

Т. 20, 4 (79)' 2014

Науково-практичний журнал

АРХІВ



ПСИХІАТРІЇ



SANOFI в психіатрії та неврології



Соліан*
амісульприд



При гострих психотичних епізодах:

400–800 мг на добу (не більше 1 200 мг)



Для пацієнтів зі змішаними негативними та позитивними симптомами:

400–800 мг на добу



Для пацієнтів із переважно негативною симптоматикою:

50–300 мг на добу

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

Показання.

Лікування шизофренії.¹

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

Протипоказання.

Підвищена чутливість до діючої речовини або до іншого компонента лікарського засобу. Діагностована або підозрювана феохромоцитома. Дитячий вік (через відсутність клінічних даних). Період годування груддю. Діагностовані або підозрювані пролактинзалежні пухлини, наприклад, пролактинома гіпофіза та рак молочної залози. Тяжка ниркова недостатність (кліренс креатиніну <10 мл/хв.). Комбінація з такими лікарськими засобами, які здатні провокувати *syndromes de pointes*. Однотимчасне застосування з алкоголем, леводопою, сультопридом і дофамінергічними агоністами, крім хворих на хворобу Паркінсона. Уроджені вади зору, синдром порушення абсорбції глюкози або галактози, дефіцит лактази (через вмісту в складі препарату лактози).

Побічні реакції.

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

* Соліан 100 мг/1 мл (розчин для перорального застосування 60 мл), 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.

¹ Інструкція для медичного застосування препарату Соліан. Наказ МОЗ України від 07.12.12 № 995.

² Реєстраційне посвідчення № UA/4292/02/01. Наказ МОЗ України від 15.02.10 № 107.

³ 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.

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

Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників.

призначена для розповсюдження на науково-практичних конференціях. Інформація подана скорочено.

З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату.

ТОВ «Санофі Авіантс Україна», Київ, 01033, вул. Житнянська, 48–50а, тел.: +38 (044) 154 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01, www.sanofi.ua

SANOFI

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Науково-практичний журнал
Том 20, № 4 (79) '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
Відповідальний секретар А.В. Чайка

Редакційна колегія

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

Редакційна рада

В.А. Абрамов (Україна), К.В. Аймедов (Україна), 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. Івнев (Україна), З. Каспер (Австрія), З.І. Кекелідзе (Росія), О.Г. Князевич (Україна), Г.М. Кожина (Україна), І. Куценко (США), О.А. Левада (Україна), І.В. Лінський (Україна), М.В. Маркова (Україна), Н.О. Марута (Україна), Р.А. Моїсеєнко (Україна), О.К. Напреєнко (Україна), М.М. Пустовойт (Україна), Н.Г. Пшук (Україна), П. Ринков (Білорусь), Ю.С. Савенко (Росія), О.Ю. Табачников (Україна), Е. Тейлор (США), В.В. Чайковська (Україна), Б.А. Шахметов (Казахстан), Л.М. Юр'єва (Україна), Д. Угрін (Великобританія), В. Фрідмонт (США), О.О. Фільц (Україна)

Засновник

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України
Свідцтво 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».
Свідцтво про державну реєстрацію КВ № 20786-10586ПР від 13.06.2014 року, видане Міністерством юстиції України

Адреса видавця

03169, м. Київ, вул. Московська, 44/1, оф. 35
тел. (044) 300-10-52
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 № 8 від 22.09.2014).
Здано до друку 08.10.2014 р. Підп. до друку 15.10.2014 р. Формат 60х84/8. Друк офс. Папір офс. Гарнітура «Minion Pro».
Обл.-вид. арк. 24,75. Ум.-друку. арк. 23,79. Наклад 500 прим. Зам. № 502.
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
КОНФЕРЕНЦІЇ. СИМПОЗИУМИ. ШКОЛИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ. 7
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ТА СОЦІАЛЬНА ДОПОМОГА В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ – НАЙАКТУАЛЬНІШЕ ПИТАННЯ СЬОГОДЕННЯ 8
<i>И. Куценко</i> ДЕСЯТЬ МИФОВ О ПРОИСХОЖДЕНИИ И ЛЕЧЕНИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ 12
<i>Девід В. Томас, Ed.D, CTRS</i> ЗВИЧКА ДО БЛУКАННЯ І ХВОРОБА АЛЬЦГЕЙМЕРА 16
ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ <i>Роберт Ван Ворен</i> ПСИХІАТРІЯ ЯК ІНСТРУМЕНТ ПРИБОРКАННЯ У ПОСТРАДЯНСЬКИХ КРАЇНАХ (частина 2)..... 18
<i>І.Я. Пінчук, С.С. Румянцева, Я.Г. Иванова, Ю.П. Жало, О.Г. Давиденко</i> ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ЗАТВЕРДЖЕННЯ НОВІТНІХ ПІДХОДІВ ДО РОЗРАХУНКУ ПОТРЕБИ УКРАЇНИ У ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБАХ, ЯКІ МІСТЯТЬ НАРКОТИЧНІ ЗАСОБИ, ПСИХОТРОПНІ РЕЧОВИНИ І ПРЕКУРСОРИ 23
СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ <i>И.В. Калугин, Е.А. Хаустова</i> ПОЛИПРАГМАЗИЯ И ПОЛИФАРМАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ 29
<i>П.П. Вербовий</i> СТАН ПОДРУЖНЬОЇ ВЗАЄМОДІЇ В РОДИНАХ З ПОРУШЕННЯМ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ СІМ'Ї ВНАСЛІДОК БЕЗПЛІДДЯ У ЧОЛОВІКА ЗАЛЕЖНО ВІД ЙОГО ТРИВАЛОСТІ 34
<i>Г.В. Морванюк</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ 39
<i>Н.О. Ришківська</i> ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ОПІКУНА ПАЦІЄНТА З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ. ВИЗНАЧЕННЯ ТА КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ «НАСЛІДКІВ» ОПІКИ..... 42
<i>Д.Н. Сапон</i> ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, АСОЦІЙОВАНИЙ З ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ, У ОСІБ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ У МАСОВИХ ПРОТИСТОЯННЯХ У М. КИЄВІ ВЗИМКУ 2013–2014 РР..... 45
<i>Л.М. Сас</i> НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ, ЗУМОВЛЕНІ УЧАСТЮ В БОЙОВИХ ДІЯХ..... 48
<i>С.І. Шкробот, О.П. Венгер</i> ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ, АСОЦІЙОВАНІ З КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ 50
<i>О.П. Романів</i> КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА, ТА ОСІБ, ЩО ВЧИНИЛИ СУЇЦИДАЛЬНУ СПРОБУ 53
<i>І.Я. Пінчук, Н.М. Степанова, О.О. Суховій, Г.С. Сулімовська</i> ВПЛИВ ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я: ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ АНКЕТУВАННЯ ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ У ЗОНІ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ В УКРАЇНІ, ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ТА ПРАЦІВНИКІВ, ЗАДІЯНИХ У ДОПОМОЗІ 58
КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ <i>П.В. Золоторьов, С.В. Корж</i> КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АРТЕРІОВЕНОЗНОЇ МАЛЬФОРМАЦІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ З ТОРПІДНИМ ПЕРЕБІГОМ У ПСИХІАТРИЧНИЙ ПРАКТИЦІ 66
<i>Л.А. Герасименко</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ЖЕНЩИН С НЕВРАСТЕНИЕЙ И СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ 70
<i>Л.Р. Нікогосян</i> ВИВЧЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ 73

CONTENTS
CONFERENCES. WORKSHOPS. SCHOOLS MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN PRESENT CONDITIONS 7
HEALTH CARE, PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL ASSISTANCE IN EMERGENCIES AS THE MOST URGENT ISSUE NOWADAYS 8
<i>I. Koutsenok</i> TEN MYTHS ABOUT ORIGIN AND TREATMENT SUBSTANCE DEPENDENCE 12
<i>David W. Thomas, Ed.D, CTRS</i> WANDERING BEHAVIOR AND ALZHEIMER'S DISEASE 16
ORGANIZATION OF MENTAL HEALTH SERVICES <i>Robert Van Voren</i> PSYCHIATRY AS A TOOL FOR COERCION IN POST-SOVIET COUNTRIES (part 2)..... 18
<i>I. Pinchuk, S. Rumiantseva, I. Ivanova, Y. Zhalo, O. Davydenko</i> PROPOSALS FOR APPROVAL OF NEW APPROACHES TO CALCULATING THE DEMAND FOR PHARMACEUTICALS CONTAINING NARCOTIC DRUGS, PSYCHOTROPIC SUBSTANCES AND PRECURSORS IN UKRAINE 23
SOCIAL PSYCHIATRY <i>I. Kalugin, E. Khaustova</i> POLYPRAGMASIA AND POLYFARMACIA OF THE PATIENTS OF GERONTOPSYCHIATRIC PROFILE..... 29
<i>P. Verbovoy</i> STATUS MARITAL INTERACTION IN FAMILIES WITH INFRINGEMENT OF ABILITY TO LIVE IN INFERTILITY IN MEN DEPENDING ON THE DURATION 34
<i>G. Morvaniuk</i> GENDER FEATURES OF SOCIALLY-PSYCHOLOGICAL DESADAPTATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA 39
<i>N. Ryshkovska</i> CAREGIVING CONSEQUENCES IN MENTAL DISORDERS – DEFINITIONS AND INSTRUMENTS OF ASSESSMENT 42
<i>D. Sapon</i> PTSD ASSOCIATED WITH CHRONIC PAIN IN INDIVIDUALS WHO PARTICIPATED IN THE MASS CONFRONTATION KIEV WINTER 2013–2014 YEARS..... 45
<i>L. Sas</i> NEUROTIC DISORDERS DUE PARTICIPATION IN HOSTILITIES..... 48
<i>S. Shkrobot, E. Wenger</i> MENTAL DISORDERS ASSOCIATED WITH COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS, WHO SURVIVED EMERGENCIES 50
<i>A. Romaniv</i> CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AND THE PERPETRATORS OF SUICIDE ATTEMPT 53
<i>I. Pinchuk, N. Stepanova, O. Sukhovii, H. Sulimovska</i> INFLUENCE OF PSYCHOSOCIAL FACTORS ON MENTAL HEALTH: THE RESULTS OF QUESTIONING PERSONS, SUFFERED IN ZONE OF ANTITERRORIST OPERATION IN UKRAINE, INTERNALLY DISPLACED PERSONS AND EMPLOYEES INVOLVED IN PROVIDING ASSISTANCE..... 58
CLINICAL PSYCHIATRY <i>P. Zolotaryov, S. Korzh</i> CEREBRAL ARTERIOVENOUS MALFORMATION WITH TORPID COURSE IN PSYCHIATRIC PRACTICE: CLINICAL CASE REPORT..... 66
<i>L. Gerasimenko</i> COMPARATIVE EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE AND THE MECHANISMS OF DEVELOPMENT OF VIOLATIONS OF FAMILY FUNCTIONING IN WOMEN WITH NEUROTIC AND SOMATOFORM VEGETATIVE DYSFUNCTION 70
<i>L. Nykogosyan</i> STUDY OF PERSONAL CHARACTERISTICSOF WOMEN WITH THREATENED ABORTION 73

<i>О.А. Ревенок, Я.Ю. Марункевич</i> ОСОБЛИВОСТІ СУПУТНЬОЇ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ 75
<i>К.І. Клебан</i> ВПЛИВ ЦИРКАДНОЇ ДИСФУНКЦІЇ НА ПСИХІЧНУ ТА СОМАТИЧНУ СКЛАДОВІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ X..... 79
<i>Ю.І. Мисула</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДУ EMDR У ТЕРАПІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ 84
<i>З.В. Салий, С.І. Шкробот</i> РОЛЬ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У СТРУКТУРІ НАСЛІДКІВ ТЯЖКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ 87
<i>О.Е. Смашина</i> КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ІНСОМНІЇ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДАХ 91
<i>О.П. Венгер, Ю.Б. Чолач</i> ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ВНАСЛІДОК ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ 95
<i>Н.В. Софілканич, М.М. Орос, В.В. Луць, В.І. Смоланка</i> РАННІ ЕПІЛЕПТИЧНІ НАПАДИ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ ЯК ВАЖЛИВИЙ ПРЕДИКТОР ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ..... 97
ДІТЯЧА ПСИХІАТРІЯ <i>С.І. Табачников, С.М. Харченко, Т.В. Синицька, А.М. Чепурна, О.В. Кіосева, О.В. Вороніна</i> МОДЕЛЬ ТА АЛГОРИТМ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ПІДЛІТКАМ З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ 102
СУДОВА ПСИХІАТРІЯ <i>А.М. Кушнір</i> НЕЙРОКОГНІТИВНИЙ ДЕФІЦИТ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З НЕГАТИВНО-ОСОБИСТІСНИМ МЕХАНІЗМОМ РЕАЛІЗАЦІЇ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЯНЬ 106
МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ <i>С.В. Мерліч</i> ВИКОРИСТАННЯ СТРАТЕГІЙ РАЦІОНАЛЬНО-ЕМОТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЗАБЕЗПЕЧЕННІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ХВОРИХ З КИШКОВОЮ СТОМОЮ 111
<i>Д.А. Волощук</i> ПРИЧИНИ ТА ПРОЯВИ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У РОДИЧІВ ХВОРИХ НА СУДИННУ ДЕМЕНЦІЮ..... 114
СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ <i>Д.В. Возний</i> ХОЛІСТИЧНИЙ ПІДХІД ТА БІОПСИХОСОЦІАЛЬНА МОДЕЛЬ ДОПОМОГИ ПРИ АЛКОГОЛЬНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ: ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ..... 116
<i>К.В. Рябукхін</i> СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ У ФОРМУВАННІ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ЖІНОК 119
ТЕЗИ <i>Ю.Н. Шевченко</i> СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, БОЛЕЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ 122
<i>О.О. Усков</i> ЩОДО АКТУАЛЬНОСТІ РОЗВИТКУ ПСИХОДЕРМАТОЛОГІЇ ЯК НАПРЯМУ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ 122
<i>Н.Г. Масловська</i> ДЕЯКІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ ДІЙ 123
<i>В.С. Білоус</i> ВПЛИВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ НА РОЗВИТОК ПЕРВИННОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗОДУ..... 124
<i>Т.П. Гусева</i> ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ У ЛЮДЕЙ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ... 125
<i>Н.І. Яворська</i> АДИКТИВНА ПОВЕДІНКА ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНИХ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ 125
ДАЙДЖЕСТ 126

<i>O. Revenok, Y. Marunkevich</i> FEATURES CONCOMITANT SOMATIC PATHOLOGY IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA 75
<i>K.I. Kleban</i> THE EFFECT OF CIRCADIANDYSFUNCTION ONMENTAL AND PHYSICALCOMPONENTS OF METABOLIC SYNDROME X. 79
<i>Yu. Mysula</i> THE EFFICACY OF EMDR IN THE THERAPY OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER 84
<i>Z. Saliy, S. Shkrobot</i> THE ROLE OF DEPRESSIVE DISORDERS IN STRUCTURE OF SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY CONSEQUENCES 87
<i>O. Smashna</i> COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY OF INSOMNIA IN POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS 91
<i>O. Venger, Yu. Cholach</i> SOME FEATURES OF THE PROBLEM OF MENTAL DISORDERS AS A RESULT OF EXTREME SITUATIONS 95
<i>N. Sofilkanych, M. Oros, V. Luts, V. Smolanka</i> EARLY EPILEPTIC ATTACKS IN PATIENTS AFTER STROKE AS AN IMPORTANT PREDICTOR OF THE COURSE OF THE DISEASE..... 97
CHILD'S PSYCHIATRY <i>S. Tabachnikov, E. Kharchenko, T. Sinit'ska, A. Chepurna, O. Kioseva, O. Voronina</i> MODELS AND ALGORITHMS FOR HEALTH AND SOCIAL CARE OF ADOLESCENTS WITH ADDICTIVE BEHAVIOR, WHO USE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES 106
FORENSIC PSYCHIATRY <i>A. Kushnir</i> THE NEUROCOGNITIVE DEFICITS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH NEGATIVE-PERSONALITY MECHANISM OF REALIZATION ESPECIALLY DANGEROUS ACTS 106
MEDICAL PSYCHOLOGY <i>S. Merlich</i> USING OF STRATEGIES OF RATIONAL-EMOTIVE THERAPY IN PROVIDING MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF PATIENTS WITH INTESTINAL OSTOMY 111
<i>D. Voloshchuk</i> CAUSES AND MANIFESTATIONS OF DISADAPTATION AMONG RELATIVES OF PATIENTS WITH VASCULAR DEMENTIA 114
SOCIAL AND CLINICAL NARCOLOGY <i>D. Vozny</i> HOLISTIC APPROACH AND BIOPSYCHOSOCIAL MODEL IN ALCOHOL DEPENDENCE ASSISTANCE: BASIC PRINCIPLES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT..... 116
<i>K. Ryabukhin</i> SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL FACTORS IN THE FORMATION OF ALCOHOL DEPENDENCE IN WOMEN 119
THESES <i>Yu. Shevchenko</i> SOCIAL FUNCTIONING IN PATIENTS WITH NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS SUFFERING FROM CHRONIC PANCREATITIS..... 122
<i>O. Uskov</i> ABOUT THE RELEVANCE OFPSYHODERMATOLOGY AS THE AREA OF CLINICAL MEDICINE..... 122
<i>N. Maslov'ska</i> SOME ASPECTS OF SPECIALIZED PSYCHIATRIC CARE COMBATANTS 123
<i>V. Bilous</i> THE IMPACT OF EMERGENCY ON THE DEVELOPMENT OF PRIMARY PSYCHOTIC EPISODE 124
<i>T. Huseva</i> PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND PROBLEMS OF SOCIAL ADAPTATION IN SURVIVORS OF EMERGENCIES..... 125
<i>N. Yavorska</i> ADDICTIVE BEHAVIOR IN PATIENTS AFTER POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER 125
DIGEST 126

Дорогі друзі, колеги, читачі!

**Від імені редакційної колегії та редакційної ради,
від себе особисто вітаю Вас з наступаючим
Новим 2015 Роком та Різдвом Христовим!**

Новий Рік – одне з небагатьох найдавніших свят, що протягом століть об'єднує людей усього світу, незалежно від їхніх національних традицій, політичних переконань і релігійної приналежності. І хоч якими б заклопотаними та зайнятими буденними справами ми не були, ця благодатна, пам'ятна кожному з дитинства пора пробуджує в наших серцях відчуття, наче має статися щось казкове та чарівне. Нас знову охоплює світла радість та втіха, в нас з новою силою пробуджуються надії, ми загадуємо бажання та очікуємо подарунків.

Нехай наступний рік виправдає Ваші найкращі плани, надії і сподівання та стане для Вас і Ваших рідних роком позитивних змін і втіленням заповітних мрій, а для нашої рідної України – роком миру, злагоди та процвітання!

Вірю, що нам, представникам медичної галузі, також вдасться втілити у реальність все те важливе, що було розпочато у попередні роки, а амбітні завдання, спільні зусилля та прагнення досягти поставленої мети неодмінно приведуть нас до успіху.

Хочу подякувати всім своїм колегам, науковцям і практичним медикам за підтримку у році, що минає при виконанні стратегічних завдань, поставлених державою і спрямованих на реформування психіатричної галузі, за щоденну кропітку працю, за витримку, за милосердя, за врятовані життя і за надію, яку Ви даруєте тисячам людей, з гідністю виконуючи свій професійний обов'язок, дбаючи про найвищу цінність – здоров'я людини. Нехай яскрава Різдвяна зоря об'єднає усіх нас – і тих, хто зустрічає ці свята в дружньому сімейному колі, і тих, хто знаходиться далеко від рідного дому, – чистим світлом одвічних людських чеснот і цінностей. Нехай у кожній родині панує мир і спокій! Будьмо оптимістами, будьмо вершителями добрих справ на користь України!

Від усього серця вітаю Вас з Новим Роком та Різдвом Христовим! Новий рік – наче ще нерозкритий подарунок. І я від всього серця бажаю Вам знайти в ньому яскраві враження та незабутні зустрічі, довгоочікувані перемоги та приємні сюрпризи, незламність сили духу та міцність здоров'я, родинний затишок та суспільний добробут. Нехай доля завжди посміхається Вам, а вдача поспішає назустріч! Щасливого Нового Року і веселого Різдва!



**З повагою,
Ірина Пінчук**

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

Шановні колеги та читачі журналу!

**Редакційна колегія рада повідомити, що з другого півріччя 2015 року
ви зможете оформити підписку на журнал «Архів психіатрії».**

Журнал «Архів психіатрії» – це журнал, який присвячений найактуальнішим питанням соціальної, судової психіатрії та наркології, медичної психології та психотерапії, а також роботам з питань організації та управління психіатричною службою. Підписавшись на журнал **«Архів психіатрії»**, у вас буде можливість слідкувати за публікаціями ваших улюблених авторів і мати підбірку всіх номерів журналу.

Періодичність виходу журналу – 4 рази на рік.

Вартість підписки на рік – 150 грн.

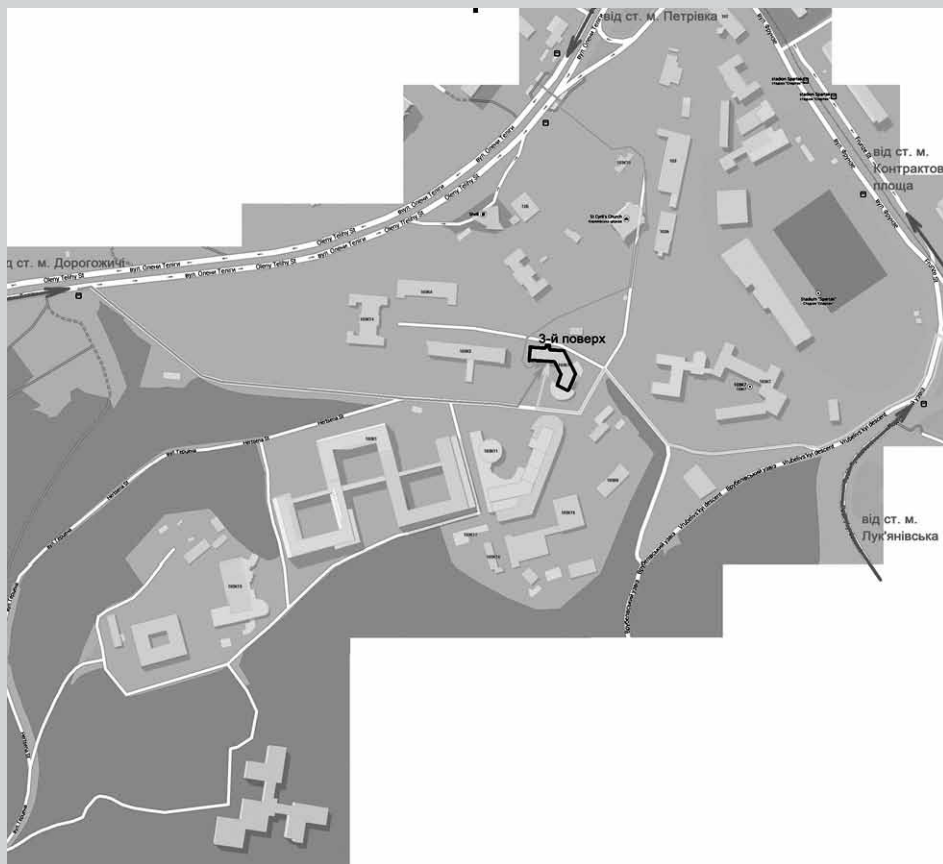
Детальнішу інформацію про порядок оформлення підписки ви зможете знайти у першому номері журналу **«Архів психіатрії»** та на сайті інституту **www.undisspn.org.ua** в рубриці **«Архів психіатрії»**.

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 і 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, тролейбус №33 (від Південного вокзалу) 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

КОНФЕРЕНЦІЇ. СИМПОЗІУМИ. ШКОЛИ



НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ

У Львові 14–15 листопада 2014 року Асоціація психіатрів України та Інститут психічного здоров'я Українського Католицького університету за підтримки Департаменту охорони здоров'я Львівської області та громадських організацій провели конференцію під назвою «Львівські психіатричні зустрічі». Тема конференції – «Війна. Травма. Зцілення... Міфи та реалії ПТСР в Україні». Конференція «Львівські психіатричні зустрічі» вже четвертий рік поспіль проводиться на базі Українського Католицького університету. На цьому форумі збираються молоді та досвідчені фахівці психіатрії, психології, соціальної роботи, журналісти, богослови та всі, кого цікавлять питання посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Всього було зареєстровано близько 300 учасників з різних областей України – Львівської, Київської, Закарпатської, Черкаської, Полтавської, Рівненської, Волинської, Чернігівської, Хмельницької, Вінницької, Івано-Франківської, Тернопільської, Чернівецької.

Чи не найголовнішим із завдань конференції було пояснити суспільству, що за певний час у наше повсякдення повернуться живі свідки війни: воїни, інваліди, діти-сироти, вдови, вимушені переселенці, – і усім цим людям буде потрібно надати допомогу. Практично кожна людина повинна знати, що таке депресія, стрес і, навіть, посттравматичний синдром.

Президент Асоціації психіатрів України Семен Глузман у вітальному слові учасникам конференції наголо-

сив, що у ХХІ столітті ми були свідками жорстоких воєн, проте здавалося, що Україна така війна неможлива: Югославія в Україні не повториться. «Ситуація ускладнюється тим, що багато українців до кінця не розуміють, що це за війна і з ким ми воюємо? Ставлять собі питання: ми воюємо з Росією, чи ми воюємо самі з собою?»

«Не всі рани війни є видимі, але всі потребують зцілення...» – з такими словами звернувся до присутніх директор Інституту психічного здоров'я УКУ Олег Романчук. Він



Пінчук І.



Шум С.



Романчук О.

наголосив, що основне завдання конференції – підготувати психологів до зустрічі з невидимими наслідками війни, допомогти знайти ліки для тисяч душ, зраних війною. За словами Олега Романчука, все українське суспільство повинно потурбуватися, щоб у душах військових, їхніх сімей, дітей, які пережили евакуацію та бомбардування, зміг запанувати мир та з'явилася спрага до життя.

Директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України Ірина Пінчук розповіла про «Формування системи надання допомоги при ПТСР в Україні», окреслила проблемні питання та кроки, необхідні для їх вирішення. Головний позаштатний психіатр МОЗ України зі

спеціальності «Дитяча психіатрія» Ігор Марценковський висвітлює питання впливу війни на дитину через призму психіатрії.

Заступник директора Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України Сергій Шум зробив акцент на якості надання психіатричної та психологічної допомоги особам з ПТСР, оскільки в подальшому це вплине на експертні питання.

Наприкінці всі бажаючі могли відверто висловитися, поділитися власними ідеями, переживаннями, почуттями.

Учасники конференції підготували проект резолюції, з яким планують звернутися до представників влади та органів державних структур.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ТА СОЦІАЛЬНА ДОПОМОГА В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ – НАЙАКТУАЛЬНІШЕ ПИТАННЯ СЬОГОДЕННЯ



Працівники кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України» та Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України 23–24 жовтня 2014 року провели Всеукраїнську науково-практичну конференцію «Медико-психологічна та соціальна допомога в умовах надзвичайних ситуацій» на базі Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні.

У роботі конференції взяли участь понад 290 учасників з більшості регіонів України – психіатри, невропатологи, сімейні лікарі, священослужителі, психологи, психотерапевти, соціальні працівники, представники Тернопільського УМВС України в Тернопільській об-

ласті, управління державної служби з надзвичайних ситуацій України та служби швидкої медичної допомоги в Тернопільській області.

Відкрив конференцію проректор з наукової роботи, інноваційних та комп'ютерних технологій ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», д. техн. н., професор В.П. Марценюк, який привітав усіх присутніх, звернувши увагу на актуальність та необхідність конференції, її науково-практичне значення для розробки нових проектів, спрямованих на підтримку постраждалих у надзвичайних ситуаціях, побажав плідної праці і вагомих результатів роботи.

З вітальним словом до присутніх звернувся заступник директора департаменту охорони здоров'я В.В. Овчарук. У своїй промові Віктор Ві-

кторович наголосив на необхідності залучення до надання медико-психологічної допомоги не лише лікарів-психіатрів, а й невропатологів, сімейних лікарів, психологів та соціальних працівників.

Головний лікар ТОККПНЛ В.В. Шкrobot щиро привітав усіх учас-



Логін А.



Хаустова О.

ників конференції. Він розповів, що на базі лікарні створено центр надання психологічної допомоги та мобільний загін швидкого реагування для надання екстреної допомоги постраждалим у надзвичайних ситуаціях, що особливо важливо у сучасних умовах. Володимир Васильович подякував гостям конференції та висловив сподівання на подальшу співпрацю із Українським науково-дослідним інститутом соціальної та судової психіатрії та наркології.

Професор Ірина Яківна Пінчук, директор Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, у вітальному слові до учасників конференції підкреслила необхідність поліпшення якості надання медичної та психологічної допомоги постраждалим у надзвичайних ситуаціях, їхнім дітям, сім'ям переселенців. Ірина Яківна звернула увагу на важливість розгляду і вирішення питань, спрямованих на вивчення психосоціальних факторів та

їхнього впливу на психічне здоров'я населення України в сучасних умовах.

Роботу конференції очолили С.І. Шкrobot – заслужений діяч науки і техніки України, д. мед. н., професор, завідувач кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського»; І.Я. Пінчук – д. мед. н., професор, директор Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології



Мироненко О.

гії МОЗ України; О.П. Венгер – доцент кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології; А.А. Гудима – д. мед. н., професор, завідувач кафедри медицини катастроф та військової медицини.

Серед почесних гостей заходу були провідний науковий співробітник Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, керівник відділу психічних розладів дітей та підлітків Українського НДІ соціальної і судової

психіатрії та наркології МОЗ України, головний позаштатний спеціаліст за фахом «Дитяча психіатрія» МОЗ України, д. мед. н., професор І.А. Марценковський; завідувач відділу Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, професор, д. мед. н. О.О. Хаустова; завідувач кафедри психіатрії Івано-Франківського національного медичного університету, професор, д. мед. н. М.І. Винник; доцент кафедри психіатрії і психотерапії ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького О.І. Мироненко.

Програма конференції була насиченою та різноплановою. Під час пленарних засідань заслухали і обговорили доповіді фахівців стосовно різних аспектів надання медико-психологічної та соціальної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій.

На першому пленарному засіданні з доповіддю «Медичні наслідки соціальних подій в Україні: нові ви-



Марценюк В.



клики та шляхи їх розв'язання» виступила І.Я. Пінчук, вона розкрила питання організації психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок бойових дій. Присутніх ознайомили з результатами соціологічного дослідження, проведеного в рамках навчальних семінарів для психологів, соціальних працівників та волонтерів, які надавали допомогу внутрішньо переміщеним особам та постраждалим у зонах АТО. Ірина Яківна наголосила, що в надзвичайно складних умовах психіатрам, медичним психологам і соціальним працівникам доводиться вирішувати завдання реформування галузі, переходу на нові стандарти надання психіатричної допомоги, європейської та трансатлантичної інтеграції і запропонувала шляхи їх розв'язання.

Особливе зацікавлення і підтримку аудиторії викликала доповідь «Важливість духовної підтримки

при подоланні посттравматичного стресового розладу» голови комісії УГКЦ у справах душпастирства охорони здоров'я у Тернопільській області отця Андрія Логіна, у якій йшлося про допомогу людям у пошуку сенсу життя після травматичних подій, важливість впливу релігії у формуванні духовних та моральних цінностей.

Про соціально-психологічний супровід дітей – внутрішніх мігран-



Несмашна Г.

тів – у навчальних закладах Тернопільщини розповіла під час свого виступу Галина Несмашна, методист психологічної служби освіти Тернопільського комунального методичного центру науково-освітніх інновацій та моніторингу. Доповідач окреслила першочергові напрямки роботи з внутрішніми мігрантами та їх сім'ями.

А.А. Гудима в своїй доповіді «Загальна характеристика надзвичай-



Гудима А.

них ситуацій і їхні медико-соціальні наслідки» дав оцінку вагомості впливу надзвичайних ситуацій на функціонування та життєдіяльність населення, розповів про необхідність залучення усіх можливих ресурсів для подолання небезпечних подій. Продемонстровані доповідачем відеофрагменти викликали щире зацікавлення в учасників конференції. Арсен Арсенович наголосив на важливості принципів медичного сортування для надання ефективної медичної допомоги за умов виникнення надзвичайних ситуацій.

Уперше на науково-практичній конференції відбулись комплексні показові навчання «Організація і надання медичної допомоги постраждалим з порушеннями психіки та поведінки у надзвичайній ситуації». У цьому заході були задіяні всі служби, які рятує людей у надзвичайних ситуаціях, зокре-



ма, представники Тернопільського УМВС, управління Державної служби надзвичайних ситуацій, служби швидкої та екстреної медичної допомоги. Ролі потерпілих виконували студенти четвертого курсу медичного факультету Тернопільського державного медичного університету, які добре знають характер травм і можуть бездоганно відтворювати стан постраждалого.

За легендою, надзвичайна ситуація відбулася в умовах лікарні – вибух кисневого балона у кисневій станції, виявлено травмованих пацієнтів, заблокованих вибухом. Працівники служби надзвичайних ситуацій розблокували двері, а учасники конференції мали можливість побачити різні типи психічних реакцій, що можуть виникати у подібних надзвичайних ситуаціях: рухове збудження, агресію, галюцинації, маячення, істеричне горе, апатію, ступор, страх, вегетативні порушення, шок.

На навчаннях було показано, як правильно провести медичне сортування, в якій послідовності надавати медичну та психологічну допомогу, а також впроваджено алгоритм психотерапевтичної та медикаментозної терапії для надання невідкладної допомоги постраждалим у надзвичайних ситуаціях.

У другій частині пленарного засідання І.А. Марценковський у доповіді «Психічні розлади та проблеми адаптації у дітей біженців з тимчасово окупованих територій: питання діагностики та терапії» дав характеристику розладів, пов'язаних зі стресом, у дітей; наголосив на питаннях діагностики, виділивши критерії, які слід вико-

ристовувати у дітей; окреслив спектр застосування психологічних методів при терапії та реабілітації даного контингенту постраждалих. Доповідач також запропонував алгоритм терапії цих порушень.

Професор О.О. Хаустова розповіла про типи травматичних ситуацій, руйнівну дію на особистість екстремальної ситуації антропогенного характеру. Вона підняла проблему первинної психологічної допомоги при ПТСР та окреслила підходи для надання допомоги при дезорганізуючій поведінці.

Представник кафедри психіатрії і психотерапії ФПДО Львівського національного медичного університету імені Д. Галицького О.І. Мироненко виступив із доповіддю «Психічна травма та емоційний біль. Клінічні і терапевтичні аспекти», у якій детально висвітлив діагностичні і терапевтичні підходи до лікування

психотичних розладів, зумовлених травматичними подіями.

С.І. Шкробот та О.П. Венгер представили на розгляд аудиторії наукові доробки на тему «Когнітивні порушення, асоційовані з депресивними розладами у пацієнтів, які пережили надзвичайні ситуації».

З доповіддю «Психотерапевтично-оздоровчий інтенсив як ефективна форма реабілітації волонтерів психологічної та медичної служби» виступив завідувач денного стаціонару психіатричного профілю ТОККПНЛО. В. Гуковський, який поділився досвідом роботи центру надання психологічної допомоги постраждалим у надзвичайних ситуаціях.

На пленарному засіданні №3 були заслухані цікаві та актуальні доповіді всіх представників кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет



Марценковський І.



імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», кафедри психіатрії Івано-Франківського національного медичного університету, а також лікарів ТОККПНЛ, теми яких ви-кликали дискусію серед учасників конференції.

За результатами науково-практичної конференції «Медико-психологічна та соціальна допомога в умовах надзвичайних ситуацій» було прийнято резолюцію, у якій ідеться про покращення надання медико-психологічної та соціальної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій.

У рамках благодійної акції в холі психоневрологічної лікарні була представлена виставка власних

виробів пацієнтів психоневрологічної лікарні, які виступили ініціаторами зібрання коштів на потреби бійцям АТО.

Гості конференції мали можливість ознайомитися з умовами лікування та перебування пацієнтів психіатричного та неврологічного стаціонарів, потужною діагностичною та реабілітаційною базою Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні. Цікавою була й екскурсійна програма, яка дозволила учасникам відвідати Почаївську лавру та ознайомитися з пам'ятками культури й цікавими місцями Тернопілля.

И. Куценко

ДЕСЯТЬ МИФОВ О ПРОИСХОЖДЕНИИ И ЛЕЧЕНИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Профессор психиатрии Калифорнийского университета Сан Диего, директор отдела превенции, терапии и реабилитации наркоманий ООН, г. Вена

Ключові слова: психоактивные вещества, психиатрия, зависимых состояний, рецидив.

В статье сосредоточено внимание на основных мифах, существующих в общественном сознании, относительно зависимых состояний, их происхождения, значения и лечения, учитывая многолетний опыт автора. Также сфокусировано внимание на необходимости пересмотра заблуждений в отношении лиц, зависимых от психоактивных веществ.

«У каждой сложной проблемы есть простое решение и обычно оно ошибочно»

Марк Твен

Во всей медицине существует множество мифов, и чаще всего их причиной являются два фактора – неполнота научных знаний и эмоциональная интерпретация даже хорошо исследованных научных фактов. По сути, мифы отражают стремление человеческого разума делать обобщающие выводы не имея полной информации об изучаемом предмете. Когда такой миф покидает пределы профессионального научного сообщества, он становится фактуальным – ошибки научной методологии или ошибочная интерпретация данных принимаются за доказанный наукой факт. Этот процесс формирования мифологий характерен не только в массовом сознании, но даже среди медиков, что особенно странно, учитывая научный характер профессии. Особенно характерно создание мифов в тех областях медицины, в которых идеология подходов и эмоции часто преобладают над научным знанием и здравым смыслом. В этом отношении вся психиатрия, по-моему, абсолютный чемпион, а психиатрия зависимостей, в частности, это, несомненно, область с максимальным количеством мифов.

Давайте дадим дефиницию научному мифу. **Научный миф** – это мнение или утверждение, для которого у нас нет доказательств, что оно верно, или есть доказательства, что оно ошибочно. **Доказательства** генерируются только средствами науки, т.е. путем научных исследований. Следует помнить, что научные исследования существенно отличаются с точки зрения достоверности методологии. Некоторые более достоверны, а многие – менее достоверны.

В медицинской науке обычно выделяют от 3 до 8 уровней доказательности. При этом с возрастанием порядкового номера уровня, качество клинического исследования, равно как и достоверность результатов, снижается. В последних случаях результаты менее надежны и имеют ориентировочное значение. Однако на практике, чем менее надежна научная методология, тем больше мы довольны результатами. Таким образом, формируются ложные представления о происхождении расстройств здоровья и методах лечения, которые препятствуют принятию правильного решения.

«Простое решение» для «сложной проблемы» зависимых поведений заключается, чаще всего, в нереалистичных



ожиданиях от лечения. Общество считает, что пациент с зависимым расстройством, в результате лечения (поведенческая терапия, психосоциальные интервенции, лекарственная терапия и др.), должен перестать быть пациентом с зависимым расстройством, то есть выздороветь. Как при аппендиците или бактериальной инфекции. Все гораздо сложнее, но мифы – вещь упрямая. Исторически сложилось, что психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ наиболее подвержены подобного рода заблуждениям, которые мы попытаемся рассмотреть.

10 САМЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫХ МИФОВ В ПСИХИАТРИИ О ЗАВИСИМЫХ СОСТОЯНИЯХ

МИФ 1. Лечение зависимостей менее эффективно, чем лечение других заболеваний.

РЕАЛЬНОСТЬ.

Почему настолько различно отношение к пациентам с зависимостью, в сравнении с пациентами с другими хроническими, рецидивирующими соматическими заболеваниями (диабет, астма, гипертония)?

Хронические соматические заболевания и зависимости от психоактивных веществ имеют очень сходные характеристики, и именно поэтому их сравнение научно корректно (таблица).

Таблица. Сравнение хронических соматических заболеваний и зависимости от психоактивных веществ

	Зависимость от психоактивных веществ	Хроническое соматическое заболевание (диабет, астма, гипертония)
Является заболеванием	+	+
Имеет хроническое течение	+	+
Этиологические факторы:		
- генетический	+	+
- метаболический	+	+
- поведенческий	+	+
- средовой	+	+
Возможность терапии	+	+
Не происходит полного выздоровления	+	+
Возможность рецидивов	+	+

Частота рецидивов хронических соматических заболеваний соотносима с частотой рецидивов зависимостей от психоактивных веществ (рис. 1).

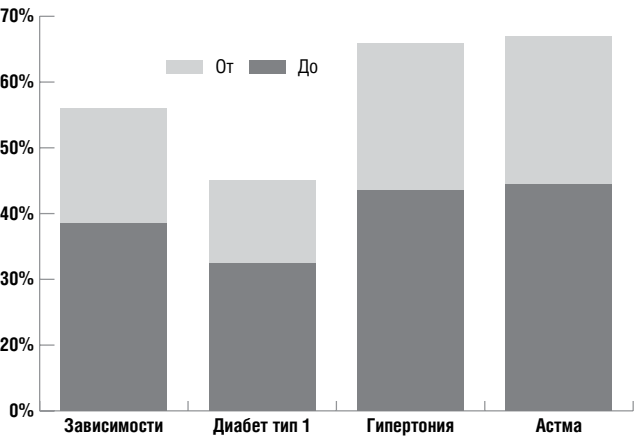


Рис. 1. Соотношение частоты рецидивов хронических соматических заболеваний с зависимостью от психоактивных веществ

Интересно, что основные факторы рецидива при хронических соматических болезнях практически идентичны с факторами рецидива у пациентов с зависимыми расстройствами:

- несоблюдение предписанного фармакологического лечения и отсутствие поведенческих изменений;
- низкий социально-экономический статус;
- отсутствие поддержки со стороны семьи;
- дополнительная психическая патология.

Представьте пациента с гипертонией, у которого до начала лечения давление очень высокое и риск для жизни реален. Современные методы лечения гипертонии весьма эффективны, и, скорее всего, очень быстро после начала терапии давление вернется к норме. А теперь главный вопрос. Как только давление нормализовалось, кому придет в голову прекратить лечение? Причем не только медикаментозное, но и поведенческое (контроль веса, курение, диета, физическая активность, регулирование стресса и т.д.)? Правильно, никому, по той простой причине, что все грамотные врачи знают, что гипертония в большинстве случаев – это хроническое, многофакторное и рецидивирующее состояние, которое требует медикаментозного и поведенческого лечения. Кроме того, профилактика рецидива – это ключ к эффективной терапии. Очередной подскок давления – это совсем не признак провала лечения, а суть заболевания, и требует повышения интенсивности лечения. Студенты мединституты знают, что после первоначальной нормализации давления реальная терапия только начинается, и ее основной смысл – профилактика рецидива. То же самое у пациентов с диабетом или астмой. Другими словами, в отличие от аппендицита или перелома кости, философия «острой медицины» абсолютно неадекватна сути проблемы. В то же время, философия «острой медицины» чаще всего применяется в подходах к лечению зависимых расстройств. Рецидив рассматривается как личный провал пациента, но ни в коем случае не как сигнал к увеличению интенсивности терапии. В лучшем случае пациент будет направлен на то же самое лечение, которое уже проходило (не самый разумный, но и не худший вариант), а чаще всего его просто исключают из терапевтического процесса как «провалившегося».

Другими словами:

1. Философия и подходы «острой» медицины неприменимы при лечении пациентов с зависимостями;
2. Исследования достоверно показывают, что эффективность терапии зависимостей и терапии других хронических соматических болезней приблизительно одинаковы;
3. Выздоровление (ремиссия и улучшение психосоциального функционирования) – длительный процесс, который часто требует повторных лечений;
4. Рецидивы возможны, и к ним надо быть готовым.

МИФ 2. Лечить по поводу зависимостей от психоактивных веществ не нужно, зависимые «просто должны перестать употреблять наркотики». Многие считают, что пациенты продолжают употреблять наркотики потому, что:

- не видят в этом проблемы (недостаток знаний);
- не знают, как перестать употреблять (недостаток умений);

- не переживают по поводу употребления (недостаток эмоций);
- комбинация факторов.

РЕАЛЬНОСТЬ.

Если вышеупомянутые причины продолжающегося употребления психоактивных веществ верны, то решения проблемы были бы весьма просты:

Если дать зависимым пациентам «знания» о зависимости они перестанут употреблять?

Если научить зависимых, как перестать употреблять, они перестанут употреблять?

Если усилить переживания зависимых по поводу употребления, они перестанут употреблять?

Исследования последних 20–25 лет достоверно показывают, что предоставление информации о состоянии само по себе не меняет прогноз. Повышение информированности само по себе чаще всего не приводит к изменению поведения. Лечение пациентов с зависимостями от психоактивных веществ представляет собой сложную многофакторную систему, которая не ограничивается повышением информированности и обучением навыкам.

Выводы: Решение проблемы куда сложнее, чем просто предоставление знаний или умений, или если мы поставим пациента в ситуацию дискомфорта (например, в тюрьме). Пациенты с зависимостью от психоактивных веществ нуждаются в сложном, длительном, и комплексном лечении.

МИФ 3. Употребление наркотиков приводит к зависимости.

На первый взгляд, это логично, потому что все пациенты с зависимостями от веществ когда-то начали с их злоупотребления. Миф в том, что все, кто злоупотребляет веществами, разовьют зависимость. Это совсем не так

РЕАЛЬНОСТЬ.

Согласно научным исследованиям, риск развития зависимости (наблюдение 8–12 лет) следующий:

- никотин – 32%;
- героин – 23%;
- кокаин – 17% (крэк, кокаин – 20%);
- алкоголь – 15%;
- стимуляторы – 11%;
- каннабис – 9%;
- седативные – 9%;
- опиатные анальгетики – 9%;
- галлюциногены – 5%;
- ингалянты – 4%.

Выводы: Большинство людей с опытом употребления психоактивных веществ не продолжают их употреблять, т.е. злоупотребление чаще всего не приводит к формированию зависимости.

МИФ 4. Употребление наркотика является исключительно вопросом выбора человека, поэтому ответственность за негативные последствия лежит только на нем.

РЕАЛЬНОСТЬ.

Является ли зависимое поведение болезненным состоянием, требующим медицинского вмешательства, если известно, что:

Делать выбор и принимать решения – это социальные умения, которые формируются с возрастом. 78% зло-

употребляющих психоактивными веществами начали употреблять в возрасте 12–17 лет. Этот факт очень важен даже с точки зрения нейрофизиологии. Мозг человека формируется и созревает сзади наперед. Задние отделы мозга достаточно зрелы уже при рождении. К 12–17 годам происходит формирование средней, мезолимбической части мозга, которая отвечает за настроение, вознаграждение, импульсивность, регуляцию сна и другие, прежде всего эмоциональные функции. К 24–25 годам формируется лобная кора мозга, которая прежде всего регулирует принятие решений, осмысление поведения, и в целом служит корректором импульсов, которые генерируются мезолимбическими структурами мозга (амигдала, нуклеус аккубенс, гиппокамп). Эта динамика созревания мозга дает объяснение тому, что тинэйджеры практически всегда импульсивны, их решения часто не до конца продуманы и взвешены, и их настроение часто колеблется в большом диапазоне. У тинэйджеров принятие решений осуществляется преимущественно за счет вовлечения амигдалы. К 24–25 годам основная функция в процессе принятия решений ложится на фронтальную кору. Ошибочные импульсы к фронтальным районам коры выражаются в ошибочных решениях. А теперь вернемся к зависимостям. Зависимость формируется в результате дерегуляции мезолимбической допаминовой системы (MDS)*, потому что именно на эту область мозга влияют все психоактивные вещества, нарушая нейротрансмиссию. А теперь умножьте этот факт на неполное функционирование лобной коры у тинэйджеров и отсутствие социального умения принятия решений? Я не пытаюсь ничего оправдать. Я пытаюсь понять. Кроме того, стоит помнить, что предрасположенность к формированию зависимого поведения генетически обусловлена.

Выводы: у пациентов с зависимостями компульсивное употребление веществ практически находится вне сознательного контроля.

МИФ 5. Детоксикация эффективна как самостоятельный метод лечения. Благодаря этому мифу в очень многих странах мира основное внимание уделяется созданию программ детоксикации, после которых ничего не следует.

РЕАЛЬНОСТЬ.

Целесообразна ли детоксикация, если за ней не следует длительная комплексная поддерживающая терапия?

У любой детоксикации есть две цели:

- сохранить жизнь или физически стабилизировать пациента;
- создать условия для мотивации начать долговременное лечение.

Если процесс лечения ограничивается детоксикацией, рецидивы обычно наблюдаются не через дни, а через часы после ее завершения.

Выводы: в концепции терапии состояний зависимости детоксикация – лишь первый, причем самый простой этап, за которым должны следовать другие этапы поддерживающей терапии, с последующей профилактикой рецидивов в течение нескольких лет. Кстати, этот подход ничем не отличается от терапии диабета или гипертонии.

МИФ 6. Лечение зависимости нужно начинать после того, как пациент уже столкнулся со всей тяжестью негативных последствий, «коснулся дна».

РЕАЛЬНОСТЬ.

Будет ли более эффективным лечение, если пациент находится в стадии выраженной дезадаптации и полного истощения нейрофизиологических и психологических ресурсов?

Сотни исследований показывают, что чем раньше мы начнем терапевтический процесс, тем больше шансов у пациента на стабильную ремиссию. По сути, в подавляющем большинстве случаев терапевтический процесс начинается тогда, когда на лицо выраженные симптомы тяжелой нейрорадаптационной и психосоциальной патологии, т.е. практически у 10–12% пациентов, которые находятся на вершине пирамиды тяжести состояния. В то же время, у более 70% пациентов с зависимыми расстройствами существуют хорошо исследованные терапевтические опции задолго до развития тяжелой патологии, но, как правило, они не попадают в сферу терапевтических интересов, чаще всего по причине недостаточного обучения специалистов общей медицины.

Выводы: диагностику и лечение зависимости целесообразно начинать на ранних этапах развития проблемы.

МИФ 7. Если у пациента нет мотивации к лечению, помочь ему невозможно.

РЕАЛЬНОСТЬ.

Правильно ли считать формирование мотивации исключительно задачей пациента, если:

научные исследования показывают, что профессиональная и грамотная работа с мотивацией пациента статистически значимо снижает употребление наркотиков и повышает частоту ремиссий. Исследования ясно показывают, что даже у так называемых немотивированных к лечению пациентов можно достичь серьезных положительных изменений при правильной работе с их мотивацией. Мотивация очень динамична, и меняется даже не за дни, а иногда за минуты. Существует ряд хорошо исследованных методов повышения и поддержки мотивации, применение которых оказалось исключительно эффективным у пациентов, которые не хотели лечения от зависимости, но попали в медицинскую среду по совсем другим причинам. Примеры – рандомизированное исследование 4000 «немотивированных» героинозависимых (Boothetal. University of Denver, 2009), ни один из которых не хотел лечения, но все хотели HIV-тест. Контрольная группа получила HIV-тест а экспериментальная – HIV-тест и мотивационное интервью (во время ожидания, 10–15 мин.). Через 6 месяцев выявлены следующие различия в группах (%) (рис. 2).

