного лікування. Вищезазначене зумовлює актуальність і необхідність проведення такого дослідження, яке розпочате нами, що дозволить вирішити проблеми медико-психологічної допомоги в онкологічній практиці на різних рівнях та етапах лікувального процесу.

Л.Н. Юрьева*, С.И. Вишниченко**

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ
ВОИНСКОЙ ЧАСТИ НАЦИОНАЛЬНОЙ ГВАРДИИ, ПРЕБЫВАВШИХ В ЗОНЕ
АНТИТЕРРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепропетровск
**Центр психиатрической помощи и профессионального психофизиологического отбора
ОМО ГУ МВД Украины, г. Днепропетровск

Материалы и методы исследования. Было обследовано 99 военнослужащих воинской части Национальной гвардии (офицеры, контрактники, солдаты срочной службы), которые принимали участие в охране правопорядка в г. Киеве (с декабря 2013 года по март 2014 года) и в зоне антитеррористической операции (АТО) с момента начала этой операции по настоящее время (22.08.2014).

За 9 месяцев пребывания в зоне АТО военнослужащие возвращались на базу дислокации воинской части 3 раза на 2–3 недели.

Все исследуемые были осмотрены психиатром и психологом.

Нами была разработана программа, направленная на исследование психоэмоционального состояния и социально-психологических особенностей военнослужащих, пребывавших в зоне АТО, с целью разработки психопрофилактических мероприятий для этих лиц.

Результаты и их обсуждение. В результате скринингового исследования было выявлено, что у 55,56% испытуемых выявлены признаки посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), подтвержденного при клиническом обследовании психиатра. Среди всех исследуемых ПТСР чаще всего регистрируется у солдат (63,64%). У офицеров и контрактников ПТСР регистрируется реже (47,06% и 44,44% соответственно).

О.О. Комаринська

КОГНІТИВНІ ТА АФЕКТИВНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ПАРАНОЇДНІЙ ШИЗОФРЕНІЇ ТА
ШИЗОФРЕНІЇ, КОМОРБІДНІЙ ЗІ ЗЛОВЖИВАННЯМ АЛКОГОЛЕМ

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

Актуальність вивчення шизофренії, коморбідної з алкоголізмом, пов'язана з поширеністю цієї патології і особливостями, властивими хворим з комбінованим захворюванням, що відрізняють їх від пацієнтів з неускладненими формами шизофренії та зловживання алкоголем. Поширеність наркологічної патології серед пацієнтів з розладами шизофренічного спектру в кілька разів перевищує таку в популяції психічно здорових. При цьому немає єдиної думки про вплив алкогольної залежності на клініку ендогенної психічної патології, зокрема на процеси мислення та когнітивні функції.

После пребывания в зоне АТО 25% военнослужащих отмечают у себя повышенную агрессивность (солдаты – 35%, офицеры – 17%, контрактники – 11%), 12% – навязчивые воспоминания о травматических событиях в зоне конфликта и тревога за своих «побратимов» (солдаты – 18%, офицеры – 6%, контрактники – 4%), 10% – кошмарные сновидения военной тематики (офицеры и контрактники – 11%, солдаты – 9%), 7% – потребность принимать участие в экстремальных, опасных для жизни видах деятельности (солдаты – 11%, офицеры – 6%). Гораздо реже (в 2–3% случаев) военнослужащие отмечали, что после пребывания в зоне АТО у них появилась головная боль, ухудшилась память, они стали регулярно употреблять алкоголь и снотворные.

Среди всех исследуемых только 26% военнослужащих отметили, что после пребывания в зоне АТО никаких изменений в своем психоэмоциональном состоянии они не отмечают. Среди этих лиц доминируют контрактники (41%), офицеры занимают второе место (28%), солдаты – третье (18%).

Выводы. Полученные данные убедительно доказывают необходимость разработки дифференцированных, поэтапных программ профилактики и коррекции психической дезадаптации для военнослужащих и лиц, находящихся в зоне АТО.