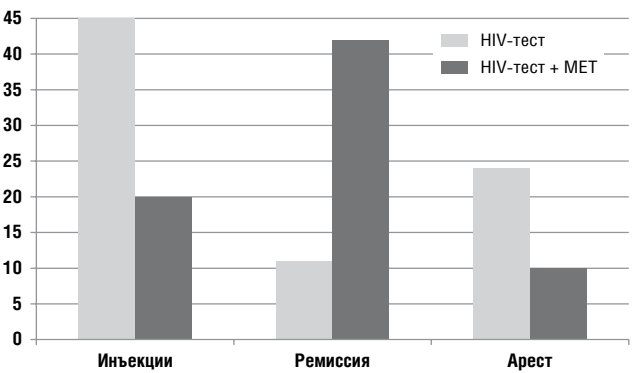


Рис. 2. Различия, выявленные в контрольной и экспериментальной группах через 6 месяцев

Еще пример – рандомизированное исследование 246 «немотивированных» беременных, зависимых от кокаина (Svikis J. et al., Johns Hopkins University Hospital, 2012), которые желали преродовую помощь, но не лечение от кокаиновой зависимости. Первой группе (126 беременных) была оказана стандартная пренатальная помощь, второй группе (120 беременных) – пренатальная помощь и 10 сессий мотивационной работы (10–15 минут во время ожидания в приемной). В день родов в первой группе 63% исследуемых продолжали употреблять кокаин, в то время как во второй группе только 37% продолжали употреблять кокаин на день родов. Средний вес плода в первой группе составлял 2534 г., во второй – 2939 г., гестационный возраст – 34 и 39 недель соответственно.

Выводы: мотивация – явление динамичное, применение мотивационного интервьюирования и терапии повышают мотивацию к лечению даже у пациентов, которые на первый взгляд не мотивированны к лечению.

МИФ 8. Сроки лечения нужно максимально сокращать, чтобы избежать социальной дезадаптации пациента.

РЕАЛЬНОСТЬ.

Является ли длительная терапия оправданной и определяющей для формирования социальной дезадаптации пациента, если:

научные исследования показывают, что чем дольше пациент находится в терапевтической среде, тем лучше результаты лечения. При этом 90 дней считается минимально эффективным сроком, вне зависимости от лечебного метода. Рецидивы, вероятность которых значительно увеличивается при сокращении сроков лечения, являются гораздо более дезадаптирующими в социальном аспекте, чем длительное пребывание в терапии.

Выводы: при построении плана лечения, с целью минимизирования социальной дезадаптации, целесообразно ориентироваться на специфику пациента и качество лечения, а не на его длительность. В то же время следует помнить, что терапевтический эпизод должен быть продолжен профилактикой рецидива.

МИФ 9. Наказание, натиск и принуждение необходимы для того, чтобы заставить пациента перестать употреблять наркотики.

РЕАЛЬНОСТЬ.

Может ли насилие являться формой лечения?

Нет ни одного исследования, которое показало бы возможность стойкой ремиссии в результате наказаний и натиска. Десятки исследований доказывают, что применение санкций не только не дает желаемого результата, но и увеличивает риск рецидивов у части пациентов (особенно до 25 лет). Данный феномен объясняется тем, что эффект подавления негативного поведения сохраняется до тех пор, пока действует фактор санкции. С исчезновением влияния фактора возвращается прежнее поведение.

Мета-анализ 67 исследований показал преимущество лечения над санкциями (рис. 3).

Выводы: в качестве метода лечения зависимых пациентов санкции неэффективны и могут иметь обратный эффект.

МИФ 10. Полная пожизненная ремиссия – единственный критерий успеха лечения.

РЕАЛЬНОСТЬ.

Правильно ли игнорировать промежуточные достижения лечения, ориентируясь только на абсолютную «необратимую» абстиненцию?

Правильно ли лечить пациента с хроническим заболеванием только в период обострения?

Любое хроническое заболевание, в том числе и наркозависимость, включает периоды обострения и ремиссии. К сожалению, по ряду причин, акцент в лечении хронических состояний часто смещен в сторону обострения, а состояние ремиссии оставляют без внимания. Кроме того, оценка результатов лечения наркозависимости сводится чаще всего к сопоставлению статуса «до» и «после» лечения: «употребляет» – «не употребляет», в то время как промежуточные достижения игнорируются.

Модель лечения наркозависимости включает три этапа:

- детоксикация;
- терапия;
- поддержка ремиссии, профилактики рецидива.

Выводы: понимание лечения наркозависимости как непрерывного динамического процесса лечения хронического и рецидивирующего состояния позволяет увеличить его эффективность. Кроме того, такое лечение

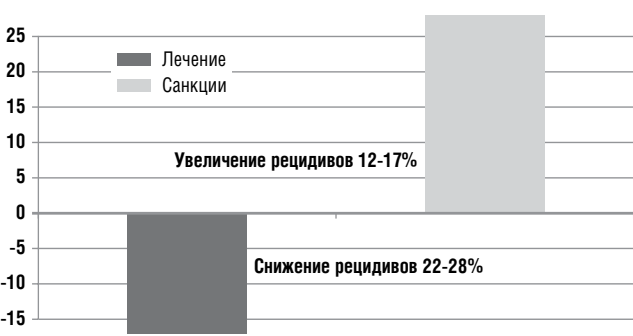


Рис. 3. Данные мета-анализа, которые показывают преимущество лечения зависимости над санкциями в снижении рецидивов

снижает стигму зависимости и делает лечение более привлекательной альтернативой для самих пациентов.

В заключение хочу отметить, что это лишь малая часть мифологий в области психиатрии зависимостей. Здесь собраны лишь наиболее частые, стереотипные и устойчивые мифы и заблуждения, с которыми автор сталкивался в ходе работы в более 40 странах мира, в различных культурах, организационных системах здравоохранения, идеологиях, и медицинских традициях. Единственный способ создания более эффективных терапевтических опций для пациентов – это замещение мифов научным знанием и терапевтическими стратегиями, основанными на доказательствах, а не идеологиями или личными мнениями.

ДЕСЯТЬ МІФІВ ПРО ПОХОДЖЕННЯ І ЛІКУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

I. Куценюк

В статті зосереджено увагу на основних міфах, які існують у суспільній свідомості відносно залежних станів, їх походження, значення та лікування, зважаючи на багаторічний досвід автора. Також сфокусовано увагу на необхідності перегляду хибних поглядів відносно осіб, залежних від психоактивних речовин.

Ключові слова: психоактивні речовини, психіатрія залежних станів, рецидив.

TEN MYTHS ABOUT ORIGIN AND TREATMENT SUBSTANCE DEPENDENCE

I. Koutsenok

This article focuses on the major myths that exist in social consciousness a relatively the dependent states, their origin and meaning of treatment, given the many years of experience of the author. There is a need to review misperceptions regarding people dependent on psychoactive substances.

Key words: psychoactive substances, psychiatry dependent states, relapse.

David W. Thomas, Ed.D, CTRS

WANDERING BEHAVIOR AND ALZHEIMER’S DISEASE

Professor, School of Health Sciences, Eastern Michigan University, Ypsilanti, Michigan, U.S.A.

Wandering, in patients with dementia, is a common behavior that can cause great risk for the person. Historically, wandering was defined as a “moving about aimlessly” [2]; although more recent definitions have considered wandering as “purposeful” and “need driven” [1; 3]. It is estimated to be the most common form of disruption leading to care-provider stress both within institutions and the community. Although it occurs in several types of dementia, wandering is especially common in persons with Alzheimer’s disease (AD). Wandering can be caused by several reasons including neurological, psychosocial and environmental.

D. Thomas [3] identified two *typologies of wandering* «*continuous*» and «*sporadic*» which are distinguished based on the amount of time-in-motion. Thomas, in his study, found that the “continuous” wanderer moves about 77 % of his or her wakeful time compared to 22 % for the “sporadic” wanderer. Although both types are considered “wanderers”, each has dif-

ferent needs. Interventions for “continuous wanderers” should emphasize modification of the environment while organized social activities and verbal communication techniques should be stressed for the “sporadic wanderer.” Additional empirical research is needed that studies the different needs of wanderers based on the percentage of time spent in motion.

A critical *problem associated with wandering* is the risk of elopement. **Elopement** is a special concern for caregivers and search and rescue responders. Wandering can result in the person’s being lost out of doors day or night, dressed inappropriately, and unable to take many ordinarily routine steps to ensure his or her personal safety. This is a situation of great urgency especially in the community and other unsecured settings.

In some countries the social costs of elopement are significant. A search and rescue mission lasting more than a few hours is likely to expend many hundreds to thousands to

tens of thousands of skilled workers’ hours and, per mission, those involving subjects with dementia typically expend significantly more resources than others. Other negative effects of wandering are; falls, invasion of other patient’s privacy, malnutrition, dehydration, and early mortality, compared to people with dementia who do not wander.

As it was previously noted, many factors can cause wandering behavior; proximal factors like the physical and social environment, along with background factors of neurological, cognitive, and psychosocial.

D. Thomas [4] studied the effect of psychosocial factors by comparing wanderers and non-wanderers with dementia based on personality facets. Surrogates of the sample completed the NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) (Costa & McCrae, 1992). All subjects were rated as middle to late dementia using the Global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia (GDS) [Reisberg et al., 1982].

Scores between the two groups were statistically compared using an independent t-test and chi-square test (0.5 level of significance) for each of the demographic and personality factors. In addition qualitative follow-up was conducted based on 25 % of random sample of the two groups, which further analyzed the statistically significant quantitative result.

The results of the research (Table) found that wanderers had a personality make-up that was continually active and socially seeking along with a greater positive regard toward oneself and others. These facets represented a more “extraverted” personality type than non-wanderers. Thomas suggested that wandering is an expression of one’s personality ingrained over a lifetime of development. 3. Viewing wandering as “normal” would encourage staff and informal care providers to respond not in punitive and controlling ways, but with creativity and acceptance.

Table. Differences in Personality Facets between Wanderers and Non-Wanderers

Facet	Wanderer Mean Score	Non-Wanderer Mean Score	T-Score
Warmth	3.50	3.00	1.88*
Gregariousness	5.45	3.95	2.37*
Assertiveness	1.70	1.35	9.3
Activity	7.70	6.10	2.07*
Excitement Seek	2.10	1.80	8.4
Positive Emotion	11.10	8.45	2.70**
Trust	4.55	3.60	9.2
Straightforward	2.75	2.55	4.8
Altruism	17.55	15.30	2.07
Compliance	8.30	6.95	1.60
Tender-Minded	1.40	1.20	4.9

Note: df = 38, *≤ 05, **≤ 0.1

Helping people with Alzheimer’s disease is complicated process and include many methods. One of them is music therapy. Music has power –especially for individuals with Alzheimer’s disease and related dementias. And it can spark compelling outcomes even in the very late stages of the disease.

When used appropriately, music can shift mood, manage stress-induced agitation, stimulate positive interactions, facilitate cognitive function, and coordinate motor movements.

This happens because rhythmic and other well-rehearsed responses require little to no cognitive or mental processing and are stored in parts of the brain less effected by Alzheimer’s disease. Responses influenced by the motor center of the brain that responds directly to auditory rhythmic cues. A person’s ability to engage in music, particularly rhythm playing and singing, remains intact late into the disease process.

In another study, D. Thomas and M. Smith [5] found that music therapy is helpful in increasing caloric intake among people with Alzheimer’s disease. Possible reasons for music’s effectiveness on caloric consumption were identified as:

1. The medial prefrontal cortex where music memories are stored, stays relatively intact with AD.
2. Engagement in a musical experience (listening and singing) helped to keep the person at their seat allowing more time to refocus attention to the food.
3. Music increased positive emotions resulting in reduced anxiety and need to move about.
4. A white noise effect that covered stress-reducing sounds in the eating environment.

Wandering in the Community. In other efforts to help keep residents safe, mitigate liability, and protect reputations, Long Term Care and Assisted Living Facilities may use radio frequency (RFID) products to protect their residents. A resident wears a wrist, pendant, or ankle transmitter. This RFID tag can be read by receiving antenna units, which are placed usually at door or hallway locations that are deemed likely routes of egress and need monitoring. The system will then either sound an alarm or briefly lock a door when a door monitor reads a transmitter worn by a resident that is at risk for wandering. This helps prevent an elopement as staff can be notified by alarms at the door, pocket pagers, and email. A caregiver will be able to quickly find the person at risk and keep them safely inside. Smaller scale versions of this technology are also used in private residences.

Newer versions of this equipment have become more advanced. The newest types of systems may have the ability to: identify a RFID tag by a specific resident and forward that name to the staff; give staff a last known location of the resident; show a photo of the resident at the staff station with a mapped out door location; report the frequency, times and severity of the incidents; and finally, integrate with other access control systems, HVAC, fire alarm equipment and phone equipment. The reason this type of system seems to be preferable is that it helps monitor those at risk for wandering and elopements while not infringing on the freedom of other residents or visitors to a facility.

In conclusion, wandering is a significant problem in any country. Recognizing the wanderer’s needs and incorporating non-pharmaceutical interventions that emphasize creativity and understanding can lead to satisfying outcomes for both the wanderer and care-provider.

References

1. Algate D. Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior / D. Algate // American Journal of Alzheimer’s Disease. 1996. - November/December. – P. 10–19.
2. The Long-Term Care Minimum Data Set 2.0 / Centers for Medicare & Medicaid. – Department of Health & Human Services, Washington D.C.
3. Thomas D. Wandering: A proposed definition / D. Thomas // Journal of Gerontological Nursing. – 1995. – Vol. 21, (9). – P. 35–41.
4. Thomas D. Understanding the wandering patient: A continuity of personality perspective. D. Thomas // Journal of Gerontological Nursing. – 1997. – Vol. 23, (1). – P. 16–24.
5. Thomas D., Smith M. The effect of music on caloric consumption among nursing home residents with dementia of the Alzheimer’s type / D. Thomas, M. Smith // Activities, Adaptation & Aging. – 2009. – Vol. 33. – P. 1–16.

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

ПСИХІАТРІЯ ЯК ІНСТРУМЕНТ ПРИБОРКАННЯ У ПОСТРАДЯНСЬКИХ КРАЇНАХ
Роберт Ван Ворен, виконавчий директор Федерації Глобальної ініціативи з психіатрії (FGIP), професор радянських та пострадянських досліджень при Державному університеті Іллі у Тбілісі (Грузія) та при Університеті Вітаутаса Магнуса в Каунасі (Литва)
Частина 2

ЗЛОВЖИВАННЯ ПСИХІАТРІЄЮ
В ПОЛІТИЧНИХ ЦІЛЯХ У СРСР

Історичний аспект

Випадки використання психіатрії для ув’язнення дисидентів у психіатричні лікарні в СРСР наприкінці 1950-х і на початку 1960-х років мали систематичний характер. Проте відомі випадки зловживання психіатрією, які мали місце набагато раніше. У перші роки існування радянської держави були спроби використовувати психіатрію з політичною метою, але це були окремі випадки – здавалося, що застосування психіатричного діагнозу було найпростішим способом позбутися політичного опонента.

Використання психіатрії як політичного інструмента стало частішим явищем у 1930-і роки. Листи, опубліковані радянським психіатром в Американському журналі психіатрії (The American Journal of Psychiatry) підтверджують, що перша психіатрична лікарня спеціалізованого типу в Казані використовувалась виключно для політичних справ. У половині випадків туди потрапляли особи, справді психічно хворі, але інша половина складалася з людей без психічних захворювань, серед яких був президент Естонії К. Пятс, якого утримували в Казані з політичних причин з 1941 по 1956 рік.¹ Сумнозвісний інститут судової та загальної психіатрії ім. В.П. Сербського в Москві, де пізніше багатьох дисидентів визнавали психічно хворими, з самого початку використовувався в політичних цілях. Проте спочатку про цю установу говорили як про достатньо гуманну, з доброзичливим персоналом.² Однак атмосфера там різко змінилася в 1948 році, коли головою четвертого відділення був призначений доктор Данило Лунц.³

З 1940-х і 1950-х років відомо більше випадків зловживання психіатрією в політичних цілях, зокрема випадок партійного працівника Сергія Писарева, заарештованого після його критики роботи радянської таємної поліції у зв’язку із так званою «Справою лікарів».⁴ Після звільнення у 1955 році Писарев ініціював кампанію проти зловживання психіатрією з політичних мотивів, акцентуючи увагу на інституті ім. В.П. Сербського, який він вважав коренем зла. У результаті його діяльності ЦК Компартії створив комітет, який досліджував це питання

і дійшов висновку, що політичне зловживання психіатрією дійсно відбувається. Проте цей звіт загубився в архівах і так і не вилився у будь-які дії.⁵

У 1960-х роках зловживання психіатрією в політичних цілях в СРСР стало одним з основних інструментів репресій. До кінця цього десятиліття багатьох відомих дисидентів було визнано психічно хворими. Вирішальну роль у цьому зіграв особисто голова КДБ Юрій Андропов, який у 1967 році очолив цю організацію та зробив боротьбу проти «ідеологічної диверсії» основою своєї роботи в цій організації. За словами колишнього генерала П’ятої (дисидентської) дирекції Українського КДБ, саме Андропов разом з групою наближених осіб перетворив зловживання психіатрією в політичні цілях на головний інструмент системи репресій. Управління КДБ в інших республіках, наприклад в Україні, отримували докладні інструкції від «центру» щодо того, як використовувати психіатрію у якості «запобіжного заходу» або з метою видалення «ворожого елемента» з суспільства.⁶

Існує декілька доступних документів, що підтверджують роль Юрія Андропова. Доповідь генерал-лейтенанта КДБ С. Смородинського у Краснодарському краї від 15 грудня 1969 року демонструє, що люди, яких відправили до Інституту ім. Сербського – це тільки верхівка айсберга. У цій доповіді, яку голова КДБ Юрій Андропов представив Політбюро в січні 1970 року, описувались більш ефективні заходи для виявлення та ізоляції психічно хворих осіб, у тому числі тих, «хто мав терористичні та інші наміри, небезпечні для суспільства.»⁷ До останніх Смородинський відносив людей, які намагалися втекти з Вітчизни, людей, які «фанатично шукали зустрічей з іноземцями», а також тих, хто намагався заснувати нові [політичні] партії або запропонувати механізми контролю Комуністичної партії. За Смородинським, одна людина пропонувала створити «раду для контролю за діяльністю Політбюро», що вважалося особливо небезпечним злочином; інших звинувачували у розповсюдженні антирадянських листівок. Смородинський відмітив, що у Краснодарському краї було всього 3785 місць у лікарнях, в той час як потрібно було госпіталізувати 11–12 тисяч людей. Андропов додав до доповіді Смородинського: «Подібні ситуації мають місце і в інших частинах країни».

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ/Organization of mental health services

Іншими словами, число лікарняних ліжок в СРСР мало бути суттєво збільшене з метою задоволення цієї загальної потреби.⁸

Якого масштабу досягло зловживання психіатрією на початку 1970-х років також добре ілюструється у доповіді на зустрічі східнонімецької Штазі (Міністерство державної безпеки ГДР) із радянським КДБ на високому рівні в Берліні у квітні 1976 року за даними ситуації, що склалася кілька років тому: «Підвищення стабільності суспільства в СРСР також очевидно у світлі того факту, що в 1974 році за наклеп на державу або антирадянську пропаганду було засуджено менше людей, ніж у попередні роки. Наприклад, у 1973 році за ці злочини загалом було заарештовано 124 особи, порівняно з 89 особами у 1974 році, причому важливо зазначити, що 50% цих людей були психічно хворими.»⁹

Психіатрію використовували не тільки проти окремих людей, а й для ізоляції великих груп «небажаних елементів» під час комуністичних свят або спеціальних заходів. У деяких випадках їх відсиляли масово, як, наприклад, у 1971 році в Томську: «На урочистих зборах персоналу лікарні в 1971 році [в Томську], на яких я був присутній, [директор лікарні доктор Анатолій] Потапов¹⁰ заявив буквально наступне: «Ми очікуємо прибуття великої кількості пацієнтів 4–7 листопада. На їхніх документах буде спеціальна позначка. Вони страждають на «параноїдальну шизофренію». Ми приймемо їх усіх, незалежно від їхньої кількості...»¹¹ У 1980 році голова КДБ Юрій Андропов досить чітко висловився у доповіді з грифом «цілком таємно», представлений Центральному комітету Комуністичної партії у зв’язку з підготовкою до Олімпійських ігор 1980 року у Москві. У своїй доповіді на 6 сторінок він відверто заявляв, що «з метою запобігання можливим провокаційним і антигромадським діям з боку психічно хворих осіб з агресивними намірами, правоохоронними органами разом з органами охорони здоров’я вживаються заходи, націлені на превентивну ізоляцію таких людей на період Олімпіади 1980 року».¹² Однак таке використання психіатричних лікарень для ізолювання небажаних елементів під час комуністичних свят і спеціальних заходів було не лише в СРСР. Подібна практика була зареєстрована в Румунії за часів Чаушеску і в Народній республіці Китай.¹³

Концептуальні аспекти
радянської політичної психіатрії

Зловживання психіатрією у політичних цілях в СРСР розвивалося в тоталітарному середовищі, яке значною мірою сприяло його зростанню. Як зазначив професор Ричард Бонні (Richard Bonnie), «в ретроспективі ви-

користання психіатрії як інструмента репресій владою Радянського Союзу було неминучим. Практика примусового психіатричного лікування несе в собі неминучий ризик помилки і зловживання, навіть у ліберальному, плюралістичному суспільстві. Цей неминучий ризик значно збільшився в Радянському Союзі нетерпимістю комуністичного режиму до інакомислення, в тому числі до будь-яких форм політичної чи релігійної девіантності, і корозійним впливом корупції і залякування в усіх сферах суспільного життя».¹⁴ Цьому сприяла віра в те, що люди, які не погоджувались з режимом, були психічно хворими, оскільки жодного іншого логічного пояснення, чому людина була проти найкращої соціально-політичної системи у світі, не було.

Діагноз «малопрогредієнтна шизофренія», який був запропонований Московською школою психіатрії, а саме академіком Андрієм Снежневським, став зручним поясненням такої поведінки. Згідно з теоріями Снежневського і його колег, шизофренія була набагато поширенішою, ніж вважали раніше, оскільки ця хвороба може супроводжуватися слабо вираженими симптомами і прогресувати лише з часом. Малопрогредієнтна шизофренія набула такого особливого поширення, тому що, згідно з теорією Снежневського, пацієнти з цим діагнозом могли нормально функціонувати у соціумі. Їхні симптоми можуть нагадувати симптоми неврозу або параної. Пацієнти із симптомами параної зберігають певною мірою здоровий глузд але переоцінюють важливість власної персони і можуть висловлювати грандіозні ідеї реформування суспільства. Таким чином, симптомами малопрогредієнтної шизофренії стали називати «манію реформаторства», «боротьбу за правду» і «завзяття».¹⁵ Однак в дослідженні Pilot Study on Schizophrenia, проведеному Всесвітньою організацією охорони здоров’я, комп’ютерна програма перерозподіляла московські діагнози шизофренії в категорії непсихічних розладів набагато частіше, ніж в будь-якій іншій країні, тим самим підкреслюючи спотвореність радянської класифікації.¹⁶

Деякі вчені проаналізували поняття малопрогредієнтної шизофренії в СРСР і наукові роботи, присвячені цьому діагнозу. Канадський психіатр Гарольд Мерскі (Harold Merskey), разом з неврологом Броніславою Шафран (Bronislava Shafran), проаналізувавши у 1986 році загалом 64 наукових статті, опублікованих в Журналі невропатології і психіатрії Корсакова (Korsakov Journal of Neuropathology and Psychiatry) у 1978 і 1983 роках, дійшли висновку, що «поняття малопрогредієнтної шизофренії є очевидно дуже невизначеним і набагато ширшим поняттям, ніж наші уявлення про просту шизофренію або залишковий дефектний стан. Багато психічних станів,

¹ Kaznimye sumasshestviem, Frankfurt, Possev, 1971, p. 479.

² 13 Bloch, S. and Reddaway, P., Russia's Political Hospitals, London, Gollancz, 1977, p. 53–54.

³ 13 Bloch, S. and Reddaway, P., Russia's Political Hospitals, London, Gollancz, 1977, p. 53–54.

⁴ 13 Bloch, S. and Reddaway, P., Russia's Political Hospitals, London, Gollancz, 1977, p. 53–54.

⁵ Pisarev, S., Soviet Mental Prisons, Survey, London, 1970, pp. 175–180.

⁶ Інформація була отримана у січні 2013 р. з анонімного джерела, відомого автору.

⁷ Лист Юрія Андропова членам Політбюро, No. 141-А, датоване 20 січня 1970 р., «секретне». До нього додана доповідь Смородинського на ім’я Юрія Андропова. Див.: www.bukovsky-archives.net.

⁸ П’ятирічний план 1971–1975 рр. включав у себе будівництво 114 психіатричних лікарень, загальна місткість яких складала 43,800 ліжок.

⁹ MS-HAXX, 2941, p. 93.

¹⁰ 13 Bloch, S. and Reddaway, P., Russia's Political Hospitals, London, Gollancz, 1977, p. 53–54.

¹¹ Moscow News, no. 37, 1990 р., передруковано у Документах, 38, вересень 1990 р.

¹² Про головні заходи з гарантування безпеки протягом періоду підготовки і проведення XXII Олімпійських ігор у Москві, підписано головою КДБ Юрієм Андроповим, документ 902-А, датований 12 травня, 1980 р., с. 3.

¹³ По Румунії див.: Psychiatry under Tyranny, p. 9. У Китаї під час підготовки до Олімпійських ігор 2008 р. у Пекіні поліція розробила систему класифікації психічно хворих людей, які потенційно могли спровокувати інциденти та нещасні випадки та були помірно деструктивними. Голови відділів безпеки, голови поліції та відповідальні за безпеку у всіх структурах поліції та у всіх охоплених округах і районах Пекіну тренувалися відповідно до «Постанови муніципалітету Пекіна про психічне здоров’я». Також було проведено ретельне дослідження базової інформації про психічно хворих людей у Пекіні. Поліція Пекіну використала вищезазначене професійне навчання та базові розслідування для створення системи класифікування, що оцінювала ризик, який находив від психічно хворих людей. Див.: www.legaldaily.com.cn від 4 квітня, 2007 р.

¹⁴ Bonnie, Richard: Political Abuse of Psychiatry in the Soviet Union and in China: Complexities and Controversies. In: The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, Vol. 30, number 1, p. 138, 2002.

¹⁵ Див. Bloch, S., Soviet Psychiatry and Snezhnevskysm, in Van Voren, R.(ed.), Soviet Psychiatric Abuse in the Gorbachev Era, 1989, pp. 55–61.

¹⁶ The International Pilot Study on Schizophrenia. World Health Organization, 1973.

які, ймовірно, в інших країнах діагностували б як депресивні розлади, тривожні неврози, іпохондрію або розлад особистості – в системі Снежневського віднесено до малопрогредієнтної шизофренії».¹⁷ Два роки по тому радянський дисидент і колишній політв’язень Семен Глузман провів навіть ще масштабніше дослідження. У своєму аналізі він цитував велику кількість робіт відомих співробітників Інституту ім. Сербського, і в деяких з цих робіт політична «хвороба» навіть не приховувалась. У окремих роботах описано пацієнтів, які хворіли на «надмірну релігійність»¹⁸, в іншій автори дійшли висновку, що «примусове лікування в психіатричній лікарні рекомендоване пацієнтам з шизофренією із супутніми безглуздими ідеями реформаторства, які демонструють зниження рівня їхньої активності і стосовно яких ми можемо спостерігати різницю між їхніми заявами і поведінкою». Втім, інший пацієнт демонстрував «крайню соціальну небезпечність і [це стало] основою для рекомендації примусового лікування в психіатричній лікарні спеціального типу».¹⁹

Фактори, які сприяли зловживанню психіатрією в СРСР

Існує достатньо доказів того, що психіатри, які розробили та впровадили систему, в рамках якої дисидентів лікували як психічно хворих за наказом партії і КДБ, дуже добре знали, що роблять.²⁰ Проте багатьом радянським психіатрам здавалося цілком логічним при діагнозі грандіозного реформаторства вважати людину божевільною, тому що інакше вони не могли пояснити собі, чому хтось здатний пожертвувати своєю кар’єрою, сім’єю і щастям заради ідеї або переконання, які, до того ж, відрізнялися від переконань, у які вірили або змушені були вірити більшість людей. У певному сенсі такий стан речей цілком їх влаштовував, адже це виключало необхідність ставити складні питання до себе стосовно своєї поведінки. А складні питання могли привести до складних висновків, які, в свою чергу, могли створити проблеми з владою для самого психіатра.

Становлення політичної психіатрії можна розглядати як результат комбінації факторів, які могли мати місце тільки при тоталітарному режимі. Одним із вирішальних факторів стало рішення в 1950–1951 роках віддати монополію у психіатрії павлівській школі професора Андрія Снежневського.²¹ Як було зазначено вище, ключем до політизації психіатрії було те, що радянське суспільство стало тоталітарною державою, якою керували із центру. У цій державі лікарям доводилося давати Клятву Радянського лікаря замість клятви Гіпократа,

з чого стає зрозуміло, що радянський лікар несе відповідальність перед комуністичною партією, а не перед медичною етикою.²² У радянських психіатрів було мало шансів уникнути всепроникливого контролю з боку комуністичної партії та її органів через потрійну залежність від Радянської держави: наукової, оскільки їхня дослідницька робота залежала від їх прихильності до радянської влади; політичної, тому що вони повинні були організувати своє професійне життя і взаємодіяти з владою, щоб не втратити її підтримку; і економічної, оскільки приватних практик не існувало, і вони всі були державними працівниками.²³ Люди, які посідали керівні посади, повинні не лише бути успішними керівниками: «цей успіх ... залежав від інших умов; ті, хто були спроможні підтримувати необхідні зв’язки з владою, мали найбільше шансів зробити кар’єру».²⁴

Ще одним фактором, який допомагав нав’язати психіатричній спільноті зловживання психіатрією у політичних цілях та викоренити потенціальну опозицію, став той факт, що протягом багатьох років існувала незмінна, хоча і неформальна ієрархія психіатричних установ. Це виглядало приблизно так: найвищу позицію займали науково-дослідні інститути, потім факультети психіатрії, потім московські та ленінградські психіатричні лікарні, потім провінційні та міські психіатричні лікарні, потім провінційні та міські поліклініки і, нарешті, на найнижчому рівні знаходилися регіональні психоневрологічні медичні пункти і кабінети. Якщо лікар, який працював у диспансері, змінював встановлений вище діагноз – це фактично вважалось «нападом» на установу, яка була вище на ієрархічній драбині. Тому впродовж багатьох років діагноз, поставлений «вищою установою», обов’язково мав бути підтвердженням «нижчою установою».²⁵ Іншими словами, якщо в московському Інституті ім. Сербського оголошували дисидента психічно хворим, жодний психіатр, що займає нижче положення, не смів це заперечувати. Нарешті, не слід забувати, що Радянський Союз був закритим суспільством – суспільством, яке було відрізане від решти світу. Світова література з психіатрії була недоступна нікому, за винятком політично коректної еліти психіатрії. «Західна» література з психіатрії стала рідкістю: число періодичних видань, які надходили, було обмежене, і більша частина з них потрапляла до «спеціальних сховищ» (спецхран) Ленінської бібліотеки [в Москві], куди було неможливо отримати доступ]. Влада партії здавалася нескінченною, незважаючи на те, вірив хтось у її ідеали чи ні. І тому будь-яка людина, яка вирішила відкрито висловити незгоду, йшла на великий ризик отримати діагноз психічно хворої.

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ/Organization of mental health services

РАННІЙ ПОСТРАДЯНСЬКИЙ ПЕРІОД

Поява неурядового сектора в охороні психічного здоров’я

До кінця 1980-х років у психіатрії СРСР домінувала тільки одна організація: Всесоюзне товариство психіатрів і невропатологів (ВТПН), яке безпосередньо контролювалося Міністерством охорони здоров’я СРСР.²⁷ У період гласності та перебудови ситуація почала змінюватися. Уже в 1988 році було створено Естонське товариство психіатрів, через два роки після цього сформувалась Литовська психіатрична асоціація. Тим часом в березні 1989 року невелика група психіатрів і психологів у Москві заснували Незалежну психіатричну асоціацію (НПА). НПА прийняли до членів ВПА у жовтні 1989 року.²⁸

У січні 1991 року колишньому дисиденту і політв’язню Семену Глузману вдалося заснувати Українську психіатричну асоціацію. З самого початку його підхід відрізнявся від НПА: він намагався відійти від «дисидентської» позиції і замість цього залучав до асоціації багатьох провідних спеціалістів, які не були частиною великого механізму машини репресій і підтримували необхідність реформ. Таким чином йому вдалося привернути провідних українських психіатрів.²⁹ На установчому з’їзді Української асоціації психіатрів було прийнято постанову, згідно з якою «на сьогоднішній день психіатрія у нашій країні є нелюдською і служить особистим непрофесійним інтересам уряду, чії інститути не здатні забезпечити захист прав людини та економічний розвиток нашого суспільства. У результаті, втрата пріоритету морально-етичних і духовних аспектів [в психіатрії] почалась з діяльністю лікарів, включаючи психіатрів. Це з неминучою регулярністю можна спостерігати у випадках використання психіатрії в цілях, що не мають нічого спільного зі здоров’ям та благополуччям».³⁰

Навіть у Ленінграді, другому за величиною місті і колишній столиці Росії, сотні психіатрів приєдналися до Ленінградського психіатричного товариства, пізніше перейменованого на Санкт-Петербурзьку психіатричну асоціацію, протестуючи проти тривалого домінування старої номенклатури над психіатрією в Росії. У лютому 1990 року їхнє незадоволення вилилось у ноту протесту, надіслану Ленінградським психіатричним товариством до Всесоюзного товариства психіатрів.³¹ У своєму зверненні ленінградські психіатри висловили «невдоволення діяльністю керівництва Всесоюзного товариства, [яке] сприяло виникненню в СРСР незалежних психіатричних асоціацій, одна з яких нещодавно була беззаперечно прийнята повноправним членом до Всесвітньої психі-

атричної асоціації ... Склад керівництва Всесоюзного товариства характеризується зосередженням всієї влади в руках трьох Московських інститутів союзного рівня. Із 23 членів президії правління товариства, 20 – із Москви, серед яких 18 осіб із установ, що безпосередньо підпорядковані Міністерству охорони здоров’я СРСР та Академії медичних наук СРСР.»³² Це звернення викликало сильну реакцію з боку московських психіатрів. Тим не менше, не було зроблено нічого, щоб спробувати зберегти ленінградських психіатрів в управлінні і, як результат, вони пішли своїм шляхом.

Після розпаду Радянського Союзу в серпні 1991 року психіатричні асоціації з’явилися в усіх колишніх радянських республіках, нових незалежних державах (ННД). У жовтні 1992 року ВПА прийняла до свого складу Казахстанську, Латиську і Литовську психіатричні асоціації в якості особливих членів.³³ У Росії, після МПА і Санкт-Петербурзької психіатричної асоціації, було засноване Російське товариство психіатрів як окрема юридична особа, а не як наступник Всесоюзного товариства, яке подало заявку на вступ до ВПА в жовтні 1992 року.³⁴ Того ж року Всесоюзне товариство відмовилося від свого членства і згодом померло тихою смертю.

Впродовж 1990-х років, окрім психіатричних асоціацій, були створені нові професійні спілки для медсестер, які доглядають психічно хворих пацієнтів (зокрема в Україні та Білорусі), а також інші подібні організації, мультидисциплінарні організації і, до кінця століття, перші групи людей, що потребували послуг у сфері охорони психічного здоров’я. Поступово виникла мережа неурядових організацій в галузі охорони психічного здоров’я, що являла собою гнучку систему груп, комітетів і асоціацій, які прагнули змінити існуючу бюрократичну і біологічно орієнтовану психіатрію, яка стала майже синонімом масових порушень прав людини, і перетворити її на клієнт-орієнтовану охорону психічного здоров’я, орієнтовану на потреби місцевого населення, де поважаються права пацієнтів. Більша частина організацій була пов’язана з Мережею реформаторів у психіатрії, яка була створена у 1993 році в столиці Словаччини Братиславі і яка протягом більш ніж десятиліття була головною з’єднувальною ланкою між різноманітними групами та їх західними колегами, будучи такою собі страховкою і мозковим центром для більш ніж 1000 реформаторів, які нарешті об’єднались.³⁵

Зловживання психіатрією в ранній пострадянський період

З падінням комунізму в Східній Європі наприкінці 1980-х років практика використання психіатрії для тиску

^[1] Merskey, H, and Shafran, B.: Political hazards in diagnosis of ‘sluggish schizophrenia’, p. 249. Оублікована у British Journal of Psychiatry, 1986, 148, с.: 247-256.

^[2] On Soviet Totalitarian Psychiatry, p.42.

^[3] On Soviet Totalitarian Psychiatry, p. 43.

^[4] Наприклад, у 2001 р. доктор Яків Ландау із Інституту ім. Сербського сказав на польському телебаченні про те, що: «органи [КДБ] покладали на нас дуже відповідальну роботу (...) Вони очікували, що ми будемо робити те, що вони нам казали, і ми знали, чого вони від нас очікували.» Існує багато подібних доказів, що провідні психіатри прекрасно розуміли, у що вони замішані.

^[5] 11–15 жовтня 1951 р. на спільному засіданні Академії наук СРСР та Академії медичних наук СРСР за наказом І.В. Сталіна було офіційно затверджено теорію вищої нервової системи І. П. Павлова. На цьому засіданні було погоджено, що щорічно проводитиметься наукова конференція, присвячена проблемам павловської психології. Так, рік потому було скликане засідання Президіуму Академії медичних наук і Ради Всесоюзного товариства невропатологів і психіатрів, присвячене «фізіологічному вченню академіка І.П. Павлова з психіатрії та невропатології». Багато впливових радянських психіатрів – В.А. Гляровський, М.О. Гуревич і А.С. Шмарян – були засуджені за підтримку антимарксистської ідеології та психіатричних теорій західних психіатрів. Вищезазначені психіатри визнали правомірність обвинувачень і свої «помилки» та пообіцяли в майбутньому слідувати ученню Павлова. Президія засідання закликала до створення «Нової радянської психіатрії» на основі експериментальних та клінічних відкриттів у відповідності з павловською концепцією вищої нервової діяльності, в рамках якої психіатричні та неврологічні синдроми розглядалися з точки зору динамічної локалізації функцій мозку.

^[6] Клятва Радянського лікаря була прийнята Президіумом Верховної Ради СРСР 26 березня 1971 р. Відомості Верховної Ради СРСР 1971 р., № 13, с. 145.

^[7] Психіатрія, психіатри і суспільство, с. 86

^[8] Психіатрія, психіатри і суспільство, с. 87

^[9] Психіатрія, психіатри і суспільство, с. 41–42

на політичних опонентів фактично припинилася. Декілька випадків впливли на поверхню в Центральній Азії, зокрема в 1996 році в Туркменістані та Узбекистані.³⁶ Їм на зміну, однак, прийшла низка інших форм зловживань, починаючи від «економічного зловживання» (наприклад оголошення родичів психічно хворими або такими, що страждають від деменції, щоб заволодіти їхнім майном, наприклад нерухомістю) і закінчуючи купівлею власної свободи злочинцями шляхом підкупу психіатрів для отримання фальшивих діагнозів. До того ж, порушення прав людини в системі охорони психічного здоров'я в колишніх радянських республіках були такими поширеними через брак ресурсів, застарілі методи лікування, недостатнє розуміння прав людини, зростаючу відсутність толерантності в суспільстві, де сурвівалізм (виживання) став основною філософією населення.

Росія

У Росії в січні 1993 року було прийнято «Закон про психіатричну допомогу і гарантії прав громадян при її наданні», прийшовши на зміну закону, прийнятому в СРСР у 1988 році, який значною мірою був підготовлений тими ж самими експертами Інституту держави і права. Закон 1993 року можна вважати ліберальним і таким, що відповідає міжнародним стандартам. Він передбачає, що всі люди з психічними захворюваннями мають право на гуманне ставлення; що діагностування психічного захворювання має бути зроблено відповідно до міжнародних медичних стандартів і що потрібно поважати право на конфіденційність інформації. Крім того, він передбачає, що пацієнт має право, коли це можливо, на лікування близько до його будинку або місця проживання його родичів чи друзів і має право повернутися до суспільства якомога скоріше; що пацієнт має право на лікування в найменш обмежених умовах і що жодне лікування не може бути застосоване до пацієнта без його інформованої згоди. Нарешті, у ньому також згадується про те, що кожен пацієнт має право відмовитися від лікування або припинити його, що кожного пацієнта мають проінформувати про його права і що пацієнт, який отримує лікування не з власної волі, може звернутися до контрольної інстанції із вимогою виписки або отримання статусу добровільного лікування.

Закон 1993 року використовується досі, лише з низкою незначних поправок, внесених у 2004 році, а нові поправки знаходяться на стадії розгляду, оскільки його ще потрібно привести у відповідність із новим законом про охорону здоров'я. Тим не менше, основною проблемою в Росії (як і в більшості інших колишніх радянських республік) є не сам по собі закон, а його втілення. Велика кількість скарг на халатність у психіатричній сфері вказують на неправильне застосування закону, і часто права не можуть бути забезпечені в зв'язку з моральною застарілістю послуг у сфері охорони психічного здоров'я в країні. Ключовим моментом є те, що реформи в галузі

охорони психічного здоров'я мали обмежений вплив на ситуацію і їм не вдалося принципово змінити стан справ у галузі охорони психічного здоров'я. Велика кількість психіатричних закладів охорони здоров'я залишилися абсолютно негуманними місцями, де порушення прав людини є повсякденним явищем, тоді як рівень психіатричної допомоги є далеким від прийнятного, а знання про сучасні терапевтичні підходи, роль родичів та опікунів і здатність до самозцілення при психічних розладах залишилися недостатніми і обмеженими.

Однією з головних причин виникнення такої ситуації є той факт, що керівництво радянської психіатрії зберегло свій вплив у Росії, а в багатьох регіонах їм вдалося утримати монополію на інформацію та знання. За десятиліття ізоляції Радянська психіатрія перетворилася на спотворену галузь медицини, головними задачами якої було ізолювати від суспільства людей з психічними захворюваннями і утримувати їх під постійним контролем. Багато людей провели роки і навіть десятиліття в психіатричних закладах, де їх змушували вживати ліки і часто «лікували» примітивними речовинами (такими як сульфазин та інсулін). У багатьох колишніх радянських республіках керівництво змінилося або, принаймні, були відновлені контакти із світовою психіатрією, а в Росії зберігалась нестача інформації, частково тому, що корифеї психіатрії фактично приховували психіатричну літературу від своїх учнів і колег (знаючи, що відкрити доступ до неї означало б відразу показати свою некомпетентність) і частково тому, що знання іноземних мов в Росії, як і раніше, було радше винятком, ніж правилом. Спроби змінити цю ситуацію провалилися через відсутність необхідних коштів. Хоча приватними ініціативами було надруковано більше сотні підручників з психіатрії російською мовою, тиражі були занадто малі, щоб серйозно вплинути на ситуацію.³⁷ У багатьох містах навіть забороняли поширення таких книг.

Багато хто з нинішніх лідерів російської психіатрії, особливо ті, хто ще в радянські часи входили до впливових кругів, також відізвали свої зізнання, зачитані на Генеральній Асамблеї ВПА у 1989 році про те, що психіатрією в Радянському Союзі систематично зловживали у політичних цілях. Тепер вони називають це «окремими випадками «гіпердіагностики» чи «науковими розбіжностями у точках зору».³⁸

Україна

У 1991 році комітет, який належав Українській психіатричній асоціації (УПА), почав свою роботу зі скаргами громадян щодо психіатричної халатності. Комітет функціонував до 2005 року, і статистика чітко демонструє, що кількість звернень зменшувалась з кожним наступним роком (починаючи з 21,357 в 1992 році і закінчуючи 513 в 2005 році); що скарги про примусове лікування поступово зникли зовсім, так само як і скарги, що стосувалися архаїчних радянських діагнозів, особливо діагнозу

«малопрогредієнтна шизофренія». Ці позитивні зрушення були спричинені, з одного боку, тим, що Україна визнала діагностичні критерії Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) – МКХ–10, а з іншого – тим, що стали з'являтися юристи, які принаймні деякою мірою розумілися у питаннях, що стосуються прав осіб з психічними розладами.

У перші роки незалежності більшість скарг громадян стосувалися примусової госпіталізації і гіпердіагностування шизофренії. Обидві ці проблеми були типовими проявами радянської психіатричної традиції, коли спеціалісти продовжували діяти у відповідності зі старими радянськими юридичними та діагностичним нормами. Протягом цього періоду єдина

УДК 615.214:330.163(477)+615.214.24: 330.163(477)

І.Я. Пінчук¹, С.С. Румянцева², Я.Г. Іванова², Ю.П. Жало², О.Г. Давиденко²
ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ЗАТВЕРДЖЕННЯ НОВІТНІХ ПІДХОДІВ ДО РОЗРАХУНКУ ПОТРЕБИ УКРАЇНИ У ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБАХ, ЯКІ МІСТЯТЬ НАРКОТИЧНІ ЗАСОБИ, ПСИХОТРОПНІ РЕЧОВИНИ І ПРЕКУРСОРИ
 Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України¹
 Відокремлений структурний підрозділ УНДІ ССПН «Український медичний моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків»², м. Київ

Ключові слова:
 розрахунок потреби, підконтрольні лікарські засоби, перелік, заклади охорони здоров'я, суб'єкти господарювання, квоти.

Одним із основних напрямків системи охорони здоров'я є фокусування всіх галузей медицини на потребах пацієнта. Це положення закріплене в документах Всесвітньої організації охорони здоров'я і лежить в основі Програми дій стосовно доступу до основних лікарських засобів, як складова частина права на здоров'я, затверджених Європейським Регіональним Бюро ВООЗ. Здійсненим аналізом наявного організаційно-методологічного підходу до розрахунку потреби України у лікарських засобах, що містять наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори (далі – підконтрольні лікарські засоби), з'ясовано наступне.

В Україні зберігання наркотичних засобів і психотропних речовин, включених до таблиць II і III Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 06.05.2000 № 770 (далі – Перелік), препаратів (лікарських засобів, що містять наркотичні засоби і психотропні речовини, включені до таблиць II і III Переліку в кількості, що перевищує гранично допустиму

zareestrovana спроба використати психіатрію в якості інструмента для придушення політичного і релігійного спротиву була у 1993 році, коли Міністерство внутрішніх справ, за згодою прокуратури, спробувало помістити у психіатричні лікарні сотні заарештованих членів нового релігійного руху «Біле Братство», однак всі українські психіатричні служби категорично відмовилися підкоритися. Лише деякі з цих заарештованих, які дійсно страждали від психічних розладів, пройшли примусове лікування.

У 2000 році в Україні було прийнято новий Указ про психіатричну допомогу, який суттєво вплинув на подальше покращення ситуації. Вперше був введений судовий контроль за примусовою госпіталізацією.

З метою усунення зазначених недоліків і створення єдиного підходу до збору даних закладами охорони здоров'я України щодо формування заявки про потребу в підконтрольних лікарських засобах необхідно розробити спрощену систему розрахунку потреби у зазначених препаратах. У статті акцентується увага на тому, що визначення обсягів квот залежить від розрахунків потреби в лікарських препаратах, що містять наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори. Існуючі методи збору та формування потреби недосконалі і неточні через різні підходи до заповнення форм. Цей факт призводить до неможливості узагальнення даних.

кількість наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, що містяться в препаратах, затверджену постановою Кабінету Міністрів України від 10.10.2007 № 1203, підлягає квотуванню.

Визначення обсягів квот залежить від розрахунків потреби у вищевказаних наркотичних засобах і психотропних речовинах, а також лікарських засобах, що їх містять.

До набуття чинності Указу Президента України № 457 від 13.04.2011 «Питання Державної служби України з контролю за наркотиками», розподіл функцій між Міністерством охорони здоров'я та ДСКН України (у частині розрахунку потреби України у підконтрольних лікарських засобах) здійснювався винятково Міністерством охорони здоров'я, яке несло відповідальність за повноту, якість та своєчасність підготовки цих розрахунків.

Вказаним Указом Президента України функцію МОЗ України «в частині обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я та виробництві лікарських засобів та ліцен-

³⁶ Випадки зловживання психіатрією у політичних цілях в Туркменістані було виявлено в серпні 1996 р. під час Світового конгресу Всесвітньої психіатричної асоціації в Мадриді, де було представлено більшість нових психіатричних асоціацій колишнього СРСР. Колективний лист протесту, підписаний всіма присутніми членами (включаючи Російське психіатричне товариство) було надіслано владі Туркменістану, після чого зловживання негайно припинилися.

³⁷ Більшість публікацій було надруковано видавництвом «Сфера» у Києві, спільним підприємством Української психіатричної асоціації та Глобальної ініціативи в психіатрії, фінансова підтримка була надана Європейською комісією, Інститутом «Відкрите товариство» та іншими західними доброчинниками.

³⁸ Dmitrieva, D., Alyans Prava i Miloserdija, Moscow, Nauka, 2001, pp. 116-130.

зування господарської діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я та виробництві лікарських засобів» передано до ДСКН України.

З метою виконання Указу Президента України було внесено відповідні зміни до законів України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори», «Про протидію незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів», а також всіх підзаконних актів до них.

Зміни, внесені до постанови Кабінету Міністрів України від 03.05.2009 № 589 «Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом» (далі – Постанова), призвели до того, що роль МОЗ України у порядку формування потреби у підконтрольних лікарських засобах набула формального підходу.

Так, оскільки статтею 8 вказаної вище Постанови передбачено, що МОЗ України лише збирає зі структурних підрозділів з питань охорони здоров'я розрахунок потреби в цих лікарських засобах та передає їх до ДСКН України, аналіз даних на відповідність їх фактичним потребам не здійснювався.

Окрім того, встановлено, що структурні підрозділи з питань охорони здоров'я використовують різні підходи у заповненні форми, передбаченої Постановою, що призвело до неможливості її узагальнення.

Довідково:

Відповідно до ст. 8 постанови КМУ від 3 червня 2009 № 589 «Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом» розрахунок потреби України у підконтрольних лікарських засобах є підставою для визначення квот на їх виробництво, виготовлення, зберігання, ввезення на територію України та вивезення з її території. Зазначені квоти щороку визначаються та затверджуються Кабінетом Міністрів України.

Для визначення обсягів квот управління охорони здоров'я обласних, Київської міської держадміністрації щороку до 15 листопада «подають до МОЗ розрахунок потреби в наркотичних засобах і психотропних речовинах, включених до таблиць II і III переліку, препаратів, що містять наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори в кількості, що перевищує гранично допустиму, на наступний рік» за формою згідно з додатком 1 до вказаної постанови;

А, «суб'єкти господарювання подають щороку до 1 грудня до ДСКН заяву на визначення квоти наркотичних засобів і психотропних речовин, включених до таблиць II і III переліку, препаратів, що містять наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори в кількості, що перевищує гранично допустиму, на наступний рік для їх виробництва, виготовлення, зберігання, ввезення на територію України, вивезення з її території за формою згідно з додатком 2 до цієї ж постанови».