Мета: Вивчити особливості когнітивних та афективних порушень у хворих на параноїдну шизофренію, коморбідну зі зловживанням алкоголем, для оптимізації лікувально-реабілітаційного процесу цієї категорії пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження. Опитувальники MMSE, таблиці Шульте, рахування по Крепеліну, шкала Гамільтона, батарея лобних тестів, карта анамнезу.

Було обстежено 59 осіб.

Дослідження проводилось серед чоловіків за їх добровільною згодою у трьох групах:

- хворих на шизофренію, параноїдну форму (21 пацієнт);

• хворих на шизофренію, параноїдну форму, що зловживають алкоголем (20 пацієнтів);

• пацієнтів з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю. С-м залежності ПІ ст (18 пацієнтів).

Середній вік в усіх групах складав 37–39 років.

Результати та їх обговорення. Для визначення факту зловживання алкоголем використовувався наркологічний тест «Аудит», за яким відповідно виявлене зловживання у групі з алкоголізмом (26,6 балів) та при коморбідності (17,3 бали), тоді як у групі параноїдної шизофренії зловживання не встановлено (3,1 бали).

Згідно з таблицями Шульте у хворих алкоголізмом ефективність роботи в межах норми (52,1 с), дещо менша вона у коморбідних хворих (58,9 с). При параноїдній шизофренії тривалість виконання завдань найбільша (61,39 с). За шкалою Гамільтона ознаки депресії виявлені в групі хворих з коморбідною патологією (8 балів), та в пацієнтів з алкоголізмом (10,4 бали). У відносних величинах ознаки депресії виявлено в 50% коморбідних пацієнтів та в 66,7% хворих алкоголізмом. При цьому в коморбідних хворих переважає легка (70%) та помірна депресія (30%), а при алкогольної хвороби крім цього є випадки тяжкої депресії (16,7%), і переважають легкі депресії (66%). Методика MMSE виявляє когнітивні порушення у групі хворих з коморбідною патологією (27,7 бали), в 40% пацієнтів, тоді як при шизофренії та алкоголізмі результат тесту відповідає нижній межі норми (28,1 бали та 28,2 відповідно). Тест малювання годинника показав дещо вищі результати при алкоголізмі (8,9 бали) та шизофренії (8,8 бали), ніж в групі з коморбідною патологією (8,3 бали). Порушення лобних функцій за шкалою FAB найбільш виражене при коморбідній патології (15,3 бали), при шизофренії (15,5), і менше при алкоголізмі (16 балів). За результатами тесту рахування по Крепеліну, найкращі показники у групі пацієнтів з коморбідною патологі-

єю – за 30 секунд вони обраховують в середньому 14,71 пар чисел з найменшою кількістю помилок (2,7), в групі з алкоголізмом – 14,69 пар чисел, але з більшою кількістю помилок (3,96), відповідно гірші показники при шизофренії – 12,3 пар з найбільшою кількістю помилок (4,38).

Висновки.

1. Виявлені особливості когнітивних та афективних порушень у кожній з дослідних груп вказують на необхідність різних підходів до лікування хворих з параноїдною формою шизофренії, параноїдною шизофренією, що зловживають алкоголем, та пацієнтів з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю.

2. При шизофренії виявлена найменша ефективність роботи за таблицями Шульте, найгірші показники згідно з тестом рахування по Крепеліну, а також помірне порушення лобних функцій за шкалою FAB, тестом малювання годинника, що обумовлено протіканням основного захворювання і потребує лікування відповідно до Клінічних протоколів.

3. Серед пацієнтів з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю встановлено ознаки депресії, включаючи важку, що необхідно враховувати під час проведення протиакогольного лікування у складі комплексної терапії.

4. Коморбідні пацієнти потребують комплексного лікування, що має максимально ефективно попереджувати не тільки загострення шизофренії, а й алкогольні процеси, а також нормалізувати соматичний стан організму. У групі параноїдної шизофренії, коморбідної зі зловживанням алкоголем, виявлено ознаки депресії за шкалою Гамільтона, що потребує крім стандартного лікування за Клінічними протоколами, використання антидепресантів. Крім того, в даній групі наявні когнітивні розлади за шкалою MMSE, а також найнижчі показники за шкалою FAB, тестом малювання годинника, що обумовлює використання ноотропних препаратів у даної категорії пацієнтів.

М.В. Маркова, К.А. Косенко

МЕХАНІЗМ ВИЗНАЧЕННЯ ОБ’ЄМУ І ЗМІСТУ ЗАХОДІВ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, ЗАЛЕЖНО ВІД МОДЕЛІ РОДИННОЇ ВЗАЄМОДІЇ

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків
Одеський обласний психоневрологічний диспансер, м. Одеса

На базі Одеського обласного психоневрологічного диспансеру протягом 2010–2014 років було комплексно обстежено 150 жінок, хворих на параноїдну шизофренію (ПШ), та членів їх родин. Обстежених хворих було розділено на групи залежно від моделі родинної взаємодії: основна група 1 (ОГ1) – 35 жінок з ПШ, які проживали з психічно здоровим чоловіком; основна група 2 (ОГ2) – 40 жінок з ПШ, які проживали з психічно здоровим чоловіком та дитиною (дітьми); основна група 3 (ОГ3) – 35 жінок з ПШ, що проживали із батьками (власної родини та дітей не мали); основна група 4 (ОГ4) – 40 жінок з ПШ, які проживали із дорослими психічно здоровими дітьми.

На першому етапі роботи, після нівелювання гострої психотичної симптоматики у пацієнток (20-й день проведення психофармакотерапії), здійснювали вивчення особливостей клініко-психопатологічних проявів та порівняльний аналіз соціального функціонування (СФ), якості життя (ЯЖ) і родинного функціонування (РФ) жінок з різними моделями родинної взаємодії. На другому етапі, який складався з стаціонарного та пост-стаціонарного (коли пацієнтка поверталася в родину) періодів, на основі аналізу отриманих даних проводили обґрунтування, розробку і впровадження заходів психосоціальної реабілітації, диференційованих за змістом та об’ємом залежно від моделі родинної взаємодії. На

Таблиця 1. Вплив клініко-психопатологічних проявів параноїдної шизофренії на стан родинного функціонування хворих жінок

Чинники параноїдної шизофренії		Групи обстежених			
		ОГ1, n=35	ОГ2, n=40	ОГ3, n=35	ОГ4, n=40
		Дія чинників			
Клініко-психопатологічні особливості	Виражений/значно виражений ступінь	Деформує РФ та знижує ЯЖ			
	Сполучення психопатологічних проявів, «спонукаюча дія» одних симптомів щодо інших	«Неякісне» родинне функціонування внаслідок «паралельної дії» симптомів			
	Позитивні синдроми	1. Зниження «міцності соціальної родинної ролі» 2. Руйнування зв’язків між «навичками РФ» у сфері окремої соціальної ролі 3. Руйнування зв’язків між «навичками РФ» та «соціального рольового РФ» (декілька соціальних ролей, пов’язаних за змістом)			
	Негативні синдроми	Емоційне охолодження відносин у родині			
	Загально-психопатологічні синдроми	Неадекватна поведінка в родині та соціумі, зниження ефективності амбулаторного лікування, порушення режиму прийому ліків			

заключному етапі (3 та 6 місяців від початку терапевтичної роботи) оцінювали ефективність впровадження розроблених заходів.

Основним методом дослідження був клініко-психопатологічний аналіз, який дозволив дослідити клініко-психопатологічні особливості обстежених хворих. Клініко-психопатологічне й клініко-анамнестичне дослідження включали структуроване інтерв’ю (із вивченням спадковості, впливу контекстуальних факторів на розвиток психічного захворювання) із застосуванням Z кодів (вісь-3) МКХ-10, обстеження із застосуванням опитувальника МКХ-10 «Оціночний перелік симптомів і глосарій для психічних розладів ВООЗ» (1994) (Модуль F2: психотичний синдром). З метою стандартизації оцінки клініко-психопатологічної симптоматики була використана «Кваліфікаційна шкала оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів» PANSS.