«На підставі проведених розрахунків ДСКН готує та подає МОЗ пропозиції щодо визначення обсягів квот».

Таким чином вбачається, що питання узагальнення даних, отриманих із структурних підрозділів з питань

охорони здоров'я, їх аналізу, а також механізм впливу на вказану ситуацію знаходиться за межами МОЗ України.

З метою усунення вказаних незручностей та створення єдиного підходу закладів охорони здоров'я України до формування заявки на потребу у підконтрольних лікарських засобах, необхідно розробити спрощену систему визначення потреби в них.

Пропонується внести наступні зміни до постанови Кабінету Міністрів України від 03.06.2009 № 589, щоб підвищити роль МОЗ України у формуванні потреби у підконтрольних лікарських засобах.

З цією метою пропонуємо пункт 8 викласти у такій редакції:

«Виробництво, виготовлення, зберігання, ввезення на територію України, вивезення з її території наркотичних засобів і психотропних речовин, включених до таблиць II і III переліку та препаратів (лікарських засобів) в кількості, що перевищує гранично допустиму, здійснюється суб'єктами господарювання у межах квот, які щороку визначаються Кабінетом Міністрів України. Для визначення обсягів квот:

Центральні органи виконавчої влади, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних, Київської міської держадміністрації та інші заклади, згідно з наказом МОЗ України від 28.10.2002 № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», незалежно від форми власності та підпорядкування, щороку до 15 листопада подають до МОЗ розрахунок потреби в наркотичних засобах і психотропних речовинах, включених до таблиць II і III переліку, препаратах, що містять наркотичні засоби і психотропні речовини в кількості, що перевищує гранично допустиму для медичних цілей, на наступний рік відповідно до форми, затвердженої МОЗ.

МОЗ аналізує та узагальнює потребу та подає до ДСКН згідно з формою, затвердженою МОЗ.

Суб'єкти господарювання подають щороку до 1 грудня ДСКН заяву на визначення квоти наркотичних засобів і психотропних речовин, включених до таблиць II і III переліку, препаратів, що містять наркотичні засоби і психотропні речовини в кількості, що перевищує гранично допустиму, на наступний рік для їх виробництва, виготовлення, зберігання, ввезення на територію України, вивезення з її території відповідно до форми, затвердженої постановою КМУ № 589.

На підставі проведених розрахунків ДСКН готує та вносить в установленому порядку на розгляд Кабінету Міністрів України пропозиції щодо визначення обсягу квот, у межах яких здійснюється виробництво, виготовлення, зберігання, ввезення на територію України та вивезення з території України наркотичних засобів і психотропних речовин для медичних і наукових цілей, лікарських препаратів, що містять наркотичні засоби і психотропні речовини в кількості, що перевищує гранично допустиму.

Виробництво, виготовлення, зберігання, ввезення на територію України, вивезення з її території наркотичних засобів і психотропних речовин, включених до таблиць II

і III переліку, препаратів, що містять наркотичні засоби і психотропні речовини в кількості, що перевищує гранично допустиму, понад визначені Кабінетом Міністрів України обсяги квот забороняється».

Доповнити пункт 18 новим абзацом такого змісту: **«До 15 жовтня центральні органи виконавчої влади, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних, Київської міської держадміністрації та інші заклади, згідно з наказом МОЗ України від 28.10.2002 № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», незалежно від форми власності та підпорядкування, подають до МОЗ звіти щодо використаних наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів для медичних цілей у закладах охорони здоров'я, що їм підпорядковані, згідно з формами, затвердженими МОЗ».**

Вказані зміни до Постанови стануть підставою для розробки та затвердження порядку формування МОЗ України на наступний рік потреби у підконтрольних лікарських засобах (далі – річна потреба у підконтрольних лікарських засобах).

Порядком планується передбачити:

- Визначення кола суб'єктів, на які поширюється його виконання. А саме, це – регіональні підрозділи охорони здоров'я, районні (міські) підрозділи охорони здоров'я, заклади охорони здоров'я, що отримали ліцензію, незалежно від відомчого підпорядкування, на право здійснювати діяльність, пов'язану з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.
- Запровадження стандартних підходів до визначення фактичної потреби закладів охорони здоров'я у підконтрольних лікарських засобах (далі – ПЛЗ) та у перерахунку на підконтрольну діючу речовину (далі – ПДР) відповідно до клінічних протоколів лікування.
- Затвердження рекомендованого нормативу споживання підконтрольної діючої речовини (далі – РНС).
- Обчислення фактичної потреби у ПЛЗ та ПДР, виходячи із статистичних даних щодо кількості ліжок в закладах охорони здоров'я, кількості хронічно хворих осіб, які потребують лікування цими лікарськими засобами, та кількості виїздів бригад Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (далі – ЦЕМД та МК) для надання екстреної та невідкладної медичної допомоги.

Розрахунок річної потреби в ПЛЗ з урахуванням річного резерву та фактичної потреби.

Окрім того, для проведення розрахунків за цим порядком планується застосовування форм звітності, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.07.2007 № 378 «Про затвердження форм звітності з питань охорони здоров'я та інструкцій щодо їхнього заповнення», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 03.09.2007 за № 1009/14276, узагальнені за рік, що передую поточному, які відображають об'єктивну тенденцію хвороб, для лікування яких застосовуються підконтрольні лікарські засоби.

Для здійснення розрахунків фактичної потреби в ПДР та ПЛЗ планується використання даних про:

- кількість хворих, які впродовж року, що передую поточному, отримали лікування, відповідно до положень протоколів;
- кількість ліжок, які були використані для лікування в умовах стаціонару;
- кількість виїздів бригад ЦЕМД та МК для надання екстреної та невідкладної медичної допомоги.
- кількість використаних ПЛЗ, у перерахунку на ПДР, у році, що передую поточному;
- коефіцієнт зростання захворюваності за останні три роки, включаючи, рік, що передую поточному;
- коефіцієнт смертності за окремими нозологіями у році, що передую поточному;
- прогнозована кількість хворих, які потребуватимуть лікування, відповідно до протоколів лікування, у році, що слідує за поточним;
- кількість ліжок, передбачених для лікування хворих в умовах стаціонару, в році, що слідує за поточним;
- прогнозована кількість виїздів бригадами ЦЕМД та МК для надання екстреної та невідкладної медичної допомоги у наступному році.

Для формування фактичної потреби в ПЛЗ та ПДР в кожному закладі охорони здоров'я, який отримав ліцензію на право здійснення діяльності, пов'язаної із обігом підконтрольних речовин, територіальних та регіональних органах охорони здоров'я призначаються особи, відповідальні за узагальнення даних, що містяться у звітах про використані у році, що передую поточному, ПЛЗ та ПДР, їх аналізі та формуванні заявки на фактичну потребу в них на наступний рік.

МОЗ призначає особу, відповідальну за узагальнення вказаних вище даних, їх аналіз та формування заяви на річну потребу в них на наступний рік.

Формування річної потреби пропонується здійснювати за наступними етапами:

- формування відділеннями, лікувально-профілактичними закладами, аптечними (фармацевтичними) закладами та ЦЕМД та МК звітів про використані ПЛЗ у році, що передую поточному;
- узагальнення районними, місцевими підрозділами охорони здоров'я та регіональними підрозділами з питань охорони здоров'я вказаних вище даних та складання звітів у розрізі використаних ПДР у році, що передую поточному;
- розрахунок ДУ «Державний експертний центр МОЗ України» (далі – ДУ «ДЕЦ МОЗ України») та затвердження МОЗ України – РНС загального та на одну хвору особу, яка підлягає лікуванню конкретною ПДР, на одне ліжко, яке використовується для лікування конкретною ПДР, а також на один виїзд бригади ЦЕМД та МК;
- затвердження МОЗ України коефіцієнтів відхилення від РНС, залежно від коливань показників захворюваності, смертності тощо;
- розміщення на сайті ДУ «ДЕЦ МОЗ України» даних стосовно переліків зареєстрованих ПЛЗ, переліків ПЛЗ, що знаходяться на стадії реєстрації та переліків РНС у наступному році;

- формування заявки на фактичну потребу у ПДР та ПЛЗ на наступний рік відділеннями, лікувально-профілактичними закладами, аптечними (фармацевтичними) закладами і ЦЕМД та МК;
- узагальнення районними, місцевими підрозділами охорони здоров'я та регіональними підрозділами з питань охорони здоров'я даних, отриманих від суб'єктів, зазначених у п. 8.5, та складання узагальної заявки на фактичну потребу у ПДР на наступний рік;
- затвердження МОЗ України річного резерву в ПДР;
- узагальнення та затвердження МОЗ України заявки на річну потребу структурних підрозділів з питань охорони здоров'я у ПДР.

Порядком планується передбачити поетапність подання звітів про використані у попередньому періоді підконтрольні лікарські засоби. При цьому форми подання звітів для лікувально-профілактичних закладів, аптечних (фармацевтичних) закладів та Центрів мають особливості, виходячи з законодавчих обмежень.

Звіти щодо ПЛЗ рекомендовано подавати у такій послідовності:

- відділення лікувально-профілактичного закладу подає до особи, відповідальної у цьому закладі за узагальнення даних, до 1 липня поточного року;
- лікувально-профілактичні і аптечні (фармацевтичні) заклади і ЦЕМД та МК подають до особи, відповідальної за узагальнення даних у районному підрозділі охорони здоров'я, до 10 липня поточного року;
- районний підрозділ охорони здоров'я подає до особи, відповідальної за узагальнення даних у місцевому підрозділі охорони здоров'я, до 20 липня поточного року;
- місцевий підрозділ охорони здоров'я подає до особи, відповідальної за узагальнення даних у регіональному підрозділі охорони здоров'я, до 30 липня поточного року.

Звіти щодо використаних у році, що передують поточному, ПДР, що входять до складу ПЛЗ:

- районні підрозділи охорони здоров'я подають до особи, відповідальної за узагальнення даних у місцевому підрозділі охорони здоров'я, до 20 липня поточного року;
- місцевий підрозділ охорони здоров'я подає до особи, відповідальної за узагальнення даних у регіональному підрозділі охорони здоров'я, до 30 липня поточного року;
- регіональні підрозділи охорони здоров'я подають до ДУ «ДЕЦ МОЗ України» до 15 серпня поточного року.

Зібрані таким чином дані мають бути використані для розрахунку та затвердження рекомендованого нормативу споживання.

РНС на наступний рік пропонується розраховувати та затверджувати за кожною окремою назвою ПДР, відповідно до її використання в лікуванні, для наступних категорій:

- загальний, відповідно до загальної кількості хворих осіб (або по тих хворобах, які передбачаються формуляром для лікування);
- на одну хвору особу, відповідно до хвороб, вказаних у формулярі до лікарських засобів;

- на одне ліжко, відповідно до кількості ліжок у відділенні (нозології з формуляра);
- на один виїзд бригади ЦЕМД та МК.

Для розрахунку РНС на наступний рік конкретної ПДР передбачається узагальнення даних ВООЗ стосовно споживання ПДР на одну хвору особу, у рік, що передують поточному, та даних МОЗ України за цей же період. А саме,

- *спожитих ПЛЗ (ампул, таблеток, флаконів тощо), у перерахунку на ПДР (загальна та на одну хвору особу, одне ліжко за нозологіями, на один виїзд бригади ЦЕМД та МК);*
- *хворих, що отримали медичну допомогу (загальна та у розрізі хвороб);*
- *кількість ліжок (загальна та у розрізі нозологій);*
- *кількість виїздів бригад Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф для надання медичної допомоги підконтрольними лікарськими засобами;*

Оскільки Україна, за даними Міжнародного комітету ООН з контролю за наркотиками, перебуває на 78 місці у забезпеченні населення України підконтрольними лікарськими засобами, доцільно передбачити, що РНС має бути не меншим за споживання у минулий період та бути максимально наближеним до рекомендованого ВООЗ.

Для найбільш об'єктивного розрахунку РНС для окремих категорій хвороб (за якими фіксується найбільший показник споживання за минулий період або найбільший показник смертності) затверджуються коефіцієнти відхилення.

Розрахунок коефіцієнта відхилення пропонується доручити Управлінню статистичної звітності МОЗ України, яке має найоб'єктивніші дані стосовно тенденцій розвитку хвороб.

Коефіцієнт відхилення можливо було б розраховувати по кожній ПДР (у відсотках) за нозологіями, відповідно до зазначених у формулярі хвороб, що підлягають лікуванню саме цією ПДР, загальної кількості хронічно хворих осіб, за хворобою, яка визначена у формулярі, як така, що підлягає лікуванню цією ПДР.

- *Для тих категорій хворих, які особливо потребують надання медичної допомоги із застосуванням підконтрольних препаратів, доцільно рахувати «коефіцієнт смертності» (від онкозахворювань, травм, опіків тощо (хвороби, за якими фіксується найбільший показник смертності));*
- *коефіцієнт зростання показників хвороб.*

При цьому коефіцієнт відхилення для аптечних (фармацевтичних) закладів має бути розрахований виходячи з економічної складової. Якщо є зменшення фінансування бюджетними коштами, пацієнт повинен мати можливість придбати препарати за свої кошти через аптечну мережу.

Наступним етапом формування річної потреби має бути оприлюднення переліків ПЛЗ, зареєстрованих, та тих, що знаходяться на стадії реєстрації, та переліку РНС, рекомендованих для використання у наступному році.

Для розрахунку річної потреби у ПЛЗ доцільно було б, щоб ДУ «ДЕЦ МОЗ України» до 31 серпня поточного року готувало офіційне повідомлення стосовно:

- переліків зареєстрованих в Україні ПЛЗ;
- переліків ПЛЗ, що знаходяться на стадії реєстрації;
- переліків РНС, загального та на одну хвору особу, одне ліжко, один виїзд бригади ЦЕМД та МК.

Було б доцільно, щоб Міністерство охорони здоров'я України щорічно до 1 жовтня поточного року затверджувало РНС (загальний, відповідно до всіх хворих осіб, а також на одну хвору особу, відповідно до нозологій, одне ліжко, один виїзд бригади ЦЕМД та МК), що було б підставою для перевірки регіонів про стан його виконання, тобто з'ясування, чи надається якісна медична допомога зі знеболення, лікування психічних розладів тощо населенню України.

Пропонується для обговорення алгоритм розрахунків фактичної потреби у ПДР.

- Для відділень та лікувально-профілактичних закладів наступний:

$$P = N \times Q \times 360, \text{ де:}$$

P – фактична потреба в ПДР;

N – рекомендований норматив споживання на одне ліжко;

Q – фактична кількість ліжок.

- Для аптечних (фармацевтичних) закладів наступний:

$$P = N \times Q, \text{ де:}$$

P – фактична потреба в ПДР;

N – рекомендований норматив споживання на одну хвору особу;

Q – фактична кількість хворих.

- Для ЦЕМД та МК – наступний:

$$P = N \times Q, \text{ де:}$$

P – фактична потреба в ПДР;

N – рекомендований норматив споживання на один виїзд бригадою ЦЕМД та МК;

Q – фактична кількість виїздів бригадою ЦЕМД та МК для надання медичної допомоги.

Розподіл потреби у ПДР здійснюється між всіма ПЛЗ, зареєстрованими в Україні, з вмістом цієї речовини у відсотках (залежно від інтенсивності застосування та протоколів лікування) автоматично. Обов'язковою є участь у розподілі нових форм зареєстрованих ПЛЗ. Особа, відповідальна за формування заявки на фактичну потребу, має можливість корегування форми відповідно до особливостей лікувально-профілактичного закладу чи регіону.

У разі використання одного чи декількох підконтрольних лікарських засобів із вмістом підконтрольної діючої речовини, для визначення кількості одиниць виміру (ампул, таблеток, флаконів, тощо) здійснюється перерахунок діючої речовини у лікарський засіб. Алгоритм перерахунку закладений у формі заявки на потребу. Саме цей підхід мінімізує участь особи, відповідальної за формування заявки на потребу, у заповненні форм.

Організацію подачі заявок на фактичну потребу у ПДР та у перерахунку на ПЛЗ на наступний рік пропонується сформуувати у такій послідовності:

- відділення лікувально-профілактичного закладу, відповідно до кількості ліжок, РНС на одне ліжко та коефіцієнта відхилення формує заявку на фактичну потребу у ПДР та у перерахунку на ПЛЗ, за

попередньо розробленими формами, та подає її до особи, відповідальної у лікувально-профілактичному закладі за узагальнення даних, до 15 вересня поточного року.

- лікувально-профілактичні заклади охорони здоров'я, відповідно до кількості ліжок (за нозологіями), РНС на одне ліжко та коефіцієнта відхилення формує заявку на фактичну потребу у ПДР та у перерахунку на ПЛЗ, за формами, які мають більш узагальнений вигляд, та подає її до особи, відповідальної у районному підрозділі охорони здоров'я за узагальнення даних, до 1 жовтня поточного року.

- аптечні (фармацевтичні) заклади, відповідно до кількості хворих (за видами хвороб), РНС на одну хвору особу та коефіцієнта відхилення формує заявку на фактичну потребу у ПДР та у перерахунку у ПЛЗ за аналогічними формами, та подає її до особи, відповідальної у районному підрозділі охорони здоров'я за узагальнення даних, до 1 жовтня поточного року.

- ЦЕМД та МК, відповідно до кількості виїздів для надання медичної допомоги, РНС на один виїзд бригади ЦЕМД та МК, коефіцієнта відхилення формує заявку на фактичну потребу у ПДР та у перерахунку у ПЛЗ за формами, що відображають їх потребу, та подає її до особи, відповідальної у районному підрозділі охорони здоров'я за узагальнення даних, до 1 жовтня поточного року.

- районний підрозділ охорони здоров'я подає узагальнену заявку на фактичну потребу у ПДР та у перерахунку у ПЛЗ до особи, відповідальної за узагальнення даних у місцевому органі охорони здоров'я, за узагальною формою відповідно до 10 жовтня поточного року;

- місцевий підрозділ охорони здоров'я подає узагальнену заявку на фактичну потребу у ПДР та у перерахунку у ПЛЗ до особи, відповідальної за узагальнення даних у регіональному підрозділі охорони здоров'я, до 20 жовтня поточного року.

- регіональні підрозділи охорони здоров'я узагальнюють отримані від місцевих підрозділів охорони здоров'я заявки на фактичну потребу у ПДР та у перерахунку у ПЛЗ відповідно, та до 1 листопада поточного року подають її до МОЗ України.

У разі виявлення невідповідності даних у заявці на фактичну потребу закладу охорони здоров'я на потребу на наступний рік РПС, затвердженого МОЗ України, районний, місцевий підрозділи охорони здоров'я та регіональний підрозділ охорони здоров'я повинні мати право вказати у письмовій формі закладу охорони здоров'я на необхідність корегувати зазначену заявку.

Заклад охорони здоров'я у триденний термін має внести зміни до заявки та повертає її адресату для подальшого узагальнення.

Міністерство охорони здоров'я після узагальнення отриманих від регіональних структурних підрозділів охорони здоров'я заявок на фактичну потребу має проаналізувати їх, та, у разі необхідності, у спосіб, вказаний вище рекомендувати регіональному підрозділу охорони

здоров’я здійснити корегування заявки на фактичну потребу у ПДР, що міститься у ПЛЗ.

Доцільно було б передбачити річний резерв ПДР (на випадок надзвичайного стану, стихійного лиха, тощо), який затверджується МОЗ України.

Таким чином, МОЗ України на підставі зведеної заявки на фактичну потребу у ПДР та річного резерву ПДР готує заявку на річну потребу в ПДР та подає до 15 листопада поточного року до Державної служби України з контролю за наркотиками відповідно до вимог законодавства.

Вказана послідовність дій відповідальних осіб системи охорони здоров’я України дозволить чітко, швидко, з мінімальними ризиками сформуванню реальної потреби України в підконтрольних лікарських засобах.

Висновки

Викладені вище пропозиції дадуть змогу належним чином обчислювати й оцінювати потребу України в лікарських препаратах, які містять наркотичні засоби і психотропні речовини, з метою підвищення доступності населення до них.

Для створення відповідного механізму і накопичення моніторингових та експертних знань у проведенні належ-

них обчислень і оцінок потреб в цих засобах, доцільно використовувати єдиний підхід стосовно методів збору та узагальнення.

Це дасть змогу отримати достовірну інформацію щодо реальної потреби країни в цих препаратах.

Список використаної літератури

1. Закон України від 02.08.2014 № 2801–XII «Основи законодавства України про охорону здоров’я».
2. Закон України від 11.08.2013 № 60/95–ВР «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори».
3. Указ Президента України від 13.04.2011 № 457 «Питання Державної служби України з контролю за наркотиками».
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 10.10.2007 № 1203 «Про затвердження гранично допустимої кількості наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, що містяться в препаратах».
6. Постанова Кабінету Міністрів України від 03.06.2009 № 589 «Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов’язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом».
7. Наказ МОЗ України від 28.10.2002 № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров’я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров’я».
8. Наказ МОЗ України від 10.07.2007 № 378 «Про затвердження форм звітності з питань охорони здоров’я та інструкцій щодо їхнього заповнення».
9. Матеріали сайту МОЗ України – www.mozu.gov.ua

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО УТВЕРЖДЕНИЮ НОВЕЙШИХ ПОДХОДОВ К РАСЧЕТУ ПОТРЕБНОСТИ УКРАИНЫ В ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВАХ, СОДЕРЖАЩИХ НАРКОТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА, ПСИХОТРОПНЫЕ ВЕЩЕСТВА И ПРЕКУРСОРЫ

И.Я. Пинчук, С.С. Румянцева, Я.Г. Иванова, Ю.П. Жало, О.Г. Давиденко

В статье акцентируется внимание на то, что определение объемов квот зависит от расчетов потребности в лекарственных препаратах, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры. Существующие методы сбора и формирования потребности несовершенно и неточны из-за разных подходов к заполнению формы. Этот факт приводит к невозможности обобщения данных.

С целью устранения указанных недостатков и создания единого подхода к сбору данных учреждениями здравоохранения Украины по формированию заявки о потребности в подконтрольных лекарственных средствах, необходимо разработать упрощенную систему расчета потребности в указанных препаратах.

Ключевые слова: расчет потребности, подконтрольные лекарственные средства, перечень, учреждения здравоохранения, предприятия, квоты.

PROPOSALS FOR APPROVAL OF NEW APPROACHES TO CALCULATING THE DEMAND FOR PHARMACEUTICALS CONTAINING NARCOTIC DRUGS, PSYCHOTROPIC SUBSTANCES AND PRECURSORS IN UKRAINE

I. Pinchuk, S. Rumiantseva, I. Ivanova, Y. Zhalo, O. Davydenko

The article focuses on the fact that the determination of volume of the quota depends on the calculation of the demand for pharmaceuticals containing narcotic drugs, psychotropic substances and precursors. Existing methods of collecting and forming the demand are not perfect and are not accurate due to different approaches in completing the form. This fact makes it impossible to summarize the data.

In order to eliminate these disadvantages and to create a unified approach for collection of data on forming the request for pharmaceuticals under government control for healthcare institutions of Ukraine, a simplified system for calculation of the demand for these pharmaceuticals should be developed.

Key words: calculation needs controlled drugs list, health care institutions, entities quota.

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 57.017.68+616.1/9

И.В. Калугин, Е.А. Хаустова

ПОЛИПРАГМАЗИЯ И ПОЛИФАРМАЦИЯ

У ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

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

Ключевые слова:

полипрагмазия, полифармация, фармакомания, полиморбидность.

В статье представлены результаты исследования, проведенного на базе геронтопсихиатрического отделения Мариупольской городской психиатрической больницы, и итоги обзора литературы по теме: полипрагмазия и полифармация у пациентов геронтопсихиатрического профиля. Описанные явления полипрагмазии, полифармации и фармакомании у пациентов пожилого возраста являются актуальной проблемой не только социальной психиатрии, но и всей медицины в целом.

Сегодня, как и во все времена, врачевание немислимо без назначения лекарственных средств. Они помощники врача в его борьбе с болезнью. Миллионы спасенных и спасаемых жизней – вот результат благородного «труда» лекарств. Все это хорошо известно. Но тем не менее, применение лекарств таит в себе ряд опасностей, о которых, к сожалению, не всегда знают не только больные, но и многие врачи. В последние десятилетия вместе с научно-технической революцией произошел и «фармацевтический взрыв». Синтезированы и введены в обиход десятки тысяч новых препаратов со сложнейшим воздействием на организм человека. Их выпуск зачастую сопровождается шумной рекламой, привлекательным внешним оформлением [39]. Все это должно вызывать определенную настороженность как у пациентов, так и у врачей. Но как правило мы наблюдаем противоположный эффект. Впечатляющие данные, иллюстрирующие сказанное, можно найти в работах зарубежных, в частности американских ученых. Статистические данные последних лет показывают, что в больницах США ежегодно госпитализируется около 32 миллионов больных [29]. Установлено, что более 1,5 миллиона из них пришлось госпитализировать не вследствие самой болезни, а в связи с заболеванием от приема лекарств [22]. Высказывается мнение, что в больницах США ежегодно от лекарственной болезни умирает до 30 тысяч человек [20]. Разумеется, не во всех таких случаях виноваты врачи. Из-за непомерно высокой платы за медицинскую помощь в США широко распространено самолечение – прием лекарств не по назначению врача, а просто на основании инструкции или рекламы. Но даже за вычетом таких случаев, процент заболевших от лекарств, назначенных врачом, в США тоже довольно высок [23]. Сегодняшние реалии таковы, что обнаружив при обследовании больного нарушения многих функций организма, врачи спешат назначить лекарства для коррекции всех этих функций. В методологическом аспекте это грубейшая врачебная ошибка. Лечение неравнозначно назначению возможно большего

числа лекарств. Более того, их одновременное назначение нередко ведет к серьезным последствиям: возникают токсические эффекты, различные осложнения, ухудшение субъективного состояния больного, тяжелый медикаментозный гепатит. Могут развиваться и другие патологические состояния – стероидный диабет, обострение и генерализация различных инфекций, поражение кожи и слизистых оболочек, а также всех систем организма, аллергозы и многое другое [15]. Тенденция подобного характера наблюдается и в нашей стране. Если поднять истории болезни лиц, находящихся в клиниках или на домашнем лечении, довольно часто можно обнаружить, что больному одновременно назначено 6–7, а иной раз 8–10 и даже больше лекарств [40].

Врачей, увлекающихся назначением многих лекарств одновременно, метко окрестили «фармакоманами» или «полипрагмазистами». Основная их ошибка состоит в недопонимании принципов врачебного искусства. По последним исследованиям российского Научно-исследовательского центра геронтологии, в последнее время резко увеличился рост потребления людьми старшего возраста лекарственных препаратов [7]. В большей степени это связано с явлением полиморбидности у лиц пожилого возраста. У одного пациента старше 65 лет, обратившегося за амбулаторной или стационарной помощью, обнаруживается в среднем четыре-пять различных хронических патологических состояний в разных фазах и стадиях [3].

Именно явление полиморбидности заставляет пациентов пожилого возраста обращаться и наблюдаться у врачей разных специальностей. Также необходимо отметить, что полиморбидность приводит к полипрагмазии (одновременное назначение врачами, нередко неоправданное, многих лекарственных веществ или лечебных процедур) и полифармации (одновременный прием нескольких лекарственных средств пациентом), что делает невозможным контроль над эффективностью терапии, увеличивает материальные затраты пациентов,

а поэтому снижает их комплаенс (приверженность к лечению) [14]. Кроме того, полипрагмазия и полифармация у пациентов пожилого и старческого возраста способствует резкому возрастанию вероятности развития местных и системных нежелательных побочных эффектов лекарственных препаратов [8].

Активный рост потребления пожилыми людьми лекарственных препаратов является актуальной проблемой многих стран. К примеру в США основные потребители лекарств – люди старше 65 лет. В Англии треть общего числа потребителей сильнодействующих медикаментов составляют люди почтенного возраста, а в Италии и вовсе около 40% пожилых граждан ежедневно потребляют до шести препаратов, а 12% – более девяти таблеток, но самым крупным потребителем лекарств является Турция [18]. Повышенное потребление лекарств приводит к невозможности контроля эффекта лечения и увеличивает риск побочных эффектов [25]. В амбулаторных и стационарных условиях больным чаще всего одновременно назначают от 2–3 до 6–10 лекарственных препаратов и более. Количество назначаемых препаратов зависит не только от тяжести состояния больного, сопутствующих заболеваний, но и от настороженности врача и самого пациента. Последний сам себе нередко назначает антибиотики, слабительные, жаропонижающие и анальгезирующие препараты и даже седативные, снотворные, психотропные средства, не представляя всех последствий таких злоупотреблений [32]. Полипрагмазия может быть вынужденной, когда пожилой больной с несколькими заболеваниями вынужден одновременно принимать несколько препаратов, что в итоге приводит к увеличению процента неблагоприятных лекарственных взаимодействий [21].

Все вышесказанное привело к возникновению нового направления фармакотерапии – гериатрической фармакотерапии [16]. Это было вызвано:

- наблюдаемым во всем мире прогрессирующим старением населения, увеличением множественности заболеваний и числа применяемых лекарственных средств;
- органическими и функциональными особенностями организма пожилого и старого человека, изменяющими фармакодинамику и фармакокинетику;
- частым привыканием лиц старческого возраста к длительно применяемым лекарственным средствам (фармакомания);
- большой частотой побочных эффектов лекарственных препаратов у лиц старческого возраста;
- распространенностью самолечения и полипрагмазии;
- недостаточностью знаний по фармакотерапии пациентов старших возрастных групп у врачей.

Проблема полипрагмазии может создаваться также из-за неверного выбора препарата, когда больной одновременно принимает несколько однонаправленных, взаимоисключающих или необязательных препаратов, например несколько препаратов из класса НПВП [33]. Полипрагмазия встречается у 56% пациентов моложе 65 лет и у 73% старше 65 лет. Прием двух препаратов приводит к лекарственным взаимодействиям у 6% пациентов, прием 5 препаратов увеличивает их частоту до

50%, при приеме 10 препаратов риск лекарственных взаимодействий достигает 100% [3]. В одном из исследований было продемонстрировано, что среднее количество препаратов, принимаемых пациентами (как назначенных докторами, так и принимаемых самостоятельно), составляет 10,5, при этом в 96% случаев доктора не знали точно, что принимают их пациенты. Применение одновременно многих препаратов (полипрагмазия) создает условия для взаимодействия не только исходных веществ, но и их метаболитов, в процессе которого могут возникать высокоаллергенные комплексы и конъюгаты [5]. Для действительной помощи больному обычно достаточно одного лекарственного препарата, но врач, стремясь усилить терапевтический эффект, назначает комбинацию из нескольких препаратов, не в полной мере принимая во внимание все аспекты их фармакологического (фармацевтического, фармакодинамического, фармакокинетического) взаимодействия.

Таким образом, основные варианты взаимодействия лекарственных средств включают в себя ряд определенных [8]:

1. Синергизм – сочетанное действие лекарственных средств, обеспечивающее более высокий фармакологический эффект, чем действие каждого лекарственного средства в отдельности;
2. Сенсибилизирующее действие – характеризуется тем, что один препарат, не вмешиваясь в механизм действия, усиливает фармакологические эффекты другого (так инсулин и глюкоза стимулируют проникновение K^+ в клетку);
3. Десенсибилизирующее действие – один препарат в отдельности не обладает активностью, но уменьшает действие другого;
4. Аддитивное действие – два препарата оказывают действие меньше их суммы (например, сочетанное назначение β -адреноблокаторов совместно с нитроглицерином при ИБС);
5. Суммация действия – действие комбинации лекарственных средств равно сумме действий каждого компонента в отдельности;
6. Потенцирование – эффект от комбинации лекарственных средств по выраженности больше суммы эффектов каждого лекарственного средства в отдельности (сочетание транквилизаторов, нейролептиков и наркотических анальгетиков, например дроперидола и фентанила);
7. Антагонизм – взаимодействие лекарственных средств, приводящее к ослаблению или полной блокаде части или всех фармакологических эффектов одного препарата другим.

Явление «избыточности патологии» у пожилых пациентов способствует появлению такого феномена как фармакомания, что означает стремление пациента к употреблению различных лекарственных средств или необоснованно продолжительному приему отдельного лекарственного средства. Длительный и необоснованный прием лекарственных средств приводит к развитию синдрома зависимости и неконтролируемым межлекарственным взаимодействиям, что значительно усложняет лечение пациентов пожилого возраста и увеличивается риск развития побочных эффектов [36]. Неблагоприят-

ные эффекты, возникающие при попытке «поправить» возрастные и вызванные заболеванием расстройства с помощью множественной фармакотерапии, часто являются последней каплей, за которой следует неспособность для пожилого человека продолжать относительно самостоятельную жизнь [19].

Все чаще люди пожилого возраста тянутся за пилюлями не по назначению врача, а в результате воздействия активной рекламы. Очевидных жертв доверия красочным лечебным буклетам и рассказам отведавших чудодейственных таблеток относят к психологически зависимым, что так же способствует развитию фармакомании [34].

У этой категории людей, условно говоря фармакогаликов, вырабатывается опасная привычка годами принимать препараты, не оказывающие никакого действия, в расчёте на длительный положительный эффект [28]. Есть и другая группа пожилых пациентов, которая подвержена болезненному влечению к посещению медучреждений. Эти люди основную часть своей жизни посвящают хождению по врачебным кабинетам. В процессе этого пожилые, а потому, конечно, не абсолютно здоровые люди постепенно становятся жертвами такого явления, как полипрагмазия – избыточные назначения [10].

Американские учёные недавно опубликовали результаты подробного и длительного исследования среди самых старших возрастных групп, так называемых долгожителей [13]. Исследовалось состояние здоровья пожилых людей в возрасте от 95 лет и старше и в группе от 80 до 90 лет. Учёные были совершенно поражены очевидной разницей результата наблюдений не в пользу второй группы. Старики в возрасте от 80 лет в большинстве были весьма озабочены настоящими и мнимыми проблемами своего здоровья, в то время как 95-летние излучали абсолютный позитив и активность. Они вели насыщенный образ жизни, интересовались искусством, многие были сексуально активны. Мнения учёных относительно оценки этого явления разделились. Большинство исследователей утверждают, что долгожители наделены особыми генами, делающими их устойчивыми к тяжёлым болезням. Другие учёные придерживаются мнения, что именно образ жизни делает их организм устойчивым, позволяя справляться с недомоганиями собственными силами. Сами же испытуемые объясняли феномен своего долгожительства исключительно позитивным настроем и полезными привычками – здоровым питанием, физическими занятиями, отказом от курения и... приёма лекарств [12].

К сожалению, на данный момент не существует адекватных мер слежения за рассматриваемыми процессами (полипрагмазия, полифармация и фармакомания) [27]. В теории лекарственной терапии есть еще много нерешенных проблем. Разумеется, в жизни всегда многое не так просто, как на бумаге. Легко давать рекомендации, гораздо труднее их выполнять. Целый ряд субъективных причин склоняет врачей к полипрагмазии [24]. В результате таких рассуждений часто возникает фармакомания, которая дорого обходится больному. Привыкание ко многим препаратам с развитием зависимости от них, когда больной уже не может жить без постоянного приёма таблеток, токсические поражения печени, язвен-

ные поражения желудка и кишечника, осложнения со стороны глаз, различные аллергические проявления и многое другое зачастую следуют за необдуманной полипрагмазией [31]. К тому же полипрагмазия создает определенные экономические трудности для лечебных учреждений. Никакой бюджет больницы не выдержит, если без всякого раздумья назначать одновременно по 10–12 современных лекарств каждому больному [30]. Более того, дефицит ряда лекарств в наших аптеках тоже нередко является следствием фармакомании. Искусство врачевания состоит в умении добиваться максимума эффекта при назначении минимума лекарств, выбирать этот минимум из множества имеющихся препаратов, сочетать лекарственные средства с психотерапией, диетой, физиотерапией и другими видами лечения [35]. Многие методы лечения связаны с правильным пониманием самой этиологии болезни, то есть причин, вызывающих болезнь. Лечение осуществляется не одними медикаментами, а и душевным отношением к больному, умелой беседой с ним, правильной организацией его режима, определением диеты, физиотерапевтических процедур. Лекарственная же терапия должна осуществляться в рамках строгих показаний, особенно это касается пожилых пациентов, в виду указанных выше причин [6].

Исходя из сказанного можно сделать вывод – основной целью при лечении пожилых пациентов является облегчение симптомов и улучшение качества жизни [11]. Основные принципы назначения лекарственных средств у пожилых:

1. Определение необходимости назначения лекарственных средств: не все болезни пожилых людей требуют медикаментозного лечения [4]; по возможности избегание применения лекарств, но обязательное назначение их, если стоит вопрос о качестве жизни; перед началом лечения должен быть поставлен точный диагноз.

2. Тщательное выявление характера уже проводимого лечения, всех привычек больных: больной может получать рекомендации и лечение от нескольких врачей [9]; сведения об уже получаемой терапии позволят избежать нежелательных лекарственных взаимодействий [17]; курение, алкоголь, употребление кофе могут привести к усилению действия лекарств.

3. Хорошее знание механизма действия назначаемого лекарства: знание о влиянии возрастных изменений на распределение лекарств и ответ на лечение; использование хорошо изученных лекарств.

4. Инициация терапии с небольших доз лекарств: стандартная доза часто велика для пожилых больных; влияние возраста на печеночный метаболизм не всегда предсказуемо, а почечная экскреция лекарств и их метаболитов снижается с возрастом; пожилые больные более восприимчивы к препаратам, влияющим на ЦНС [26].

5. Необходимость титрования дозы до нужного эффекта: определить оптимальный терапевтический эффект; доводить дозу до определенного терапевтического результата или возможного предела, после которого могут возникнуть побочные явления [38]; в отдельных случаях комбинированная терапия более адекватна и эффективна.

6. Выбирать более простой режим применения, обеспечивающий комплаентность: избегать сложных режимов дозирования, наиболее приемлем прием лекарств один-два раза в сутки; тщательно инструктировать больных и их родственников по приему лекарств; объяснить, для чего выписано лекарство; предложить вести запись по приему лекарств; за пожилым больным необходим постоянный контроль [37].

Врач обязан уметь выделить основные звенья выявленной патологии и назначить два – три лекарства, которые корригировали бы их. По мере нормализации этих звеньев придут в норму и все остальные, нарушенные вторично. В организме «все связано со всем». Как говорил прекрасный педагог и врач академик Б.Е. Вотчал, нужно уметь «дать столько, сколько нужно, но не больше, чем можно, найти часто весьма узкий фарватер между мелями чрезмерной осторожности и скалами безрассудной смелости» [1].

Материалы и методы исследования

С целью определения частоты возникновения явлений полипрагмазии и полифармации у лиц пожилого возраста нами было проведено ретроспективное исследование 429 пациентов геронтопсихиатрического отделения мариупольской психиатрической больницы в течение 2013 года и первого квартала 2014 года. Пилотное исследование длилось в течении 6 месяцев.

Результаты и их обсуждение

Были проанализированы истории болезней 429 пациентов (154 мужчин и 275 женщин) в возрасте старше 65 лет.

Нами было установлено что на момент поступления в стационар для лечения основного психиатрического заболевания 62,7% пациентов (из них женщины – 66,5%, мужчины – 33,5%) принимали от 0 до 3 лекарственных препаратов, а 37,3 % пациентов (из них женщины – 75,6%, мужчины – 24,4%) принимали от 4 и более медикаментов, назначенных врачом-психиатром. К моменту выписки из стационара по основному психиатрическому заболеванию 69,5% пациентов (из них женщины – 66,8%, мужчины – 33,2%) получали от 0 до 3 препаратов, а 30,5 % пациентов (из них женщины – 64,9%, мужчины – 35,1%) – более 4 препаратов (табл. 1).

Таблица 3. Случаи полипрагмазии у пациентов пожилого возраста, страдающих психическими расстройствами

Количество препаратов (всех)	Мужчины				Женщины			
	При поступлении		При выписке		При поступлении		При выписке	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
0–3	6	75	2	25	15	39,5	5	13,2
4	2	25	2	25	10	26,3	7	18,4
5					5	13,2	7	18,4
6			1	12,5	2	5,2	3	7,9
7			1	12,5	1	2,6	3	7,9
8			1	12,5	2	5,2	3	7,9
9					1	2,6	5	13,2
10			1	12,5	2	5,2	4	10,5
11							1	2,6

Таблица 1. Количество медикаментов, принимаемых больными для лечения основного заболевания, до госпитализации и перед выпиской из стационара

	Количество медикаментов, принимаемых на момент поступления в стационар				Количество медикаментов, принимаемых на момент выписки из стационара			
	0 – 3		4 и более		0 – 3		4 и более	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Всего	269	62,7	160	37,3	298	69,5	131	30,5
Мужчин	90	33,5	39	24,4	99	33,2	46	35,1
Женщин	179	66,5	121	75,6	199	66,8	85	64,9

Как видно из данных таблицы 1, имеет место незначительное увеличение получающих 4 и более лекарственных препаратов по основному психиатрическому заболеванию у мужчин, и существенное снижение этого показателя у женщин, сравнивая моменты поступления и выписки.

Также было установлено что на момент поступления в стационар для лечения сопутствующей патологии 69,7 % пациентов (из них женщины – 61,8%, мужчины – 38,2%) принимали от 0 до 3 лекарственных препаратов, а 30,3 % пациентов (из них женщины – 67,7%, мужчины – 32,3%) принимали от 4 и более медикаментов. К моменту выписки из стационара для лечения сопутствующей патологии 58,7% пациентов (из них женщины – 65,1%, мужчины – 34,9%) получали от 0 до 3 препаратов, а 41,3 % пациентов (из них женщины – 55,9% .мужчины – 44,1%) более 4 препаратов (табл. 2).

Таблица 2. Количество медикаментов, принимаемых больными для лечения сопутствующих заболеваний, до госпитализации и перед выпиской из стационара

	Количество медикаментов, принимаемых на момент поступления в стационар				Количество медикаментов, принимаемых на момент выписки из стационара			
	0 – 3		4 и более		0 – 3		4 и более	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Всего	299	69,7	130	30,3	252	58,7	177	41,3
Мужчин	114	38,2	42	32,3	88	34,9	78	44,1
Женщин	185	61,8	88	67,7	164	65,1	99	55,9

Данные таблицы 2 свидетельствуют о том, что по сопутствующему заболеванию, удельный вес женщин, получающих 4 и более лекарственных препаратов, незначительно увеличился, в то время как у мужчин этот

показатель существенно вырос, сравнивая моменты поступления и выписки.

Выводы

За 1 квартал 2014 года были проанализированы истории болезней 46 поступивших в отделение пациентов (из них 8 мужчин и 38 женщин).

Анализ данных, представленных в таблице 3, достоверно показывает, насколько явление полипрагмазии характерно для пациентов пожилого возраста, страдающих психическими расстройствами.

Явление полипрагмазии и полифармации у пациентов пожилого возраста является актуальной проблемой не только социальной психиатрии, но и медицины в целом. Успешное ее разрешение позволит не только улучшить эффективность лечения пациентов пожилого возраста, но и значительно снизить риск развития побочных эффектов, уменьшить финансовую нагрузку и в целом улучшить качество жизни.

Список использованной литературы

1. Пінчук І. Я. Актуальні питання геронтопсихіатрії / І. Я. Пінчук, В. В. Чайковська, Л. А. Стаднюк. – Тернопіль, 2010 р.

2. Реабілітаційні заходи для пацієнтів похилого та старечого віку з деменцією / І. Я. Пінчук, В. В. Чайковська, Л. А. Стаднюк, Я. І. Колеснікова. – Тернопіль, 2010 р.

3. Калугин И. В. Проблемы полиморбидности та адекватной фармакотерапии пациентов пожилого віку / И. В.Калугин, Е. А.Хаустова // Архів психіатрії. – 2013. – Т.19, №4 (75).

4. Калугин И. В. Старение организма и полиморбидность // И. В. Калугин, Е. А. Хаустова // Архів психіатрії. – 2014. – Т. 19, № 2 (75).

5. Полипрагмазия: гериатрический аспект проблемы / Л. Б. Лазебник, Ю. В. Конев, В. Н. Дроздов, Л. И. Ефремов

6. Башкаева М. Ш. Зависимость количества ежедневно принимаемых лекарственных препаратов от функциональной активности пожилых / Башкаева М. Ш., Милукова О. М., Лазебник Л. Б. // Клинич. геронтол. – 1998. – № 4. – С. 38–42.

7. Fulton M. M., Аллен Е. R. Полипрагмазии у пожилых: обзор литературы. J Am акад медсестра Pract 2005; 17:123–32. PMID 15819637.

8. Хайдер С.И., Johnell K, M Thorslund, Fastbom J (2007). “Тенденции в полипрагмазии и потенциальных лекарственных взаимодействий между образовательными группами у пациентов пожилого возраста в Швеции за период 1992 – 2002”. Междунаро́дный журнал по клинической фармакологии и терапии 45 (12): 643–653. PMID 18184532.

9. Бойд СМ, Darer J, Boult C, жареные LP, Boult L, Wu AW (2005). «Клинические практические рекомендации и качество медицинской помощи для пожилых пациентов с несколькими сопутствующими заболеваниями: последствия для оплаты за производительность». JAMA 294 (6): 716–24. DOI: 10.1001/jama.294.6.716. PMID 16091574.

10. Zarowitz BJ, Stebelsky Лос–Анжелесе, Мута ВК, Ромен ТМ, Петерсон EL. Со-кращение высокого риска полипрагмазии при комбинации препаратов у пациентов в управляемом профилактическом учреждении. Фармакотерапия 2005; 25:1636–45. PMID 16.

11. Горшунова Н.К., Медведев Н.В. «Здоровье, полиморбидность и качество жизни людей старшего возраста и долгожителей» PDF (123 K) |стр. 40–42

12. Смит Э. Д. Стареть можно красиво / Э. Д. Смит. – М. : Кромм-Пресс, 1995.

13. Калын Я. Б. Психическое здоровье населения пожилого и старческого возраста: автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук. / Я. Б. Калын. – М., 2002.

14. Лазебник Л. Б. Рациональная фармакотерапия как основа фармакоэкономики в гериатрии. В кн. : Практическая гериатрия / Л. Б. Лазебник. – М., 2002. – С. 34–39.

15. Прокофьева Л. В. Особенности неблагоприятных лекарственных реакций и их предупреждение у пациентов пожилого возраста / Л. В. Проко-

фьева, Е. В. Потапова // Справочник фельдшера и акушерки. – 2012. – № 3. – С. 59–66.

16. Вуд Ф. Психофармакология позднего возраста / пер. с англ.; под ред. Р. Джекоби, К. Опенгаймер. – 2-е изд. – К. : Сфера, 2001. – Т. 1. – С. 205–232.

17. Полипрагмазии у пожилых: возможность всесторонней гериатрической оценки снижения ненадлежащего использования лекарств?». / Сергу G., Де Руй М. Capmu S. Manzato E. // Наркотики Старение. – 2011. – № 28 (7). – С. 509–518.

18. Wolff J. L. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in elderly / J. L. Wolff, B. Starfield, G. Anderson // Arch. Inter. Med. – 2002. – № 162. – P. 2269–2276.

19. Cuijpers P. Relation between quality of life and chronic illnesses in elderly living in residential homes: a prospective study / P. Cuijpers, P. van Lammeren, B. Duzijn // Int. Psychogeriatr. – 1999. – № 11. – P.445–454.

20. Comorbid chronic diseases, discordant impact on mortality in older people: a 14-year longitudinal population study / Caughey G. E., Ramsay E. N., Vitry A. I. [et al.] // J. Epidemiol. Community Health. – 2010. – № 64 (12). – P. 1036–1042

21. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases / M. van den Akker, F. Buntinx, J. F. Metsemakers [et al.] // J. Clin. Epidemiol. – 1998. – № 51. – P. 367–375.

22. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice / M. Fortin, G. Bravo, C. Hudon [et al.] // Ann. Fam. Med. – 2005. – № 3. – P. 223–228.

23. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study / M. Zhang, C. D. Holman, S. D. Price [et al.] // B. M. J. – 2009. – № 338. – P. 27–52.

24. Causes and consequences of comorbidity: a review / R. Gijzen, N. Hoeymans, Schellevis [et al.] // J. Clin. Epidemiol. – 2001. – Vol. 54, № 7. – P. 661–674.

25. How to measure comorbidity: a critical review of available methods / V. de Groot, H. Beckerman, G. J. Lankhorst, L. M. Bouter // J. Clin. Epidemiol. – 2003. – № 56 (3). – P. 221–229.

26. Linn B. S. Cumulative illness rating scale / B. S. Linn, M. W. Linn, L. Gurel // J. Amer. Geriatr. Soc. – 1968. – № 16. – P. 622–626.

27. Miller M. D. Manual of Guidelines for Scoring the Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS–G) / M. D. Miller, A. Towers. – Pittsburg : University of Pittsburgh, 1991.

28. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale / Miller M. D., Paradis C. F., Houck P. R. [et al.] // Psychiatry. Res. – 1992. – № 41. – P. 237–248.

29. Charlson M. E. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation / M. E. Charlson, P. Pompei, H. L. Ales // Journal Chronic Disease. – 1987. – № 40. – P. 373–383.

30. Financial risk, hospital cost, complications and comorbidities in medical non-complications and comorbidity-stratified diagnosis-related groups / E. Munoz, F. Rosner, R. Friedman [et al.]. // Am. J. Med. – 1988. – № 84 (5). – P. 933–939.

31. Манешина О. А. Полипрагмазия и лекарственные взаимодействия у пожилых пациентов / О. А. Манешина, Ю. Б. Белоусов // Качественная клиническая практика. – 2008. – № 3. – С. 90–93.

32. Jackson D. M. Is the Medicne Making You ill? / D. M. Jackson, R. Soothill. – Australia : Angus & Robeiton, 1989.

33. Эндрю Чемли. Проблемные лекарства

34. Elderly people: their medicines and their doctors // Drug and Therapeutics Bulletin. – 1990. – Vol. 28, № 20 (1). – P. 77–79.

35. A criterion–based review of preventive health care in the elderly: Part 2. A geriatric health maintenance program / P. Zazove, D. Mehr [et al.] // Journal of Family Practice. – 1992. – Vol. 34, № 3. – P. 320–347

36. Delafuente J. C. Understanding and preventing drug interactions in elderly patients / J. C. Delafuente // Crit. Rev. Oncol. Hematol. – 2003. – № 48 (2). – P 133–143.

37. Adverse drug reactions causing hospitalization can be monitored from computerized medical records and thereby indicate the quality of drug utilization / M. von Euler, E. Eliasson, G. Ohlen [et al.] // Pharmacoepidemiol. Drug. Saf. – 2006. – № 15 (3). – P. 179–184.

38. Polypharmacy, adverse drug–related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department / C. M. Hohl, J. Dankoff, A. Colacone [et al.] // Ann. Emer. Med. – 2001. – № 38 (6). – 666–671.

39. Prescriptions for profit : transcript of a television documentary broadcast on the Frontline programme on 28 Mar 1989. – Boston: WGBH Transcripts. – 29 p.

40. Pharmacoepidemiologic study of potential drug interactions in outpatients of a university hospital in Thailand / B. Janchawee, W. Wongpoowarak, T. Owatranporn [et al.] // J. Clin. Pharm. Ther. – 2005. – № 30 (1). – P. 13–20.