Психодіагностичний метод було використано для поглибленого вивчення СФ, що проводилося за допомогою Психіатричної шкали інвалідності WHO/DAS

Таблиця 2. Вплив моделі родинної взаємодії на соціальне функціонування, якість життя та ресурс сімейної підтримки жінок, хворих на параноїдну шизофренію

Групи обстежених	Рівень соціального функціонування	Якість життя	Ресурс сімейної підтримки
ОГ1, n=35	+	+	+
ОГ2, n=40	++	++	++
ОГ3, n=35	–	+ / –	+ / –
ОГ4, n=40	+ / –	–	–

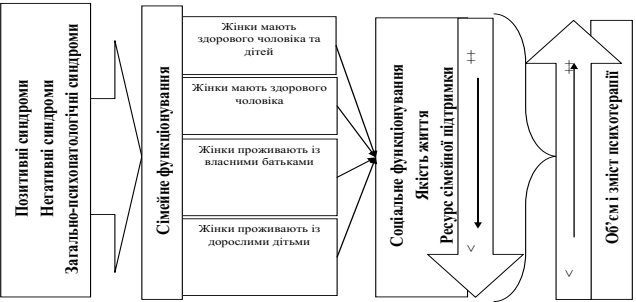


Рисунок. Механізм визначення об’єму і змісту заходів психосоціальної реабілітації, спрямованих на відновлення сімейного функціонування жінок, хворих на параноїдну шизофренію, залежно від моделі родинної взаємодії

(Disability assessment Scale), яка оцінює ступінь загальної поведінкової дисфункції (самообслуговування, інтереси та зайнятість, діяльність в сім’ї та дома, спілкування та ізоляція), виконання індивідуальних соціальних ролей (участь у сімейних справах, сімейна роль, шлюбна роль, статевая роль, роль матері, соціальні контакти, професійна роль, зацікавленість та поінформованість, поведінка у нестандартних складних ситуаціях), внутрішньолікарняне функціонування (поведінка в палаті, думка медсестер та родичів, заняття пацієнта, контакт з зовнішнім світом) та рівень дисфункції модифікуючих чинників (WHO, 1988).

ЯЖ оцінювали за допомогою однойменного опитувальника, розробленого Н. Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu & Yoon (1999), який містить 10 шкал: фізичне благополуччя, психологічне/емоційне благополуччя, самообслуговування та незалежність у діях, працездатність, міжособистісна взаємодія, соціо-емоційна підтримка, суспільна службова підтримка, самореалізація, духовна реалізація, загальна оцінка якості життя (за Н.О. Марутою, 2004).

Дослідження особливостей РФ жінок, хворих на ПШ, виконувалося за допомогою такого методичного забезпечення: «шкали структурованого інтерв’ю для ідентифікації типу родини», «шкали структурованого інтерв’ю для визначення ставлення членів родини до хвороби (психіатричного діагнозу) у родича», методики «Оцінка ресурсу сімейної підтримки пацієнта» (В.А. Абрамов зі співавт., 2009), а також опитувальника «Тип ставлення родини до терапії психотропними препаратами» (Н.Б. Лутова, О.В. Макаревич, 2011).

В результаті аналізу й узагальнення отриманих результатів серед досліджуваних параметрів виділено ті, стан яких має загальний вплив на сімейне функціонування обстежених, незалежно від моделі родинної взаємодії (клініко-психопатологічні особливості ПШ) (табл. 1), та такі, стан яких визначається специфікою моделі родинної взаємодії (соціальне й сімейне функціонування та ЯЖ хворих жінок) (табл. 2).

Враховуючи встановлені розбіжності та причинно-наслідкові зв’язки вказаних параметрів, авторами узагальнено механізм визначення об’єму і змісту заходів психосоціальної реабілітації, спрямованих на відновлення сімейного функціонування жінок, хворих на ПШ, залежно від моделі родинної взаємодії (рисунок).

ДАЙДЖЕСТ

ДАЙДЖЕСТ: НОВІ ДАНІ ЩОДО ПАТОГЕНЕЗУ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

За останні місяці опубліковано ряд статей, присвячених новій інформації щодо патогенезу психічних розладів. Ці дані стосувалися розладів сну, депресії, пост-травматичного стресового розладу (ПТСР) та аутизму і дозволили підійти до їх розуміння з іншої позиції. Так, Angoa-Perez із співавторами опублікували результати дослідження розвитку депресії на тваринній моделі і продемонстрували, що зміни рівня серотоніну є лише наслідком патологічних змін при депресії, а не головним чинником симптоматики. D. Sulzer із співавторами наводять дані автопсій дітей з аутизмом, в яких зазначає значне порушення елімінації непотрібних синаптичних зв'язків (прунінгу) при цьому захворюванні. Зміна актив-

ності ферменту, що регулює цей процес, може допомогти в його лікуванні. В двох нових статтях, опублікованих в журналі Neurology, вчені знайшли взаємозв'язок між інсомнією та атрофією кіркових ділянок мозку та між пробудженням у сплутаному стані та іншими проблемами зі сном і багатьма психічними розладами. Також на нещодавньому зібранні Американської психологічної асоціації було представлено дані 25-річного спостереження за станом здоров'я ветеранів війни у В'єтнамі. У більшості з учасників ПТСР мав хронічний перебіг, часто навіть із погіршенням стану, та був асоційований із дворазовим збільшенням смертності порівняно з ветеранами без ПТСР.

ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ СЕРОТОНІНУ – НЕ ОСНОВНА ПРИЧИНА ДЕПРЕСІЇ

Група вчених під керівництвом Маріани Ангоа-Перес (Mariana Angoa-Perez) з медичного коледжу університету Уейна (Wayne State University School of Medicine) намагалася на тваринній моделі відповісти на запитання, чи дійсно нестача серотоніну є основним фактором розвитку депресії.

Для цього вчені генетично змінили групу мишей так, що вони перестали виробляти фермент триптофангіроксилазу-2 (TPH2). Цей фермент, як відомо, забезпечує біосинтез серотоніну в центральній нервовій системі, а втрата його каталітичної активності призводить до зниження продукції серотоніну та його вивільнення. За задумкою вчених, така маніпуляція повинна була показати певні зміни в поведінці мишей (рисунок).

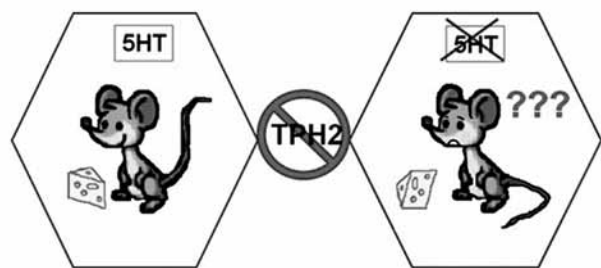


Рисунок. Схема експерименту (Angoa-Perez M. et al., 2014)

Проте результати продемонстрували, що поведінка таких мишей не відрізнялася від звичайних за будь-якими тестами на депресивно-подібну поведінку. Більше того, генетично модифіковані миші були більш резис-

тентними до розвитку такої поведінки, ніж контрольна група зі звичайних мишей.

Модифіковані миші як ціла група не відповіли на введення селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СИЗС) при проведенні тесту з утриманням за хвіст. Цей тест слугує для оцінки змін настрою у гризунів для демонстрації потенційного антидепресивний ефекту препаратів. У випадку наявності такого ефекту гризун менше часу проводить у знерухомленому стані. Проте у частини модифікованих мишей відповідь на введення СИЗС була подібною до такої у звичайних. Таким чином, навіть за відсутності TPH2 у частини мишей спостерігали антидепресивний ефект від препаратів, дія яких переважно спрямована на серотонін.

На думку дослідників, це свідчить про необхідність пошуку інших несеротонінових ділянок мозку, на які ці препарати можуть діяти. Це може дозволити розробити препарати, які будуть таргетно взаємодіяти з цими зонами та будуть більш ефективними у лікуванні депресії. Як зазначають вчені, антидепресивну активність СИЗС проявляють не збільшенням концентрації серотоніну в синапсі, оскільки це досягається майже одразу після початку їх прийому, в той час як на практиці позитивний ефект від лікування спостерігається через декілька тижнів. Одна із гіпотез відзначає, що більшість антидепресантів діє шляхом змін в глутаматергічній нейротрансмісії, і саме завдяки цьому досягається їх головний ефект. СИЗС, наприклад, знижують активність NMDA рецепторів в мигдалині та гіпокампі. Таким чином, розробка препаратів, що прицільно діють на глутаматергічну систему, може дозволити досягти більшої успішності в лікуванні депресії.