ПОЛІПРАГМАЗІЯ І ПОЛІФАРМАЦІЯ У ПАЦІЄНТІВ ГЕРОНТОПСИХІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ

І.В. Калугін, О.О. Хаустова

У статті представлені результати дослідження, проведеного на базі геронтопсихіатричного відділення Маріупольської міської психіатричної лікарні, та підсумки огляду літератури на тему: поліпрагмазія і поліфармація у пацієнтів геронтопсихіатричного профілю. Описані явища поліпрагмазії, поліфармації та фармакоманії у пацієнтів похилого віку є актуальною проблемою не тільки соціальної психіатрії, а і всієї медицини в цілому.

Ключевые слова: поліморбідність, поліпрагмазія, поліфармація, фармакоманія.

POLYPRAGMASIA AND POLYFARMACIA OF THE PATIENTS OF GERONTOPSYCHIATRIC PROFILE

I. Kalugin, E. Khaustova

The article presents the results of the research procsecuted on the basis of the gerontopsychiatric branch of the Mariupol city hospital and a literature review on the subject of polypragmasia and polyfarmacia of the patients of gerontopsychiatric profile. The phenomena of polypragmasia, polypharmacia and pharmacomania of the elderly patients are described . they are the actual problem not only in social psychiatrics but in medicine in general.

Key words: polymorbidity, polypragmasia, polypharmacia, pharmacomania.

П.П. Вербовий

СТАН ПОДРУЖНЬОЇ ВЗАЄМОДІЇ В РОДИНАХ З ПОРУШЕННЯМ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ СІМ'Ї ВНАСЛІДОК БЕЗПЛІДДЯ У ЧОЛОВІКА ЗАЛЕЖНО ВІД ЙОГО ТРИВАЛОСТІ

Донецький регіональний центр материнства та дитинства, м. Донецьк

Ключові слова:
подружня взаємодія,
порушення
життєдіяльності сім'ї,
чоловіки, безпліддя.

Демографічна ситуація в Україні в останні роки є надзвичайно складною: смертність перевищує народжуваність, населення України скорочується (за даними офіційної статистики на 25 тисяч осіб на місяць), а в даний час кількість зареєстрованих українців становить менше 46 мільйонів. У цих умовах профілактика і лікування порушень репродуктивного здоров'я набуває особливої соціальної цінності [1–3].

Метою даної роботи було вивчення стану подружньої взаємодії у безплідних чоловіків та їх дружин, в яких діагностовано порушення життєдіяльності сім'ї внаслідок безпліддя у чоловіка, з урахуванням його тривалості, для визначення мішеней медико-психологічного впливу в аспекті подальшої розробки системи психокорекції та психопрофілактики порушення життєдіяльності сім'ї при даній патології у чоловіка.

Для досягнення поставленої мети на базі Донецького регіонального центру материнства та дитинства протягом 2010–2014 рр. було проведено комплексне обстеження 180 подружніх пар (ПП), в яких чоловік через запальні захворювання чоловічої статеві сфери мав діагноз екскреторно-токсичного безпліддя. Серед загальної кількості обстежених у 90 ПП було виявлено ознаки порушення життєдіяльності сім'ї внаслідок наявності безпліддя у чоловіка; вони становили основну групу дослідження (ОГ). Інші 90 ПП, у яких, незважаючи на наявність безпліддя у чоловіка, порушень життєдіяльності сім'ї виявлено не було, склали групу порівняння (ГП). Обидві групи дослідження було

На основі комплексного обстеження 90 подружніх пар з порушенням життєдіяльності сім'ї внаслідок екскреторно-токсичного безпліддя у чоловіка встановлено особливості їх подружньої взаємодії залежно від стажу безпліддя. Внаслідок вивчення особливостей усіх параметрів подружньої взаємодії (емоційної близькості, міжособистісної комунікації та вміння виходити з конфліктних ситуацій) виявлено, що найбільша кількість пар з вираженою деформацією подружньої взаємодії зустрічається серед родин зі стажем безпліддя до 5 років, найменша – серед пар з терміном безпліддя чоловіка 11–15 років. Отримані дані було враховано нами при розробці системи заходів системи психокорекції та психопрофілактики порушення життєдіяльності сім'ї при безплідді у чоловіка.

розподілено на три підгрупи залежно від тривалості безпліддя у чоловіка: перша – зі стажем безпліддя 1–5 років (ОГ1 n=30, ГП1 n=30); друга – зі стажем безпліддя 6–10 років (ОГ2 n=30, ГП2 n=30); третя – зі стажем безпліддя 11–15 і більше років (ОГ3 n=30, ГП3 n=30).

Стан подружньої взаємодії оцінювали за трьома параметрами: емоційна близькість (за опитувальником тріади кохання Р. Стернберга [4]), міжособистісна комунікація (за методикою «Спілкування в сім'ї» Ю.Е. Альошиної [4]) та вміння виходити з конфліктних ситуацій (за методикою визначення типу поведінки у конфліктних ситуаціях К. Томаса в модифікації Н.В. Гришиної [4]).

Відомо, що близькість між людьми у широкому розумінні даного поняття складається з надання та отримання емоційної підтримки один одному, а також інших видів поведінки, що створюють теплоту в любовних відносинах. До них відносяться відверте і чесне спілкування, здатність ділитися горем і радістю, щастя, випробовуване від спілкування один з одним, вміння дорожити коханою людиною. Спираючись на вищезазначене, Роберт Стернберг розробив трикомпонентну теорію любові (тріаду), зобразивши її у вигляді трикутника (рис. 1). За цією теорією любов складається з трьох частин: близькості, пристрасності і компонента, названого «рішення/зобов'язання», тобто здатності до відповідальності за близьку людину.

За науковою думкою у галузі психології відношень пристрасність включає не лише сексуальний компонент відносин. Вона може бути викликана й іншими обставинами. Наприклад, для деяких людей потреба в самоповазі, встановлення відносин з іншими людьми, домінування над іншими людьми або, навпаки, підпорядкованість можуть бути більш важливим джерелом пристрасності, ніж сексуальні стосунки. У свою чергу, компонент відповідальності складається з двох частин: короточасна частина – це рішення про те, що якась людина любить іншу людину; довготривала – усвідомлення того, якою мірою людина готова виконувати це зобов'язання, тобто



Рис. 1. Тріада кохання за Р. Стернбергом

продовжувати любити. Тобто, миттєво прийняте рішення любити когось не завжди передбачає бажання взяти на себе довгострокове зобов'язання, хоча, безумовно, в деяких випадках людям вдається утворити міцний союз. У нашому дослідженні ступінь залученості кожного з партнерів в любовний зв'язок оцінено на підставі ступеня суміщення їх трикутників (табл. 1). Якщо партнери у ГП1, ГП2, ГП3 добре відповідали один одному – трикутники майже перекривалися. У невдалих зв'язках, коли один із партнерів хотів від іншого набагато більше, ніж той йому давав, або коли інтереси партнерів полягали у абсолютно різних площинах, – їх трикутники зовсім не поєднувалися. Ці два виміри любові кваліфікувались як інтенсивність та рівновага у взаєминах. Ступінь відповідності між тріадами у досліджених пар представлено у таблиці 1.

З даних таблиці 1 видно, що повної відповідності не виявлено в жодного обстеженого. Дуже близька відповідність: ОГ1 – 13,3%, ОГ2 – 43,3%, ОГ3 – 70% обстежених пар; помірна відповідність – відповідно 33,3%; 43,3%; 23,3%; дуже сильна невідповідність – відповідно 53,3%; 13,3%; 6,7%. Розділяючи думку Р. Стернберга, можна зазначити, що серед досліджених пар задоволеність любовними стосунками визначається відповідністю між реальними трикутниками двох партнерів і відповідністю між реальним трикутником кожного з партнерів і її чи його ідеальним трикутником. Наприклад, при значній невідповідності між ідеальним трикутником людини й трикутником, що дійсно відображає його реальні любовні стосунки, він буде відчувати незадоволеність. Сильна невідповідність між трикутниками партнерів означає, що вони «не збігаються по фазі» та що, цілком ймовірно, кожному з них буде важко задовольнити потреби іншого.

Досліджуючи пари ОГ2 та ОГ3, виявлено, що тріади Р. Стернберга можуть змінюватися як з плином часу, так і залежно від поведінки і почуттів партнера. Проблема безпліддя, впливаючи на партнерів, посилює внутрішню самотність, що у сукупності зі звиканням партнерів один до одного призводить до емоційного охолодження порівняно з «як це було колись». Також треба зазначити, що з часом змінюється вплив одного партнера на іншого, оскільки потреби кожної людини час від часу змінюються, а тому для збереження любові необхідна гнучкість і винахідливість. Виявлено, що проблема безпліддя у різних вікових періодах може зближувати людей, які гуртуються коло неї та намагаються підтримувати друг друга при її вирішенні. Тут треба зазначити, на можливе відкриття у партнері, якостей, які раніше так не проявлялися: співчуття, відданість, емоційна та психологічна підтримка тощо. З іншого боку, треба зазначити, що пари, зіткнувшись із проблемою чоловічого безпліддя, часту не витримують емоційної напруги, що призводить до охолодження відносин та розчарування.

Отримані результати дозволяють приєднатися до думки Р. Стернберга, якій виокремлює вісім поєднань різних компонентів любові. Кожне з цих поєднань породжує любовні переживання різного виду.

1. Відсутність любові – відсутність всіх трьох її компонентів.

2. Симпатія – якщо у відносинах присутній тільки компонент «інтимність», а компоненти «пристрасть»

Таблиця 1. Ступінь відповідності між тріадами у досліджених пар (за R. Sternberg, 1988)

Ступінь відповідності між тріадами	ОГ1			ОГ2			ОГ3		
	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Повна відповідність	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Дуже близька відповідність	4	13,3	3,4	13	43,3	5,0	21	70,0	4,6
Помірна невідповідність	10	33,3	4,7	13	43,3	5,0	7	23,3	4,2
Дуже сильна невідповідність	16	53,3	5,0	4	13,3	3,4	2	6,7	2,5
Всього пар	30	100		30	100		30	100	

й «рішення/обов'язки» відсутні. Під симпатією розуміється комплекс почуттів, які людина долає у відносинах, що дійсно можна назвати дружніми. Людина відчуває близькість, прихильність і теплоту до іншої людини, не відчуваючи сильної пристрасності і не маючи довгострокових зобов'язань. Людина відчуває емоційну близькість до свого друга, але друг не «збуджує» його.

3. Пристрасна любов – це «любов з першого погляду». Пристрасна любов, або просто пристрасність, характеризується переживанням пристрасного порушення за відсутності компонентів «інтимність» й «рішення/зобов'язання». Пристрасність може виникати майже миттєво і за відповідних обставин – так само швидко проходити.

4. Формальна (придуманна) любов. Любов цього виду виникає в результаті ухвалення рішення про те, що людина любить іншого і віддана цій любові (відсутність як інтимності, так і пристрасності). Любов цього виду можна іноді виявити в застійних відносинах, які тривають багато років і за цей час втратили як взаємну емоційну залученість, так і фізичний потяг, які колись були для них характерні.

5. Романтична любов – присутні компоненти інтимності і пристрасності. По суті, це приязнь з додаванням ще одного елемента, а саме – порушення, виникає за рахунок фізичного потягу і супутніх йому факторів. З цієї точки зору романтичні коханці відчувають не тільки фізичний потяг один до одного, але й емоційну прихильність.

6. Дружня любов – виникає за наявності сполучення компонентів «інтимність» й «рішення/обов'язки». По суті, це тривала, віддана дружба, яка часто виникає між подружжям після того, як фізичний потяг (головне джерело пристрасності) поступово згасає.

7. Фатальна (сліпа) любов – характерне поєднання компонентів «пристрасть» й «рішення/зобов'язання» та відсутність інтимності. Така любов легковажна в тому сенсі, що зобов'язання приймаються під впливом однієї пристрасності, за відсутності стабілізуючого елементу інтимності. Хоча компонент пристрасності може розвинути майже миттєво, розвиток компонента інтимності вимагає певного часу, тому існує ризик розриву відносин, заснованих на фатальному коханні, а в разі поспішних шлюбів – ризик розлучення.

8. Досконала любов. Досконала любов включає в себе всі три компоненти. Досягнення досконалої любові ще не дає гарантії, що ця любов буде тривалою. Формування та збереження вищої любові залежить від відносин і від ситуації, в якій ця любов розвивається і зберігається.

Наступним кроком стало дослідження особливості спілкування у сім’ї залежно від рівня порушення життєдіяльності сім’ї при безплідді у чоловіків методикою «Спілкування в сім’ї» [4]. Автори методики виходили з того, що спілкування як регулятор міжособистісних відносин подружжя через багато параметрів входить в характеристики, які диференціюють успішні та неуспішні шлюби (сім’ї). Базуючись на моделі якості шлюбу, розробленої американськими дослідниками в галузі внутрішньо-родинних відносин Р. Левісом та Дж. Спаніером, авторами методики у систематизованому вигляді представлено чинники, які позитивно або негативно впливають на його успішність. Тобто, спеціальна відокремлена група змінних описує, як впливають на внутрішньо-родинні відносини різні характеристики спілкування. Результати розподілу високих оцінок складових спілкування у сім’ї учасниками відображено у таблиці 2.

Отже, серед подружжів ОГ1 довіру у спілкуванні відмічали близько 20% пар, взаємоповагу один до одного – біля третини, подібність у поглядах спостерігалася приблизно у 15% пар, спільні символи родини та легкість спілкування мали місце у чверті респондентів, психотерапевтичність спілкування була притаманна близько 15% пар. Серед ОГ2 задовільний стан зазначених показників встановлено у значно більшій кількості обстежених – приблизно у половини подружжів. Переважна більшість ОГ3 також відмічали відсутність серйозних проблем у сімейному спілкуванні.

Можна зазначити, що простежується чітка динаміка збільшення кількості подружжів із задовільним рівнем спілкування в родині в бік від ОГ1 до ОГ3. Тобто, пари з більшим стажем сімейного життя мали більшу кількість позитивних відповідей за оцінюваними параметрами. Ця ситуація є цілком зрозумілою, оскільки досліджені ОГ1 знаходилися не лише у стані вирішення та прийняття проблеми безпліддя у чоловіка, а й у «періоді пристосування до сімейного життя» та один до одного.

Таким чином, емоційно-психологічні потреби подружжя, не реалізовані в процесі спілкування, були од-

нією з причин порушення життєдіяльності родини. На нашу думку, конфліктні і, більше того, кризові ситуації у подружньому житті наставали саме тоді, коли не задовольнялися основні емоційно-психологічні потреби спілкування подружжя, що вказують на втрату почуття любові та емоційної близькості, відсутність емоційної підтримки та взаєморозуміння. Задоволення ж таких потреб давало можливість пацієнтам витримати ті численні життєві труднощі, які неминуче зустрічалися в житті взагалі і в сімейному житті зокрема. Отже, проведене дослідження свідчило про неблагополуччя міжособистісного спілкування подружжя основних груп, що призводило до порушення їх взаємин і сімейного функціонування. Порушення спілкування в обстежених подружжів проявлялися в суперечливості вербальної і невербальної комунікації, маніпулюванні партнером у процесі спілкування, порушенні і спотворенні передачі почуттів.

Базуючись на поглядах Ю.Е. Альошиної, нами відокремлено вісім параметрів подружнього спілкування, які позитивно впливають на формування успішних відносин у родині, де чоловік має безпліддя.

1. Подружжя взаємодія тим краще, чим більше саморозкриття подружжя у процесі спілкування. Мається на увазі, що чоловік і дружина в успішному міжособистісному спілкуванні можуть бути щирими, довіряти один одному найглибші і заповітні таємниці, не боячись осуду.

2. Наявність у подружжя, можливо, більшого числа загальних очікувань і установок, що виявляються в процесі спілкування. Через спілкування подружжя повинні постійно відчувати свою схожість у ставленні до навколишнього світу і людей.

3. Чим більш точна невербальна комунікація між подружжям – тим успішніше міжособистісні відносини, тобто подружжя в щасливих шлюбах не лише правильно розуміють те, що вони говорять один одному, а й «правильно читають» пози, погляди, жести, вирази обличчя.

4. Важливим фактором успішності міжособистісних відносин подружжя є наявність в їх спілкуванні загаль-

них символів, які можуть виступати в різній формі. Це своя, нікому іншому не зрозуміла мова, наявність ласкавих прізвиськ та звернень, сімейні традиції, обряди та ін.

5. Чим частіше успішне міжособистісне спілкування між подружжям – тим краще їх міжособистісні відносини в цілому. Це означає, що щасливі пари досить часто розмовляють і оцінюють розмови як «по справжньому задушевні», довірчі, які для них є яскравим свідченням єдності та взаєморозуміння.

6. В успішних шлюбах через міжособистісне спілкування подружжя постійно підтверджують свою подібність у сприйнятті подружніх ролей, а також позицій, займаних ними в сім’ї в цілому, а також тих функцій та обов’язків, які кожен із них виконує щодня.

7. Найважливішою характеристикою успішних подружніх відносин є наявність між подружжям глибокого взаєморозуміння. Це означає, що кожен партнер приймає і не засуджує погляди і поведінку іншого, навіть якщо воно не в усьому відповідає його власним, йому не потрібно щось пояснювати чи виправдовуватися.

8. Міжособистісне спілкування подружжя тим успішніше, чим більше взаємної емпатії вони проявляють в ньому. Безсумнівно, що без співпереживання, співчуття, співучасті успішне міжособистісне спілкування між подружжям неможливо. Оцінюється: схожість в поглядах; загальні символи; довірливість спілкування; взаєморозуміння.

Наступним стало дослідження типу поведінки у конфліктних ситуаціях. У своєму підході до вивчення конфліктних явищ К. Томас робив акцент на зміні традиційного ставлення до конфліктів. Вказуючи, що на ранніх етапах їх вивчення широко використовувався термін «вирішення конфліктів», він підкреслював, що термін має на увазі, що конфлікт можна і необхідно вирішити або елімінувати. Метою вирішення конфліктів, таким чином, є деякий ідеальний безконфліктний стан, де люди існують у повній гармонії. Проте в науковому середовищі останнім часом відбулося істотна зміна у ставленні фахівців до цього аспекту дослідження конфліктів. Воно було викликано, на думку К. Томаса, щонайменше двома обставинами: усвідомленням марності зусиль щодо повної елімінації конфліктів та збільшенням числа досліджень, що вказують на позитивні функції конфліктів. Звідси, на думку автора, наголос має бути перенесено з елімінування конфліктів на управління ними. Відповідно до цього К. Томас вважає за потрібне сконцентрувати увагу на таких аспектах вивчення конфліктів:

- які форми поведінки в конфліктних ситуаціях характерні для людей;
- які з них є більш продуктивними чи деструктивними;
- яким чином можна стимулювати продуктивне поведіння.

Для опису типів поведінки людей у конфліктних ситуаціях К. Томас вважає доцільною для використання двомірну модель регулювання конфліктів, основними вимірами в якій є кооперація, пов’язана з увагою людини до інтересів інших людей, залучених у конфлікт, і напористість, для якої характерний акцент на захисті власних інтересів.

К. Томас вважає, що при уникненні конфлікту жодна зі сторін не досягає успіху; при таких формах поведінки,



Рис. 2. П'ять способів врегулювання конфліктів

як конкуренція, пристосування і компроміс, – або один з учасників виявляється у виграші, а інший програє, або обидва програють, тому що йдуть на компромісні вчинки. І тільки в ситуації співробітництва обидві сторони виявляються у виграші.

Відповідно до двох способів вимірювання конфлікту (кооперація та напористість) виділяють такі способи регулювання конфліктів.

1. Суперництво (конкуренція) як прагнення домогтися задоволення своїх інтересів на шкоду іншому.
2. Пристосування, що означає, на противагу суперництву, принесення в жертву власних інтересів заради інтересів іншої людини.
3. Компроміс.
4. Уникання, для якого характерно як відсутність прагнення до кооперації, так і відсутність тенденції до досягнення власних цілей.
5. Співпраця, коли учасники ситуації приходять до альтернативи, повністю задовольняє інтереси обох сторін.

П'ять способів врегулювання конфліктів відображено на рисунку 2, з якого видно, що існує три варіанта розвитку конфлікту, а саме:

- при уникненні конфлікту передбачається, що жодна зі сторін не досягне успіху;
- при таких формах поведінки як конкуренція, пристосування і компроміс, або один учасник виявляється у виграші, а інший програє, або програють обидва, тому що йдуть на компромісні вчинки;
- лише ситуація співробітництва обох сторін зумовлює виграш.

Результати розподілу досліджених щодо типу поведінки у конфліктних ситуаціях наведено у таблиці 3, з якої видно, що простежується чітка динаміка збільшення конструктивних форм поведінки у конфлікті у бік «співпраці» зі збільшенням терміну безплідного життя, а саме – у ОГ3. Тобто, можна зазначити, що пари з більшим стажем сімейного життя мали більшу кількість позитивних відповідей за параметрами «співпраця». Ця ситуація також є цілком зрозумілою, як і при аналізі параметрів «спілкування в сім’ї». В свою чергу, досліджені ОГ1, насамперед, перебували не лише у стані вирішення та прийняття проблеми безпліддя у чоловіка, а й у періоді пристосування до сімейного життя, який потребує пошуку форм взаємовідносин та напрацювання шляхів вирішення конфліктів у родині.

Отже, на основі аналізу стану подружньої взаємодії в родині з порушенням життєдіяльності сім’ї внаслідок безпліддя у чоловіка, ознаки її викривлення встановлено

Таблиця 2. Кількісний розподіл високих оцінок параметрів спілкування у сім’ї у респондентів з порушенням життєдіяльності сім’ї

Показник	Стать	Група								
		ОГ1			ОГ2			ОГ3		
		N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Довіра у спілкуванні	Ч	5	16,7	3,7	16	53,3	5,0	22	73,3	4,4
	Ж	8	26,7	4,4	14	46,7	5,0	23	76,7	4,2
Взаємоповага між подружжям	Ч	11	36,7	4,8	14	46,7	5,0	24	80,0	4,0
	Ж	7	23,3	4,2	12	40,0	4,9	19	63,3	4,8
Подібність у поглядах подружжя	Ч	4	13,3	3,4	13	43,3	5,0	23	76,7	4,2
	Ж	6	20,0	4,0	12	40,0	4,9	22	73,3	4,4
Спільні символи сім’ї	Ч	7	23,3	4,2	15	50,0	5,0	25	83,3	3,7
	Ж	9	30,0	4,6	16	53,3	5,0	26	86,7	3,4
Легкість спілкування	Ч	8	26,7	4,4	14	46,7	5,0	19	63,3	4,8
	Ж	7	23,3	4,2	16	53,3	5,0	21	70,0	4,6
Психотерапевтичність спілкування	Ч	4	13,3	3,4	15	50,0	5,0	22	73,3	4,4
	Ж	5	16,7	3,7	16	53,3	5,0	23	76,7	4,2
Всього	Ч	30	100,0		30	100,0		30	100,0	
	Ж	30	100,0		30	100,0		30	100,0	

Таблиця 3. Розподіл досліджених щодо типу поведінки у конфліктних ситуаціях (методика К. Томаса в модифікації Н.В. Гришиної)

Тип поведінки	Стать	Група								
		ОГ1			ОГ2			ОГ3		
		N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Суперництво	Ч	12	40,0	4,9	5	16,7	3,7	10	33,3	4,7
	Ж	11	36,7	4,8	5	16,7	3,7	8	26,7	4,4
Пристосування	Ч	5	16,7	3,7	5	16,7	3,7	4	13,3	3,4
	Ж	6	20,0	4,0	6	20,0	4,0	4	13,3	3,4
Компроміс	Ч	5	16,7	3,7	5	16,7	3,7	4	13,3	3,4
	Ж	5	16,7	3,7	4	13,3	3,4	4	13,3	3,4
Уникання	Ч	4	13,3	3,4	5	16,7	3,7	2	6,7	2,5
	Ж	3	10,0	3,0	5	16,7	3,7	2	6,7	2,5
Співпраця	Ч	4	13,3	3,4	10	33,3	4,7	10	33,3	4,7
	Ж	5	16,7	3,7	10	33,3	4,7	12	40,0	4,9
Всього	Ч	30	100,0		30	100,0		30	100,0	
	Ж	30	100,0		30	100,0		30	100,0	

практично у всіх ПП. Між тим, вираженість деформації подружньої взаємодії залежить від терміну безпліддя: серед ОГ1 у більшості (близько 80%) випадків виявлено значні порушення усіх параметрів подружньої взаємодії (емоційної близькості, міжособистісної комунікації та вміння виходити з конфліктних ситуацій), серед ОГ2 таких ПП виявлено близько 50%, а серед ОГ3 – близько 25%. Отримані дані було враховано нами при розробці системи заходів **системи** психокорекції та психопрофілактики порушення життєдіяльності сім’ї при безплідді у чоловіка.

Список використаної літератури

1.
1. Экскреторно-токсическое бесплодие и его комплексное лечение с использованием препарата Зиман (рекомендации для практических врачей) / И. И. Горпинченко [и др.]. – К., 2009. – 18 с.
2.
2. Хоржевський В.В. Визначення механізмів розвитку порушень функціональності сім’ї за безпліддя в чоловіків / В.В. Хоржевський // Медична психологія. – 2014. – Т. 9, №1 (33). – С. 93–98.
3.
3. Маркова М.В. Феномен бесплодия супружеской пары с позиции медицинской психологии / М.В. Маркова // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. – 2009. – Т. 1, №1 (1). – С. 57–62.
4.
4. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д.Я. Райгородский. – Самара: ИД «БАХРАХ-М», 2008. – 672 с.

СОСТОЯНИЕ СУПРУЖЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СЕМЬЯХ С НАРУШЕНИЕМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ БЕСПЛОДИИ У МУЖЧИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕГО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ

П.П. Вербовой

На основе комплексного обследования 90 супружеских пар с нарушением жизнедеятельности семьи вследствие экскреторно-токсического бесплодия у мужчин установлены особенности их супружеского взаимодействия в зависимости от стажа бесплодия. В результате изучения особенностей всех параметров супружеского взаимодействия (эмоциональной близости, межличностной коммуникации и умения выходить из конфликтных ситуаций) определено, что наибольшее количество пар с выраженной деформацией супружеского взаимодействия встречается среди семей со стажем бесплодия до 5 лет, наименьшая – среди пар со сроком бесплодия 11–15 лет. Полученные данные были учтены нами при разработке системы мер системы психокоррекции и психопрофилактики нарушения жизнедеятельности семьи при бесплодии у мужчины.

Ключевые слова: супружеское взаимодействие, нарушение жизнедеятельности семьи, мужчины, бесплодие.

STATUS MARITAL INTERACTION IN FAMILIES WITH INFRINGEMENT OF ABILITY TO LIVE IN INFERTILITY IN MEN DEPENDING ON THE DURATION

P. Verbovoy

Based on a comprehensive survey of 90 married couples in violation of family life due to excretory-toxic infertility in men, the specific features of their conjugal interaction, depending on the experience of infertility. The study of the features of all the parameters of spousal interaction (emotional intimacy, and interpersonal communication skills to get out of conflict situations), it was found that the largest number of pairs with severe deformation of spousal interaction occurs among families with the experience of infertility up to 5 years, and the lowest – among couples with infertility period 11–15 years. The findings were considered by us in the development of a system of measures of psychological correction and psychoprophylaxis violation of family life for infertility in men.

Key words: marital interaction, violation of family life, men, infertility.

УДК 616.895.8–08:316.6

Г.В. Морванюк

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Ключові слова:
гендер, дезадаптація,
параноїдна шизофренія.

Гендерні фактори в сучасному розвинутому суспільстві відіграють велику роль у розподіленні соціальних ролей чоловіків та жінок [4]. Досить чітко гендерні відмінності простежуються в психіатрії, не лише серед таких хвороб як депресії, фобії, панічні атаки, афективні розлади, адиктивні залежності тощо, а й під час дослідження шизофренії [1–4]. Чоловіки, на відміну від жінок, починають хворіти раніше, мають більш низький рівень преморбідного функціонування, гірші когнітивні показники, а також деякі відмінності в структурних та функціональних порушеннях мозку – так вважають більшість психіатрів – дослідників шизофренії [2, 3].

Мета роботи. Метою даної роботи є вивчення клініко-психологічних особливостей хворих на параноїдну форму шизофренії; виявлення гендерних відмінностей пацієнтів, які страждають на параноїдну форму шизофренії; визначення особливостей психосоціальної адаптації хворих на параноїдну шизофренію.

Об’єкт дослідження – дезадаптація хворих на шизофренію.

Предмет дослідження – гендерні клініко-психологічні особливості хворих на шизофренію, що сприяють виникненню дезадаптації.

Матеріали та методи дослідження

Теоретичні – аналіз літератури з обраної наукової проблеми, систематизація та узагальнення наукових даних та емпіричні – метод «підтограм», тест Helbrum, розроблена анкета для дослідження соціальної дезадаптації хворих.

У дослідженні взяли участь 60 хворих на параноїдну форму шизофренії, з яких 30 – чоловіки і 30 – жінки.

Результати та їх обговорення

Аналіз отриманих даних за допомогою методики «Підтограми» показав, що для усіх підтограм характерний шизофренічний симптомокомплекс, який включає:

а) недостатнє або спотворене розуміння сенсу завдання (6; 10 % досліджуваних) – хворі на параноїдну

форму шизофренії трактували дослідження відповідно до змісту своїх маячних ідей;

б) зниження числа адекватних образів (27; 45 % досліджуваних) – при шизофренії виявилися три типи неадекватних образів: неадекватні за змістом (37%) – причина виникнення такого роду образів лежить в різному ступені афективної насиченості розумового акту; неадекватні за процесом побудови (33,3%) – обумовлені порушенням динаміки психічних процесів; неадекватні за суб’єктивною значущістю (29,7%) – надмірна егоцентричність образів, або холодність, формальність, відчуженість їх;

в) зниження числа стандартних образів (24; 40% досліджуваних). Наявність персеверативних тенденцій малюнків (15; 25% досліджуваних).

Крім цього, було проведено аналіз гендерних особливостей піктограм. У більшості чоловіків (19; 63,3%) виявлено збільшення числа атрибутивних образів, які є економічними у відношенні образотворчих засобів. Також досить часто зустрічаються конкретні образи (14; 23,3%), Загальна властивість цих образів – їх відповідність конкретній ситуації. Водночас у жінок спостерігалось більше метафоричних (16; 53,3%) та графічних (13; 43,3%) образів.

При дослідженні за статеворольовою шкалою Helbrum отримані такі результати:

а) чоловіки оцінювали свою поведінку за маскулінною шкалою >80 балів (25; 83,3%), 7 з них набрали більше ста балів (7 (28%) досліджуваних);

б) водночас 10 (33,3%) жінок також оцінили себе за маскулінною шкалою >80 балів. У більшості жінок спостерігалось зниження рівня фемінінних рис (18; 60%).

Аналізуючи отримані дані було виявлено, що більшість чоловіків (23; 76,6 %) і жінок, хворих на параноїдну форму шизофренії (25; 83,4 %) суб’єктивно були задоволені своєю фізичною працездатністю. При оцінці своєї інтелектуальної продуктивності 26 чоловіків (86,7%) відповіло «так», а 10 жінок (33,3%) відповіло «ні». Близько половини з опитуваних чоловіків (13; 43,3%) працювали, з них 2/3 мали стаж роботи більше 5 років (7; 53,8%).

Серед жінок роботу має лише третина (9; 30%), з них половина має стаж понад 10 років (5; 55,6%). Залишилися задоволеними своєю професією третина опитуваних (4; 30,7% чоловіків і 3; 33,3% жінок).

Дослідження показників різного рівня побутової адаптованості у хворих на параноїдну форму шизофренії.

Серед хворих переважали чоловіки (19; 63,3%) і жінки (17; 56,6%), які щодня виходили на прогулянку, а 5 (16,6%) чоловіків і 7 (23,3%) жінок прогулювалися кілька разів на тиждень.

Інтерес до читання книг у більшості хворих чоловіків (20; 66,7%) був знижений. При цьому серед жінок переважали хворі (23; 76,7%), які читали (в основному газети, журнали і детективи). Більшість чоловіків (26; 86,7%) щодня дивилися телевізор. У той же час у жінок тільки 14 (46,6%). Крім цього, половина хворих чоловіків (16; 53,3%;) і жінок (14; 46,6%) не відвідують театри, музеї, кінотеатри та інші місця відпочинку. У достовірної більшості хворих чоловіків (19; 63,3%;) і жінок (20; 66,7%) збереглося спілкування з друзями та знайомими. У більшій частини хворих чоловіків (20; 66,7%;) і жінок (18; 60%;) хобі не було. Разом з тим, самостійно виконували роботу по дому 18 (60,0%) чоловіків і 22 (73,3%) жінки.

Загалом свою денну активність більшість хворих чоловіків (15; 50,0%) і жінок (12; 40,0%) оцінили як задовільну, а 4 (13,3%) хворих чоловіки і 5 (16,7%) жінок оцінили свою денну активність, як «погану». Водночас, 11 чоловіків (36,7%;) та 13 жінок (43,3%) були задоволені своєю денною активністю (рис. 1).

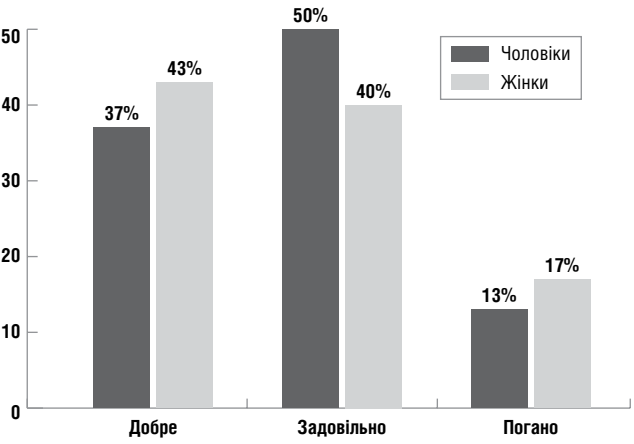


Рис. 1. Ступінь задоволеності власною денною активністю

Своє матеріальне становище 12 (40%) чоловіків і 10 (33,3%) жінок оцінювали як задовільне, матеріальних коштів вистачало на достатнє харчування, періодичну покупку одягу, можливий відпочинок. Однак 8 (26,6%) чоловіків і 7 (23,3%) жінок ледве зводять «кінці з кінцями», матеріальних коштів вистачає лише на харчування, інші витрати недоступні. В цілому, велика частина хворих чоловіків (18; 60,0%) і жінок (20; 66,7%) були незадоволені своїм матеріальним становищем. Житлові умови у 8 хворих чоловіків (26,6%) і 7 жінок (23,3%) були хорошими. Свої житлові умови більшість хворих чоловіків (12; 40,0%) і жінок (10; 33,3%) оцінювали як задовільні. При цьому переважали хворі на параноїдну форму шизофренії, які суб'єктивно були задоволені своїми житловими умовами.

Під час проведення дослідження було виявлено, що більшість хворих чоловіків (26; 86,7%) і жінок (22; 73,3%) на момент обстеження не мали власної сім'ї (рис. 2).

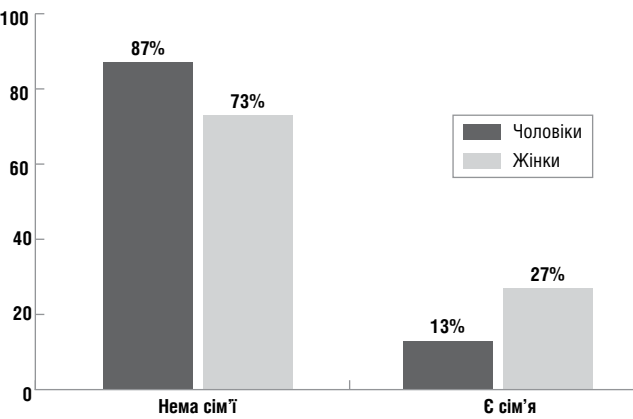


Рис. 2. Наявність родини у досліджених

Тільки 4 (13,3%) чоловіки і 8 (26,6 %) жінок зберегли свої сім'ї і проживали в них (рис. 2). Характерно, що більшість хворих чоловіків (19; 63,3%) і жінок (17; 56,7%) жили у сім'ях своїх родичів. Всього 7 (23,3 %) чоловіків і 5 (16,7 %) жінок були самотні. Разом з тим, у 15 (75,0%) чоловіків і 15 (60,0%) жінок ставлення в сім'ї було адекватним, з їх думкою рахувалися, вони могли розпоряджатися сімейним бюджетом, хоча і не були головою сім'ї. Водночас 5 (25,5%) хворих чоловіків і 10 (40,0%) жінок займали підпорядковане становище в сім'ї та цілком залежали від найближчих родичів, їх думка не бралася до уваги. Загалом, велика частина хворих чоловіків (23; 76,7%) залишилися незадоволеними своїм становищем у сім'ї, і навпаки, 20 жінок (66,7 %) були ним суб'єктивно задоволені.

Значна частина хворих чоловіків (25; 83,3%) і жінок (23; 76,7%) мали складні взаємини з родичами, з них у 10 (40,0%) чоловіків і 6 (26,1%) жінок вони були нестійкими. При цьому у 5 (16,7%) чоловіків і 7 (23,3%) жінок були нейтральні взаємини з родичами. Але, незважаючи на досить складні стосунки з родичами, більшість хворих на ПФШ чоловіків (23; 76,7%) і жінок (25; 83,3%) це цілком суб'єктивно влаштовувало.

Було встановлено, що більшість хворих чоловіків (19; 63,3%) і жінок (18; 60%) відзначали потребу у дружбі. Але при цьому у 8 (26,7%) хворих чоловіків спілкування було обмежене сімейним оточенням та у 3 (10,0%), окрім спілкування з домашніми, було невелике коло друзів і знайомих. Водночас, третина жінок (10; 33,3 %) спілкувалися не тільки з домашніми, але і з невеликою кількістю друзів і знайомих, у тому числі й з власної ініціативи. Тільки у 2 (6,7%) хворих жінок спілкування було обмежене сімейним оточенням. Більша частина хворих чоловіків (23; 76,7%) і жінок (26; 86,7%) суб'єктивно були задоволені широтою свого кола спілкування.

При спілкуванні з оточуючими близько половини хворих чоловіків (13; 43,3%) відмічали легку дратівливість, у 11 (36,7%) хворих відзначався загальний фон невдоволення, а 5 (16,7%) з них насилу стримували себе. А у більшості хворих жінок (12; 40,0%) ставлення до оточуючих було спокійним, у 9 (30,0 %) була легка дратівли-

вість, та у 9 (30,0 %) – загальний фон невдоволення, але вони могли стримувати себе. При цьому, незважаючи на нестійкі стосунки з навколишніми у чоловіків, і чоловіки (21; 70%) і жінки (25; 83,3%) були суб'єктивно задоволені якістю свого спілкування з оточуючими.

Більшість хворих чоловіків (25; 83,3%) суб'єктивно були задоволені «в цілому» своїм життям. Водночас половина хворих жінок (15; 50%) відзначали скоріше незадоволеність, ніж задоволеність життям «в цілому», з них 7 (23,3%) жінок були незадоволені повністю і тільки 2 (8; 6,7%) хворих жінки на параноїдну форму шизофренії відзначили задоволеність своїм життям (рис. 3).

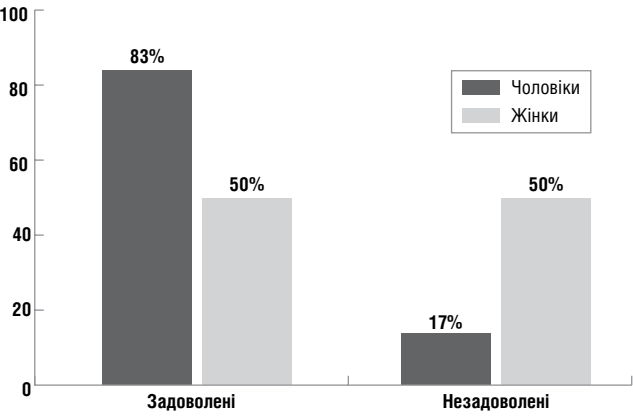


Рис. 3. Ступінь задоволеності власним життям

Враховуючи вищенаведене, можна зазначити, що дезадаптація хворих на шизофренію має психологічну та соціальну складові. Психологічна складова виявляється порушенням самосприйняття, мислення, уваги

зміною гендерної ролі та статеворольової поведінки. Соціальна складова – зменшення або відсутність соціальних зв'язків, незадоволеність власним соціальним функціонуванням.

Висновки

1. Хворі на параноїдну шизофренію мають низький рівень соціального функціонування та якості життя. У переважній частини пацієнтів відзначається низький рівень матеріального становища, відсутні власні сім'ї, є складні взаємини з родичами і труднощі в спілкуванні з оточуючими, знижена інтелектуальна продуктивність.

2. У чоловіків, хворих на параноїдну форму шизофренії, вираженість маскуліної Я – концепції зберігається, водночас у жінок спостерігається зниження рівня фемінінних якостей та поява маскулінізації.

3. В усіх хворих на параноїдну форму шизофренії за допомогою методики піктограм було виявлено шизофренічний симптомокомплекс. Мислення чоловіків характеризується стереотипністю та конкретністю. У жінок, навпаки, мислення метафоричне.

Список використаної літератури

1. Жариков Н. М. Влияние социальных факторов на распространенность шизофрении и ее течение / Н. М. Жариков, Е. Д. Соколова // Журн. невропатол. и психиатр им. С. С. Корсакова. – 1989. – № 5. – С. 63–66.
2. Коробова Е. Л. Когнитивные стили и социальное функционирование у больных шизофренией / Е. Л. Коробова // Вестник Балтийской Педагогической академии. – 2006. – Вып. 71. – С. 62–80.
3. Проценко И. В. Комплексное исследование больных параноидной формой шизофрении (клинико-социальные, патохимические и терапевтические аспекты): автореф. дисс. на соиск. уч. ст. кан. мед. наук, спец. 14.00.18 / Проценко И. В. – М., 2008.
4. Стандарты оказания помощи больным шизофренией / [Под редакцией В. Н. Краснова, И. Я. Гуровича, С. Н. Мосолова, А. Б. Шмуклера]. – М.: Московский НИИ психиатрии Росздрава, 2006. – 54 с.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

G. V. Morvaniuk

В статье описаны результаты исследования клинико-психологических особенностей больных шизофренией, параноидной формой; определены различия пациентов, выявлены особенности психосоциальной адаптации больных параноидной шизофренией. В исследовании приняли участие 60 больных параноидной формой шизофрении, из которых 30 – мужчины и 30 – женщины. Установлено, что дезадаптация больных шизофренией имеет психологическую и социальную составляющие. Психологическая составляющая проявляется в нарушении самовосприятия, изменении гендерной роли и полоролевого поведения, нарушении мышления, внимания. Социальная составляющая – уменьшение или отсутствие социальных связей, неудовлетворенность собственным социальным функционированием.

Ключевые слова: гендер, дезадаптация, параноидная шизофрения.

GENDER FEATURES OF SOCIALLY-PSYCHOLOGICAL DESADAPTATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

G. Morvaniuk

The article describes results of a study of clinical and psychological characteristics of patients with schizophrenia, paranoid type; gender differences identified patients as unique psychosocial adaptation of patients with paranoid schizophrenia. In a study involved 60 patients with schizophrenia, paranoid type, of which 30 – 30 men and – women. Established that exclusion of patients with schizophrenia have psychological and social component. The psychological component is found in violation of self-perception, changing gender roles and sex-role behavior, impaired thinking and attention. The social component – the reduction or absence of social relations, dissatisfaction with own social functioning.

Key words: gender, desadaptation, paranoid schizophrenia.

Н.О. Ришковська

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ОПІКУНА ПАЦІЄНТА З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ. ВИЗНАЧЕННЯ ТА КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ «НАСЛІДКІВ» ОПІКИ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів

Ключові слова:
наслідки опіки,
психічні розлади,
інструменти оцінки.

Впродовж останнього п'ятдесятиріччя відбулися революційні зміни в аналітичній та клінічній перспективах і методах надання опіки пацієнтам з тяжкими психічними розладами та їх сім'ям. Як наслідок, в Європі в 50-х роках розпочався процес деінституціоналізації, котрий у багатьох країнах проходив і надалі проходить дисгармонійно та із запізненням. Частина ідей, що стосуються суспільної опіки над психічно хворими пацієнтами, не віднайшла задовільного відображення у клінічній практиці. Не зважаючи на це, згадані зміни становлять значний поступ на шляху до повної інтеграції хворих з розладами психіки, підтримки їх сімей та реального дотримання прав людини в царині пошанування особистої гідності. Відповідно, психіатричні пацієнти у значно більшому об'ємі можуть отримувати повноцінне функціонування у сімейному і локальному середовищах.

Одночасно з реалізацією реформ у психіатричній галузі охорони здоров'я основний тягар опіки над пацієнтами з тяжкими психічними розладами перекладається на найближчих родичів з оточення хворого, а отже, на його сім'ю і друзів. У зв'язку з тим збільшується зацікавлення різними аспектами якості життя опікунів, рівнем їх соціального і культурологічного функціонування, специфічними психологічними наслідками, а також соматичними проблемами, котрі є наслідком завданого їм стресу. Зацікавлення добробутом опікунів є також важливим з огляду на практичний та соціально-економічний вимір. У ситуації, коли витрати, пов'язані з опікою, у більшості випадків покривають самі опікуни, а не держава, будь-яка неефективність такої опіки становить незаплановані коштовні видатки державної служби охорони здоров'я і соціальних служб – тобто лікарень, будинків соціальної допомоги тощо [1, 16].

Як слід розуміти поняття «наслідки опіки»?

При аналізі ролі опіки та всіх її наслідків на перший план виходять різного виду проблеми та інші негативні чинники, пов'язані з цим явищем. Вони можуть стосуватися не тільки самого т.зв. головного опікуна, а й усієї сім'ї, близьких, як пацієнта, так і опікуна, особливо якщо опікун сам формально не є родичем пацієнта [1, 6, 25, 26].

Серйозні психічні розлади створюють труднощі як для самих пацієнтів, так і для їх найближчого оточення внаслідок опіки над ними. Представлене дослідження опирається на огляд літературних джерел, що належать до посібників з оцінки результатів опіки. У даній роботі представлені актуальні результати досліджень змін якості життя опікунів пацієнтів з розладами психіки.

У рамках негативних наслідків, а отже обтяження опікунів, виокремлюють:

- об'єктивне обтяження, що стосується безпосередньо тривалості і тяжкості наявних у пацієнта симптомів, об'єктивних соціодемографічних показників, таких як вік, стать, рівень освіти і зарплати одночасно пацієнта і опікуна, рівень родинної спорідненості поміж ними. Об'єктивне обтяження виражається в категоріях, які можна описати в біхевіоральних змінах на рівні виконання щоденних побутових дій, кількості та якості реалізованих сімейних і соціальних взаємодій, у змінах, пов'язаних із трудовою активністю, у проведенні вільного часу. Показником об'єктивного обтяження є також погіршення соматичного стану здоров'я опікуна;
- суб'єктивне обтяження, пов'язане з відчуттям тягара та інших аспектів психічного функціонування опікуна і сім'ї, що проявляється у появі стресу, зниженні психосоціального добробуту, негативних наслідках емоційної природи [1, 6, 25, 26].

Повної згоди щодо вищенаведеного розподілу немає. Часто теоретичні підстави поняття обтяження трактуються по-різному, тому виникають розбіжності у різних анкетах / формулярах, внаслідок чого складно порівнювати результати рівня обтяження за допомогою різних шкал [3].

Зацікавлення дослідників зосереджується, як правило, тільки на позитивних наслідках опіки над психіатричним пацієнтом. Частіше повідомлення стосуються основних форм здійснення опіки, наприклад, над старшими особами, котрі вимагають нагляду, але при цьому є достатньо самостійними і дієздатними [7]. На думку авторів, результати (пов'язані з багатьма обставинами і умовами, насамперед з клінічним досвідом, який демонструє високий рівень обтяженості близьких та родичів пацієнтів) вказують на те, що без відповідних психосоціальних заходів довготермінова опіка над особою, хворою на серйозні психічні розлади, призводить до багатьох індивідуальних та сімейних негативних наслідків. Така опіка без індивідуальних переформатувань не може бути «джерелом» задоволення і особистого розвитку [23].

Наступною можливою умовою є біомедична та патогенетична модель застосування медицини, для котрої категорія здоров'я була впродовж років пустим поняттям. Здоров'я було визнане як стан «без патології» (фізичної і психічної), на відміну від сучасного визначення ВООЗ, згідно з яким здоров'я – це добробут, як у фізичному, так і у психічному та соціальному вимірах. Ясна річ, що *салюто-генетичне* визначення стану здоров'я розвиває не тільки медична наука, а й інші науки про здоров'я, тому приділяється така велика увага згаданим дослідженням позитивних наслідків опіки в широкому розумінні цього поняття. Водночас відсутні дослідження позитивних аспектів здійснення опіки над психіатричними хворими.

Дослідження обтяження опікунів, котрі опікуються особами з психічними розладами, вказують на те, що такого роду обтяження обов'язково пов'язані з тяжким перебігом психічних розладів, довшою тривалістю загострень захворювання, гіршим соціальним функціонуванням, більшою кількістю госпіталізацій впродовж останніх років, відсутністю працевлаштування підопічного [12, 15, 21], низьким рівнем вміння справлятися з його поведінкою, опікою над пацієнтами чоловічої статі, котрі перебувають у шлюбі [21]. Проведені належним чином дослідження вказують на появу в опікунів симптомів депресивних і неврастенічних розладів, основою для появи котрих є завданий їм внаслідок здійснення опіки стрес [15, 24]. Вищий рівень обтяження опікуна більшою мірою залежить від розладів поведінки пацієнта, що становить безпосередню загрозу для здоров'я опікуна, а в особливих ситуаціях обтяження залежить від обставин проживання та недостатньої суспільної підтримки [8, 20]. Дані досліджень вказують також на обмеження, котрі відчують опікуни в соціальному житті, а також на відчуття того, що вони щось втрачають [16].

Слід зазначити, що результати дії факторів, котрі впливають на обтяження опікунів, які піклуються про психічно хворих, не є однозначними. Вони залежать від культурологічного кола і параметричних властивостей конкретного інструмента оцінки обтяження опікунів та від застосування додаткових анкет.

Обізнаність з потребами опікунів та їх відчуттям рівня обтяження опікою максимально сприяє створенню для них, як для категорії «непрямих представників» системи охорони здоров'я, кращих умов підтримки і опіки в галузі психіатричної охорони здоров'я.

Інструменти для оцінки «наслідків опіки»

«*Involvement Evaluation Questionnaire*» (IEQ) – Анкета оцінки рівня ангажованості – служить для оцінки рівня ангажованості у здійсненні опіки над особами з психічними розладами.

Вона складається з 31 питання та твердження, скерованих до опікуна, тобто до особи, названої пацієнтом, без огляду на ступінь спорідненості. Особою, відповідною для заповнення Анкети є особа, котра присвячує хворому щонайменше 1 годину на тиждень [4, 6, 14, 19]. Окремі позиції анкети стосуються особистого досвіду особи – опікуна пацієнта, який він отримав за останні 4 тижні до початку проведення анкетування. Усі позиції анкети оцінюються за 5-бальною шкалою Likerta, а від-

повіді, які може надати респондент, оцінюються відповідно до частоти здобуття досвіду в окремих ситуаціях, починаючи від слів «ніколи», і закінчуючи «завжди».

Переваги анкети Involvement Evaluation Questionnaire – це легкість адміністрування інструментом, мале часове обтяження респондента (близько 30 хвилин) та широкий спектр наслідків опіки, які вона оцінює.

Факторний аналіз виявив, що 27 позицій анкети (дві позиції помітні у більш ніж одному домені) створюють 4 домени (підшкали):

- напруга (tension) – 9 питань, котрі стосуються ситуації напруженої атмосфери у стосунках опікуна і підопічного, пов'язані зі складною поведінкою пацієнта, наприклад провокація сварки або поведінка, яка загрожує особам з оточення;
- схилення (urging) – 8 позицій, котрі стосуються необхідності мобілізації хворого до виконання основних дій, таких як щоденна активність і дбайливе ставлення до особистої гігієни, правильне харчування тощо;
- хвилювання (worrying) – 6 питань, що охоплюють стурбованість опікуна щодо майбутнього і безпеки пацієнта, його загального стану здоров'я чи лікування, яке він отримує;
- нагляд (supervision) – 6 позицій, котрі стосуються дій опікуна, які мають на меті контролювати такі аспекти як прийом ліків, сон, ризиковану поведінку [4, 6, 15, 19].

Анкета «*Perceived Family Burden Scale*» (PFBS) була створена для аналізу обтяження сім'ї, спричиненого поведінкою пацієнтів з психічними розладами. Охоплює список із 24 видів поведінки, котрі можуть викликати у опікуна відчуття обтяження та перевантаженості. Дво-бальна самостійна система оцінювання, яка виконується самим опікуном, стосується: 1) визначення, чи дана ситуація дійсно має місце, чи ні; 2) оцінка рівня, в якому опікун відчуває себе обтяженим внаслідок наявної поведінки. Тобто дана анкета оцінює одночасно рівень і об'єктивного, і суб'єктивного обтяження [3, 11, 22]. Кожна позиція оцінюється за шкалою 0–4, де 0 означає відсутність названої поведінки, 1 – наявність вибраного виду поведінки, але без почуття обтяження, а 2, 3 і 4 відповідають диференційованим рівням зростання обтяження – відповідно: легкого помірного, та важкого ступенів. У статистичних аналізах ця шкала отримала дуже високий показник внутрішньої однорідності [3, 11, 22].

«*Zarit Caregiver Burden Scale*» (ZCBS) – це інструментарій для самостійного адміністрування, що складається з 22 позицій. Окремі питання стосуються досвіду опікунів, пов'язаного з негативними наслідками опіки над психіатричними пацієнтами. Шкала оцінювання зосереджується, зокрема, на галузях соматичного і психічного здоров'я, соціального функціонування та економічної ситуації. Питання стосуються як об'єктивного обтяження, наприклад: «Чи ви відчуваєте нестачу у фінансових засобах для опіки над родичем, не враховуючи основні видатки?», або «Чи відчуваєте погіршення стану здоров'я внаслідок вашого піклування про родича?», так і суб'єктивного: «Чи ви відчуваєте незручності через поведінку родича? Чи відчуваєте злість у його присутності?» Існують також запитання, котрі безпосередньо

відносяться до відчуття обтяженості опікою: «Чи не виникає у вас бажання довірити комусь іншому опікуватися вашим родичем?», «Чи відчуваєте невпевненість стосовно того, що належить робити з вашим родичем?». Кожна з цих позицій оцінюється подібно до анкети IEQ – оцінка розподіляється залежно від частоти досвіду окремих ситуацій, починаючи від «ніколи», «рідко», «інколи», «досить часто», і закінчуючи на «майже завжди». Виняток складає останнє запитання «Наскільки ви почуваєте себе вичерпаним внаслідок опіки над близькою особою?» – у цьому випадку шкала відповідей така: «зовсім ні», «дещо», «помірно», «досить», «надзвичайно».

Сума пунктів, отримуваних у згаданому масштабі, коливається від 22 до 110 [13, 28, 29], створено також скорочену версію – ZBI, котра суттєво не змінює статистичних властивостей інструмента. Зацікавлення цими шкалами свідчить про високий рівень їх практичності та популярності [2].

«*Experience Caregiving Inventory*» (ECI) створено для самооцінки досвіду опікуна особи, котра хворіє на серйозні психічні розлади. Козирем ECI є те, що основою даного модуля оцінки є оцінка стресової ситуації, вміння давати собі раду, і те, що дана анкета стосується одночасно як негативних, так і позитивних аспектів досвіду, пов'язаного з опікою. Опис питань складається з 66 позицій, котрі згруповані у вісім негативних шкал (52 позиції) та дві позитивні (14 позицій). До складу негативних шкал входять такі підшкали: важка поведінка, негативні прояви, таврування, проблеми з обслуговуванням, вплив на родину, необхідність підтримки в опіці, залежність і втрата. Підпункти позитивних шкал становлять: винагорода у вигляді позитивного особистого досвіду та хороші стосунки з пацієнтом. Отримання більшої кількості пунктів можливе при серйозному збільшенні рівня обтяження опікою. Кожна з підшкал під час роботи отримала задовільну оцінку, як надійний інструмент для проведення дослідження [5, 9, 10].

«*Family Problems Questionnaire*» (FPQ) – це інструмент, котрий складається з 34 позицій, які охоплюють такі проблемні області: об'єктивне обтяження, суб'єктивна перевантаженість, підтримка сім'ї, яку вона отримує від спеціалістів та членів соціальних мереж у кризових ситуаціях, котрі стосуються пацієнта, позитивне налаштування родича до підопічного та критичну оцінку родича стосовно поведінки пацієнта. FPQ створено і удосконалено у Національному інституті здоров'я в Римі спільно з Інститутом психіатрії Університету в Неаполі. Його перекладено і опрацьовано в 5 мовних версіях (англійській, італійській, португальській, грецькій та німецькій). Коефіцієнт відповідності к-Cohena в аналізі тест – ретест (через 10 днів) для 79% позицій анкети коливається від 0,5 до 1,0. Окремі підшкали досягають величини альфа, що коливається в межах від 0,91 до 0,65, пояснюючи 74% варіантності [18].

Мета даного опрацювання полягає в ознайомленні зацікавленої аудиторії з невідомими у нас в широкому колі інструментами оцінки обтяження опікунів психіатричних пацієнтів. Ця робота не вичерпує, звісно, всіх аспектів цієї тематики, її мета – загальне ознайомлення з окремими питаннями проблеми.

Проблеми наслідків опіки над пацієнтами, котрі хворіють на хронічні психічні розлади, упродовж

останніх років привертають увагу дослідників і практиків. В Україні ситуація сімей чи друзів психічно хворих людей дуже відрізняється від подібних ситуацій в країнах Західної Європи. Це, без сумніву, пов'язано із загальною ситуацією служби охорони здоров'я, кадровим дефіцитом (психіатри, психологи, соціальні працівники, тренінгові терапевти), а також з недостатнім фінансуванням галузі психіатрії, відсутністю *екологічної психіатрії*. Можна припустити, що недостатня турбота про фактичних опікунів психічно хворих пацієнтів зумовлена усталеними суспільними стереотипами, котрі загрожують ізоляцією як пацієнтів, так і їх сімей. Важливо, щоби відповідальні особи, котрі вирішують такі проблеми в нашій країні, брали до уваги результати фінансового аналізу і досвіду системи психіатричної опіки інших держав, котрі чітко вказують на взаємозалежність високої якості послуг, що надаються пацієнтам і їх сім'ям, з ефективністю опіки і зменшенням внаслідок цього витрат державних коштів на таку опіку.

Існує актуальна потреба в продуманих системних рішеннях, котрі могли б зменшити суб'єктивні та об'єктивні «обтяження» сімей, у яких здійснюється опіка над пацієнтами з психічними розладами.

Список використаної літератури

- Award A. G. *The burden of schizophrenia on caregivers: a review* / A. G. Award, L. N. Voruganti / *Paharmacoecon.* – 2008. – №26 (2). – P. 149–162.
- Burden Interview: a new short version and sceening and version* / M. Bedard, D. W. Molloy, I. Squire [et al.] // *Gerontol.* – 2001. – № 41 (5). – P. 652–657.
- Caregiver burden in relatives in relatives of persons with schizophrenia: an overview of measure instruments* / G. Reine, C. Lacon, M. C. Simeroni [et al.] // *Encephal.* – 2003. – № 29 (2). – P. 137–147.
- Caregiving in schizophrenia: development, internal consistency and reability of the Involvement Evaluation Questionnaire – European Version. EPSILON study 4.* / B. van Wingarden, A. H. Schene, M. Koeter [et al.] // *Brit. J. Psychiatry.* – 2000. – № 177 (supl. 39). – P. 21–27.
- Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory* / G. I. Szmukler, P. Burgess, H. Herrman [et al.] // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 1996. – № 31 (3–4). – P. 137–148.
- Cialkowska M. *Kwestionariusz Oceny Zaangazowania* (Involvement Evaluation Questionnaire) – Charakterystyka I zastosowanie. / Cialkowska M., Hadrys T., Kiejna A. // *Psychiatr. Pol.* – 2009. – № 43 (4). – P. 435–544.
- Cohen C. A. *Positive aspects of caregiving experience* / C. A. Cohen, A. Colantonio, L. Vernich // *Int. J. Geriatr Psychiatry.* – 2002. – № 17 (2). – P. 184–188.
- Desai R-STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group. Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder* / D. A. Perlick, R. A. Rosebheck, D. J. Miklowitz [et al.] // *Bipolar Disord.* – 2007. – № 9 (3). – P. 262–273.
- Development and validation of an Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS) for carers of people ith eating disorder* / A. R. Sepulveda, J. Whitney, M. Hankins, J. Treasure // *Health Qual. Life Outcom.* – 2008. – № 21. – P. 6–28.
- Experience of caregiving: relatives of people experience a first episode of psychosis* / L. Tennakoon, D. Fannon, V. Doku [et al.] // *Brit. J. Psychiatry.* – 2000. – № 177. – P. 529–533.
- Family and patient predictors of symptomatic status in schizophrenia* / Levene J. E., Lancee W., Seeman M. V. [et al.] // *Can. J. Psychiatry.* – 2009. – № 54 (7). – P. 446–451.
- Gutierrez-Maldonado J. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia* / J. Gutierrez-Maldonado, A. Caqueo-Urizar, D. J. Kavanagh // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2005. – № 40. – P. 899–904.
- Gutierrez-Maldonado J. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia* / J. Gutierrez-Maldonado, A. Carqueo-Urizar, D. J. Kavanagh // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2005. – № 40. – P. 899–904.
- Hadrys T. Mental disorder in Polish families: is diagnosis a predictor of caregiver's burden?* / T. Hadrys, T. Adamowski, A. Kiejna // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2010. – № 23.
- Kornfeld A-EuroSC Research Group. Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparsion between Germany and Britain* / Roik C., Heider D., Bebbington P. E. [et al.] // *Brit. J. Psychiatry.* – 2007. – № 190. – P. 333–338.
- Modeling costs and burden of information caregiving for persons with bipolar disorder* / N. Wolff, D. A. Petrllick, R. Kaczynski [et al.] // *J. Ment. Health Policy Econ.* – 2006. – № 9 (2). – P. 99–110.
- National Mental Health Project Working Group. Family burden and social network in schizophrenia vs. physical diseases: preliminary results from an Italian national study* /

- Magliano, A. Fiorillo, C. de Rosa, M. Maj* // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2006. – № 429. – P. 60–63.
- National Mental Health Project Working Group. Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders* / L. Magliano, A. Fiorillo, C. de Rosa [et al.] // *Soc. Sc. Med.* – 2005. – № 61 (2). – P. 313–322.
- Needs for care of patients with schizophrenia and the consequences for their informal caregivers. Results from the EPSILON multi centre study on schizophrenia* / K. Meijer, A. Schene, M. Koeter [et al.] // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2004. – № 39. – P. 251–258.
- Perceived stigma and depression among caregivers of patients with bipolar disorder.* / D. A. Perlick, D. J. Milkowitz, B. G. Link [et al.] // *Brit. J. Psychiatry.* – 2007. – № 190. – P. 535–536.
- Relatives of patients with severe psychotic illness: factors that influence appraisal of caregiving and psychological distress* / Harvey K., Burns T., Fahy T. [et al.] // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2001. – № 36 (9). – P. 456–461.
- Ryder A. G. Caregiver responses to symptoms of first-onset psychosis: a comparative study of Chinese- and Euro-Canadian Families* // Ryder A. G., Bean G., Dion K. L. // *Transcult. Psychiatry.* – 2000. – № 37 (2). – P. 225–236.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ОПЕКУНА ПАЦИЕНТА С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ «ПОСЛЕДСТВИЙ» ОПЕКИ	
Н.О. Рышковская	
Серьезные психические нарушения осложняют жизнь и ухудшают качество жизни не только пациентам, но и их близким. Представленное исследование описывает на обзор литературных источников, относящихся к пособиям для оценки результатов опеки. Автор работы представляет актуальные данные и результаты исследований последствий опеки у людей, ухаживающих за пациентами с психическими расстройствами.	
Ключевые слова: последствия опеки, психические расстройства, инструменты оценки.	
CAREGIVING CONSEQUENCES IN MENTAL DISORDERS – DEFINITIONS AND INSTRUMENTS OF ASSESSMENT	
N. Ryshkovska	
Severe mental illnesses have far-reaching consequences for both patients and their relatives. This paper reviews literature on the measures of caregiving consequences. Author provide a condensed knowledge and research results in the area of caregiving consequences, especially both subjective and objective caregivers' burden.	
Key words: caregiving consequences, mental disorder, instruments.	

УДК 616.89

Д.Н. Сапон	
ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, АСОЦІЙОВАНИЙ З ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ, У ОСІБ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ У МАСОВИХ ПРОТИСТОЯННЯХ У М. КИЄВІ ВЗИМКУ 2013–2014 РР.	
Український науково-дослідний інститут соціальної та судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ	

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, хронічний больовий синдром, фіброміалгія, стрес.	

Актуальність. В умовах збільшених стресових навантажень та світових політичних і соціально-економічних кризових явищ різко збільшилась питома частка психічних розладів, а саме тих, які за класифікацією психічних та поведінкових розладів МКХ–10 входять до рубрики невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів [1, 3]. Коло розладів рубрики F4, що містить посттравматичний стресовий, тривожно-фобічні, невротичні, соматоформні розлади прогресивно збільшується відповідно до збільшення екстремальних психічних навантажень на людину в сучасному світі, що викликають

- Sales E. Family burden and quality of life* / E. Sales // *Qual. Life Res.* – 2003. – № 12, Supl. 1. – P. 33–41.
- Salleh M. R. The burden of care of schizophrenia in Malay Families* / M. R. Salleh // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1994. – № 89 (3). – P. 180–185.
- Schene A. H. Instruments measuring family of caregivers burden in severe mental illness* // A. H. Schene, R. C. Tessler, G. M. Gamache // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 1994. – № 29. – P. 228–240.
- Schene A. H. Objective and subjective dimensions of family burden. Towards an integrative framework for research* / A. H. Schene // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 1990. – № 25. – P. 289–297.
- Veltman A. Experience of providing care to relatives with chronic mental illness* / A. Veltman, J. Cameron, D. E. Steward // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2002. – № 190 (2). – P. 108–114.
- Zarit Caregiver Burden Interview: Development, reliability and validity of the Chinese version* / Lu I., Wang L., Yang X., Feng Q. // *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* – № 63 (6). – P. 730–734.
- Zarit S. H. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden* / S. H. Zarit, K. E. Reeve, J. Bach-Peterson // *Gerontol.* – 1980. – № 20 (6). – P. 649–655.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ОПЕКУНА ПАЦИЕНТА С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ «ПОСЛЕДСТВИЙ» ОПЕКИ	
Н.О. Рышковская	
Серьезные психические нарушения осложняют жизнь и ухудшают качество жизни не только пациентам, но и их близким. Представленное исследование описывает на обзор литературных источников, относящихся к пособиям для оценки результатов опеки. Автор работы представляет актуальные данные и результаты исследований последствий опеки у людей, ухаживающих за пациентами с психическими расстройствами.	
Ключевые слова: последствия опеки, психические расстройства, инструменты оценки.	
CAREGIVING CONSEQUENCES IN MENTAL DISORDERS – DEFINITIONS AND INSTRUMENTS OF ASSESSMENT	
N. Ryshkovska	
Severe mental illnesses have far-reaching consequences for both patients and their relatives. This paper reviews literature on the measures of caregiving consequences. Author provide a condensed knowledge and research results in the area of caregiving consequences, especially both subjective and objective caregivers' burden.	
Key words: caregiving consequences, mental disorder, instruments.	

Д.Н. Сапон	
ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, АСОЦІЙОВАНИЙ З ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ, У ОСІБ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ У МАСОВИХ ПРОТИСТОЯННЯХ У М. КИЄВІ ВЗИМКУ 2013–2014 РР.	
Український науково-дослідний інститут соціальної та судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ	

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, хронічний больовий синдром, фіброміалгія, стрес.	

Обстежені 560 осіб, які брали участь у масових протистояннях у м. Києві взимку 2013–2014 рр. У значної частини пацієнтів були встановлені діагнози ПТСР, ХБС, проаналізовані поширеність та особливості цих розладів, їхня коморбідність, інтенсивність та локалізація больових відчуттів.

у неї тяжку фіксацію та розлад у психоемоційній сфері [2, 3, 8]. Слід звернути увагу на єдність патогенетичних механізмів багатьох невротичних та соматоформних розладів, а саме: порушення гіпоталамо-гіпофізарної системи внаслідок виснаження адаптаційного потенціалу, що має наслідком зміни вегетативного балансу, електричної активності мозку та призводить до низки патопсихологічних феноменів [3, 4, 7, 9]. Одним з цих феноменів є симптом хронічного болю, який супроводжує багато невротичних та соматоформних розладів, таких як фіброміалгія, іпохондрія, соматоформна вегетативна

дисфункція, неврастенія, синдром хронічної втоми, тривожно-фобічні, панічні розлади тощо [3, 4, 8].

Найактуальнішою, на наш погляд, є проблема диференційної діагностики соматоформних розладів з больовими симптомами та органічних захворювань нервової системи, що також супроводжуються ХБС. *Особливості клінічної картини ПТСР, обтяженого ХБС.* Серед клінічних симптомів ПТСР є група таких, що описують больові відчуття. Певна кількість симптомів болю здатні сформувати картину хронічного больового синдрому (ХБС). Таким чином, ХБС, з одного боку, може існувати як окремий розлад, а з іншого – включається в картину ПТСР. Обидва розлади є продуктами зриву адаптаційних механізмів психіки з вторинною дисфункцією нейровегетативної системи. Слід звернути увагу на єдність патогенетичних механізмів ПТСР та ХБС. Порушення гіпоталамо-гіпофізарної системи є наслідком виснаження адаптивного потенціалу. Це призводить до змін вегетативного балансу, електричної активності мозку та до наступної низки патофизиологічних феноменів [4, 5, 6, 10]. Відсутність компенсації ПТСР посилює ХБС. У свою чергу, хронічний біль є важливим стресором, що здатний викликати вторинне травмування та замкнути патологічне коло ПТСР–ХБС–ПТСР. У підсумку людина потрапляє під дію дистресу, викликаного патологічним колом ПТСР–ХБС [4, 10].

Досвід роботи з пацієнтами в шпиталі Майдану (громадянами, які отримали травми під час силових зіткнень) дозволяє виокремити ще один психосоматичний феномен, який проявляється у формі патологічного кола. Біль, як наслідок стресу, викликає страх фізичного болю. Причому больові відчуття у пацієнтів починалися при виході з фази гострої стресової реакції [5, 6, 7, 8]. Численні дослідження виявили більшу схильність у людей, які страждають на фіброміалгію, до розвитку ПТСР (Ruseel, 2008) [7, 9]. Серед обстежених нами пацієнтів шпиталю були особи, у яких був діагностований ПТСР з фіброміалгією. ПТСР в поєднанні з хронічним больовим синдромом потребує більш ретельного обстеження та особливого підходу до ранньої діагностики, диференційованої оцінки та тактики терапії [5, 8].

Мета дослідження – виявлення пацієнтів з ПТСР, що асоційований з хронічним больовим синдромом; аналіз змін адаптаційних можливостей цих пацієнтів. Нашими завданнями було: встановити особливості діагностики ПТСР, ХБС та фіброміалгії; виявити особливості клі-

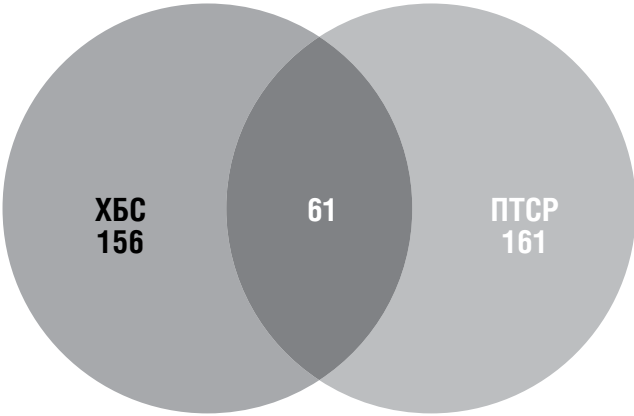


Рис. 1. Кількість пацієнтів з ПТСР, ХБС та поєднанням хворобливих станів

нічної картини ПТСР, обтяженого ХБС, та підібрати методи діагностики; здійснити статистичну обробку даних різних нозологічних груп. До особливостей діагностики ПТСР варто віднести урахування особистісного переживання пацієнтом гострого стресу, тому що встановлення діагнозу ПТСР неможливе, якщо пацієнт не відповідає критерію стресора. Цей критерій вказує на те, що пацієнт особистісно в дійсності пережив події, що травмували його.

Матеріали та методи дослідження

У шпиталі Майдану нами були обстежені 560 пацієнтів віком від 24 до 69 років, переважна більшість чоловіки (507 осіб, 90,5%). Діагностику ПТСР та ХБС проводили відповідно до критеріїв МКХ–10. Були застосовані напівструктуроване діагностичне інтерв'ю з аналізом діагностичної цінності скарг пацієнтів, а також наступні діагностичні методики: шкала фіброміалгії, візуально-аналогова шкала болю (ВАШ); опитувальник болю Мак-Гілла. Клінічний досвід та обстеження громадян, які перебували під час силового протистояння в Україні у м. Києві, вказують на те, що в силу деяких індивідуальних особливостей організму здатність зберігати гомеостаз під час дії катастрофічного стресового фактора є різною.

Результати та їх обговорення

Дію стресових факторів у період силових зіткнень при безпосередній загрозі життю та здоров'ю учасників відчули 539 з 560 осіб. З них більш вагомий вплив на психічний стан (за 5-бальною шкалою) чинили наступні події: загибель знайомих, друзів, людей, що були поряд (4,6±0,4); поранення знайомих, друзів, людей, що були поряд (4,1±0,8); участь у силових зіткненнях (3,9±1,1); участь у силових зіткненнях в ролі беззбройної сторони (4,1±0,8).

У 161 особи (28,8%) з обстежених, які пережили травмуючі події під час зіткнень в м. Києві, розвинувся ПТСР, у 156 (27,9%) осіб був хронічний больовий синдром (не пов'язаний з актуальними отриманими фізичними травмами), у 61 особи (10,9%) був діагностований поєднаний хворобливий стан (ПТСР+ХБС) (рис. 1).

Серед осіб з поєднаними хворобливими станами 43 особи (70,5%) відповідали критеріям фіброміалгії, а в загальній групі з ХБС цей показник складав лише 58 осіб (37,2%), Отже, особи з поєднаними хворобливими станами, на наш погляд, мали підвищену преморбідну конституціональну нейросоматичну уразливість, порівняно з особами, які отримали ПТСР або ХБС окремо. Здатність опиратися стресу залежить від преморбідного соматичного стану; індивідуально-типологічних особливостей особистості; рівня розвитку індивідуальних адаптивних механізмів, серед них копінг-стратегії особистості. Додатковими психологічними факторами розвитку хронічного болю у обстеженого нами контингенту було: почуття провини (провина «за те, що вижив»); оцінка подій як поразки та втрата упевненості в собі та самоцінності; прихована та витіснена агресія; втрата образу майбутнього, довготривалих перспективних ліній життя; погіршення стосунків з оточуючими, втрата професійних домагань; розлади поведінки та потягів. Серед пацієнтів шпиталю Майдану найпоширенішим

було почуття провини (413 осіб, 73,8%) внаслідок загибелі близьких людей (побратимів), що є природним етапом переживання гострого горя. Інші категорії мали приблизно однаковий рейтинг в межах 20–30%.

За шкалою ВАШ виразність болю у осіб з ХБС становила (4,6±2,8), а у осіб з поєднаними хворобливими станами – (6,1±3,6). Ми спостерігали тенденцію до більшої сенсibiliзації до болю, але без збільшення кількості активних скарг на нього.

За шкалою Мак-Гілла ранговий індекс болю (РІБ) та індекс числа відмічених дескрипторів (ІЧВД) також більші в групі поєднаних станів, порівняно з групою ХБС (відповідно РІБ – (24,6±3,8) проти (22,8±4,3); ІЧВД – (9,2±1,8) проти (6,4±2,2)).

У групі ХБС та поєднаних станів ми додатково визначили особливості локалізації больових відчуттів та не знайшли різниці у їх представленні (рис. 2): за локалізацією у всіх пацієнтів переважав головний біль.

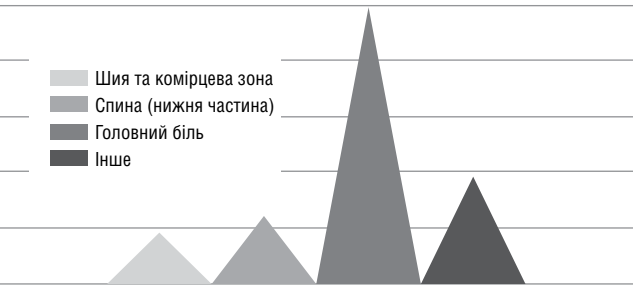


Рис. 2. Особливості локалізації больових відчуттів

Аналіз скарг пацієнтів групи поєднаних станів дозволив виділити певні притаманні їм психопатологічні феномени афективної, когнітивної та поведінкової сфер (рис. 3).

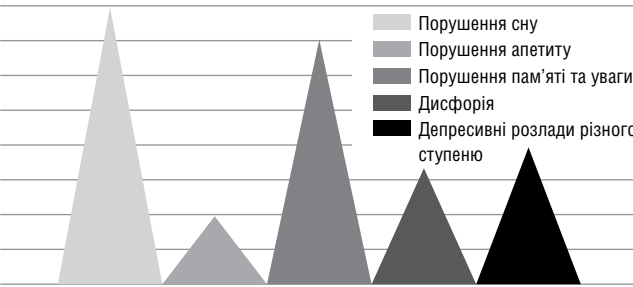


Рис. 3. Психічні порушення при ПТСР, асоційованому з хронічним больовим синдромом

Найбільшу питому частку серед них мають порушення сну, насамперед за рахунок утрудненого засинання та

нічних пробуджень (за рахунок високої тривоги), а також суб'єктивні порушення пам'яті та уваги (знову ж таки за рахунок тривоги).

Висновки

Серед обстежених 560 осіб, які брали участь у масових протистояннях у м. Києві взимку 2013–2014 рр., більша частина людей відчула дію психотравмуючих факторів (539 особи), з яких критеріям ПТСР відповідала 161 особа. Серед обстежених також був діагностований ХНБС, частина діагностованих осіб мала поєднану картину ХНБС та ПТСР, серед яких певна кількість людей відповідали критеріям фіброміалгії. Причому серед осіб з поєднаними хворобливими станами 43 особи (70,5%) відповідали критеріям фіброміалгії, а в загальній групі з ХБС цей показник складав лише 58 осіб (37,2%), Отже, особи з поєднаними хворобливими станами, мали підвищену преморбідну конституціональну нейросоматичну уразливість, порівняно з тими особами, що отримали ПТСР або ХБС окремо. В групі ХБС та поєднаних станів ми додатково визначили особливості локалізації больових відчуттів та не знайшли різниці у їх представленні, найбільша частина випадків локалізації болю припадає на головний біль. Також визначено, що порушення афективної, поведінкової та когнітивних функцій є найбільш значимими психічними порушеннями у пацієнтів поєднаної групи.

Список використаної літератури

1. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 168 с.
2. Сулейманова Г. П. Психосоматические соотношения и внутренняя картина болезни у больных синдромом фибромиалгии: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук / Г. П. Сулейманова. – Волгоград, 2005. – 22 с.
3. Чабан О.С., Український вісник психоневрології / Чабан О.С., Хаустова О.О. – Том 18, Вип. 1 (62) – 2010.
4. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of duloxetine in the treatment of women with fibromyalgia with or without major depressive disorder / L. M. Arnold, A. Rosen, Y. L. Pritchett [et al.] // Pain. – 2005. – № 119 (1–3). – P. 5–15.
5. Arnold L. M. Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta-analysis and review / Arnold L. M., Keck P. E., Welge J. A. // Psychosomatics. – 2000. – Vol. 41. – P. 104–113.
6. Bennett M. I. Intravenous lignocaine in the management of primary fibromyalgia syndrome / M. I. Bennett, Y. M Tai. // Int. J. Clin. Pharmacol. Res. – 1995. – № 15 (3). – P. 115–119.
7. Depression and pain comorbidity: a literature review / [Bair M. J., Robinson R. L., Katon W., Kroenke K.] // Arch. Intern. Med. – 2003. – Vol. 163. – P. 2433–2445.
8. Refined insights into the pain-depression association in chronic pain patients / [Angst F., Verra M. L., Lehmann S. et al.] // Clin. J. Pain. – 2008. – Vol. 24. – P. 808–816.
9. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: a test of the trauma hypothesis / Ciccone D. S., Elliott D. K., Chandler H. K., [et al.] // Clin. J. Pain. – 2005. – № 21 (5). – P. 378–386.
10. Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study / Bennett R. M., Kamin M., Karim R. [et al.] // Am. J. Med. – 2003. – № 114 (7). – P. 537–545.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО, АССОЦИИРОВАННОЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ, У ЛИЦ, ПРИНИМАВШИХ УЧАСТИЕ В МАССОВЫХ ПРОТИВОСТОЯНИЯХ В Г. КИЕВЕ ЗИМОЙ 2013–2014 ГГ.
Д.Н. Сапон
Обследованы 560 человек, участвовавших в массовых протистояниях в г. Киеве зимой 2013–2014 гг. У значительной части пациентов были установлены диагнозы ПТСР, ХБС, проанализированы распространенность и особенности этих расстройств, их коморбидность, интенсивность и локализация болевых ощущений.
Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, хронический болевой синдром, фибромиалгия, стресс.
PTSD ASSOCIATED WITH CHRONIC PAIN IN INDIVIDUALS WHO PARTICIPATED IN THE MASS CONFRONTATION KIEV WINTER 2013–2014 YEARS
D. Sapon
Surveyed 560 persons participated in the mass opposition in Kiev in winter 2013–2014 years. In large part the patients were diagnosed with PTSD, HBS, analyzed the prevalence and characteristics of these disorders, their komorbidnist, intensity and location of pain.
Key words: posttraumaticheskoye stressovoe disorders, Chronic bolevoiy syndrome, fibromyalgia, stress.

Л.М. Сас

НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ, ЗУМОВЛЕНІ УЧАСТЮ В БОЙОВИХ ДІЯХ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

Ключові слова:
невротичні розлади,
посттравматичний
стресовий розлад,
бойові дії

У даній статті описано результати обстеження і лікування пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом внаслідок їх тривалого перебування в зоні бойових дій. Акцентовано увагу на важливості психологічної корекції з метою успішної реадптації таких пацієнтів.

Питання результатів впливу психотравмуючих ситуацій на особистість давно привертають увагу багатьох дослідників. Відхилення в психічній сфері і розвиток посттравматичних стресових розладів (ПТСР) здебільшого розглядаються як наслідок тривалого напруження внаслідок дії надзвичайних факторів, таких як аварії, стихійні лиха, різні форми насильства [1], що несуть загрозу життю та здоров'ю людини. Однак вплив окремих складних життєвих ситуацій, що є емоційно значущими для певної особи, також може стати причиною описаних порушень.

Посттравматичний стресовий розлад є однією з найчастіших і найнесприятливіших форм психічних відхилень у відповідь на глибоко вражаючі події. Це реакція на ненормальну ситуацію і належить до числа так званих прикордонних психічних розладів. Тривалість проявів ознак ПТСР може складати від декількох тижнів до 30 і більше років.

Поширеність ПТСР, згідно з даними літератури, свідчить, що це захворювання може охоплювати від 15 до 40% потерпілих внаслідок масштабних екстремальних ситуацій (катастроф, війн тощо), а при стихійних лихах кількість осіб з симптомами даного розладу становить від 10 до 50% [5].

Реакції людини, викликані участю у бойових діях, мають свої особливості, що за сучасних умов викликає неабияку увагу фахівців галузі психічного здоров'я.

Зміни стану психічного здоров'я у військовослужбовців, спричинені війною на Сході України, є наслідком сильних і тривалих фізичних навантажень, емоційно-вольового та мотиваційного перенапруження, порушення звичного ритму життєдіяльності. Тривале перебування в зоні бойових дій є одним з визначальних факторів того, що у бійців виникає «стійка соціально-психологічна дезадаптація» [3]. Результати травми можуть проявитися раптово або через тривалий час, на фоні загального зовнішнього добробуту людини, і згодом це погіршення стану стає вираженням всечіткіше. Дослідники мілітаризованої свідомості попередніх воєн відмічали, що військовий стрес має хронічну причину та тенденцію до поступового погіршення з плином часу [4].

Метою дослідження було вивчення психологічних змін в учасників бойових дій та особливостей процесу їх адаптації до проживання в мирних умовах.

Нами було обстежено 22 особи, які звернулися за допомогою в ТОККПНЛ. Усі обстежувані тривалий час (до 6 місяців) перебували в обстановці дії бойових стресфакторів. Один із них перебував у полоні. Пацієнти були чоловіками віком 21–32 роки. Усі хворі пройшли загальноприйняте клініко-лабораторне обстеження. Із кожним військовослужбовцем проводили індивідуальні розмови, метою яких була первинна діагностика наявних труднощів і психічних травм.

Матеріали та методи дослідження

Для визначення актуального психологічного статусу було застосовано наступні тестові методики [2]. Опитувальник депресивності Бека, клінічне опитування для виявлення і оцінки невротичних станів (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич), шкала Спілбергера–Ханіна для визначення особистісної та ситуативної тривожності, шкала впливу подій, а також проективний тест «Неіснуюча тварина».

Результати та їх обговорення

Згідно з шкалою клінічного опитування для виявлення і оцінки невротичних станів (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич) було виявлено позитивний результат тривожності у 87% обстежуваних, з них у 32% відмічено високий рівень цього симптому. Потрібно зауважити, що тривога мала реактивний характер, і лише у 2 пацієнтів виявлено високий особистісний її рівень. Дослідники вважають депресію фундаментальним симптомом ПТСР. Шкала дозволила нам виявити невротичну депресію у 75% обстежених, а астенію – у 92%. У результаті проведеного лікування протягом 20–25 днів було констатовано значне зменшення рівнів тривоги та депресії у кожного пацієнта, натомість астенія виявилась більш стійким симптомом, що свідчить про емоційне виснаження пацієнтів, яке потребує більш довготривалого відновлення. На нашу думку, основою даного симптому є не стільки фізичне знесилення, скільки когнітивне, що призводить до зменшення концентрації уваги, пам'яті, дефіциту емоційно-вольової сфери. За умов необхідності прийняття швидких рішень і повсякчасної загрози життю ці розлади можуть стати базовими причинами порушення адаптації та створення несприятливих ситуацій.

З використанням шкали Бека для оцінки тяжкості депресії ми визначали у пацієнтів ступінь депресивних розладів (рисунок). Результати даного дослідження зображено на діаграмі.

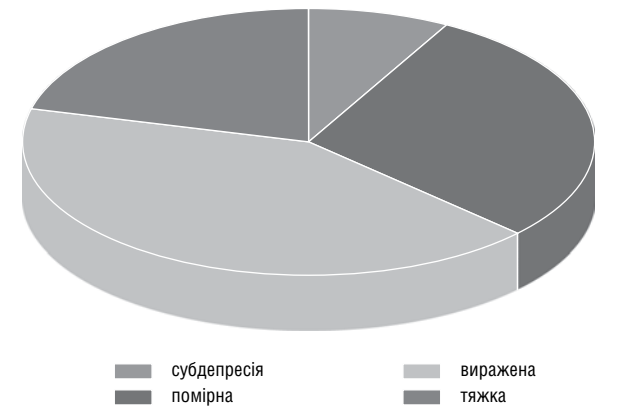


Рисунок. Тяжкість депресії за шкалою Бека

Згідно з «Шкалою впливу подій» було виявлено наступні сипмтоми в діапазоні «помірно», «досить сильно» та «дуже сильно».

Група інтрузій: нав'язливі негативні спогади про травматичну подію, що супроводжувалися повторними неприємними снами про подію; несподівані вчинки та почуття, викликані раптовим «проваллям» у психотравматичну подію (звук сирени викликав появу флешбеків); сильний психологічний та фізичний дискомфорт при зіткненні із будь-якими натяками, що нагадували про обставини травматичної події (розмови про АТО в транспорті, перегляд новин по телебаченню).

Симптоми уникнення: уникнення думок, почуттів та діяльності, пов'язаних з подіями; відсутність позитивних емоцій, відсутність планів на майбутнє, депресивні розлади.

Симптоми підвищеної збудженості: безсоння із моторним збудженням під час сну; дратівливість, схильність до вибухових реакцій; гіперпильність, труднощі при концентруванні уваги; залежність від вживання алкоголю, як засобу, що полегшує переживання.

В усіх пацієнтів спостерігався «застрягаючий» на травмі тип реагування, коли події минулого невідступно та нав'язливо нагадують про пережите. Особливо виразно це проявлялось у пацієнта, котрий перебував у полоні і «не міг забути, як збирав залишки українських солдат оцими руками».

Лікувальні заходи для потерпілих мали комплексний характер і включали медикаментозну терапію, психотерапію та психологічну корекцію.

При виборі фармакологічних препаратів здійснювали індивідуальний підхід, враховуючи особливості клінічної картини, тяжкості проявів та особистісні характеристики хворого. Базовими групами препаратів у лікуванні були

антидепресанти та транквілізатори. Останні призначали короткими курсами на початку лікування з анксиолітичною метою. У випадках неефективності цих препаратів використовували нейрорептикти в малих дозах. Підбір препаратів відбувався згідно з домінуючими симптомами захворювання, змінами на ЕЕГ. Пацієнтам з порушенням фази засинання було рекомендовано антидепресанти седативної дії, при розладі формули сну – регулятори сну, при необхідності й снодійні препарати. Поява на ЕЕГ комплексів пік–хвиля визначала використання групи карбамазепіну.

Проблема розробки методів психологічного впливу у процесі лікування ПТСР є дуже актуальною. З пацієнтами проводили психотерапію, а саме арттерапію та стрес-менеджмент, що дало їм можливість розкрити внутрішні сили, навчитись релаксувати і позбуватися негативних емоцій і думок.

Ще одна проблема людей з ПТСР – невміння реадптуватись в нові, «незвично мирні» умови та інтеграція в суспільство або ж повернення до тих умов, які спровокували розлади психіки. На даному етапі особливо важлива роль психіатра полягає в адекватній оцінці стану пацієнта, визначення наявності необхідного потенціалу стійкості до стресового впливу і можливості виконання ним бойових завдань. Допомога психотерапевта полягає у проведенні корекції самооцінки пацієнта з метою правильного підходу у виборі своїх дій. У цей період важливо навчити клієнта зміцнювати свою увагу, розвивати мислення, соціальні навички і навички прийняття рішень, а лікарю – здійснювати корекцію емоційних станів хворого [6].

Висновки

Перебування в зоні бойових дій призводить до розвитку невротичних розладів особистості, серед яких домінує астенія. Відмічається високий рівень тривоги та депресії. Ці порушення призводять до випадання людини із повсякденності, фіксації на травмі, а в результаті – до погіршення якості життя та вміння пристосовуватися. За цих умов потреба у допомозі спеціалістів особливо зростає. Такі пацієнти потребують медикаментозної та психотерапевтичної допомоги, а іноді й втручання соціальних служб.

Список використаної літератури

1. Кузнецов А. А. Посттравматическое стрессовое расстройство: вопросы лечения / А. А. Кузнецов // Психологическая реабилитация участников боевых действий и лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях. – М.: Гэотар-мед, 2004. – С. 132–136.
2. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации: Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 926 с.
3. Снедков Е. В. Боевая и психическая травма : автореф. дисс. д-ра мед. наук. / Е. В. Снедков. – СПб., 1997. – С. 37–78.
4. Тарабрина Н. В. Практикум з психології посттравматичного стресу. – СПб.: Пітер, 2001. – 272 с.
5. Ушаков И. Б. Боевой стресс: психофизиологические маркеры устойчивости / И. Б. Ушаков, Ю. А. Бубеев // Сб. научных трудов симпозиума, посвященного 75-летию ГНИИИ ВМ. – М.: Истоки, 2005. – С. 12.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ УЧАСТИЕМ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ

Л.М. Сас

В данной статье описаны результаты обследования и лечения больных с ПТСР вследствие длительного пребывания в зоне боевых действий. Внимание акцентировано на необходимости психологического лечения для успешной реабилитации этих больных в будущем.

Ключевые слова: невротические расстройства, посттравматическое стрессовое расстройство, боевые действия.

NEUROTIC DISORDERS DUE PARTICIPATION IN HOSTILITIES

L. Sas

This paper describes the results of examination and treatment of patients with PTSD due to their long stay in a combat zone. Attention is focused on the importance of psychological treatment for the successful rehabilitation of these patients.

Key words: neurotic disorders, posttraumatic stress disorder, combat

С.І. Шкробот, О.П. Венгер

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ, АСОЦІЙОВАНІ З КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ
У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

Ключові слова:
депресивний розлад,
надзвичайні ситуації,
когнітивні порушення.

Проблема психічного здоров’я «комбатантів» (від франц. Combattant – воїн, борець; у міжнародному праві – особи, що входять до складу озброєних сил і безпосередньо беруть участь у військових діях), що беруть участь в сучасних локальних війнах і збройних конфліктах, є на сьогоднішній день однією з найбільш актуальних.

Психічні порушення, за даними різних авторів, виникають у 20–70% осіб, які беруть участь в збройних конфліктах. Вони в 3–4 рази збільшують захворюваність на психічні розлади у військових, порівняно з цивільним населенням. Встановлено, що половина військовослужбовців національної гвардії США, які повернулись із зон бойових дій, страждає на психічні розлади. Згідно з даними, опублікованими в «U.S. Army military News» у 2009 р., третьою за частотою серед причин смерті діючих комбатантів був суїцид. При цьому близько 70% суїцидальних дій пов’язані з проблемами міжособистісних стосунків колишніх військовослужбовців з оточуючими після повернення із зони бойових дій – «психічний розлад загрожує повернути війну додому, як особистісний значущий чинник і фактор, який зумовлює втрати громадського здоров’я» [1].

Сучасні бойові дії, як правило, супроводжуються підвищеним стресогенним впливом на психіку військовослужбовців. Бойовий стрес є сукупністю субреактивних станів, пережитих військовослужбовцями в процесі адаптації до несприятливих для їх життєдіяльності і загрозливих для життєво важливих цінностей умов (стресорів) бойової обстановки. Інтенсивність переживання комбатантами бойового стресу залежить від взаємодії двох основних чинників: сили і тривалості впливу на психіку військовослужбовця бойових стресорів та особливостей реагування військовослужбовця на їх вплив. Найбільш виражені психічні порушення виникають у осіб, які перебували в зоні бойових дій понад три місяці. Різні бойові стресори поділяють на специфічні та неспецифічні для бойової обстановки. Перші мають підвищений рівень стресогенності і включають: ситуації, що загрожують життю і фізичній цілісності

військовослужбовця; поранення, контузії, каліцтва та дози опромінення; загибель близьких людей і товаришів по службі; жахливі картини смерті і людських мук; випадки загибелі товаришів по службі, мирних громадян, відповідальність за які військовослужбовець приписує собі; події, в результаті яких постраждали честь і гідність військовослужбовця.

До другої групи належать стресори, властиві як бойовій обстановці, так і іншим видам стресових ситуацій: підвищений рівень перманентної потенційної загрози для життя; тривале виконання напруженої діяльності; тривала депривація основних біологічних і соціальних потреб; різкі і несподівані зміни умов служби та життєдіяльності; складні екологічні умови життєдіяльності; відсутність контактів з близькими; неможливість змінити умови свого існування; інтенсивні й тривалі міжособистісні конфлікти; підвищена відповідальність за свої дії; можливість загинути, отримати поранення або потрапити в полон у безглуздій, на думку військовослужбовця, війні» [2].

Реакція військовослужбовця на вплив стресорів бойової обстановки залежить як від їх значущості для конкретного учасника бойових дій, так і від особливостей його поведінки. Значимість впливу на психіку військовослужбовця тих чи інших бойових стресорів визначається його індивідуально-психологічними особливостями і особистісними властивостями, психологічною та професійною готовністю до ведення бойових дій, характером і рівнем бойової мотивації, особливостями сприймання місця і ролі бойових дій в історії та перспективі його системи життєдіяльності. У свою чергу, ефективність поведінки комбатантів залежить від рівня активності, спрямованої на протидію негативному впливу стрес-факторів бойової обстановки; характеру способів подолання дестабілізуючого впливу бойових стресорів на психіку, поведінку і життєдіяльність в цілому; наявності у військовослужбовця досвіду поведінки в бойовій обстановці» [3].

Для виконання мети нашої роботи обстежено 37 постраждалих при збройних конфліктах, які перебували на лікуванні в Тернопільській обласній комунальній

клінічній психоневрологічній лікарні. Психічні порушення у постраждалих при збройних конфліктах значною мірою зумовлені бойовим стресом.

Насамперед, з усіма комбатантами проведена діагностична бесіда, яка мала на меті вирішення не тільки діагностичних, а й психотерапевтичних завдань. Процес проведення діагностичної бесіди можливий за умови подолання комунікативного бар’єру, який, як правило, виникає у військовослужбовців щодо інформації, пов’язаної з пережитим психотравмуючим досвідом. Проведення діагностичної бесіди дозволяє військовослужбовцям розповісти про те, що з ними сталося, відреагувати емоціями, пов’язаними з тяжким для спогадів періодом їхнього життя, поглянути на подію зі сторони, відновити цілісну картину значущих для актуального психічного стану подій, глибше усвідомити, а, можливо, переосмислити те, що вони пережили у психотравмуючій ситуації і те, як це вплинуло на їхні наступні вчинки, життєдіяльність і здоров’я. Повноцінне проведення діагностичної бесіди сприяє також психологічній підготовці військовослужбовців до подальшої участі в реабілітаційній роботі.

Нами виділено низку чинників, які, на думку комбатантів, мали найбільше значення у виникненні психічних проблем, у тому числі фонові психотравмуючі фактори бойової обстановки (тривале перебування в умовах війни, інтенсивність бойових дій тощо), особливості індивідуальних реакцій на вітальну загрозу, психічний та загальний шок у момент поранення тощо [4].

Крім того, перебування у зоні конфлікту супроводжується пролонгованим емоційним стресом. Потужність і тривалість останнього визначаються не тільки наслідками фізичної травми, нерідко незворотними (наприклад, у випадку ампутації кінцівки), а й особистісними якостями постраждалого.

Наступним етапом нашої роботи було визначення психічних розладів у військовослужбовців. Спектр відхилень психічного стану виявився достатньо широким: від різновиду розладу адаптації під назвою бойова стресова реакція (БСР – початковий прояв дезадаптивних розладів) і так званої бойової втоми (БВ) до посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та реактивних станів (психогенні психози, реактивні психози – РС) – найбільш тяжких форм бойової психогенної патології) [5]. Найпоширенішим варіантом у нашому випадку (58%) був БСР. 28% комбатантів мали клінічні ознаки ПТСР. За даними інших дослідників, ПТСР складає від 10% до 50% всіх психопатологічних наслідків війни.

У осіб, які зазнали впливу бойового стресу, спостерігали різноманітні симптоми: нав’язливі думки (74%), депресію (48%), апатію (43%), дисоціацію психічної діяльності (26%), експлозивні (вибухові) реакції (22%) або навпаки, пацієнти замикалися в собі, всіляко уникали міжособистісних контактів (19%). У 67% комбатантів спостерігали соматичні розлади, при цьому психічна і соматична патології взаємообтяжували одна одну.

Оскільки організм людини біологічно не запрограмований переносити масивні психічні травми, період лікування часто супроводжувався пролонгованим

емоційним стресом. За час лікування у багатьох пацієнтів формувалися негативні психологічні стресові реакції, що мали демонстративний та опозиційно-викликаючий характер. З одного боку, у процесі комплексних лікувально-реабілітаційних заходів спостерігали достатньо швидке поліпшення суб’єктивного стану – кількість скарг на стан здоров’я та рівень ситуаційної тривоги помітно зменшувалися, але при цьому відмічалися зниження показників поведінкової саморегуляції, моральної нормативності та здатності до успішного спілкування з навколишніми [6].

Скарги комбатантів мали різноманітний спектр: пригнічений настрій, втомлюваність, апатія, втрата інтересу, психомоторне збудження або загальмованість, труднощі концентрації, нерішучість, відчуття нікчемності, провини, розлади сну (безсоння або сонливість), зміна апетиту і маси тіла, тривога, суїцидальний склад мислення [7], сексуальна дисфункція.

Зокрема, великого значення комбатанти надавали зниженій здатності мислити, або концентруватися (80%), нездатності приймати рішення майже щоденно (або за суб’єктивною думкою, або ж за спостереженнями оточуючих) – 63% пацієнтів. Психомоторне збудження або загальмованість (за спостереженнями інших людей, а не тільки за суб’єктивними відчуттями неспокою або загальмованості) виявлена у 46% обстежених.