ДО АУТИЗМУ ПРИЗВОДИТЬ ПОРУШЕННЯ «ПРУНІНГУ»

У новій статті в журналі Neuron, опублікованій 22 серпня 2014 р., доктор Гуомей Танг (Guomei Tang) та співавтори повідомляють, що аутизм тісно пов'язаний з

порушенням синаптичного прунігу, процесу скорочення числа синапсів для видалення непотрібних зв'язків між нейронами. Цей дефект пов'язаний із надлишковим утво-

ренням специфічного ферменту. Як зазначають вчені, якщо цей факт знайде підтвердження – це дасть змогу терапії аутизму за допомогою імуносупресанту.

За даними співавтора статті доктора Девіда Сульцера (David Sulzer), зв'язок аутизму з багатьма генетичними і деякими факторами зовнішнього середовища добре відомий, але асоціація із цим біологічним корелятом досліджена вперше. Вчені ідентифікували потенційно важливий механізм на моделі мишей, залучений до підвищення активації ензиму mTOR.

Під час розвитку мозок формує синапси з «надлишком» для того, щоб сформувати нейронні контури, групи нейронів, об'єднані спільною функцією. «Зайві» синапси у нормі елімінуються для корекції цих формувань. Постнатальне утворення синапсів переважає пруніг у ранньому віці, що зумовлює велику кількість збуджуваних синапсів, необхідних для формування нейронних контурів. У подальшому пруніг починає переважати над утворенням нових синапсів – це необхідно для забезпечення навчання («або використовуй, або втрачай» – головний принцип синаптичної пластичності).

Як виявилось, у осіб із аутизмом значно більше збуджуваних синапсів у головному мозку порівняно з одно-

літками. Для того, щоб зрозуміти механізм цього, вчені провели автопсію 13 дітей з аутизмом, що померли від різних причин, та порівняли результати з дітьми без аутизму.

В той час як у нормальному мозку у пізньому дитинстві за допомогою прунігу втрачалось близько 50% дендритних шипиків (виріст, здатний утворювати синаптичні зв'язки) – у мозку дітей з аутизмом їх кількість скоротилась лише на 16%. Крім того, з'ясувалось, що нейрони дітей з аутизмом містили пошкоджені та старі компоненти, які не розчинилися за допомогою аутофагії.

На моделі мишей вчені знайшли кореляцію між підвищеною експресією ферменту mTOR, пов'язаного з нормальним процесом аутофагії, та вищою густиною дендритів. Пізніше підвищену експресію mTOR виявили у мозку дітей з аутизмом.

Вчені пішли далі і використали рапаміцин, який застосовується для імуносупресії та пригнічує експресію mTOR, на тваринних моделях аутизму та з'ясували, що він покращує пруніг та коригує аутично-подібну поведінку. Дослідники сподіваються, що їх експеримент дозволить в майбутньому розробити ефективне лікування аутизму.

НИЗЬКА ЯКІСТЬ СНУ ПОВ'ЯЗАНА З КОРТИКАЛЬНОЮ АТРОФІЄЮ

Згідно з результатом дослідження, опублікованого 3 вересня 2014 р. в журналі Neurology, низька якість сну асоційована з атрофією мозку. Цей взаємозв'язок міцнішає з віком і не пояснюється простими змінами фізичної активності, індексу маси тіла (ІМТ) або артеріального тиску (АТ).

Як зазначають вчені, ця проблема вже висвітлювалася в кількох дослідженнях, але вони були одномоментними. В цій роботі, яка також включала осіб без проблем зі сном, аналізувалися зміни в мозковому об'ємі з часом.

В дослідженні взяли участі 147 осіб у віці 20–84 роки, які проходили по проекту «Cognition and Plasticity through the Lifespan». Учасники пройшли магнітно-резонансну томографію (МРТ) два рази, перший раз – між 2006 та 2009 рр., другий – між 2011 та 2012 рр. Якість сну вимірювали за допомогою Піттсбурзької шкали якості сну (Pittsburgh Sleep Quality Inventory, PSQI). Зі шкали виокремлювали латентність сну (час, затрачений на засинання), тривалість сну та ефективність сну (відношення

часу, проведеного уві сні, до усього часу, проведеного в ліжку вночі).

Отримані дані показали, що у 35% учасників якість сну була низькою, з середньою кількістю набраних по шкалі PSQI балів – 8,5. У цих осіб виявили достовірне зниження об'єму у правій верхній фронтальній корі у крос-секційному аналізі та поширене зниження об'єму у фронтальних, темпоральних і парієтальних регіонах у лонгітудинальному аналізі. Результати не змінилися після стандартизації за рівнем фізичної активності, ІМТ та АТ. Кореляція була більш сильною у осіб старше 60 років.

В цілому, зниження об'єму у правій верхній фронтальній корі було достовірно асоційовано з більш короткою тривалістю, нижчою ефективністю та більшою латентністю сну.

На думку головного дослідника доктора Клер Секстон (Claire Sexton), якщо поганий сон призводить до атрофії мозку, то гарна якість сну повинна його відновлювати. Корекція сну, таким чином, може сповільнювати зниження об'єму мозку та покращувати здоров'я.

ЧИ Є ПРОБУДЖЕННЯ У СПЛУТАНОМУ СТАНІ ПАТОЛОГІЧНИМ?

У ще одній нещодавно опублікованій статті в журналі Neurology група вчених під керівництвом доктора медицини Маріса Огайона (Maurice Ohayon) намагалася звернути увагу громадськості на проблему пробудження у сплутаному стані (confusional arousals). Цей феном разом із сомнамбулізмом, нічними жакіттями та іншими станами відносять до парасомній. Як зазначають дослідники, він звертає на себе значно менше уваги лікарів, ніж інші представники цієї групи станів.

У своєму дослідженні вчені дослідили поширеність пробудження у сплутаному стані на американській популяції та прослідкували його зв'язок із психічними розладами та прийомом психотропних препаратів.

Пробудження у сплутаному стані є епізодами нічних пробуджень тривалістю до кількох хвилин. Під час цих пробуджень людина може не відповідати на зовнішні стимули, не розуміти, де знаходиться. При

цьому людина залишається у ліжку та після цього зазвичай швидко засинає.

У крос-секційному дослідженні на вибірці 19 136 осіб старше 18 років подібні епізоди спостерігали у 15,2% випадків. Більше половини з таких осіб доповідали про наявність як мінімум одного такого епізоду на тиждень, 24,7% – говорили про частоту від 2 до 5 епізодів на місяць.

В більшості випадків епізоди тривали менше 15 хвилин. У 36,4% осіб також відмічалися галюцинації перед засинанням або під час пробудження, у 14,8% – епізодичні нічні блукання (nocturnal wanderings) та ще у 7% – нічні блукання разом із жорстокою поведінкою уві сні. Загалом 70,8% пробуджень у сплутаному стані були

асоційовані з розладами сну та 37,4% – із психічними розладами, включаючи депресію, біполярний розлад, алкогольну залежність та тривожні розлади.

Більшість осіб із пробудженнями у сплутаному стані не приймали психотропних препаратів. Із тих, що приймали (31,4%), в більшості випадків використовували антидепресанти.

Таким чином, результати дослідження продемонстрували, що пробудження у сплутаному стані є надзвичайно поширеним феноменом, який рідко буває ізольованим. Зазвичай у осіб із цим розладом спостерігаються інші проблеми зі сном або психічні розлади. Зважаючи на це, автори рекомендують більш прискіпливо обстежувати таких пацієнтів на предмет наявності інших проблем.

ПТСР ЧАСТО МАЄ ХРОНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ

На щорічному зібранні Американської психологічної асоціації (American Psychological Association 2014 Annual Convention) доктор філософії Ніда Коррі (Nida Corry) представила результати нового лонгітудинального дослідження, в якому проводили спостереження за ветеранами війни у В'єтнамі з ПТСР. Згідно з отриманими даними вчені дійшли висновку, що ПТСР є хронічним та пролонгованим станом, який значно підвищує ризик смерті та ризик розвитку різних хронічних захворювань.