Для розуміння цих симптомів важливо переглянути, як працюють механізми пам’яті та як травматична подія «записується» у мозок. У потерпілого травматична подія записується у вигляді імпліцитної пам’яті й не відбувається її інтеграція в автобіографічну наративну пам’ять. Це може бути спричинено як нейроендокринними реакціями у момент стресової події (зокрема, є гіпотеза, що висока концентрація глюкокортикостероїдів може блокувати інтегративні процеси у гіпокампі – згідно з дослідженнями, його об’єм у осіб з хронічним посттравматичним стресовим розладом є зменшеним), так і захисним «увімкненням» механізму дисоціації. Суть цього механізму полягає у «роз’єднанні» нейрональних мереж, що відповідають за різні складові свідомості людини: та мережа нейронів, яка береже записані у формі імпліцитної пам’яті спогади про травматичну подію та відповідний, пов’язаний з цією подією, емоційний стан, відмежовується з «поля свідомості» (теорія структурної дисоціації особистості Hart, 2006). Метафорично це можна порівняти з утворенням певної ширми-перегородки у свідомості, яка відгороджує «звичну зону» від травматичного минулого, від якого хочеться «втекти і сховатися, бо воно надто болюче». Утворення цього дисоціативного «бар’єру» у системі пам’яті, який часто надалі утримується активним уникненням травматичного матеріалу в надії, що якщо «намагатися не згадувати, то подія забудеться сама собою», призводить до того, що процес інтеграції травматичної пам’яті блокується, відповідно з цього походять симптоми посттравматичного стресового розладу. Ці симптоми за механізмом розвитку можна умовно поділити на дві групи. Перша з них пов’язана з тим, що травматична пам’ять не інтегрується, залишається у формі імпліцитної, відповідно спогади не «архівуються», а періодично «вискакують»

у свідомість людини, спричиняючи виражений дис-трес – це так звані позитивні дисоціативні симптоми (у моделі Hart, 2006). Людина, попри небажання, постійно переживає травматичну подію знову і знову у формі інтрузивних спогадів (візуальних, соматосенсорних тощо) – ці спогади мають усі характеристики імпліцитної пам’яті: людина немов «провалюється» в минуле, має таке відчуття, наче знову переживає травматичну подію, відповідно активуються всі емоції, пов’язані з травмою. Ці спогади можуть також бути присутніми у снах людини буквально та символічно, її можуть переслідувати страхітливі сновидіння [8]. Спогади можуть «виринати» самостійно або викликатися певними «тригерами» – ситуаціями чи стимулами, які нагадують про травматичну подію. Відповідно, може мати місце виражена поведінка уникнення, мета якої – зменшити контакт із тригерами та спогадами. Відсутність інтеграції травматичної пам’яті супроводжується і тим, що мигдалеподібне тіло «утримує» симпатичну нервову систему у стані постійної гіперактивації – у людини можуть бути постійне відчуття тривоги, вегетативні симптоми, порушення сну, підвищена дратівливість, труднощі з концентрацією уваги[9].

Друга група спогадів (негативні дисоціативні симптоми у моделі Hart, 2006) пов’язана з відсутністю, втра-тою певних аспектів психічного життя, що зумовлено утворенням дисоціативних «бар’єрів». До цих симпто-мів можна віднести втрату пам’яті щодо травматичної події чи окремих її деталей, загальне емоційне «онімін-ня», почуття загального «відчуження» тощо [10].

Намагання уникнути зіткнення зі спогадами про травматичну подію має у своїй основі фобію окремих аспектів власної пам’яті, власного внутрішнього жит-тя. Відповідно, життєвий простір людини може суттє-во обмежуватися – як внутрішній, інтрапсихічний, так і зовнішній, адже багато аспектів зовнішнього світу є тригерами внутрішніх переживань [11].

Згідно з сучасними поглядами на терапію вищео-писаних розладів (див. Британський протокол та огляд досліджень NICE [2004, С. 119–131]), когнітивно-пове-дінкова терапія та фармакотерапія антидепресантами – два основні методи, рекомендовані для застосування на сучасному етапі.

Для лікування цієї категорії пацієнтів ми запро-понували терапевтичний підхід на підставі сумісного застосування створеного психотерапевтичного комп-лексу та медикаментозних препаратів. У рамках цього методу використовували обрані психотерапевтичні методики та техніки у поєднанні з фармакологічними засобами (антидепресантами, транквілізаторами, сно-дійними засобами, тимостабілізаторами, ноотропами). Вважаємо за доцільне використовувати методику когні-тивно-поведінкової терапії (когнітивну терапію Бека), а також методику прогресивної м’язової релаксації [12]. У разі домінування в клінічній картині когнітивних і/або емоційних розладів у даної категорії пацієнтів застосування психотерапевтичного комплексу роз-починали з когнітивної терапії Бека, до якої приєдну-валася медикаментозна терапія і прогресивна м’язова релаксація. Якщо переважала психовегетативна симп-томатика, то лікування розпочинали із застосування

прогресивної м’язової релаксації, до якої приєдну-валася когнітивна терапія Бека, а на завершальному етапі – медикаментозна терапія [13]. При домінуванні поведінкових порушень психотерапевтичний комплекс розпочинали з технік, що моделюють поведінку, до яких приєднувалася когнітивна терапія Бека.

Висновки

Сучасні бойові дії супроводжуються підвищеним стресогенним впливом на психіку військовослужбов-ців. Інтенсивність переживання комбатантами бойово-го стресу залежить від сили і тривалості впливу на їх психіку бойових стресорів та особливостей реагування військовослужбовця на їх вплив. Найвираженіші пси-хічні порушення спостерігають у осіб, які знаходились в зоні бойових дій понад три місяці. Тривалість ліку-вання впливає на зміни особистісних відреагувань у вигляді негативних психологічних стресових реакцій, що частіше мають демонстративний та опозиційно-ви-кликаючий характер. Наявність когнітивної дисфункції робить свій внесок у порушення професійного і по-бутового функціонування пацієнтів та може суттєво впливати на функціональне одужання. Психічні по-рушення в осіб, які беруть участь у сучасних локальних війнах і збройних конфліктах, є на сьогоднішній день однією з найактуальніших проблем, а психолого-пси-хіатричні наслідки, особливо в контексті медико-ре-абілітаційних завдань, – зона взаємного наукового і практичного поєднання інтересів як цивільних, так і військових фахівців.

Список використаної літератури

1. Болотов Д. М. Расстройства адаптации у лиц, переживших экстремальные ситуации, и их психотерапевтическая коррекция / Д. М. Бо-лотов // Журнал психиатрии и медицинской психологии – 2004. – № 4 (14). – С. 130–133.
2. Румянцева Г. М. Клинико-психопатологические особенности посттравмати-ческого стрессового расстройства при разных типах стрессового воздей-ствия и некоторые терапевтические подходы / Г. М. Румянцева, А. Л. Степанов // Психиатр. и психофармакотер. – 2006. – № 8 (6). – С. 10–16.
3. Шестопалова Л. Ф. Застосування психокорекційно-психотерапевтичного комплексу при розладах адаптації / Л. Ф. Шестопалова, Д. М. Болотов, В. А. Коженикова // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2006. – № 2 (10). – С. 43–44.
4. Яхно Н. Н. Зіставлення клінічних та МРТ-даних при дисциркуляторній енцефа-лопатії. Повідомлення 2: когнітивні порушення / Н. Н. Яхно, О. С. Левін, І. В. Дамулін // Неврол. журн. – 2001. – Т.6, № 3. – С. 10–19.
5. American Psychiatric Association. Practice GuidelinefortheTreatment of Patients With Acute Stress Disorderand Posttraumatic Stress Disorder, 2004, 2009.
6. Beck A. Cognitive therapy for personality disorders / A. Beck, A. Freeman, D. Davis – N.Y. : Guilford Press, 2004.
7. Depression: Management of depression in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline. Number 23. Developed by National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Clinical Excellence published by The British Psychological Society, The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2004.
8. Folstein M. F. «Mini-mentalstate». A practical method for grading the cognitive state of patients fo the clinician Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. // J. Psychiatr. – 1975. – № 12 (3). – P. 189–198.
9. Hart O. The haunted self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization / Hart O., Nijenhuis E., Steele K. – NY: W.W. Norton&Company, 2006.
10. Herman J. Trauma and recovery / J. Herman. – NY: BasicBooks, 1997.
11. Post-traumatic stress disorder. Themangement of PTSD in adults and children in primary and second ary care. Clinical guidance / National Institute for Clinical Excellence. – London, 2005.
12. Prevention of Posttraumatic Stress Disord erby Early Treatment Results From the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study / Shalev A. [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. – 2011; http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/ archgenpsychiatry.2011.127.
13. Taylor S. Clinician`sguideto PTSD: A cognitive-behavioral approach / S. Taylor. – NY: Guilford Press, 2006.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, АССОЦИИРОВАННЫЕ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕЖИВШИХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ С.И. Шкробот, Е.П. Венгер

В данной статье рассматриваются стрессогенные воздействия чрезвычайных ситуаций (боевых действий) на формирование психических расстройств; приве-ден пример факторов, наиболее значимых в возникновении психических проблем. Выделены распространенные симптомы, среди которых особое место занимают когнитивные нарушения. Обоснована соответствующая тактика комплексного лечения военнослужащих, участвовавших в вооруженных конфликтах.

Ключевые слова: депрессивное расстройство, чрезвычайные ситуации, когнитивные нарушения.

MENTAL DISORDERS ASSOCIATED WITH COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS, WHO SURVIVED EMERGENCIES S. Shkrobot, E. Wenger

This article discusses the impact of stressful emergency situations (fighting) on the formation of mental disorders; an example of factors, the most important in causing mental problems. Highlighted common symptoms, including a special place cognitive impairment. Justified by appropriate tactics of complex treatment of servicemen involved in armed conflict.

Key words: depression, emergency, cognitive impairment.

УДК 616.895.8+616.89

О.П. Романів

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА, ТА ОСІБ, ЩО ВЧИНИЛИ СУЇЦИДАЛЬНУ СПРОБУ

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

Більшість стрес-діатез моделей психосоматичних розладів припускають, що всі люди мають певний рівень діатезу для будь-якого хворобливого стану. Вони можуть відрізнятися відносно точки, в якій розвиваються розлади залежно від вираженості факторів ризику і ступеня впливу стресу. Метою дослідження було виявлення загальних клініко-психопатологічних характеристик аутоагресив-ної поведінки на прикладі 60 осіб після незавершеної суїцидальної спроби і 60 хворих на інфаркт міокарда. Пацієнти обох груп перебували в умовах тривалих хронічних психотравмуючих ситуацій, що обумовлювало появу психопатоло-гічних симптомів, розвиток і ускладнення структури патологічних синдромів, а також формування нозологічно окреслених психічних розладів. Психопатоло-гічні синдроми різного ступеня вираженості мали 100% пацієнтів обох груп. В основній групі СД достовірно переважали тужливо-депресивний, депресивно-параноїдний, а також наркоманійний і психопатоподібний синдроми. Питома частка осіб з психічними розладами становила понад 2/3, а саме: у групі СД 88,3%, у групі ІМ 76,6%, причому в обох групах переважали депресивні розлади. Частина пацієнтів з наявністю депресивних синдромів була верифікована як такі, що мали на першій осі діагноз тривожного розладу або зловживання ПАР (насамперед алкоголем) з переважанням першого в групі ІМ, а другого – у групі СД. Тяжкість психічних і психосоматичних розладів позитивно корелювала з тяжкістю суїцидальної налаштованості за С-SSRS. Проведений клініко-психо-патологічний та клініко-статистичний аналіз обстежених контингентів виявив, що основою для аутоагресії насамперед можуть служити нерозгорнуті, абор-тивні, субклінічні неспихотичні психічні розлади, насамперед депресивного спектра. Наші результати підтверджують існуючі рекомендації для скринінгу пацієнтів з інфарктом міокарда щодо депресії та суїцидальних думок, як і осіб з незавершеними суїцидальними спробами.

Ключові слова: психічний розлад, провідний психопатологічний синдром, тривога, депресія, суїцидальна спроба, інфаркт міокарда.

Актуальність. Психосоматичний принцип єдності тілесного і психічного є основою комплексного підходу до курації пацієнта, що повинні враховувати всі медичні спеціалісти [1, 2, 9, 10, 19, 22]. Сучасні дослідження різних хворобливих станів підтверджують їх біопсихосоціальну природу, або, за сучасною термінологією, діатез-стресову модель [3, 8, 16]. За цією моделлю, біологічний діатез або біологічна уразливість стає хворобою тільки за умови впливу стресорів – несприятливих психологічних та со-

ціально-психологічних факторів [8]. Шкідливі психічні фактори зустрічаються практично завжди в соціаль-но-психологічній сфері сучасної цивілізації. Генетично обумовлена норма реакції має еволюційно-історичний пристосувальний характер, вона може «не встигати» за новими темпами змін середовища [9, 10].

Сучасні дослідження діатез-стресових моделей роз-витку психосоматичної патології акцентуються на визначенні доказовості, а саме: впливу психічного

стресу; виявлення факторів уразливості; використання клінічних, нейробіологічних і генетичних методів [3, 8, 16]. Добре узгоджені дані отримані шизофренії, де розглядається наступна багаторівнева діатез-стресова модель: уразливість → стрес → поріг уразливості → шизофренічний діатез → стрес → адаптаційний бар’єр → хвороба [16]. Також в науковій медичній літературі описана афективно-стресова модель депресії [2]. Результати досліджень вказують на значимість діатез-стресових моделей для постстресових, тривожних і афективних розладів [2, 8, 9, 17, 20, 28], коли стресові події, що передують хворобливому стану, не тільки підвищують захворюваність, а й зумовлюють уразливість. Разом з тим, були отримані й протилежні дані, про відсутність статистичного зв’язку між стресовими подіями і розвитком фобічних розладів [20]. Вельми перспективною виглядає пропозиція про виділення особливого універсального психопатологічного діатезу, що об’єднує багато провідних сучасних діагностичних категорій [22].

Більшість стрес-діатез моделей припускають, що всі люди мають певний рівень діатезу для будь-якого даного психосоматичного розладу [7, 9]. Тим не менше, індивідууми можуть відрізнятися відносно точки, в якій розвиваються розлади, залежно від вираженості факторів ризику і ступеня впливу стресу. Відносно незначні чинники стресу можуть призвести до порушення у людей, які дуже вразливі. Цей підхід передбачає адитивність: діатез і стрес взаємно підсилюють один одного, що призводить до появи хворобливих станів.

Отже, діатез є необхідною передумовою для розвитку розладу, фізичного або психічного. Модель суїцидальної поведінки «крик болю» є яскравим прикладом такого підходу до вивчення діатезу до суїцидальної поведінки [27]. Манн і Аранго (1992) запропонували стрес-діатез модель суїциду, засновану на інтеграції нейробіології і психопатології, яка досі є основою для більшої частини сучасних досліджень в суїцидології. Особливий акцент робиться на змінах в системі метаболізму серотоніну як конституціональному факторі ризику, на відміну від ситуаційних стресорних факторів ризику для суїцидальної поведінки [19].

Залежно від обраної моделі постулюються різні типи схильності – нейробіологічні, психофізіологічні або когнітивні. У центрі уваги моделі тривожного очікування, запропонованої Barlow, на тлі вродженої та / або набутої вразливості, стоїть розвиток тривожного очікування, який характеризується:

- а) підвищеним збудженням (вігільністю);
- б) припущенням пацієнта про те, що майбутні події будуть неконтрольованими і не прогнозованими;
- в) зміною спрямованості уваги на внутрішні події [7].

В емпіричних дослідженнях отримані достовірні дані про зв’язок, наприклад, соціального стресу з виробничим травматизмом або рівнем «простудних» (гострих респіраторних) захворювань. Однак для лікаря у разі гострих захворювань або уражень ці фактори є мало важливими, порівняно з дією основної причини. Наприклад, тип А розглядають як головний модератор впливу соціального стресу на серцево-судинні розлади, однак смертність з причин, пов’язаних із серцево-су-

динною патологією, у групі типу А не відрізняється від загальної у популяції. У реальних життєвих ситуаціях має значення не сам патерн типу А, а одна з його складових – ворожість. Разом з тим, накопичується все більше даних про те, що природний низький або фармакологічно знижений рівень холестеролу в крові пов’язаний з ризикованою поведінкою і підвищеною смертністю не тільки внаслідок самогубств, а й у зв’язку з травмами і нещасними випадками. «Холестеролова гіпотеза суїциду» змушує задуматися про доцільність фармакологічних заходів щодо цілеспрямованого зниження рівня холестеролу, оскільки зниження ризику інфаркту при цьому компенсується високим ризиком суїциду [5, 6, 21].

Концепція безперервного діатезу може пояснити відмінності в саморуйнівній поведінці: аутоагресивні реакції на подібні події життя коливаються від гострих соматичних станів (інфаркт міокарда, мозковий інсульт) до завершених суїцидів. Кореляція між агресією і ворожістю була підтверджена в дослідженнях і суїциду, і інфаркту міокарда. Дослідження суїцидальної поведінки додатково вказали на роль імпульсивності, яка визначає високу летальність суїцидальної поведінки [11].

Депресія, інші психіатричні захворювання та низький соціально-економічний статус, як правило, збільшують ризик і інфаркту міокарда [12, 14, 25], і самогубства [15, 26]. Дослідження показали позитивну кореляцію між кількістю смертей від суїциду і від ішемічної хвороби серця з 1979 по 2005 рік у Бразилії, виявили позитивну кореляцію між поширеністю хвороб серця і спроб самогубства у літнього населення Півдня Франції. Бідність, безробіття, соціальна ізоляція (за даними досліджень) призводили як до інфаркту міокарда, так і до самогубства. Дослідження також показують, що ризик інфаркту міокарда і суїциду збільшується з підвищенням рівня тяжкості депресивних симптомів [13, 18, 23, 24]. Причому, незалежно від віку та статі прояви психічних порушень випереджають клінічні прояви серцево-судинної патології, в тому числі ішемічної хвороби серця.

Взаємозалежність стресу і діатезу означає, що заходами, спрямованими на діатез, можна також зменшити вплив стресових факторів, а зниження рельєфу ефектів стресу підвищить ефективність терапевтичних втручань та програм профілактики аутоагресивної поведінки.

Метою дослідження було виявлення спільних клініко-психопатологічних характеристик аутоагресивної поведінки, отже – суїцидальної небезпеки обстежених контингентів (осіб після незавершеної суїцидальної спроби і хворих на інфаркт міокарда)

Матеріали та методи дослідження

Обстеження за програмою дисертаційного дослідження за умови отримання інформованої згоди у період з 2009 по 2013 рік пройшли 158 осіб, дані 38 респондентів були вилучені з подальшої статистичної обробки з метою формування репрезентативної за віком та статтю вибірки. Для здійснення завдань дослідження нами було відібрано 120 пацієнтів – хворих з різними формами суїцидальної

поведінки, а також контрольна група порівняння – пацієнти з серцево-судинною патологією (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл обстежених осіб за групами (n=120)

Групи	Контрольна група	Основна група	Разом
Абс.	60	60	120
%	50,0	50,0	100,00

В основну групу увійшло 60 суїцидентів, які перебували на стаціонарному лікуванні у психіатричному відділенні ЗОКУ після скоєння суїцидальної спроби та амбулаторно спостерігалися в цьому ж відділенні після виписки. Процедура обстеження була реалізована по мірі поступлення пацієнтів у психіатричне відділення Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака. Пацієнти цієї групи проходили обстеження в рамках даного дослідження в ранньому постсуїцидальному періоді (від тижня до місяця після скоєння спроби самогубства), після завершення купірування соматоневрологічних наслідків суїциду.

Для групи порівняння було обстежено 60 пацієнтів кардіологічних стаціонарів області, які за показаннями (за рішенням лікуючого лікаря-кардіолога) потребували консультації психіатра. Групу складали 60 пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда в межах до 30 днів перед дослідженням (у дослідження включали пацієнтів кардіологічних відділень, які отримали лікування гострого періоду та не мають тяжких ускладнень).

До критеріїв виключення пацієнтів із дослідження відносили гострий психотичний епізод, виражене інтелектуально-мнестичне зниження, поведінкові і психічні розлади внаслідок регулярного зловживання психоактивними речовинами; відсутність добровільної усвідомленої згоди на обстеження та лікування; вік менше 18 років.

Вікові межі для сформованої вибірки респондентів визначалися вимогами госпіталізації в стаціонар для дорослих. Вік обстежених респондентів коливався від 22 до 65 років, із переважанням осіб середнього віку (31–40 років – 47,5 %; 41–50 років – 29,2 %) (табл. 2).

Середній вік обстежених контрольної групи ІМ склав (37,8±6,1), основної групи СД – (34,5±7,3). Достовірної різниці між групами за середнім віком не визначено ($\chi^2_{\text{емп}} < \chi^2_{\text{крит.}}$, $p \leq 0,01$), що й було передбачено критеріями формування вибірки осіб для включення до дослідження. Значуща ураженість осіб працездатного віку вказує на вагому соціальну значимість цієї медичної проблеми. Визначений розподіл хворих на даному етапі обстеження був обумовлений переважанням осіб працездатного віку в контингенті стаціонарних хворих усіх відділень, задіяних у дослідженні.

Таблиця 2. Розподіл обстежених осіб за віком (n=120)

Вік (роки)	Групи			
	Основна СД (n=60)		Контрольна ІМ (n=60)	
	N	%	N	%
> 20	–	–	–	–
21–30	6	10,0	4	6,7
31–40	27	45,0	30	50,0
41–50	17	28,3	18	30,0
51–60	6	10,0	6	10,0
> 60	4	6,7	2	3,3

За статевою структурою основну групу суїцидентів (СД) складали 34 жінки (56,7%) і 26 чоловіків (44,3%). Контрольна група хворих на інфаркт (ІМ) складалася відповідно з 23 жінок (38,3%) та 37 чоловіків (61,7%) (табл. 3.). Відповідно, переважання жінок в групі СД склало 12,4%. Такий розподіл не був типовим, загальнопопуляційний рівень завершених суїцидів приблизно в 6 разів вищий у чоловіків, ніж в жінок; натомість, кількість незавершених суїцидальних спроб вчетверо більша серед жінок. Переважання чоловіків в групі ІМ склало 23,4%, що відповідає популяційним тенденціям: у жінок до настання менопаузи ІХС трапляється значно рідше, ніж у чоловіків того ж віку. Інфаркт міокарда розвивається у жінок на 10–15 років пізніше, ніж у чоловіків, а больовий синдром нерідко має атиповий або поєднаний характер, що ускладнює ранню діагностику цього тяжкого захворювання. Отже, вищеописаний гендерний розподіл більшою мірою обумовлювався специфікою контингентів хворих, які зазвичай проходять лікування у психіатричних та кардіологічних стаціонарах Закарпатської області.

Таблиця 3. Розподіл обстежених осіб за статтю (n=120)

Стать	Групи			
	Основна СД (n=60)		Контрольна ІМ (n=60)	
	N	%	N	%
Чоловіки	26	44,3	37	61,7
Жінки	34	56,7	23	38,3

Достовірна різниця за статтю в групах також відсутня згідно з критеріями формування вибірки осіб для включення до дослідження ($\chi^2_{\text{емп}} < \chi^2_{\text{крит.}}$, $p \leq 0,01$).

Клінічну оцінку обстеження проводили за двома напрямками – оцінка актуального психічного стану на момент обстеження, клінічне інтерв’ю та ретроспективна оцінка життєвих подій та переживань, що передували випадкам госпіталізацій. З цією метою використаний клініко-феноменологічний та клініко-психопатологічний методи дослідження у вигляді напівструктурованого психопатологічного інтерв’ю, основною метою якого була комплексна оцінка психічного статусу пацієнта, характеристик аутоагресивної поведінки та коморбідних психопатологічних порушень.

Розлади психіки в процесі структурованого психопатологічного інтерв’ю діагностували згідно з критеріями розділу V «Психічні розлади» МКХ–10. Провідний психопатологічний синдром визначався відповідно до глосарію психопатологічних симптомів.

Результати та їх обговорення

Психопатологічні симптоми різного ступеня вираженості (феномени) були виявлені у 100% пацієнтів як основної, так і контрольної груп. Відповідно до «Глосарію психопатологічних синдромів і станів» вони були зведені в синдромальні комплекси: у пацієнтів з груп СД та ІМ було виявлено різну якісну та кількісну структуру окремих синдромів (табл. 4).

Таблиця 4. Розподіл обстежених осіб за провідним психопатологічним синдромом (n=120)

Провідний психопатологічний синдром	Групи			
	Основна СД (n=60)		Контрольна ІМ (n=60)	
	N	%	N	%
Тривожно-депресивний	3	5,0	17	28,4
Тужливо-депресивний	26	43,3	2	3,3
Депресивно-фобічний	–	–	12	20,0
Депресивно-параноїдний	7	11,7	–	–
Тривожно-фобічний	–	–	11	18,3
Тривожно-іпохондричний	–	–	8	13,3
Істеричний	3	5,0	–	–
Психопатоподібний	11	18,3	6	10,0
Наркоманічний	7	11,7	–	–
Сенесто-іпохондричний	3	5,0	4	6,7

У основній групі СД достовірно переважали тужливо-депресивний ($\varphi^*=2,54$ $p=0,004$), депресивно-параноїдний і наркоманічний (відповідно $\varphi^*=1,98$ $p=0,021$) та психопатоподібний синдроми ($\varphi^*=2,24$ $p=0,015$), а також спостерігалася тенденція до переважання істеричного ($\varphi^*=1,4$ $p=0,076$) синдрому. Натомість, в контрольній групі ІМ переважали тривожно-депресивний ($\varphi^*=2,39$ $p=0,007$), депресивно-фобічний ($\varphi^*=1,82$ $p=0,034$), тривожно-фобічний ($\varphi^*=1,94$ $p=0,025$) тривожно-іпохондричний ($\varphi^*=2,32$ $p=0,01$) синдроми. Такий синдромальний розподіл вказує на те, що в основній групі СД питома частка депресивних порушень складає понад 70%.

Пацієнти обох груп перебували у подібних умовах, на тлі тривалих хронічних психотравмуючих ситуацій у пацієнтів спостерігали стабілізацію невротичної симптоматики, подальший розвиток та ускладнення структури патологічного синдрому, а також формування нозологічно окреслених психічних розладів. Така динаміка психопатологічної симптоматики в процесі формування та подальшого перебігу психічних розладів була обумовлена взаємодією актуальних життєвих ресурсів пацієнта з біопсихосоціальними факторами навколишнього середовища: психотравмуючими факторами, особливостями особистісного реагування, закономірностями перебігу самого психопатологічного процесу. Варто зауважити, що в обох групах питома частка осіб з нозологічно окресленими психічними розладами складала понад 2/3, а саме: в групі СД – 88,3%, в групі ІМ – 76,6% (табл. 5). Решта клініко-феноменологічних проявів була кваліфікована в рамках психосоматичних розладів з вищевказаною синдромальною структурою.

В основній (СД) і контрольній(ІМ) групах пацієнтів провідною нозологічною категорією була депресія (відповідно 32 особи або 53,3% групи СД; 22 особи або 36,6% групи ІМ). У більшості пацієнтів з нозологічно окресленою депресією був депресивний епізод легкого або середнього ступеня тяжкості, вперше виявлений (відповідно 23 особи або 38,3% групи СД; 19 осіб або 31,7% групи ІМ). В групі СД, порівняно з групою ІМ, було виявлено накопичення осіб з рекурентним депресивним розладом (8,3% VS 3,3%) та депресивним/змішаним епізодом біполярного афективного розладу (6,7% VS 1,7%).

Частина пацієнтів з наявністю депресивних синдромів (їх загальна кількість сягала 60% в групі СД та 51,6% в групі ІМ) були верифіковані як такі, що мали на першій осі діагноз реакції на тяжкий стрес, тривожного розладу або зловживання ПАР (насамперед алкоголем). Варто зауважити, що останні дві нозологічні категорії в основній і контрольній групах розподілилися протилежним чином. В групі СД частка осіб зі зловживанням ПАР сягала 18,3%, порівняно з 10,0% в групі ІМ. Навпаки, в групі ІМ частка осіб з тривожними розладами (в тому числі з фобічними проявами внаслідок перенесеного ІМ) складала 21,7%, порівняно з 5,0% в групі СД. Тяжкість психічних та психосоматичних розладів позитивно корелювала з тяжкістю суїцидальної налаштованості за Колумбійською шкалою оцінки тяжкості суїциду (C-SSRS) ($rs=0,643$, $rs>rs$ кр, $p\leq 0,01$), а їх патоморфоз полягав у збільшенні алекситимії і прихованої ворожості.

Висновки

Пацієнти обох груп перебували в умовах тривалих хронічних психотравмуючих ситуацій, що обумовлювало появу психопатологічних симптомів, розвиток та ускладнення структури патологічних синдромів, а також формування нозологічно окреслених психічних розладів. Психопатологічні синдроми різного ступеня вираженості мали 100% пацієнтів обох груп. В основній групі достовірно переважали тужливо-депресивний, депресивно-параноїдний, а також наркоманійний та психопатоподібний синдроми. В контрольній групі переважали тривожно-депресивний, депресивно-фобічний, тривожно-фобічний і тривожно-іпохондричний синдроми. Питома частка осіб з психічними розладами складала понад 2/3, а саме: в групі СД 88,3%, в групі ІМ 76,6%, причому в обох групах переважали депресивні розлади. Частина пацієнтів з наявністю депресивних синдромів була верифікована як такі, що мали на першій осі діагноз тривожного розладу або зловживання ПАР (насамперед алкоголем) із переважанням першого в групі ІМ, а другого – в групі СД. Тяжкість психічних та психосоматичних розладів позитивно корелювала з тяжкістю суїцидальної налаштованості за C-SSRS.

Проведений клініко-психопатологічний та клініко-статистичний аналіз обстежених осіб після незавершеної суїцидальної спроби і хворих на інфаркт міокарда виявив певні спільні харктеристики аутоагресивної поведінки,

Таблиця 5. Розподіл обстежених осіб за провідним психічним розладом (n=120)

Психічний розлад	Групи			
	Основна СД (n=60)		Контрольна ІМ (n=60)	
	N	%	N	%
ВДР, вперше виявлений	23	38,3	19	31,7
ВДР, рекурентний	5	8,3	2	3,3
БАР, депресивний/ змішаний епізод	4	6,7	1	1,7
Тривожні розлади	3	5,0	13	21,7
Реакції на тяжкий стрес	4	6,7	5	8,3
Розлади особистості	3	5,0	–	–
Зловживання ПАР	11	18,3	6	10,0
ВСЬОГО	53	88,3	46	76,7

отже – суїцидальної небезпеки пацієнтів, основою для якої в першу чергу можуть служити нерозгорнуті, абортивні, часом субклінічні неспсихотичні психічні розлади, насамперед депресивного спектра. Найбільш значущим є переживання пацієнтом стерпного конфлікту з почуттям внутрішньої напруженості, втратою інтересу до життя і кумулюванням негативних емоцій. Наші результати підтверджують існуючі рекомендації для скринінгу пацієнтів з інфарктом міокарда щодо депресії та суїцидальних думок.

Список використаної літератури

- Александровский Ю. А. Пограничные психиатрические расстройства : руководство для врачей / Ю. А. Александровский – М. : Медицина, 1993. – 400 с.
- Аффеktivно-стрессовая модель депрессии: практическое внедрение в ревматологической практике / Вельтищев Д. Ю., Марченко А. С., Серавина О. Ф. [и соавт.] // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – № 5. – С. 17–21.
- Бачерииков Н. Е. Клиническая психиатрия / Н. Е. Бачерииков. – К. : Здоровье, 1989. – 490 с.
- Глоссарий психопатологических синдромов и состояний: методическое пособие для унифицированной клинической оценки психопатологических состояний / под ред. В. С. Ястребова, А. К. Ануфриева, М. А. Лисиной. – Москва, 1990. – 111 с.
- Клинико-терапевтическая динамика нозогенных реакций при инфаркте миокарда / В. Н. Корниенко // Военно-медицинский журнал. – 2008. – № 5. – С. 55–56.
- Розанов В. А. Нейробиологические аспекты самоубийств и перспективы изучения биомаркеров суицидального поведения в Украине. В кн.: Суицидология. Теория и практика. – К. : Изд-во КИВД, 1998. – С. 71–73.
- Хаустова О. О. Самоубства та побутова смертність в Україні: підсумки 2012 року / О. О. Хаустова // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, Вип. 4 (77). – С. 71–73.
- Чабан О. С. Деадаптація людини в умовах суспільної кризи: нові синдроми та напрямки їх подолання / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – № 3 (23). – С. 13–21.
- Чабан О. С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) / О. С. Чабан, О. О. Хаустова. – К. : ТОВ ДСГ Лтд, 2004.
- Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология. – Днепрпетровск, 2006. – 742 с.
- Юрьева Л. Н. Суицидологическая ситуация в Украине: реалии и перспективы / Л. Н. Юрьева // Укр. вісн. психоневрології. – 2007. – Т. 15, Вип. 1 (50). – С. 34–36.
- Chaix B. Neighborhood socioeconomic deprivation and residential instability: effects on incidence of ischemic heart disease and survival after myocardial infarction / B. Chaix, M. Rosvall, J. Merlo // Epidemiology. – 2007. – № 18. – P. 104–111.
- Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, И ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ А.П. Романив

Большинство стресс-диатез моделей психосоматических расстройств предполагают, что все люди имеют определенный уровень диатеза для любого болезненного состояния. Они могут отличаться относительно точки, в которой развиваются расстройства в зависимости от выраженности факторов риска и степени воздействия стресса. Целью исследования было выявление общих клинико-психопатологических характеристик аутоагрессивного поведения на примере 60 человек после незавершенной суицидальной попытки и 60 больных инфарктом миокарда. Пациенты обеих групп находились в условиях длительных хронических психотравмирующих ситуаций, что обуславливало появление психопатологических симптомов, развитие и усложнение структуры патологических синдромов, а также формирование нозологически очерченных психических расстройств. Психопатологические синдромы различной степени выраженности имели 100% пациентов обеих групп. В основной группе СД достоверно преобладали тоскливо-депрессивный, депрессивно-параноидный, а также наркоманический и психопатоподобный синдромы. В контрольной группе ИМ преобладали тревожно-депрессивный, депрессивно-фобический, тревожно-фобический и тревожно-іпохондрический синдромы. Удельный вес лиц с психическими расстройствами составлял более 2/3, а именно: в группе СД 88,3%, в группе ИМ 76,6%, причем в обеих группах преобладали депрессивные расстройства. Часть пациентов с наличием депрессивных синдромов была верифицирована как имевшие на первой оси диагноз тревожного расстройства или злоупотребления ПАВ (прежде всего алкоголем) с преобладанием первого в группе ИМ, а второго – в группе СД. Тяжесть психических и психосоматических расстройств положительно коррелировала с тяжестью суицидальной настроенности по C-SSRS. Проведенный клинико-психопатологический и клинико-статистический анализ обследованных контингентов обнаружил, что основой для аутоагрессии в первую очередь могут служить неразвернутые, абортивные, субклинические неспихотические психические расстройства, прежде всего депрессивного спектра. Наши результаты подтверждают существующие рекомендации для скрининга пациентов с инфарктом миокарда по депрессии и суицидальным мыслям, как и лиц с незавершенными суицидальными попытками.

Ключевые слова: психическое расстройство, ведущий психопатологический синдром, тревога, депрессия, суицидальная попытка, инфаркт миокарда.

CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AND THE PERPETRATORS OF SUICIDE ATTEMPT A. Romaniv

Most of the stress-diathesis model of psychosomatic disorders suggest that all people have a certain level of diathesis for any disease. They may differ the point of the disorder develops depending on the severity of the risk factors and the impact of stress. The aim of the study was to identify common characteristics of clinical and psychopathological autoagressive behavior on the example of 60 people after an incomplete suicide attempt and 60 patients with myocardial infarction. Patients in both groups were in a long-term chronic traumatic situations that causes the appearance of psychopathological symptoms, development and complexity of the structure of pathological syndromes, as well as the formation of nosologically-defined mental disorders. Psychopathological syndromes of varying severity were 100% in both groups. In the study SD group was significantly prevailed melancholy-depressive, depressive-paranoid, as well as narcotics and psychopathic syndromes. In the control MI group prevailed anxiety-depressive, depressive-phobic, anxious-phobic and anxious-hypochondriacal syndromes. The proportion of persons with mental illness was more than 2/3, namely, in the SD group, 88.3% and 76.6% MI group, wherein both groups dominated depressive disorder. Part of patients with depressive syndromes have diagnosis of anxiety disorder or substance abuse (especially alcohol) at first axis with a predominance of anxiety in MI group, and the abuse – in the SD group. The severity of psychiatric and psychosomatic disorders was positively correlated with the severity of suicidal feelings on C-SSRS. Thus, our clinical-psychopathological and clinical-statistical analysis of the surveyed contingents found that the basis for self-aggression in the first place can serve as a non-deployed, abortive, subclinical psychotic mental disorders, especially depressive spectrum. Our results support the current recommendations for screening patients with myocardial infarction depression and suicidal thoughts, as well as those with incomplete suicide attempts.

Key words: mental disorder, leading psychopathological syndrome, anxiety, depression, suicide attempt, myocardial infarction.

- Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association / J. H. Lichtman, J. T. Jr. Bigger, J. A. Blumenthal [et al.] // Circulation. – 2008. – № 118. – P. 1768–1775.
- Ferketich A. K. Psychological distress and cardiovascular disease: results from the 2002 National Health Interview Survey / A. K. Ferketich, P. F. Binkley // Eur. Heart J. – 2005. – № 26. – P. 1923–1929.
- Hawton K. Suicide / K. Hawton, K. van Heeringen // The Lancet. – 2009. – № 373. – P. 1372–1381.
- Jones S. R. A new look at the neural diathesis–stress model of schizophrenia: the primacy of social-evaluative and uncontrollable situations / S. R. Jones, C. Fernyhough // Schizophr. Bull. – 2007. – Vol. 33, № 5. – P. 1171–1178.
- Kishi Y. Suicidal ideation among patients with acute life-threatening physical illness: patients with stroke, traumatic brain injury, myocardial infarction, and spinal cord injury / Y. Kishi, R. G. Robinson, J. T. Kosier // Psychosomatics. – 2001. – № 42. – P. 382–390.
- Lesperance F. Depression in patients with cardiac disease: a practical review / F. Lesperance, N. Frasure-Smith // J. Psychosom. Res. – 2000. – № 48. – P. 379–391.
- Mann J. J. Integration of neurobiology and psychopathology in a unified model of suicidal behavior / J. J. Mann, V. Arango // Journal of Clinical Psychopharmacology. – 1992. – № 12. – S. 2–7.
- Mann J. J. Neurobiology of suicidal behaviour / J. J. Mann // Nat. Rev. Neurosci. – 2003. – № 4. – P. 819–828.
- Monroe S.M, Hadjiyannakis H. The social environment and depression: Focusing on severe life stress / Gotlib I.H, Hammen C.L, editors // New York: Guilford Press; Handbook of Depression. – 2002.
- Myocardial Infarction and Risk of Suicide. A Population-Based Case-Control Study / K. K. Larsen [et al.] // Circulation. – 2010. – Vol. 122. – P. 2388–2393.
- Placido A. Association between suicide and cardiovascular disease: time series of 27 years / A. Placido, A. C. Sposito // Int. J. Cardiol. – 2009. – № 135. – P. 261–262.
- Qin P. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981–1997 / P. Qin, E. Agerbo, P. B. Mortensen // Am. J. Psychiatry. – 2003. – № 160. – P. 765–772.
- Rugulies R. Depression as a predictor for coronary heart disease. a review and meta-analysis / R. Rugulies // Am. J. Prev. Med. – 2002. – № 23. – P. 51–61.
- van Heeringen C. Suicidal brains: A systematic review of structural and functional brain studies in association with suicidal behaviour // C. van Heeringen, S. Bytteeber, K. Godfrin // Neuroscience and Biobehavioral Reviews. – 2011. – № 35. – P. 688–698.
- Williams J. M. G., Psychological aspects of the suicidal process / Williams J. M. G, Pollock L. ; vanHeeringen K, editor. West Sussex, England: Wiley; In: Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention, 2001.
- Yang B., Clum G. A. Suicide and Life–Threat Behavior. – 1994. – Vol. 24, № 2. – P. 127–139.

І.Я. Пінчук, Н.М Степанова, О.О. Суховій, Г.С. Сулімовська
ВПЛИВ ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я:
ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ АНКЕТУВАННЯ ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ
У ЗОНІ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ В УКРАЇНІ,
ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ТА ПРАЦІВНИКІВ, ЗАДІЯНИХ У ДОПОМОЗІ
Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова:
антитерористична операція в Україні, внутрішньо переміщені особи, соціальні працівники, волонтери, психологи, перша психологічна допомога, психотравмуючі ситуації, гостра реакція на стрес, посттравматичні психічні порушення.

За даними Управління Верховного комісара ООН у справах біженців (УВКБ ООН в Україні), станом на 6 листопада 2014 року вже 431 195 внутрішньо переміщених осіб вимушені залишити свої домівки у зв'язку з бойовими діями, що тривають у Донецькій та Луганській областях, а також 19 157 осіб – після анексії та окупації Російською Федерацією частини території України – Автономної Республіки Крим та міста Севастополь. Окрім того, 488 548 осіб з 1.01.2014 року були вимушені виїхати за межі України, серед яких 215 732 – з метою пошуку притулку, – тобто сумарна кількість внутрішньо і зовнішньо переміщених осіб лише за підтвердженими даними складає 938 900 осіб. Переміщені особи мають звикати до нових, часто несприятливих умов існування на новому місці. Втрата домівки, близьких людей, звичного оточення та усталеного побуту, зміна ритму життя, а також невизначеність і, в результаті, страх щодо майбутнього, – це далеко не повний перелік факторів, які впливають на фізичне та психічне здоров'я таких осіб. Для нормалізації рівня життя постраждали потребують комплексної тривалої допомоги фахівців у різних сферах діяльності, яка повинна включати в себе три основні напрями: медичний, соціальний і психологічний. Такий комплексний підхід утворює «трикутник допомоги», свого роду потрійний союз, який функціонує тим успішніше й ефективніше, чим більше його учасники усвідомлюють і реалізують себе як мультидисциплінарну команду, вміють при необхідності гнучко перерозподіляти навантаження та адаптуватись до нових викликів часу [4]. Соціальний напрям роботи здійснюється у контакті з різними відомствами і включає в себе консультування

та інформаційне забезпечення, заходи соціальної реабілітації в амбулаторних умовах та у стаціонарі, виявлення осіб, які першочергово потребують соціальної допомоги, соціальну діагностику, сприяння організації груп самопомоги і взаємодопомоги, виявлення осіб з агресивними тенденціями, девіантною поведінкою та профілактику такої поведінки, надання допомоги в отриманні пенсій та соціальних виплат, а також допомоги у пошуку роботи та відновленні або оформленні документів, запобігання поширенню бездомності та дитячої безпритульності, виявлення таких осіб та їх розселення. Соціальна підтримка переселенців спрямована на отримання достатнього прожиткового мінімуму, житла, роботи, можливості навчатися. Забезпечення мінімального достатнього рівня наданих послуг дозволяє соціальним службам надати допомогу якомого більший кількості людей, особливо під час їх інтенсивного надходження з зони проведення анти-терористичної операції (АТО) та з анексованої території. Одночасно з соціальною адаптацією, внутрішньо переміщені особи потребують кваліфікованої психологічної та медичної допомоги, тому фахівцям необхідно вчасно й ефективно їй надавати та адаптувати людину до умов, які склались. Міністерством охорони здоров'я України за сприяння Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України було організовано серію тренінгів для фахівців з надання психологічної та соціальної допомоги особам, які постраждали внаслідок бойових дій на сході України. Перша така зустріч відбулася 10 вересня 2014 р. на тему «Перша психологічна допомога тимчасово переміщеним особам та постражда-

лим у надзвичайних ситуаціях». Окрім цього, в рамках проекту Програми розвитку ООН «Підтримка реформи соціального сектора в Україні», за участю Міністерства соціальної політики України та Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України розпочато цикл семінарів для волонтерів та соціальних працівників на тему «Надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні збройного конфлікту та їх психологічна адаптація до нового місця проживання». У семінарі взяли участь фахівці з усіх регіонів України, у тому числі представники волонтерських організацій «ВОСТОК SOS», «Донбас SOS», «Центр зайнятості Вільних людей», «Крим SOS», Центру взаємодопомоги «Врятуймо Україну» та інших організацій, а також журналісти провідних ЗМІ України.

Матеріали та методи дослідження

У рамках навчальних семінарів для фахівців нами було проведено соціологічне дослідження, *метою* якого було визначення психологічного стану фахівців та рівень їхньої стресостійкості, а також визначення стану самих постраждалих в результаті бойових дій, чи надавалась їм медична та психологічна допомога, виявлення рівня надання соціальної допомоги тощо.

Дослідження проводилось у два етапи:
1 етап – анкетування фахівців. Цільовою вибіркою стали **197** учасників даних семінарів – **психологи (113), соціальні працівники (68), волонтери (29)**, які надають допомогу внутрішньо переміщеним особам, постражданим у зонах АТО та безпосередньо перебували у гарячих точках.
2 етап – дослідження, проведене із залученням соціальних працівників, які пройшли підготовку на вищезазначених семінарах. Соціальними працівниками було надано інформацію щодо **279** внутрішньо переміщених осіб – за анкетною, спеціально розробленою спільно з Міністерством соціальної політики України.
У якості інструментів дослідження для кожної групи були розроблені відповідні анкети. Анкети для психологів, соціальних працівників та волонтерів заповнювались учасниками семінарів на паперових бланках, вони містили 24

закритих та напіввідкритих питань. Анкети для тимчасово переміщених осіб заповнювались в електронному вигляді соціальними працівниками. Вони містили 23 закритих та напіввідкритих питання стосовно аспектів та умов перебування таких осіб на новому місці проживання. Обробку, підрахунок та аналіз усіх отриманих даних здійснювали за допомогою табличного процесора Microsoft Office Excel.

Результати першої частини дослідження

Серед відповідей на питання стосовно психотравмивних ситуацій, у яких учасникам семінарів довелося побувати чи бути їх свідками, основними відповідями були наступні: «погана новина» (розграбований або зруйнований будинок, постраждав хтось із близьких) (36%), бійки (29%), самі були постраждалими, стали свідками вбивства або артобстрілу (по 10% на кожну ситуацію). Загальні дані щодо всіх відповідей відображені на рисунку 1.

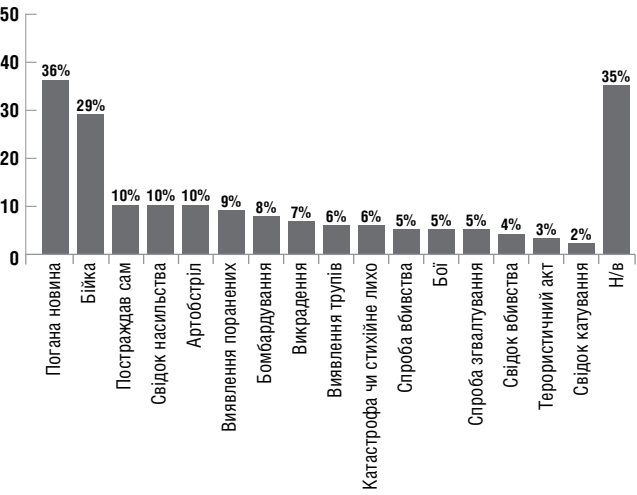


Рис. 1. Пережиті види психотравмуючих ситуацій

На рисунку 2 показані дані з відповідями на це ж питання окремих груп фахівців. Відповідь «погана новина» обрали 55% волонтерів, 35% психологів та 29% соціальних працівників, були свідками бійки 38% психологів та по 21% волонтерів і соціальних працівників.

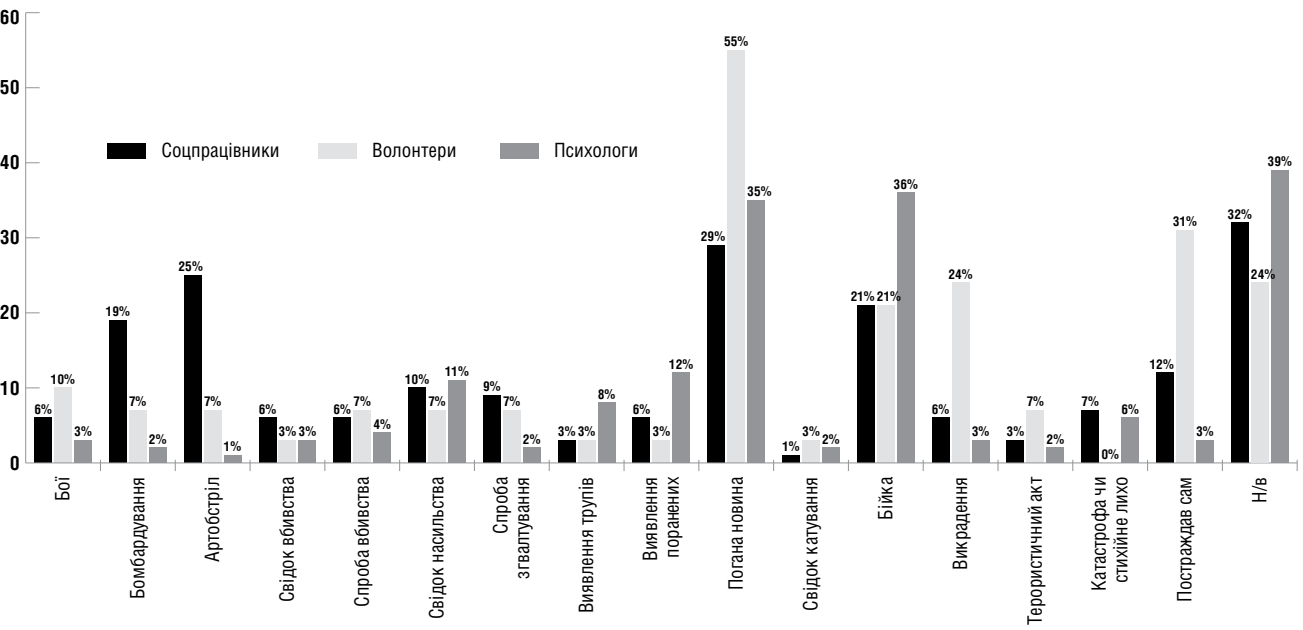


Рис. 2. Пережиті види психотравмуючих ситуацій в розрізі окремих груп фахівців

Стосовно кількості видів пережитих психотравмуючих ситуацій, за загальними даними, більшість фахівців або не стикались із такими ситуаціями взагалі (34%), або стикались із однією психотравмуючою ситуацією (26%) (рис. 3).

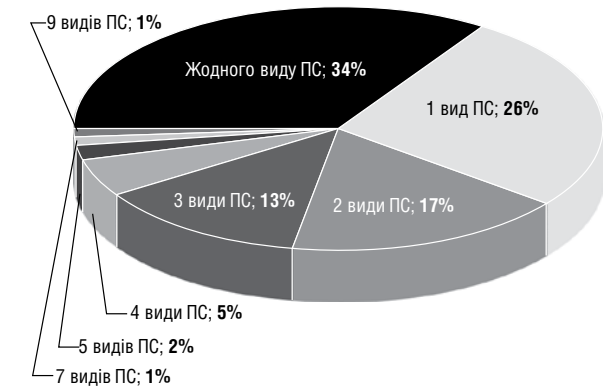


Рис. 3. Кількість психотравмуючих ситуацій, пережитих опитаними

На рисунку 4 наведені психологічні реакції, які виникали в фахівців у відповідь на психотравмуючу ситуацію. Найчастіше у опитуваних спостерігали відтерміновану реакцію (переосмислення дійсності, відтермінована емоційна криза тощо) – у 22%. У 13% учасників проявилась первинна реакція, у 11% – синдром уникнення, у 9% – симптоми вторгнення, у 9% – симптом гіперактивації. 35% опитаних не надали відповіді на питання.

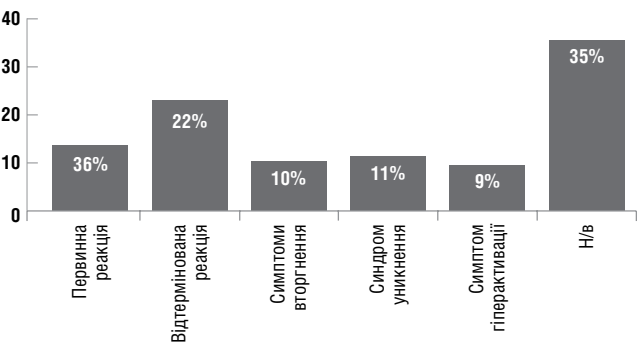


Рис. 4. Реакція на психотравмуючі ситуації

Для визначення витривалості фахівців до стресу ми використали тест на виявлення рівня їх стресостійкості. Отримані результати продемонстрували, що 85% волонтерів мають виражену, а 15% – помірну стійкість до стресів; серед психологів 65% мають виражену стійкість, а 34% – помірну стійкість до стресів; серед соціальних працівників у 37% – виражена, а у 63% – помірна стійкість до стресів. Таким чином, серед учасників опитування найвищий рівень стресостійкості виявлено у волонтерів (рис. 5).

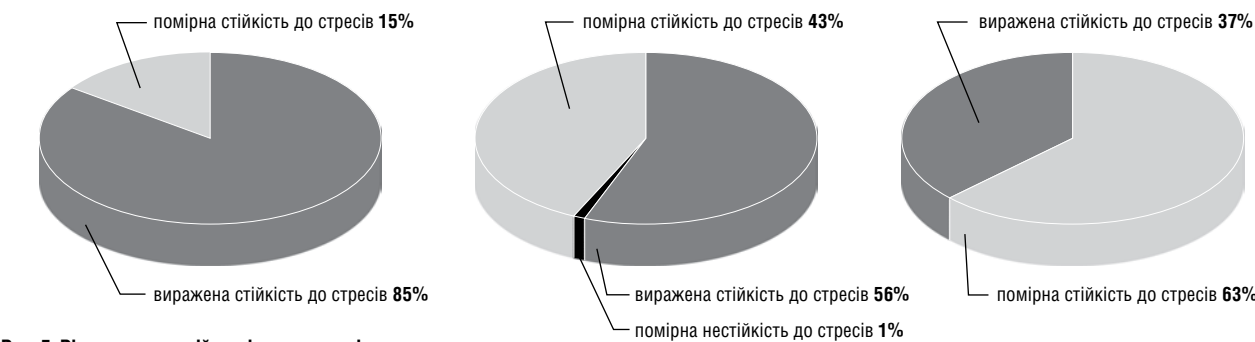


Рис. 5. Рівень стресостійкості респондентів

На **другому етапі** дослідження були отримані результати з 5 регіонів України (Дніпропетровської, Львівської, Вінницької та Київської областей і міста Києва) стосовно аспектів та умов перебування постраждалих на новому місці. Пропорційність відповідей розподілилась між зазначеними регіонами наступним чином: найбільшу кількість відповідей було отримано серед постраждалих, які перемістились до Вінницької області (65%), меншу кількість отримано у Львівській (18%), Київській (9%), Дніпропетровській (6%) областях та у м. Києві (4%) (рис. 6).

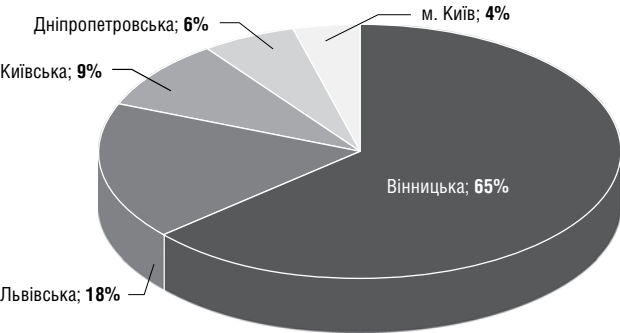


Рис. 6. Відсоткове співвідношення кількості опитаних тимчасово переміщених осіб у регіонах України

Серед числа питань, які були поставлені до постраждалих, були наступні: причини переселення, з чією допомогою виїжджали із зони АТО та де були розміщені, чи отримували соціальну, медичну та психологічну допомогу, чи планують повернутися додому тощо.

Результати другої частини дослідження

Серед причин переселення основною став виїзд із зони бойових дій (86%), та, в значно меншій кількості, проведення референдуму після анексії та окупації Російською Федерацією частини території України – Автономної Республіки Крим та міста Севастополь (12%) (рис. 7).

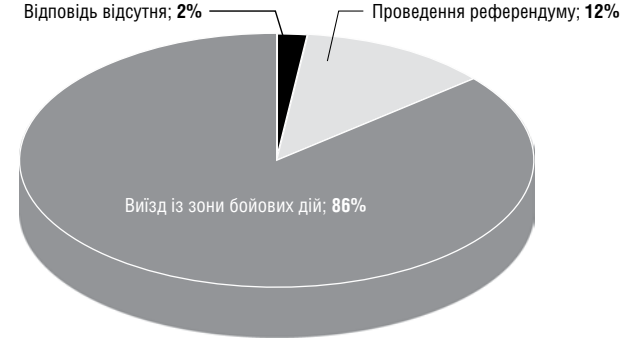


Рис. 7. Причини переміщення (загальні дані)

Причини переміщення, в залежності від регіону переміщення, відображені на рисунку 8

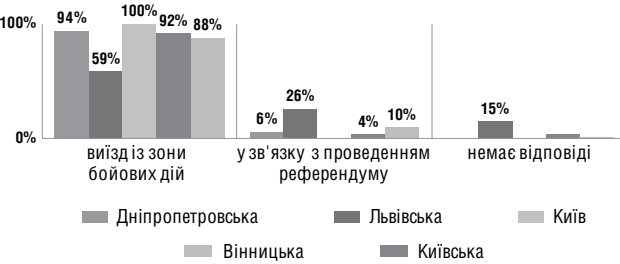


Рис. 8. Причини переміщення (розподіл за регіонами)

Переважає більшість внутрішньо переміщених осіб виїжджали з дітьми (57%), значно менше – з іншими членами родини (18%), без членів родини (15%) або з чоловіком/дружиною (10%) (рис. 9).

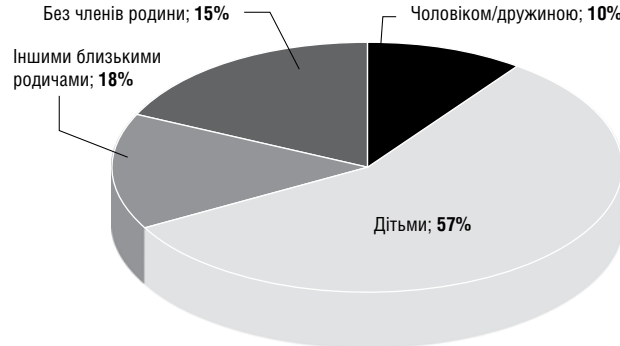


Рис. 9. З ким виїжджали (загальні дані)

Аналіз розподілу відповідей за регіонами свідчить, що з дітьми виїжджала переважна більшість опитаних. Втім, у Дніпропетровській області 40% назвали цей варіант, але решта виїжджали або з іншими родичами (33%), або з чоловіком/дружиною (28%), або без членів родини (7%) (рис. 10).

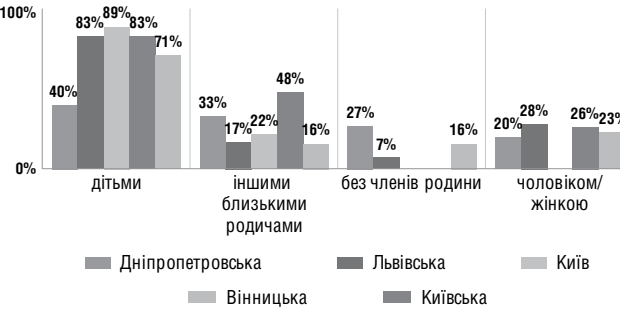


Рис. 10. З ким виїжджали (з розподілом за регіонами)

У половині випадків (51%) внутрішньо переміщені особи переселялися до родичів. У 19% випадків вони були розміщені у місцях тимчасового переселення соціальними службами. У 12% або орендували житло або розмістились у знайомих, у 3% випадків – були розміщені за допомогою релігійних громад, інші 3% внутрішньо переміщених осіб придбали житло у регіоні (рис. 11).

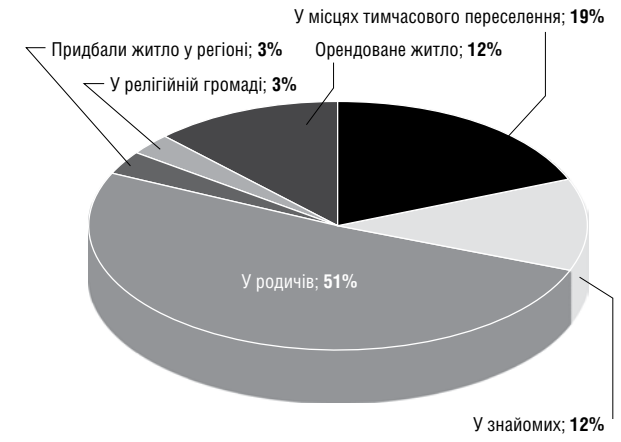


Рис. 11. Допомога у розміщенні (загальні дані)

Згідно з наданими відповідями, всі опитані у м. Києві були розміщені у місцях тимчасового переселення. У Вінницькій області більше половини постраждалих (65%) розмістились у родичів (рис. 12).

На питання стосовно того, хто допомагав в організації переселення, 55% опитаних відповіли, що переселялися самостійно, 23% – за допомогою родичів, 11% – за допомогою державних служб захисту (рис. 13).

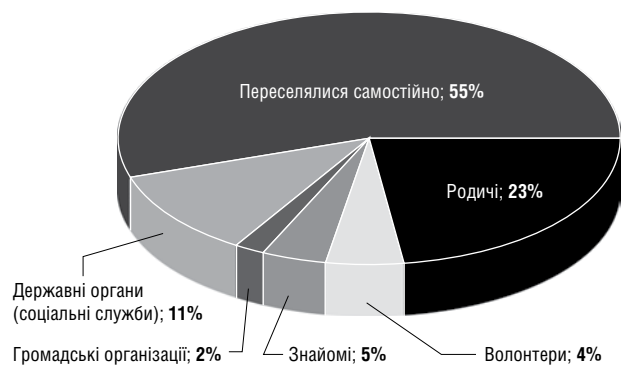


Рис. 13. Допомога в організації переселення (загальні дані)

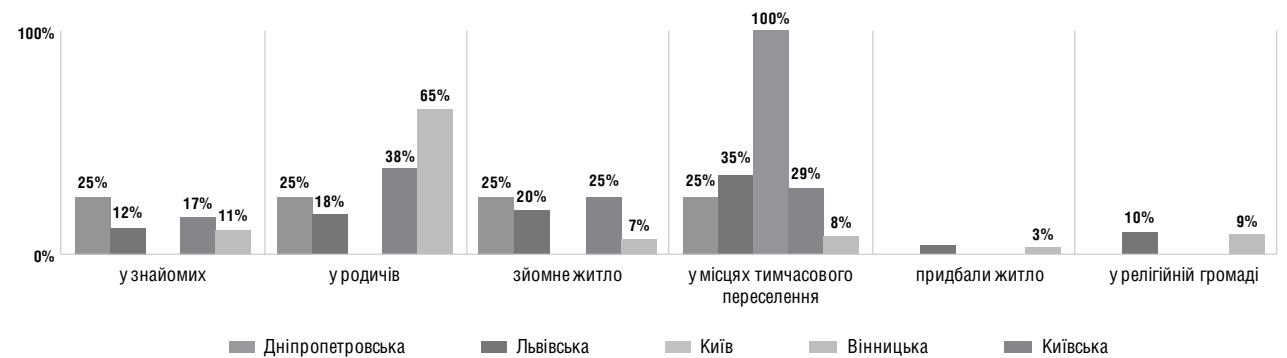


Рис. 12. Допомога в розміщенні (з розподілом за регіонами)

Самостійно переселялися 70% опитаних у Вінницькій області, 45% у Львівській і 54% у Київській. У м. Києві допомогу надавали родичі (60%), державні органи (соціальні служби) (60%), та волонтери (10%) (рис. 14).

Стосовно забезпечення медичним обслуговуванням були отримані наступні відповіді: 36% постраждалих отримували медичну допомогу. Серед осіб, яким надавалась медична допомога, 19% самостійно купували призначені лікарські препарати, а 13% отримали їх безкоштовно. 48% опитуваних відповіли, що не потребували медичної допомоги (рис. 15).

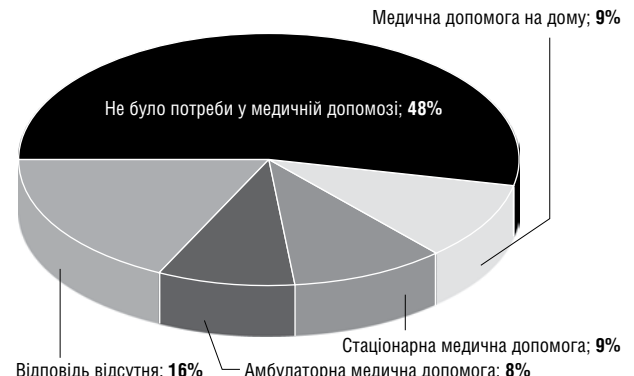


Рис. 15. Забезпечення медичним обслуговуванням (загальні дані)

Амбулаторну медичну допомогу отримали 100% опитаних у Києві. Відповіли, що не мали потреби у медичній допомозі, 40% опитаних у Дніпропетровській, 52% у Київській та 61% у Вінницькій областях (рис. 16).

За переліком спеціалістів, задіяних у наданні медичної допомоги, результати дослідження продемонстрували наступне: до сімейного лікаря звертались 15%, до фельдшера – 12%, до терапевта – 11% опитаних. Відповідь не надали 50% постраждалих (рис. 17).

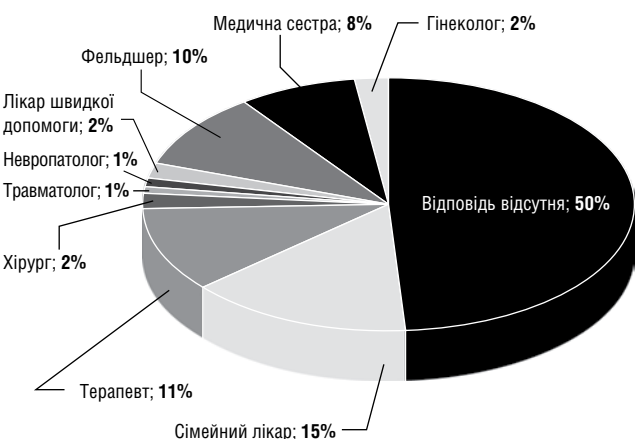


Рис. 17. Спеціалісти, задіяні у наданні медичної допомоги (загальні дані)

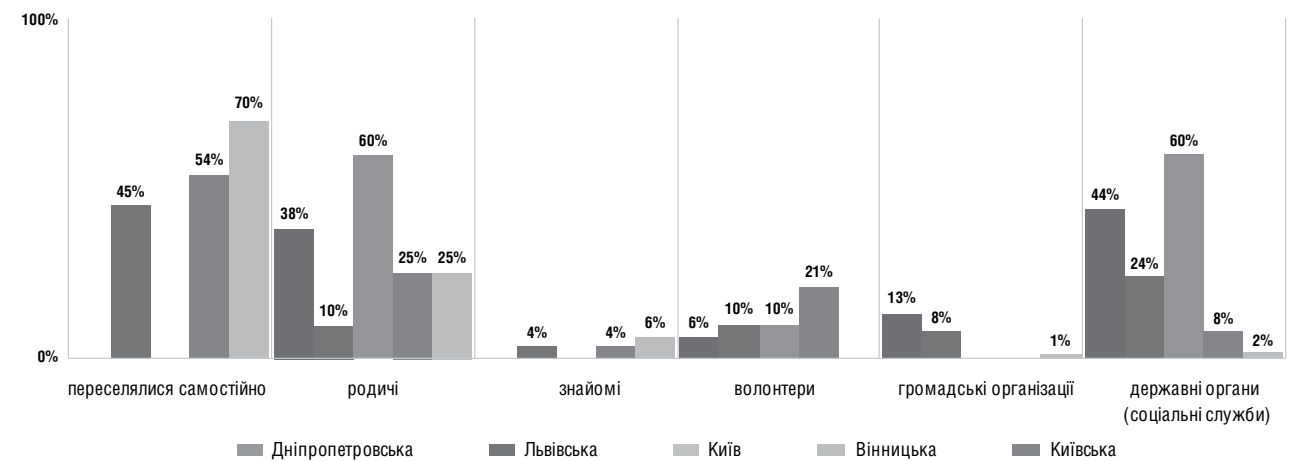


Рис. 14. Допомога в організації переселення (з розподілом за регіонами)

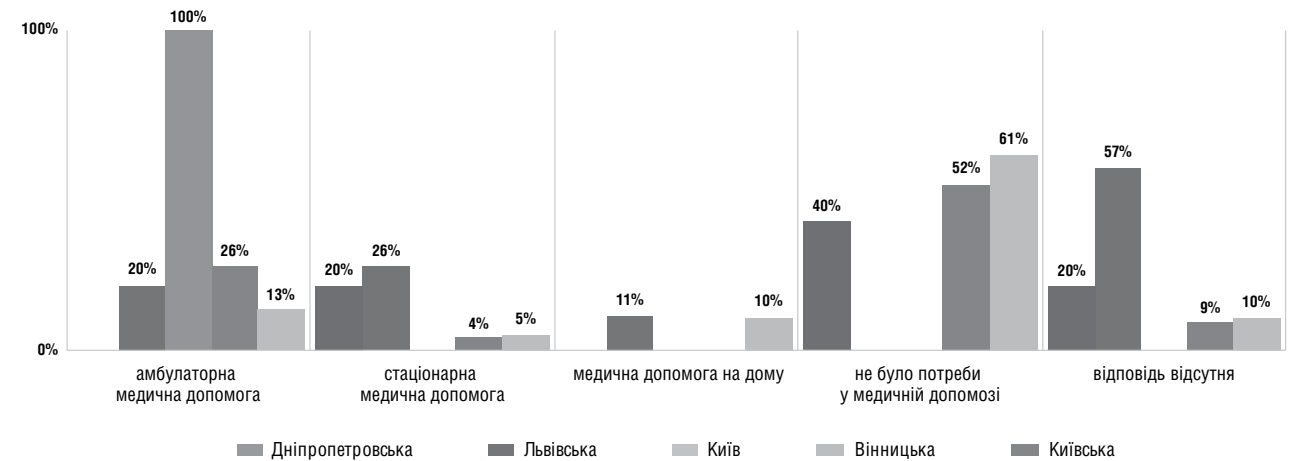


Рис. 16. Забезпечення медичним обслуговуванням (з розподілом за регіонами)

По м. Києву, у 90% випадків постраждалі звертались до терапевта, і у всіх випадках до медичної сестри (рис.18).

Серед основних симптомів у багатьох внутрішньо переміщених осіб спостерігався пригнічений настрій (24%), тривога (24%), порушення сну (16%), втома, знесилення (12%) та дратівливість (12%) (рис. 19).

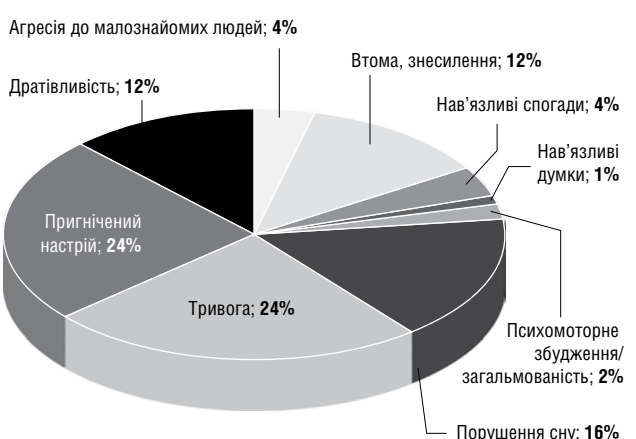


Рис. 19. Основні симптоми (загальні дані)

Серед осіб, переміщених до м. Києва, у 60% спостерігався пригнічений настрій, у половини – втома

та знесилення, у 30% – дратівливість та тривога. В Дніпропетровській області 25% постраждалих відчувають дратівливість, а 38% тривогу, 13% – втому, знесилення та порушення сну. По Київській області – у 30% пригнічений настрій, у 20% втома, знесилення, порушення сну, у 15% – тривога (рис. 20).

Щодо надання допомоги психолога, 26% респондентів отримали психологічну допомогу у вигляді роботи в групах (більше 5 занять), але в більшості анкет (57%) відповідь відсутня, що може бути пов'язано з відсутністю звернень за психологічною допомогою (рис. 21).

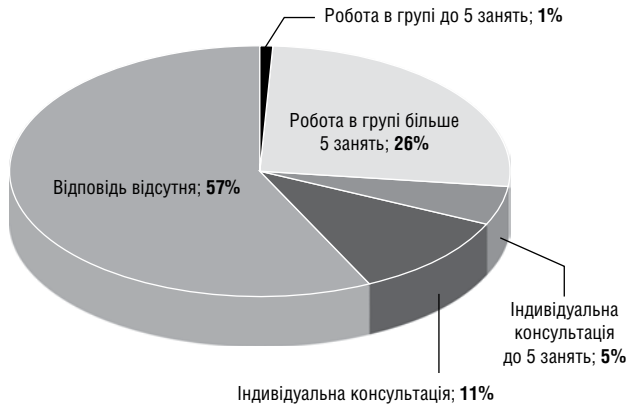


Рис. 21. Надання психологічної допомоги (загальні дані)

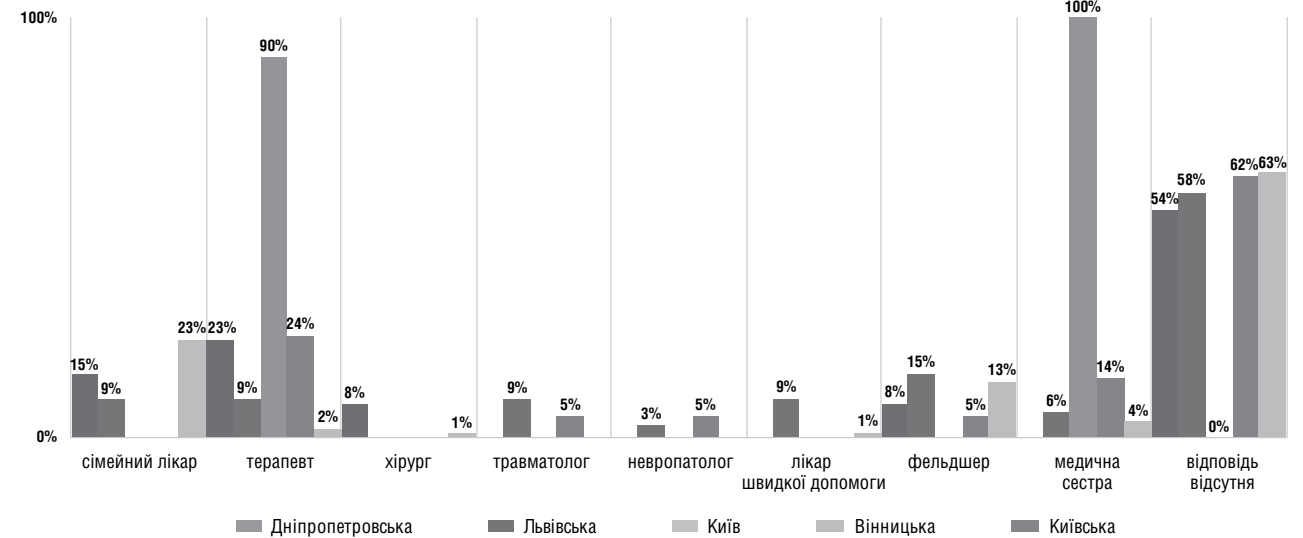


Рис. 18. Спеціалісти, задіяні у наданні медичної допомоги (з розподілом за регіонами)

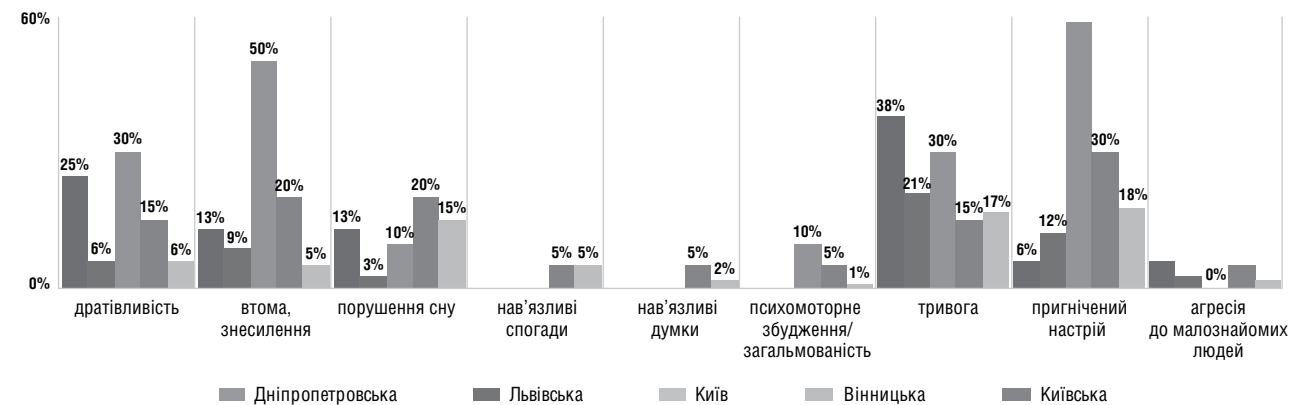


Рис. 20. Основні симптоми (з розподілом за регіонами)

У Києві всі опитані отримали курс психологічної допомоги до 5 занять, у Київській (89%) та Львівській (100%) областях постраждали були залучені до роботи в групах більше 5 занять (рис. 22).

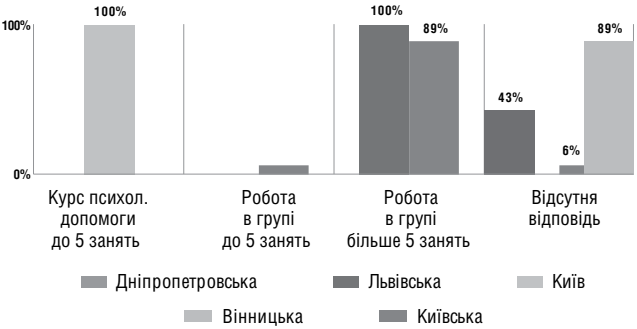


Рис. 22. Надання психологічної допомоги (з розподілом за регіонами)

Під час проведення соціальної роботи допомогу в оформленні документів отримали 22% постраждалих, у забезпеченні продуктами харчування – 11%, у забезпеченні житлом – 13%, у розміщенні дітей та родичів – 10 та 7% відповідно (рис. 23).

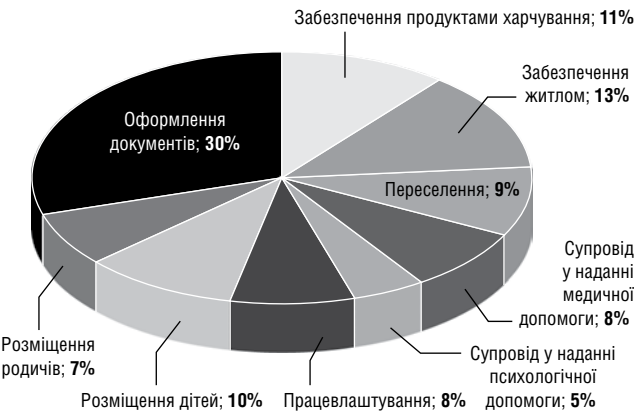


Рис. 23. Види проведеної соціальної роботи (загальні дані)

У Києві у 83% випадках була надана допомога у переселенні, а також у забезпеченні житлом, у 50% – у забезпеченні продуктами харчування та щодо працевлаштування тимчасово перемішених осіб (рис. 24).

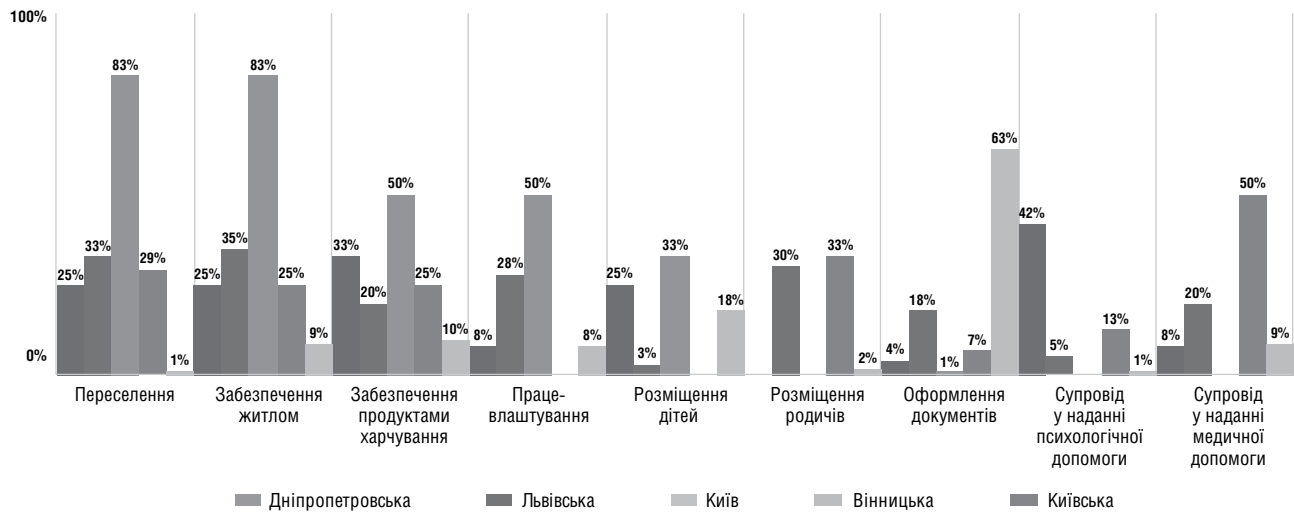


Рис. 24. Соціальна робота (з розподілом за регіонами)

Щодо ставлення до внутрішньо переселених осіб, 87% відзначили привітне або позитивне ставлення оточуючих до переселенців (рис. 25).

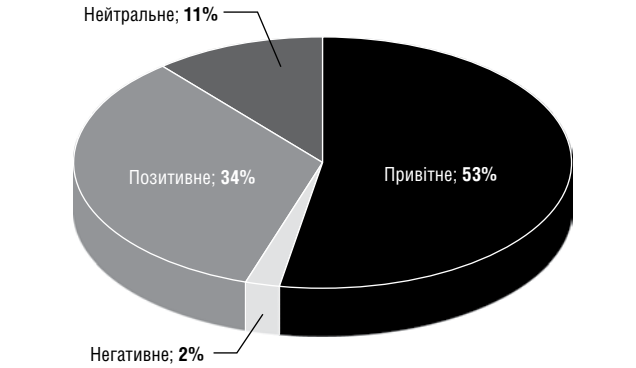


Рис. 25. Ставлення оточуючих (загальні дані)

Всі опитані зазначили привітне ставлення киян (100%) та жителів Львівської області (76% – привітне ставлення, 19% – позитивне ставлення). У Дніпропетровській області 44% сказали про привітне, 50% про позитивне та 6% – про нейтральне ставлення. Схожа ситуація і в інших областях: у Вінницькій області 49% вказали привітне ставлення, 36% – позитивне, а 14% – нейтральне ставлення; у Київській області 44% – привітне, 38% – позитивне, а 6% – нейтральне ставлення (рис. 26).

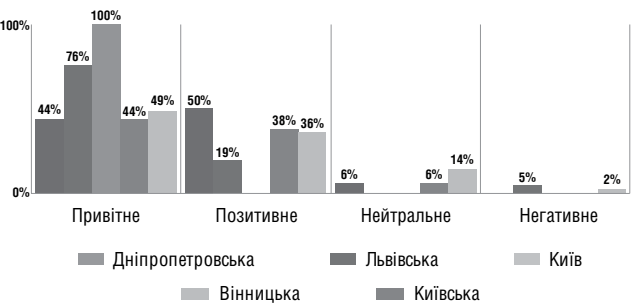


Рис. 26. Ставлення оточуючих (з розподілом за регіонами)

За результатами дослідження, додому планують повернутися 25% опитаних, не планують повертатись найближчим часом – 22%, на тривалий час хочуть залишитися на новому місці – 23% та відчувають не-

впевненість під час відповіді на зазначене питання 30% опитаних (рис. 27).



Рис. 27. Планування повернення (загальні дані)

Значна частина опитаних у Києві (70%) та у Київській області (75%) планує на тривалий час залишитись на новому місці. Не планують повернутись у найближчий час 30% опитаних у Києві, 33% – у Львівській, 25% – у Дніпропетровській та 21% – у Вінницькій областях.

67% опитаних, розміщених у Дніпропетровській області планують повернутися додому якнайшвидше, а 25% – навпаки, не планують повертатись у найближчий час (рис. 28).

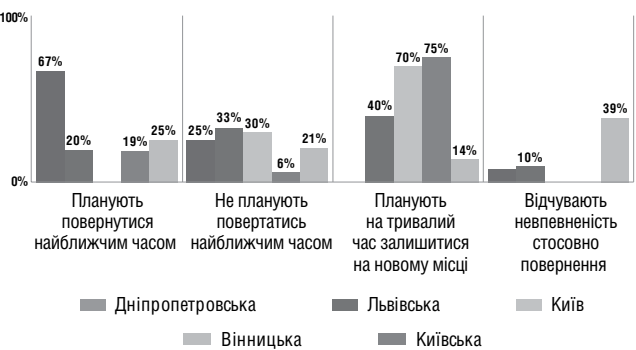


Рис. 28. Причини переміщення (з розподілом за регіонами)

Висновки

Отримані дані підтверджують необхідність та важливість координації спільної мультидисциплінарної роботи

ВЛИЯНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ В ЗОНЕ АНТИТЕРРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ В УКРАИНЕ, ВНУТРЕННЕ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ И РАБОТНИКОВ, ЗАДЕЙСТВОВАННЫХ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ

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

В статье изложены результаты анализа анкетирования 197 специалистов (113 психологов, 68 социальных работников и 29 волонтеров), задействованных в оказании помощи внутренне перемещенным лицам, пострадавшим в зоне АТО, которые непосредственно пребывали в зоне боевых действий. Также приводятся результаты анализа анкетирования 279 внутренне перемещенных лиц. По результатам исследования определены особенности личности указанных специалистов, их текущее психологическое состояние и уровень стрессоустойчивости, сформулированы актуальные темы и потребности подготовки данного контингента. Отображены результаты анализа внутренне перемещенных лиц относительно условий, в которых они находятся на новом месте проживания. Определена необходимость создания программы оказания первой психологической помощи внутренне перемещенным лицам и людям в зоне боевых действий.

Ключевые слова: антитеррористическая операция в Украине, внутренне перемещенные лица, социальные работники, волонтеры, психологи, первая психологическая помощь, психотравмирующие ситуации, острая реакция на стресс, посттравматические психические нарушения.

INFLUENCE OF PSYCHOSOCIAL FACTORS ON MENTAL HEALTH: THE RESULTS OF QUESTIONING PERSONS, SUFFERED IN ZONE OF ANTITERRORIST OPERATION IN UKRAINE, INTERNALLY DISPLACED PERSONS AND EMPLOYEES INVOLVED IN PROVIDING ASSISTANCE

I. Pinchuk, N. Stepanova, O. Sukhovii, H. Sulimovska

This article presents results of the survey, conducted among 197 professionals (113 psychologists, 68 social workers and 29 volunteers) which are involved in providing assistance to internally displaced persons, affected in zone ATO, who directly were in a combat zone. Also, the results of the analysis of the survey 279 internally displaced persons are displayed in this article. According to the survey the characteristics of such specialists, their current psychological state and level of stress are specified, topical issues and training needs of this population are formulated. The results of the analysis of internally displaced persons regarding the conditions in which they are located at the new place of residence are showed. The necessity to create programs of providing psychological first aid to internally displaced persons and people in the combat zone are identified.

Key words: antiterrorist operation in Ukraine, internally displaced persons, social workers, volunteers, psychologists, psychological first aid, psychotraumatic events, acute stress reaction, posttraumatic mental disorders.

та взаємозв'язку – як на центральному рівні, так і на місцях, – між фахівцями ДСНС (психологами), Міністерства соціальної політики України (соціальними працівниками) та Міністерства охорони здоров'я України (фахівцями психіатричної служби), для своєчасного та професійного надання необхідної медичної, соціальної та психологічної допомоги тимчасово перемішеним особам.

Розроблена та впроваджена програма надання першої психологічної допомоги внутрішньо перемішеним особам та людям у зоні бойових дій, після обговорення та внесення доповнень, має бути затверджена для подальшого впровадження, з метою підвищення рівня знань та навичок фахівців.

Список використаної літератури

1. Волонтери в соціальній роботі / уклад.: О. Главник, Н. Романова, Т. Держаченко [та ін.]. – К.: Главник, 2006. – 128 с.
2. Козубовский Р. В. Волонтерство как важная составляющая профессиональной подготовки будущих социальных работников. – Лаборатория социологических исследований кафедры социологии и социальной работы, Ужгородский национальный университет.
3. Лукашевич М. П. Социальная работа : (теория и практика) : підруч. / М. П. Лукашевич, Т. В. Семизина. – К.: Каравела, 2009. – 368 с.
4. Мусій О. С. Інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги після травматичного стресового розладу : методичні рекомендації / уклад.: О. С. Мусій, І. Я. Пінчук, О. О. Хаустова [та ін.]. – К., 2014. – 32 с.
5. Синопис диагностических критериев DSM-V и протоколов NICE для диагностики и лечения основных психических расстройств у детей и подростков / перекл. з англійської; упор. та наук. ред. Л. Підлісєцька. (Серія «Психологія. Психіатрія. Психотерапія»). Львів: Видавництво Українського католицького університету, 2014. – 112 с.
6. Brymer M., Jacobs A., Layne C. [et al.] Psychological First Aid: Field operations guide (2nd ed.). Los Angeles: National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.nctsn.org/content/psychological-first-aid>, <http://www.ptsd.va.gov/professional/manuals/psych-first-aid.asp>
7. Freeman C., Flitcroft A., Weeple P. (2003) Psychological First Aid: A Replacement for Psychological Debriefing. Short-Term post Trauma Responses for Individuals and Groups.
8. Inter-Agency Standing Committee (IASC) IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.who.int/mental_health_psychosocial_june_2007.pdf
9. International Federation of the Red Cross Module 5: Psychological First Aid and Supportive Communication. In: Community-Based Psychosocial Support, A Training Kit (Participant's Book and Trainers Book). Denmark: International Federation Reference Centre for Psychosocial Support [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.ifrc.org/psychosocial
10. The Cullen-Rivers Centre for Traumatic Stress, Royal Edinburgh Hospital (2007) Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence / S. Hobfoll, P. Watson, C. Bell [et al.] // Psychiatry. – 2006. – №70 (4). – P. 283–315.
11. War Trauma Foundation and World Vision International (2010). Psychological First Aid Anthology of Resources [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.interventionjournal.com/ and www.psychosocialnetwork.net/

УДК 616.831

П.В. Золоторьов, С.В. Корж

**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АРТЕРІОВЕНОЗНОЇ МАЛЬФОРМАЦІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ
З ТОРПІДНИМ ПЕРЕБІГОМ У ПСИХІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

Хмельницька обласна психіатрична лікарня № 1, м. Хмельницький

Ключові слова:
артеріовенозна
мальформація.

Для пацієнтів з артеріовенозними мальформаціями головного мозку найбільш характерними є ознаки психоорганічного синдрому з когнітивними порушеннями. У статті представлено клінічний випадок пацієнта з великою артеріовенозною мальформацією, у якого на перший план у структурі психопатологічних порушень виступали психопатоподібні розлади без значного зниження когнітивного функціонування.

Артеріовенозна мальформація головного мозку – вроджена судинна вада розвитку, морфологічно представлена аферентними артеріями, що постачають кров, еферентними (дренуючими) венами і вузлом – місцем їх злиття без проміжної капілярної сітки, що проявляється геморагічним синдромом, судомними нападами або головним болем [2, 3].

Вперше артеріовенозну мальформацію головного мозку описав в 1863 році Р. Вірхов, першу прижиттєву ангіографію здійснив Егаш Моніш в 1927 році, проте до нашого часу ця патологія є недостатньо дослідженою, маловідомою і не завжди вчасно діагностується [1, 4]. Поширеність таких утворень становить від 10,3 до 15–18 на 100 тисяч населення, захворюваність – 1 на 100 тисяч [9, 12]. Незважаючи на незначні показники, проблема мальформацій головного мозку значуща: вони призводять до 1–2% всіх геморагічних інсультів, в тому числі 3% – у осіб від 20 до 40 років, будучи причиною кожного третього вперше виниклого інсульту в цьому віці [10]. У неоперованих пацієнтів протягом 6–10 років з моменту їх діагностики повторний інсульт виникає в 36,1% випадків із летальністю до 21% [8].

Існує декілька класифікацій артеріовенозних мальформацій, в тому числі за розміром, місцем локалізації, особливостями аферентних судин і венозного дренажу та реологічними властивостями. Найбільш поширеною та загальноприйнятою є класифікація Spetzler-Martin (1986) [11]. Вона залежить від морфологічних особливостей (розмір вузла, венозний дренаж), ступеня клінічних проявів і надає можливість здійснити розподіл мальформацій за операбельністю. Згідно з даною градацією вузол може бути малих розмірів (до 3 см), середній (3–6 см) та великий (понад 6 см) [21]. За даними великого мультицентрового дослідження артеріовенозні мальформації розміром понад 6 см зустрічаються нечасто – в 6% випадків [17].

Артеріовенозна мальформація формується на 6–9-му тижні розвитку плоду. В 15% випадків її перебіг залишається безсимптомним, але в більшості випадків клінічні

прояви з’являються у віці 20–50 років. Вогнищева симптоматика переважає над загальнономозковою. Вирізняють такі типи перебігу:

- геморагічний – з маніфестацією крововиливом, у 65% випадків. До нього схильні хворі з вузлом малих розмірів, дренажем мальформації в глибокі вени, локалізацією в задній черепній ямці і з супутньою артеріальною гіпертензією;
- торпедний – з першими ознаками у вигляді судомного синдрому, кластерного головного болю і неврологічного дефіциту. До нього схильні хворі з великою артеріовенозною мальформацією, локалізованою в корі, що кровопостачається гілками середньої мозкової артерії.

Мальформації з торпідним типом перебігу маніфестують судомними нападами нечасто, приблизно в 20% випадків, що становить лише 1% від усіх хворих з судомними нападами [13, 15]. Патологічними механізмами, що призводять до судом, є стиснення нейронів кори, ішемія навколишньої тканини мозку за рахунок судинного обкрадання і венозна гіпертензія [7]. Епілептичні напади за наявності мальформацій – неспровоковані, тому при їх появі в зрілому віці, особливо з ознаками фокальності, у лікаря повинна бути настороженість щодо їх ймовірності. В таких випадках очікувальна тактика з тривалим спостереженням появи «переконливих» вогнищевих симптомів, багаторазовими повторними обстеженнями є недоцільною і шкідливою через загрозу розриву мальформації та наявність доступних засобів, що дозволять встановити точний діагноз.

Артеріовенозні мальформації можуть проявлятися первинно-генералізованими, простими і складними парціальними нападами із вторинною генералізацією і без неї. У більшості хворих спостерігаються первинно-генералізовані напади. Частотападів у пацієнтів незначна, у понад половини хворих спостерігався лише 1 епізод, у 9% – щорічно, у 19% – щомісяця і лише у 11% напади відбувалися кожного тижня [20]. Вторинна епілепсія за наявності мальформації відрізняється відносно сприятли-

вим перебігом, у 75% випадків вдається досягти повного усунення її проявів завдяки медикаментозному лікуванню. Прогностичне значення мають розміри (напади частіше виникають при розмірах понад 6 см) та деякі анатомічні особливості будови мальформації. Водночас, на таких хворих необхідно звертати особливу увагу, тому що в них залишається загроза крововиливу. Тому пацієнтам, епілепсію яких не вдається контролювати шляхом використання антиконвульсантів першого ряду, з її локалізованими формами або наростаючим неврологічним дефіцитом, рекомендується пройти МРТ-обстеження головного мозку [14]. До інших, менш поширених неврологічних проявів торпідного перебігу належать: головний біль мігренозного типу; неврологічний дефіцит, спричинений судинним обкраданням, подібний на вогнищеві симптоми пухлини мозку, але, на відміну від них, з переміжним перебігом; внутрішньочерепна гіпертензія тощо [10].

Через складність діагностики артеріовенозної мальформації важливу роль має ретельний збір анамнезу, фізикальне, неврологічне і психопатологічне обстеження. Електрофізіологічні методи обстеження є неінвазивними і дають можливість запідозрити наявність мальформації, хоча їх цінність невисока: РЕГ може лише побічно підтвердити діагноз, ЕЕГ є більш інформативною і дозволяє виявити зміни біоелектричної активності з акцентом у певній зоні мозку. Значно інформативнішою є доплерографія, особливо транскраніальна. Безконтрастна рентгенографія черепа дозволяє встановити лише вторинні зміни, наприклад, кільцевидне кальцинування мальформації, проте вони дозволяють запідозрити процес. Використання КТ і МРТ обмежене розміром мальформації не менше 2 см. Стандартом і остаточним методом у діагностиці артеріовенозних мальформацій є церебральна ангіографія. Проте в неї є суттєві недоліки: висока інвазивність, необхідність анестезіологічного забезпечення, рентгенівське навантаження на обстежуваного, потреба в високотехнологічному обладнанні, тому її не можна застосовувати як скринінговий метод або для багаторазового контролю [4]. Показанням для застосування церебральної ангіографії є хоча б одна ознака мальформації, підтверджена неінвазивними методами, або особливості клінічної картини: чіткі фокальні ознаки епілептичного нападу, часті тяжкі напади мігрені тощо. Для інших випадків значно більш придатною є МРТ [3].

Незважаючи на те, що остаточно усунути артеріовенозну мальформацію може лише радикальна терапія, вибір лікування залежить від індивідуальних особливостей пацієнта та ангіографічної картини. При епілепсії, спричиненій наявністю мальформації, вибір тактики залежить від тяжкості та частотипадів, віку та професії хворого. Оперативне втручання показане пацієнтам молодого віку із щонайменше одним фактором ризику її розриву, тому що в будь-якому випадку залишається його загроза, а також можуть з’явитися зміни особистості, спричинені як епілепсією, так і побічними діями антиконвульсантів. Для решти, якщо операція з якоїсь причини неможлива, показане консервативне лікування [4]. Хірургічне втручання полягає в радикальній екстирпації, емболізації та радіохірургічній терапії [5, 6]. Консервативна симптоматична терапія включає фенітоїн, карбамазепін, вальпроати, ламотриджин тощо залежно

від перебігу судомного синдрому, а також препарати для лікуванняпадів мігрені [22]. З метою профілактики розриву хворим необхідно контролювати артеріальний тиск і уникати фізичних і психічних перевантажень.

Психічні порушення, такі як розлади сприйняття, пам’яті, інтелекту і мовлення, зустрічаються у хворих з артеріовенозними мальформаціями в 50% випадків. Зокрема, в 48% спостерігаються порушення пам’яті, в 34% – уваги, в 24% – інтелекту. Проте не всі епідеміологічні дослідження мають достатню валідність, оскільки не диференціюють мальформації за наявністю кровотечі в анамнезі [16]. До найпоширеніших психічних розладів належать когнітивні порушення, які можуть досягати рівня деменції. Водночас, їх безпосередній зв’язок з мальформацією дискусабельний: рівень інтелекту у більшості хворих з артеріовенозною мальформацією не відрізняється від середнього в популяції, не встановлено кореляції між розміром утворення, його локалізацією та рівнем IQ [23]. У хворих також поширене погіршення пам’яті, дисфазія і порушення наглядно-образного мислення [19]. Порушення поведінки та погана здатність до засвоєння шкільного матеріалу часто зустрічаються у таких пацієнтів ще в шкільному віці. У них виникають труднощі щонайменше при одній зі шкільних навичок: читанні, письмі, лічбі, математичних розрахунках, малюванні, а діти були імпульсивними та мали розлади мовлення та уваги [18].

Таким чином, для пацієнтів з артеріовенозними мальформаціями найбільш характерними є ознаки психоорганічного синдрому з когнітивними порушеннями. Ми хочемо презентувати клінічний випадок пацієнта з великою артеріовенозною мальформацією, у якого на перший план виступали психопатоподібні розлади без значного порушення когнітивного функціонування.

Клінічне спостереження

Пацієнт С., 28 років, звернувся зі скаргами на погане самопочуття, тупий головний біль, більше зліва, що виникає без чіткої закономірності, і генералізовані судомні напади із втратою свідомості, прикусом язика і мимовільним сечовиділенням частотою до 1 разу в місяць, а також зловживання алкоголем. Спадковість психопатологічно не обтяжена. З дитинства відмічався енурез, до 2–3 разів на місяць, з приводу якого неодноразово обстежувався, в тому числі в умовах стаціонару, і був звільнений від служби в збройних силах, а також сногворіння. До школи пішов своєчасно, закінчив 9 класів ЗОШ. Вчився посередньо, грубо навчальний режим не порушував, хоча був імпульсивний, інколи міг побитися з однолітками. Алкоголь раніше вживав епізодично. Після школи навчався в СПТУ за спеціальністю «столяр», працював різноробочим. На момент лікування не працював. Із захворювань в анамнезі наявні гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) 2–3 рази на рік, бронхіт, гнійний артрит правого колінного суглоба і правобічна пахова грижа.

Вперше з приводу судомнихпадів звернувся до невролога в листопаді 2007 року: на наступний день після вживання алкогольних напоїв у тверезому стані виник генералізований тоніко-клонічний судомний напад зі втратою свідомості та прикусуванням язика. Встановлено діагноз: судомний напад внаслідок алкогольної інтоксикації. Було проведено дегідратаційну та загальнозмцнюючу

терапію; антиконвульсанти та додаткові методи обстеження не призначалися. В подальшому судомні напади продовжували виникати з частотою до 1 разу на місяць, проте пацієнт систематично не обстежувався і не лікувався, звертався до «народних цілителів». В вересні 2010 року повторно звернувся до дільничного невролога зі скаргами на почастішання генералізованих судомних нападів, головний біль у лівій скроневій ділянці. При неврологічному та фізикальному обстеженні особливих відхилень виявлено не було, рекомендовано: фінлепсин-ретард 200 мг 2 рази на добу, проведення ЕЕГ, був направлений на обстеження та лікування до Хмельницької обласної лікарні. За даними обстеження ЕЕГ та РЕГ особливих відхилень виявлено не було, проте за даними МРТ було запідозрено наявність артеріовенозної мальформації в лівій лобно-скроневій ділянці. З метою уточнення було проведено МР-ангіографію (від 01.10.2010): у лівій лобно-скроневій ділянці вузол мальформації до 7 см гетерогенної структури, притік до АВМ забезпечується через розширені (до 5–6 мм) кінцеві судини лівих ПМА та СМА, відтік -- через значно розширені менінгеальні вени у сагітальний синус. Висновок: ознаки артеріовенозної мальформації лівої гемісфери (рис. 1).