Як виявилось, ПТСР у віддаленій перспективі підвищує ризик смерті у 2 рази. Актуальності цій проблемі надає той факт, що більшість учасників бойових дій повідомляло про симптоми ПТСР як одразу після демобілізації, так і через багато років. Крім того, у 20% ветеранів з часом симптоми ПТСР тільки погіршувалися.

Всього для аналізу вчені відібрали 2348 ветеранів, що були включені у дослідження «National Vietnam Veterans Readjustment Study», яке проводилось у період 1986–1988 рр. В подальшому протягом 25 років проводили спостереження за станом здоров'я цих осіб. З ініціальної когорти 16% ветеранів, які пройшли обстеження у другій половині 1980-х років, померли. Найбільш частими причинами смерті були серцево-судинні захворювання

та злоякісні пухлини. Серед тих ветеранів, у яких було діагностовано ПТСР, смертність була в 2 рази вища за 24 роки спостереження. Смертність від раку у таких осіб була вища у 3 рази, від зовнішніх причин (нещасні випадки, випадкове отруєння, суїцид, вбивство) – у 6,7 разу.

Трохи більше 75% ветеранів, у яких діагностували ПТСР в ініціальний період, наприкінці періоду спостереження повідомили про наявність симптомів цього розладу. Близько 7% учасників повідомили про наявність дуже виражених симптомів на обох часових відрізках. Значне погіршення симптомів відмітили 13%. Про послаблення вираженості симптомів повідомили лише 4,6%.

Ще одним відкриттям було те, що ПТСР були асоційовані з багатьма хронічними патологічними станами. В першу чергу, це стосується захворювань м'язово-скелетної, серцево-судинної та нервової систем та захворювань сенсорних органів. Всього близько 11,2% ветеранів в США ще й досі живуть з ПТСР, пов'язаним із участю у бойових діях. Крім того, у багатьох ветеранів спостерігаються «підпорогові» симптоми ПТСР, яких недостатньо для констатації цього розладу.

Отримані дані свідчать про необхідність зміни ставлення до ПТСР як до хронічного розладу, що значно впливає на якість життя у віддаленій перспективі.

Список використаної літератури

1. Angoa-Perez M., Kane M.J., Briggs D.I. et al. Mice Genetically Depleted of Brain Serotonin Do Not Display a Depression-like Behavioral Phenotype // *ACS Chem. Neurosci.* – 2014. – 4 August, epub ahead of print.
2. Boggs W. Mice Genetically Depleted of Brain Serotonin Do Not Display a Depression-like Behavioral Phenotype // *Medscape.* – 2014. – epub (<http://www.medscape.com/viewarticle/831200>).
3. Tang G., Gudsnek K., Kuo S.-H. et al. Loss of mTOR-Dependent Macroautophagy Causes Autistic-like Synaptic Pruning Deficits // *Neuron.* – 2014. – Vol. 83. – P. 1131–1143.
4. Melville N. A. Impaired Synapse 'Pruning' Linked to Autism // *Medscape.* – 2014. – epub (<http://www.medscape.com/viewarticle/830316>).
5. Sexton C. E., Storsve A. B., Walhovd K. B. et al. Poor sleep quality is associated with increased cortical atrophy in community-dwelling adults // *Neurology.* – 2014. – epub ahead of print.
6. Anderson P. Poor Sleep Quality Linked to Cortical Atrophy // *Medscape.* – 2014. – epub (<http://www.medscape.com/viewarticle/831081>).
7. Ohayon M. M., Mahowald M. W., Leger D. Are confusional arousals pathological? // *Neurology.* – 2014. – epub. ahead of print.
8. Brooks M. 'Sleep Drunkenness' Disorder Highly Prevalent // *Medscape.* – 2014. – epub. (<http://www.medscape.com/viewarticle/830525>).
9. Harrison P. Long-term Course of PTSD Revealed // *Medscape.* – 2014. – epub. (<http://www.medscape.com/viewarticle/829872>).