Встановлено діагноз: артеріовенозна мальформація лівої лобно-скроневої ділянки. Симптоматична епілепсія. Призначене лікування антиконвульсантами: фінлепсин-ретард 200 мг 3 рази на добу, рекомендоване нейрохірургічне лікування в плановому порядку. В подальшому пацієнт С. неодноразово перебував на стаціонарному лікуванні та обстеженні в Хмельницькій міській лікарні. Зокрема, 24.01.2011 було проведено МРТ, встановлено: ліворуч, в ділянці лобно-скроневої часток головного мозку, ніжці, мостомозочковому куті виявляється неоднорідна зміна МР-сигналу, зумовлена наявністю множинних покручених різнокаліберних судин. Ліва ніжка головного мозку частково деформована, ніжко-місткова частина головного мозку відхилена праворуч до 3,0 мм, шлуночки мозку розвинуті правильно, не розширені. Борозни, звивини півкуль не змінені. Підпаутинні простори не розширені. Порушення лікворовідтоку не виявлено, гіпофіз, турецьке сідло без змін, краніовертебральний перехід звичайний. Навколоносові пазухи пневматичні. Очні не змінені. Висновок: МР-картина артеріовенозної мальформації лівої лобно-скроневої ділянки (рис. 2).

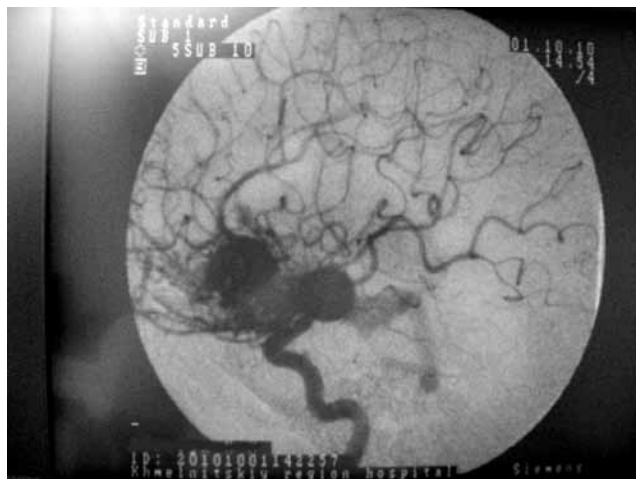


Рис. 1. Магнітно-резонансна ангіографія від 01.10.2010 р.: ознаки артеріовенозної мальформації лівої гемісфери

В зв'язку з даною патологією пацієнту було встановлено III групу інвалідності. У пацієнта стали посилюватися особистісні порушення: він став дратівливим, емоційно нестриманим, імпульсивним, схильним до алкоголізації. Зловживання алкоголем набуло чітко запійного характеру; запої тривали до 3–4 тижнів. Зросла толерантність до алкоголю, змінився тип сп'яніння на дисфоричний. В Хмельницькій обласній психіатричній лікарні №1 вперше лікувався з 19.09.2012 до 26.11.2012 через почастішання судомних нападів, невірноважену, імпульсивну поведінку в період між нападами, безсоння, зловживання алкоголем. Отримувал карбамазепін, труксал, піклон, дегідратаційну терапію. Був виписаний з покращенням і рекомендацією приймати карбамазепін 200 мг 3 рази на добу. Напади стали рідшими, хоча не зникли повністю, виникаючи до 1 разу на місяць. Вдома підтримуюче лікування приймав, проте безпосередньо перед поступленням почав вживати алкогольні напої, лікування приймав не регулярно. Через це напади почастішали, і пацієнт С. поступив на лікування в Хмельницьку обласну психіатричну лікарню №1, де перебував на лікуванні з 08.08.2013 до 12.08.2013, після виписки постійно приймав фінлепсин 400 мг на добу. Незважаючи на це, 1–2 рази на місяць у пацієнта виникали генералізовані тоніко-клонічні судомні напади. За тиждень до останнього поступлення почав вживати алкогольні напої, судомні напади почастішали.

При поступленні пацієнт С. був у свідомості, доступний продуктивному мовленнєвому контакту. У власній особистості, місці перебування і часі був орієнтований правильно. Мислення зі схильністю до деталізації, ригідне. Пацієнт був емоційно лабільний, демонстративний. Пам'ять більше ослаблена на події сьогодення, увага нестійка, переключалася з труднощами. Маячних ідей та галюцинацій виявлено не було. Критика до свого стану в цілому була збережена, бажав лікуватися.

Неврологічний стан: очні щілини рівномірні, зіниці реагують на світло, язик по середній лінії, періостальні та сухожилні рефлексів рівномірно збережені, патологічних рефлексів та менінгеальних знаків не виявлено. В позі Ромберга стійкий.

Соматичний стан та лабораторні аналізи – без суттєвих особливостей.

ЕЕГ: легкі двобічні дифузні зміни без чіткого локального акценту, зниження біоелектричної активності кори

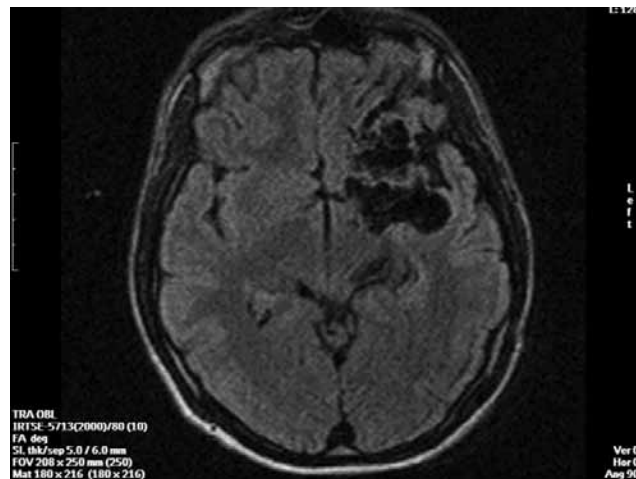


Рис. 2. Магнітно-резонансна томографія від 24.01.2011 р.: артеріовенозна мальформація лівої лобно-скроневої ділянки

головному мозку, даних за об'ємний процес, пароксизмальну активність на момент огляду не виявлено.

Окуліст: ангіопатія сітківки обох очей.

Психолог: на момент огляду виявлено помірні зміни особистісної та пізнавальної сфер, схильність до деталізації, нестійкість уваги, труднощі при її переключенні, незначне інтелектуально-мнестичне зниження, дратівливу слабкість, емоційну лабільність, застрягаємість, риси демонстративності, ригідність.

Проведена дегідратаційна (маніт, фуросемід), антигіпертензивна (MgSO_4 25% 5 мл внутрішньовенно струминно) терапія, препарати, що покращують тканинний обмін, і вітаміни (аспаркам, рибоксин, B_1 , B_6) протягом 10 днів. В зв'язку з емоційною лабільністю, дратівливістю, демонстративністю, безсонням було призначено труксал 25 мг на ніч, також через безсоння періодично призначався піклон 7,5 мг на ніч. З антиконвульсантів препаратом першої лінії було обрано карбамазепін 200 мг 3 рази на добу. 06.02.2014 пацієнт, лежачи в ліжку, відчув 4 поштовхи в ділянці живота, і в нього розвинувся вторинно-генералізований тоніко-клонічний судомний напад з переходом у сутінковий стан, який тривав 20 хвилин. В зв'язку з цим лікування було доповнено бензономом 100 мг 2 рази на добу. Проте 01.03.2014 знову виник первинно-генералізований тоніко-клонічний судомний напад зі втратою свідомості. Лікування було змінено, карбамазепін і бензонал відмінено, призначено дифенін 0,117 мг 3 рази на добу. Під час лікування стан пацієнта суттєво покращився. Незважаючи на присутність нападів, він став значно спокійнішим, синтонним, зменшилась емоційна лабільність. Пацієнт активно займався з психологом, малював картини, стінні газети, ліпив вироби з пластиліну, конструював будинки з сірників (рис. 3). Був виписаний із покращенням, рекомендацією продовжувати прийом дифеніну 0,117 мг 3 рази на добу і звернутися на консультацію до нейрохірурга. Пацієнт та його мати при виписці виявили бажання щодо нейрохірургічного лікування.

Аналіз та висновок

В описаному клінічному випадку у пацієнта С. наявна артеріовенозна мальформація великих розмірів, діаметром 7 см. Тривалий період вона проявлялася неспецифічно, у вигляді енурезу та сногворіння, що утруднювало її

своєчасну діагностику. Судомні напади, які дебютували у віці 21 року, були нечастими – до 1 разу на місяць. За характером вони були генералізованими, тоніко-клонічними. Можна припустити їх вторинну генералізацію через наявність чітко вираженої вісцеросенсорної аури в одному з двох реєстрованих в умовах відділення випадків. В цьому ж випадку при виході з судомного нападу спостерігався сутінковий стан. В другому випадку після додавання до терапії бензоналу аура була відсутньою, сутінковий стан не спостерігався. Проте медикаментозний контроль, ймовірно, в зв'язку з великим об'ємом ураження, був недостатнім, незважаючи на неодноразову зміну схеми лікування. Психопатологічні прояви мальформації у пацієнта, незважаючи на її великі розміри, залишалися на рівні психопатоподібної симптоматики: емоційна лабільність, дратівливість, імпульсивність, демонстративність, які за даними анамнезу проявлялися ще під час навчання в школі. Згодом до них приєдналися розлади потягів у вигляді запійної форми зловживання алкоголем, а також дисфоричний тип сп'яніння. Зміни інтелектуально-мнестичної сфери були невираженими і не досягали рівня деменції. Пацієнт С. активно займався з психологом, малював, ліпив з пластиліну, був синтонним в бесіді з персоналом та іншими пацієнтами.

Отже, незважаючи на великий розмір артеріовенозної мальформації, у представленого пацієнта в структурі психопатологічних порушень на перший план виходили психопатоподібні розлади без значного зниження когнітивного функціонування.

Таким чином, зв'язок між розмірами мальформації, її локалізацією та структурою психопатологічних порушень потребує подальшого вивчення і уточнення з метою ранньої діагностики та своєчасного лікування.

Список використаної літератури

1. Абашев-Константиновський, А.Л. Психічні порушення при органічних захворюваннях головного мозку / А.Л. Абашев-Константиновський. – К.: Державне медичне видавництво УРСР, 1959. – 348 с.
2. Бобрънон, В. Г. Артеріовенозні мальформації головного мозку: аналіз автопсії / В. Г. Бобрънон, В. А. Яцук, Н. В. Ясинська, Ю. І. Кузик // Практична ангіологія: Видання для лікарів-практиків. – 2010. – № 5/6. – С. 54–57.
3. Гончарук, О. М. Артеріовенозні мальформації та аневризми головного мозку. Клінічні прояви та методи сучасної променевої діагностики / О. М. Гончарук, Т. М. Бабкіна // Променева діагностика, променева терапія. – 2010. – № 1. – С. 50–54.
4. Дзяк, Л. А. Артериальные аневризмы и артериовенозные мальформации головного мозга / Л. А. Дзяк, Н. А. Зорин, В. А. Голик, Ю. Ю. Скребец. – Днепропетровск: Пороги, 2003. – 137 с. – ISBN 966-525-390-5.



Рис. 3. Пацієнт С. активно займався з психологом, малював картини, стінні газети, ліпив вироби з пластиліну, конструював будинки з сірників

5. Зозуля, Ю. А. Результаты хирургического лечения аномалий развития сосудов головного мозга у детей / Ю. А. Зозуля, М. Ю. Орлов // Укр. нейрохірургічний журнал. – 2010. – № 2. – С. 39–44.

6. Краснова, М. А. Принципы лечения артериовенозных мальформаций головного мозга супратенториальной локализации у детей / М. А. Краснова, С. Б. Яковлев, А. В. Бочаров и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2011. – Т. 111, № 4. – С. 22–30.

7. Цимбалюк, В. І. Радіохірургічне лікування артеріовенозних мальформацій головного мозку на установці гамма-ніж / В. І. Цимбалюк, О. А. Цімейко, В. В. Мороз та ін. // Укр. мед. часопис. – 2011. – № 6 (68). – С. 112–117.

8. Яковенко, Л. М. Хірургічне лікування артеріовенозних мальформацій вертебро-базиллярного басейну / Л. М. Яковенко, С. О. Литвак-Шевкопяс, В. А. Яцик, В. В. Мороз // Укр. нейрохірургічний журнал. – 2005. – № 2. – С. 20–25.

9. Al-Shahi R., Fang J., Lewis S., Warlow C. Prevalence of adults with brain arteriovenous malformations: a community based study in Scotland using capture-recapture analysis // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2002. – Vol. 73 (5). – P. 547–551.

10. Al-Shahi R., Warlow C. A systematic review of the frequency and prognosis of arteriovenous malformations of the brain in adults // Brain. – 2001. – Vol. 124 (Pt 10). – P. 1900–1926.

11. Beltramello A., Ricciardi G.K., Piovani E. et al. Operative Classification of Brain Arteriovenous Malformation // Interv. Neuroradiol. – 2009. – Vol. 15 (3). – P. 266–274.

12. Berman M.F., Sciacca R.R., Pile-Spellman J. et al. The epidemiology of brain arteriovenous malformations // Neurosurgery. – 2000. – Vol. 47 (2). – P. 389–396; discussion 397.

13. Brown R.D. Jr, Wiebers D.O., Turner J.C., O’Fallon W.M. Frequency of intracranial hemorrhage as a presenting symptom and subtype analysis: a population-based

study of intracranial vascular malformations in Olmsted Country, Minnesota // J. Neurosurg. – 1996. – Vol. 85. – P. 29–32.

14. Duncan J.S. Imagingandepilepsy [Review] // Brain. – 1997. – Vol. 120. – P. 339–377.

15. Forsgren L. Prospective incidence study and clinical characterization of seizures in newly-referred adults // Epilepsia. – 1990. – Vol. 31. – P. 292–301.

16. Grant I., Adams K. Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric and Neuromedical Disorders. – NY: Oxford University Press, 2009. – 800 p.

17. Hofmeister C., Stapf C., Hartmann A. et al. Demographic, morphological, and clinical characteristics of 1289 patients with brain arteriovenous malformation // Stroke. – 2000. – Vol. 31 (6). – P. 1307–1310.

18. Lazar R.M., Connaire K., Marshall R.S. et al. Developmental deficits in adult patients with arteriovenous malformations // Arch. Neurol. – 1999. – Vol. 56. – P. 103–106.

19. Mahalick D.M., Ruff R.M. Neuropsychological sequelae of arteriovenous malformations // Neurosurgery. – 1991. – Vol. 29. – P. 351–357.

20. Osipov A., Koennecke H.-C., Hartmann A. et al. Seizures in cerebral arteriovenous malformations: type, clinical course, and medical management // Intervent. Neuroradiol. – 1997. – Vol. 3. – P. 37–41.

21. Ponce F.A., Spetzler R.F. Arteriovenous Malformations: Classification to Cure // Clin. Neurosurg. – 2011. – Vol. 58. – P. 10–12.

22. Sen S., Webb S.W., Selph J. et al. Arteriovenous Malformations Treatment & Management [Electronicresource] // Medscape. – Feb 21, 2013. – Режим доступу: <http://emedicine.medscape.com/article/1160167-treatment>.

23. Waltimo O., Putkonen A.R. Intellectual performance of patients with intracranial arteriovenous malformations // Brain. – 1974. – Vol. 97. – P. 511–520.

Автори заявляють про те, що вони отримали згоду від пацієнта та його родичів на публікацію цього клінічного випадку.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ТОРПИДНЫМ ТЕЧЕНИЕМ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

П.В. Золоторев, С.В. Корж

Для пациентов с артериовенозными мальформациями головного мозга наиболее характерными являются признаки психоорганического синдрома с когнитивными нарушениями. В статье представлен клинический случай пациента с большой артериовенозной мальформацией, у которого на первый план в структуре психопатологических нарушений выступили психопатоподобные расстройства без значительного снижения когнитивного функционирования.

Ключевые слова: артериовенозная мальформация.

CEREBRAL ARTERIOVENOUS MALFORMATION WITH TORPID COURSE IN PSYCHIATRIC PRACTICE: CLINICAL CASE REPORT

P. Zolotaryov, S. Korzh

Signs of psychoorganic syndrome with cognitive disorders are the most typical for patients with of cerebral arteriovenous malformations. Clinical case report presents patient suffering from large arteriovenous malformations whom prevailed psychopathy-like symptoms without considerable cognitive decline.

Key words: arteriovenous malformations.

УДК 616.89–008.442: 008.454–055.2

Л.А. Герасименко

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ЖЕНЩИН С НЕВРАСТЕНИЕЙ И СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Ключевые слова:

неврастения, супружеская дезадаптация, сексуальная дисфункция, качество жизни.

Определена роль негативных психологических, социальных, социально-психологических факторов в нарушении супружеской адаптации, ухудшении качества жизни при неврастении у женщин. Возникающая при неврастеническом расстройстве вторичная сексуальная дисфункция и супружеская дезадаптация значительно снижает уровень супружеской адаптации, супружеского счастья и качество жизни.

Разработка и внедрение в клиническую практику эффективных методов диагностики и коррекции супружеской дезадаптации пары представляет собой сложную проблему сексологии [1–3, 6, 7]. Сложность ее связа-

на с многообразием причин нарушения супружеской адаптации, полиморфностью ее проявлений и, главное, с тем, что в генезе супружеской дезадаптации едва ли не определяющее значение имеют особенности личности

каждого из супругов и их сочетание в супружеской паре [2, 4]. А то обстоятельство, что супружеская дезадаптация у супругов, ухудшение качества жизни являются одной из самых частых причин распада семьи, придает этой проблеме и социальное звучание [2, 5].

Целью исследования стало изучение механизмов развития нарушений семейного функционирования, супружеской дезадаптации, ухудшения качества жизни при неврастении и соматоформной вегетативной дисфункции у женщин.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 77 супружеских пар, в которых женщины страдали неврастением, и 45 супружеских пар, у женщин которых присутствовала соматоформная вегетативная дисфункция (СВД) сердечно-сосудистой системы. Из числа обследованных у 65 (84,4%) супружеских пар у женщин с неврастением имела место супружеская дезадаптация, у остальных 12 (15,6%) дезадаптация не наблюдалась, несмотря на наличие неврастения у женщин. Эти супруги были обследованы в качестве контрольной группы. Все супружеские пары с СВД сердечно-сосудистой системы в результате проведенных исследований были признаны дезадаптивными.

Находившиеся под нашим наблюдением женщины были подвергнуты всестороннему комплексному обследованию, которое включало клинико-психопатологические, психодиагностические, психологические, социологические исследования.

В клиническое обследование женщин входило изучение анамнеза жизни, исследование соматического (в том числе неврологического) состояния, преморбидных особенностей и психического состояния.

Состояние сексуального здоровья исследовали методом системно-структурного анализа по В.В. Кришталю [2]. Системный анализ сексуального здоровья предусматривает, в зависимости от уровня взаимодействия супругов, выделение следующих компонентов: социального, психологического, социально-психологического, анатомо-физиологического. При оценке состояния социального компонента выделяли социокультурную и информационно-оценочную составляющие. Анатомо-физиологический компонент включал психическую, нейрогуморальную, нейрорегуляторную и генитальную составляющие.

Сексологическое обследование проводили с помощью методики обследования сексологических больных

[2], позволяющей всесторонне охарактеризовать сомато- и психосексуальное развитие, состояние сексуального здоровья женщины. Указанный метод сексологического обследования супружеской пары дает возможность получить целый ряд характеристик общесоматического, психического и психологического состояния каждого из супругов.

Тип половой конституции определяли у женщин по методике И.Л. Ботневой [6].

Супружеская адаптация во многом зависит от направленности личности каждого из супругов, таких ее психологических характеристик, как доминирующая мотивация, ценностные ориентации, желания в проведении досуга, мотивов вступления в брак, соответствия или несоответствия психосексуальных типов мужчины и женщины в супружеской паре.

При психодиагностическом обследовании женщин изучали направленность личности, особенности воспитания и мотивы вступления в брак. Исследовали удовлетворенность супругов своими сексуальными отношениями и супружеской коммуникацией [4].

Результаты и их обсуждение

При наличии невротического расстройства у женщин было установлено, что у (43±5)% из них отмечалась первичная сексуальная дисфункция, у (18±4)% – вторичная, и у (39±5)% супругов имела место первичная сексуальная дезадаптация. Первичная дезадаптация проявлялась в коммуникативной, сексуально-эротической и конституциональной формах, вторичная дисфункция – в паторефлекторной и абстинентной.

При сравнительной оценке качества жизни и социального, семейного функционирования у женщин с неврастением и СВД сердечно-сосудистой системы было установлено, что при конституциональной форме дезадаптации отмечались более высокие уровни по шкалам социоэмоциональная поддержка, межличностное взаимодействие, духовная реализация, по сравнению с сексуально-эротической формой дезадаптации (табл. 1, 2).

Обнаруживалось определенное соответствие между показателями качества жизни, социального, семейного функционирования при конституциональной и коммуникативной формах дезадаптивных взаимоотношений.

Сравнительная оценка качества жизни, социального, семейного функционирования в результате проведенного медикаментозного лечения показала наличие

Таблица 1. Сравнительная самооценка качества жизни пациенток с неврастением и взаимосвязь с типом дезадаптации

Показатель	Конституциональная	Сексуально-эротическая	Коммуникативная
Физическое благополучие	4,0±0,3	3,1±0,3	4,4±0,3
Психологическое (эмоциональное) благополучие	4,4±0,3	3,2±0,3	3,8±0,2
Самообслуживание и независимость действий	5,1±0,3	4,5±0,4	6,1±0,3
Работоспособность	4,9±0,3	3,9±0,4	5,1±0,3
Межличностное взаимодействие	5,9±0,3	4,9±0,4	5,3±0,3
Социоэмоциональная поддержка	6,1±0,3	5,1±0,4	6,0±0,3
Общественная и служебная поддержка	5,3±0,3	5,2±0,4	5,2±0,3
Личностная реализация	4,6±0,5	4,2±0,4	5,5±0,3
Духовная реализация	6,0±0,5	4,2±0,3	5,5±0,3
Общее восприятие качества жизни	4,2±0,5	4,3±0,4	4,3±0,3

Таблица 2. Сравнительная самооценка качества жизни пациенток с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы и взаимосвязь с типом дезадаптации

Показатель	Конституциональная	Сексуально-эротическая	Коммуникативная
Физическое благополучие	4,0±0,3	3,1±0,3	4,4±0,3
Психологическое (эмоциональное) благополучие	4,4±0,3	3,2±0,3	3,8±0,2
Самообслуживание и независимость действий	5,1±0,3	4,5±0,4	6,1±0,3
Работоспособность	4,6±0,3	3,9±0,4	5,1±0,3
Межличностное взаимодействие	5,6±0,3	4,9±0,4	5,3±0,3
Социоэмоциональная поддержка	6,1±0,3	5,1±0,4	6,0±0,3
Общественная и служебная поддержка	5,3±0,3	5,2±0,4	5,2±0,3
Личностная реализация	4,6±0,5	4,2±0,4	5,5±0,3
Духовная реализация	5,7±0,5	4,2±0,3	5,5±0,3
Качество жизни (восприятие)	4,2±0,5	4,3±0,4	4,3±0,3

положительной динамики в оценке пациентами с конституциональной и сексуально-эротической формами дезадаптации (табл. 3).

Практически по всем изучаемым показателям и в общей оценке качества жизни женщинами с изучаемыми формами психических расстройств была обнаружена положительная динамика.

Выводы

В результате проведенных нами всесторонних комплексных исследований было установлено, что наблюдающиеся у женщин с неврастенией нарушения семейного функционирования возникают при наличии у них явных акцентуаций характера и могут быть первичными, проявляющимися в сексуальной дезадаптации и сексуальной дисфункции, и вторичными, проявляющимися в сексуальной дисфункции. Первичные сексуальные нарушения, значительно более многочисленные и разнообразные по форме, служат психотравмой, которая приводит к развитию невротической депрессии. Вторичная сексуальная дисфункция является следствием этих расстройств, развившихся в результате несексуальной психотравмы, и зависит от тяжести и длительности их течения. При всех обстоятельствах развитие сексуальных нарушений во многом определяется сексуальным поведением женщины.

Первичная сексуальная дезадаптация при нарушении семейного функционирования в нашем исследовании проявлялась в трех клинических формах – коммуникативной,

сексуально-эротической, конституциональной, каждая из которых имеет свои причины и механизмы развития.

Первичная сексуальная дисфункция проявляется в двух ее формах: паторефлекторной и абстинентной. Механизм развития паторефлекторной формы дисфункции заключается в выработке патологического условного рефлекса, абстинентной формы – в детренированности и угасании сексуальных рефлексов.

Механизмы развития вторичной сексуальной дисфункции заключаются в связанных с невротической депрессией астении, вегетативных нарушениях, актуализации сексуальной сферы и дизритмии половой жизни.

Существует зависимость между развитием первичной сексуальной дезадаптации и уровнем общей и сексуальной культуры, культуры общения, сексуального опыта супругов, качеством жизни. Вторичная сексуальная дисфункция характеризуется дезактуализацией сексуальной сферы и снижением сексуальных проявлений – либидо, сексуальных ощущений.

Результаты всесторонних, в том числе и психодиагностических исследований свидетельствуют о том, что показатели супружеской адаптации и супружеского счастья при сексуально-эротической и конституциональной формах дезадаптации выше, чем при коммуникативной форме, в большей мере приводящих к актуализации внутриличностного конфликта у женщин. Возникающая при невротическом расстройстве вторичная сексуальная дисфункция значительно сни-

Таблица 3. Сравнительная самооценка качества жизни пациенток с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы после проведенного лечения и взаимосвязь с типом дезадаптации

Показатель	Конституциональная	Сексуально-эротическая	Коммуникативная
Физическое благополучие	4,3±0,3	3,7±0,3	4,4±0,3
Психологическое (эмоциональное) благополучие	4,8±0,3	3,5±0,3	3,8±0,2
Самообслуживание и независимость действий	5,3±0,3	4,7±0,4	6,1±0,3
Работоспособность	4,8±0,3	4,1±0,4	5,1±0,3
Межличностное взаимодействие	5,8±0,3	5,3±0,4	5,3±0,3
Социоэмоциональная поддержка	6,5±0,3	5,2±0,4	6,0±0,3
Общественная и служебная поддержка	5,6±0,3	5,3±0,4	5,2±0,3
Личностная реализация	4,9±0,5	4,5±0,4	5,5±0,3
Духовная реализация	5,9±0,5	4,6±0,3	5,5±0,3
Общее восприятие качества жизни	4,9±0,5	4,7±0,4	4,3±0,3

жает уровень супружеской адаптации, супружеского счастья и качество жизни.

Список использованной литературы

1. Келли Гари Ф. Основы современной сексологии / Ф. Келли Гари. – СПб.: Питер, 2000.– 896 с.

2. Кришталь В. В. Сексология / В. В. Кришталь, С. Р. Григорян. – М.: Per Se, 2002. – 879 с.

3. Кузьменко В. З. Нарушение сексуального здоровья при неврозах и психопатиях / В. З. Кузьменко. – Сочи : [б.и.], 1988. – 129 с.

4. Либих С. С. Руководство по сексологии / С. С. Либих. – СПб.: Питер, 2001. – 480 с.

5. Психосоматическая медицина / О. Г. Сыропятов [и др.]. – К.: Наук. світ, 2008. – 276 с.

6. Райгородский В. В. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / В. В. Райгородский. – Самара : БАХРАХ-М, 2002.– 672 с.

7. Скрипников А. Н. Нарушение здоровья семьи при расстройстве личности у мужчин / А. Н. Скрипников. – М.: Медицина, 1999. – 272 с.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ПОРУШЕНЬ СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ЖІНОК З НЕВРАСТЕНІЄЮ ТА СОМАТОФОРМНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Л.А. Герасименко

Вивчено взаємозв'язок поміж якістю життя та перебігом неврастенії, соматоформної вегетативної дисфункції. Визначені механізми розвитку подружньої дезадаптації у поєднанні з якістю життя за неврастенії та соматоформної вегетативної дисфункції у жінок. Виділені форми подружньої дезадаптації і варіанти сексуальної дисфункції при досліджуваній патології у жінок. Визначено роль негативних психологічних, соціальних, соціально-психологічних факторів у порушенні подружньої дезадаптації, погіршенні якості життя за визначеної патології у жінок.

Ключові слова: неврастенія, подружня дезадаптація, якість життя, сексуальна дисфункція.

COMPARATIVE EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE AND THE MECHANISMS OF DEVELOPMENT OF VIOLATIONS OF FAMILY FUNCTIONING IN WOMEN WITH NEUROTIC AND SOMATOFORM VEGETATIVE DYSFUNCTION

L. Gerasimenko

The relationship between quality of life and progress neurasthenia, somatoform autonomic dysfunction was examined. Mechanisms for the development of marital maladjustment in combination with quality of life in neurasthenia and somatoform autonomic dysfunction in women was defined. Forms of marital maladjustment and options for sexual dysfunction in the studied diseases in women were selected. The role of negative psychological, social, socio-psychological factors in the breaking of marital maladjustment, poor quality of life at a certain pathology in women were defined.

Key words: neurasthenia, marital maladjustment, quality of life, sexual dysfunction.

УДК 616.33–002.44+616.12–008.333.2

Л.Р. Нікогосян

ВИВЧЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Одеський національний медичний університет, Україна, м. Одеса

Ключові слова:

вагітність, загроза переривання вагітності, тривожність, стресостійкість.

Актуальність теми. Сучасні дослідження в галузі охорони здоров'я та психології раннього розвитку свідчать про те, що одним із найважливіших факторів, які впливають на майбутнє здоров'я дитини, є перебіг вагітності матері та її готовність забезпечити необхідні умови розвитку дитини після народження. У світлі цього проблема збереження здоров'я і психологічного благополуччя вагітної жінки та майбутньої дитини є однією із фундаментальних проблем сучасного суспільства. Вплив фізичного і психічного здоров'я та психологічного благополуччя матері на здоров'я і успішність розвитку дитини стало підставою виділення вивчення материнства в самостійний психологічний напрям [1].

Мета роботи. Визначення психологічних особливостей жінок з загрозою переривання вагітності, порівняно з жінками, вагітність яких перебігає нормально.

Матеріали та методи дослідження

У нашому дослідженні взяло участь 147 вагітних жінок, які відвідують жіночу консультацію № 2 м. Одеса. Обстежувані були поділені на дві групи. Першу (основну) групу склали 87 вагітних жінок із загрозою переривання вагітності. До другої (контрольної) групи увійшли 60 вагітних жінок, вагітністьб яких перебігає нормально. У ході дослідження застосовували шкалу тривожності Спілбергера–Ханіна для виявлення ситуаційної та реактивної тривожності у вагітних жінок, а також проводили

тест на визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Page.

Результати та їх обговорення

Для визначення стресостійкості досліджуваних вагітних жінок використовували методику визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Page. Важливим є визначення понять «стресостійкості» та «соціальної адаптації».

Стресостійкість – це здатність витримувати певні психофізичні навантаження і переносити стреси без шкоди для організму і психіки. Складно піддається коригуванню, якщо мова йде про реакцію на стрес. А ось стресор (джерело стресу) або постстресову поведінку коригувати можна.

Соціальна адаптація – процес активного пристосування індивіда до умов соціального середовища. Одним із видів соціальної адаптації є адаптація соціально-психологічна, тобто така взаємодія особистості і соціального середовища, яка приводить до оптимального співвідношення цілей і цінностей особистості та групи. Цей вид пристосування передбачає пошукову активність особистості, усвідомлення нею свого соціального статусу і соціально-рольової поведінки, ідентифікацію особи і групи в процесі виконання спільної діяльності, прийняття індивідом норм, цінностей і традицій соціальної групи [3].

Тестування проводилось з використанням бланку, який містить перелік різноманітних життєвих ситуацій. Досліджуваному треба відмітити, які події мали місце у його житті за останній рік. Отримані дані наведені у таблиці 1 [4].

Таблиця 1. Розподіл жінок за рівнем стресостійкості

Ступінь опірності стресу	ОГ, n = 87		КГ, n=60	
	п	%±m	п	%±m
Висока	47	54,02±5,34	33	55,00±6,42
Порогова	22	25,29±4,66	20	33,33±6,09
Низька	18	20,69±4,34	7	11,67±4,14

Отримані результати свідчать, що у більшості вагітних жінок із загрозою переривання вагітності (54%) було виявлено високий рівень опірності стресу, що говорить про те, що наявність актуального стану переривання вагітності не є для вагітних жінок даної групи стресовим фактором. Пороговий ступінь опірності стресу був виявлений у 25% жінок основної групи і у 33% жінок контрольної групи. Низька стресостійкість відзначена у 20% жінок ОГ і у 12% жінок КГ.

Визначення рівнів особистісної та ситуативної тривожності проводилось за методикою Спілбергера–Ханіна. Тестування проводилось з використанням двох бланків: одного для визначення особистісної тривожності, другого – для ситуативної тривожності [2].

Певний рівень тривожності – природна й обов’язкова особливість активної діяльної особистості. У кожної людини існує свій оптимальний або бажаний рівень тривожності – це так звана корисна тривожність. Оцінка людиною свого стану в цьому відношенні є для неї

істотним компонентом самоконтролю і самовиховання. Результати, отримані за тестом Спілбергера–Ханіна, наведені у таблицях 2 та 3.

Таблиця 2. Розподіл досліджених за рівнем ситуативної тривожності

Рівень тривожності	ОГ, n =87		КГ, n =60	
	п	%±m	п	%±m
Високий	28	32,19±5,01	5	8,33±3,56*
Середній	40	45,98±5,34	15	25,00±5,59
Низький	19	21,84±4,43	40	66,67±6,09*

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

Вивчення рівня ситуативної тривожності виявляє достовірну різницю між дослідженими групами. У результаті проведеного тестування виявлено, що майже дві третини вагітних жінок з ОГ на момент дослідження перебували у досить рівноважному стані (40% та 19%). Цей показник дозволяє нам зробити висновок, що наявність загрози переривання вагітності у жінок даної групи не призводила до стану тривожності в момент проведення тестування. Високий рівень тривожності у жінок, вагітність яких перебігає нормально, був характерний лише для 8% досліджуваних.

Слід зазначити, що значні відхилення від рівня помірної тривожності потребують особливої уваги, висока тривожність передбачає схильність до прояву стану тривоги в ситуаціях оцінки власної компетентності.

Таблиця 3. Розподіл обстежених за рівнем особистісної тривожності

Рівень тривожності	ОГ, n =87		КГ, n =60	
	п	%±m	п	%±m
Високий	44	50,57±5,36	40	66,67±6,09*
Середній	22	25,29±4,66	13	14,94±4,60
Низький	21	24,14±4,58	7	11,67±4,14*

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

Дані таблиці 3 свідчать, що у вагітних жінок без загрози переривання вагітності наявний вищий показник особистісної тривожності, порівняно з жінками із основної групи. У більшості жінок з контрольної групи без загрози переривання вагітності переважає висока особистісна тривожність (66%), що може бути пов’язано зі значимістю періоду вагітності в їх житті, наявністю страхів і переживань у зв’язку з вагітністю та пологами. На підставі результатів дослідження можна зробити висновок про те, що, незважаючи на наявність загрози переривання вагітності, досліджуваним жінкам ОГ стан тривожності був властивий менше, ніж вагітним жінкам без загрози переривання вагітності.

Висновки

За результатами проведеного серед вагітних жінок дослідження виявлено, що для вагітних із загрозою переривання вагітності характерний високий рівень опірності стресу, порівняно з жінками, вагітність яких перебігає нормально. Це свідчить про те, що наявність актуального стану загрози переривання вагітності не є для вагітних жінок даної групи стресовим фактором. Також визначення рівня тривожності показало, що

майже дві третини вагітних жінок з основної групи на момент дослідження знаходились у досить рівноважному стані. Цей показник дозволяє нам судити, що наявність загрози переривання вагітності у жінок даної групи не приводила до стану тривожності в момент проведення тестування. У більшості жінок з контрольної групи без загрози переривання вагітності переважає висока особистісна тривожність (66%), що може бути пов’язано зі значимістю періоду вагітності в їх житті, наявністю страхів і переживань у зв’язку з вагітністю та пологами. Результати дослідження дозволяють зробити висновок, що, незважаючи на наявність загрози переривання вагітності, досліджу-

ваним жінкам ОГ стан тривожності був властивий менше, ніж вагітним жінкам без загрози переривання вагітності.

Список використаної літератури

1. Ветчанина Е. Г. Психологические состояния беременных женщин в условиях острого и хронического стресса и особенности их психокоррекции : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. псих. наук / Е. Г. Ветчанина. – Томск, 2003.

2. Кабанов М. М. Методы психологической диагностики и коррекции / М. М. Кабанов, А. Е. Лычко, В. А. Смирнов // Медицина. – 1983.

3. Миронова Е. Е. Сборник психологических тестов / Миронова Е. Е. – Часть I : Пособие / Сост.– 2005. – 155 с.

4. Розовин М. С. Теоретические основы психологического и психопатологического исследования // М. С. Розовин, Г. В. Залевский. – Томск, 1988.

ИЗУЧЕНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Л.Р. Никогосян

Целью нашей работы стало определение психологических особенностей женщин с угрозой прерывания беременности, по сравнению с женщинами, у которых беременность протекает нормально. В исследовании приняли участие 147 беременных женщин, посещающих женскую консультацию № 2 г. Одессы. Первую (основную) группу составили 87 беременных женщин с угрозой прерывания беременности. Во вторую (контрольную) группу вошли 60 женщин с нормально протекающей беременностью. По результатам проведеного исследования среди беременных женщин выявлено, что для беременных с угрозой прерывания беременности характерне высокий уровень сопротивляемости стрессу, по сравнению с женщинами с нормальной беременностью. Также определение уровня тревожности показало, что почти две трети беременных женщин из основной группы на момент исследования находились в довольно уравновешенном состоянии.

Ключевые слова: беременность, угроза прерывания беременности, тревожность, стрессоустойчивость.

STUDY OF PERSONAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH THREATENED ABORTION

L. Nykogosyan

The goal of this work was to determine the psychological characteristics of women with threatened miscarriage, compared to women with pregnancy which goes normal. The study involved 147 pregnant women attending the antenatal clinic № 2 of Odessa. The first (primary) group consisted of 87 pregnant women with threatened abortion. The second (control) group included 60 pregnant women with pregnancy which goes normal. The results of the studies of pregnant women found that pregnant women with threatened abortion have a high level of resilience stress, compared with women whose pregnancy goes normal. Also the determine of the level of anxiety showed that nearly two-thirds of pregnant women from the main group were in a fairly steady state at the time of the study.

Key words: pregnancy, threatened miscarriage, anxiety, stress.

УДК 616.89–02–085

О.А. Ревенок¹, Я.Ю. Марункевич²

ОСОБЛИВОСТІ СУПУТНЬОЇ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ
У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

Український науково-дослідний інститут соціальної
і судової психіатрії та наркології МОЗ України¹ м. Вінниця
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова², м. Київ

При аналізі особливостей супутньої соматичної патології у 220 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, було встановлено, що у структурі соматичної захворюваності найбільшу частку складає патологія серцево-судинної (26,7%), дихальної (23,9%) та травної систем (22,4%). Виявлені найхарактерніші для цього контингенту соматичні нозології: хронічний бронхіт, хронічні гастрити та дуоденіти, кардіоміопатія, а також встановлено, що хронічний гастрит, дуоденіт та гепатит значуще частіше зустрічаються у хворих, в яких соматична патологія виникла до дебюту шизофренії, а кардіоміопатії – у хворих, в яких соматична патологія виникла після дебюту шизофренії.

Шизофренія є однією з найскладніших та найактуальніших проблем сучасної психіатричної науки і практики. Останніми роками особлива увага приділяється особливостям взаємного впливу психічної та соматичної патології. Цей напрямок активно розвивається у зв’язку з посиленням ролі комплексного підходу до надання медичної допомоги психічно хворим, їх реабілітації та адаптації.

Наявність супутньої соматичної патології суттєво ускладнює патогенетичні механізми розвитку шизофренії, призводить до взаємної трансформації клінічної картини і значно утруднює розробку лікувальних та реабілітаційних заходів при шизофренії.

Актуальність. Проблема поєднання шизофренії та соматичної патології на сьогодні розглядається як одна з найважливіших у сучасній психіатрії, становить значний

науковий і практичний інтерес, а соматичний статус хворих на шизофренію, на думку сучасних дослідників, потребує більшої уваги, ніж у хворих з відсутністю психічної патології [4, 5, 11].

Інтегративний, системний підхід у медицині, який передбачає аналіз усього комплексу клінічних та соціальних особливостей, характеру мікросоціальної взаємодії пацієнта, набуває першочергового значення і приводить до усвідомлення необхідності міждисциплінарної взаємодії для створення цілісних уявлень про людину в її психосоматичній єдності [7].

У наукових дослідженнях останніх років відмічається значна пов’язаність шизофренії і соматичних захворювань, зокрема, артеріальної гіпертензії, гіперліпідемії, цукрового діабету, захворювань шлунково-кишкового тракту; причому для таких захворювань як ВІЛ, ускладнення вагітності і пологів, серцево-судинні захворювання, ожиріння, дисфункція щитоподібної залози доказова база ґрунтується на даних популяційних досліджень [1–3]. У ряді досліджень була виявлена більша ураженість хворих патологією серцево-судинної системи, зокрема ішемічною хворобою серця, кардіоміопатіями та порушеннями серцевого ритму [3, 7], цукровим діабетом (особливо II типу) [2, 13], хронічними захворюваннями легень та іншими [8, 14]. Поєднання психозу з бронхіальною астмою та алергіями, за даними деяких авторів [6], зустрічається рідко, навіть за умови неадекватного лікування соматичної патології. При цьому дані щодо структури супутньої соматичної патології у хворих на шизофренію за даними різних досліджень суттєво різняться, що може бути пов’язане із вивченням гетерогенних контингентів та недостатньо розробленою методологією досліджень. Також не досліджено особливості ураженості хворих на шизофренію супутньою соматичною патологією у зв’язку з дебютом захворювання.

Мета дослідження – встановити структуру та особливості супутньої соматичної патології у хворих на параноїдну шизофренію у зв’язку з дебютом основного захворювання.

Матеріали та методи дослідження

Ми досліджували клінічні діагнози супутнього соматичного захворювання 220 чоловіків, які впродовж 2011–2014 років перебували на стаціонарному лікуванні у Вінницькій обласній клінічній психоневрологічній лікарні ім. акад. О.І. Ющенка з діагнозом «параноїдна шизофренія», встановленим згідно з критеріями МКХ–10, та мали супутню соматичну патологію. Для дослідження зв’язку супутньої соматичної патології з дебютом шизофренії зазначені хворі були поділені на дві групи: пацієнти з супутньою соматичною патологією, що виникла до дебюту шизофренії, 110 чоловік, і пацієнти з супутньою соматичною патологією, що виникла після дебюту шизофренії, 110 чоловік.

Статистичний аналіз даних дослідження виконано з використанням непараметричного тесту Манна–Уїтні.

Результати та їх обговорення

Всього у 220 обстежених хворих було виявлено 348 випадків захворювань на соматичні нозології: у 110 хворих, в

яких соматична патологія виникла до дебюту шизофренії, виявлено 173 випадки, у 110 хворих, у яких соматична патологія виникла після дебюту шизофренії – 175 випадків. При цьому одне супутнє соматичне захворювання виявлено у 128 хворих (58,2%), поєднання двох і більше соматичних нозологій – у 92 хворих (41,8%). У групах хворих, у яких соматична патологія виникла до і після дебюту шизофренії, розподіл хворих з однією та кількома супутніми соматичними захворюваннями виявився однаковим: відповідно 64 (58,2%) та 46 (41,8%) хворих.

У хворих на шизофренію було виявлено соматичну патологію усіх органів та систем організму. Найбільшу питому частку в структурі захворюваності має патологія серцево-судинної системи (в цілому 26,7%), при цьому вона частіше виявляється у хворих, у яких соматична патологія виникла після дебюту шизофренії – 29,1% проти 24,3% у хворих, у яких соматична патологія виникла до дебюту шизофренії (табл. 1, рисунок). Дещо меншою є питома частка патології дихальної системи: 23,9% в цілому, частіше у хворих, у яких соматична патологія виникла до дебюту шизофренії (25,4% проти 22,3%). Значною є також питома частка патології травної системи: 22,4% при цьому її суттєво частіше виявляли у хворих, у яких соматична патологія виникла до дебюту шизофренії (26,0% проти 18,9% (p=0,07). Значно меншу питому частку в структурі соматичної патології мають захворювання ендокринної системи: 13,5% в цілому, частіше у хворих, в яких соматична патологія виникла після дебюту шизофренії (15,4% проти 9,5%), та сечостатевої системи (4,0% в цілому, 4,6% у хворих, у яких соматична патологія виникла до дебюту шизофренії, 3,4% у хворих, у яких соматична патологія виникла після дебюту шизофренії). Іншу патологію складали одиничні випадки захворювань шкіри, нервової системи, кістково-м’язової системи (в сумі такі випадки складають 9,5% в цілому, 8,1% у хворих, у яких соматична патологія виникла до дебюту шизофренії, 10,9% у хворих, у яких соматична патологія виникла після дебюту шизофренії).

Таблиця 1. Структура супутньої соматичної патології у хворих на шизофренію

Вид супутньої соматичної патології	До дебюту		Після дебюту		Разом		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Серцево-судинної системи	42	24,3	51	29,1	93	26,7	0,183
Дихальної системи	44	25,4	39	22,3	83	23,9	0,287
Травної системи	45	26,0	33	18,9	78	22,4	0,070
Сечостатевої системи	8	4,6	6	3,4	14	4,0	0,384
Ендокринної системи	20	11,6	27	15,4	47	13,5	0,184
Інша	14	8,1	19	10,9	33	9,5	0,243
Разом	173	100,0	175	100,0	348	100,0	-

Одержані дані узгоджуються з результатами інших досліджень, які виявили, що основною супутньою патологією при шизофренії є захворювання серцево-судинної системи – від 22,6% до 30,4% [3, 7, 9, 12]. У нашому

дослідженні також було показано високу ураженість хворих на шизофренію патологією дихальної системи, яка посідає друге місце після серцево-судинної. Також ми виявили удвічі більшу ураженість хворих на шизофренію захворюваннями травної системи, порівняно з іншими дослідженнями, та значно меншу – захворюваннями нервової системи [5, 9, 10, 12].

При аналізі ураженості хворих на шизофренію окремими нозологіями (табл. 2) було виявлено, що найчастіше в якості супутньої соматичної патології у хворих на шизофренію трапляється хронічний бронхіт (в цілому 19,9%, практично порівну у хворих обох груп – 19,6% та 20,0% відповідно). Це, очевидно, пояснюється значним поширенням куріння серед хворих на шизофренію (за даними нашого дослідження, навіть у групі хворих з супутньою соматичною патологією – понад 60%) та зниженою їх увагою до власного здоров’я.

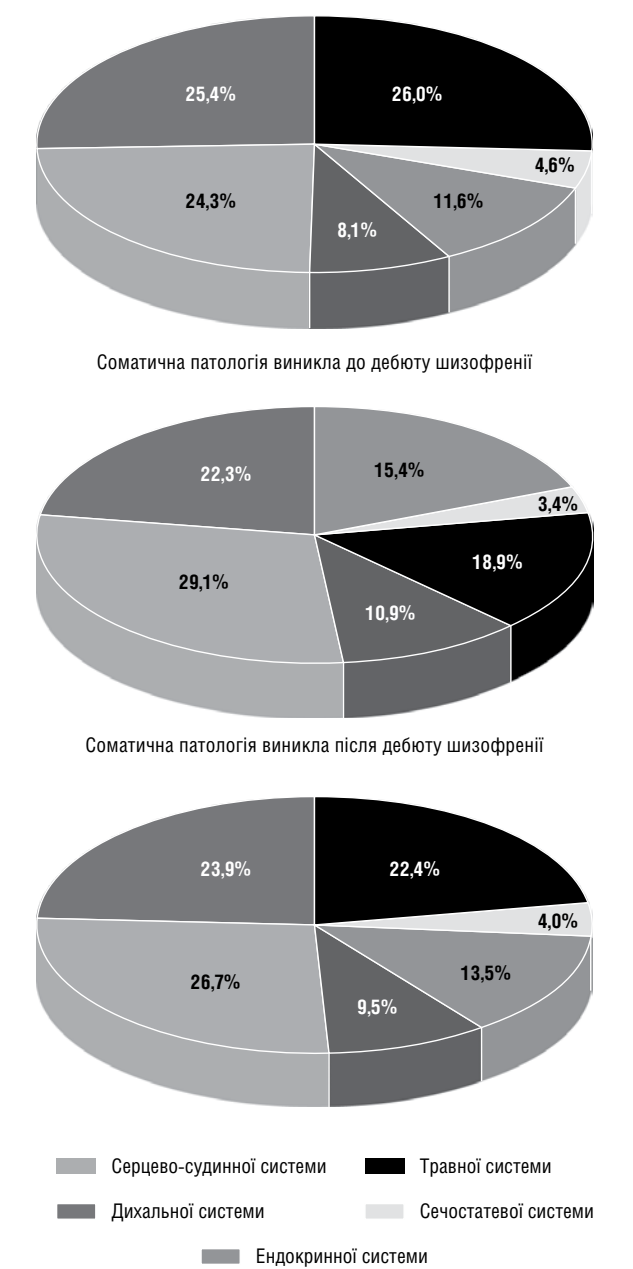


Рисунок. Структура супутньої соматичної патології у хворих на шизофренію (у % до загальної кількості хворих у кожній з груп)

Поширеними серед хворих на шизофренію є хронічні гастрити та дуоденіти – в цілому 12,9%; при цьому ця патологія значуще частіше виявляється у хворих, у яких соматична патологія виникла до дебюту шизофренії: 16,1% проти 9,7% (p=0,05).

Натомість, різні види кардіоміопатій частіше виявляють у хворих, у яких соматична патологія виникла після дебюту шизофренії (14,4% проти 8,1% у хворих, у яких соматична патологія виникла до дебюту шизофренії, p<0,05). На наш погляд, певну роль у цих розбіжностях може відігравати кардіотоксичний ефект психотропних препаратів.

Ожиріння виявляють у 11,2% хворих з супутньою соматичною патологією, дещо частіше – у хворих, у яких соматична патологія виникла після дебюту шизофренії (12,1% проти 10,3% у хворих, у яких соматична патологія виникла до дебюту шизофренії).

Хронічна ІХС виявлена у 8,9% осіб, які мають супутні соматичні захворювання, дещо частіше у хворих, у яких соматична патологія виникла до дебюту шизофренії – 9,8%, у хворих, у яких соматична патологія виникла після дебюту шизофренії – 8,0%, розбіжності є статистично незначущими.

Більшою мірою виражені розбіжності у поширеності соматоформної дисфункції ВНС (нейроциркуляторної дистонії): вона частіше зустрічається у хворих, у яких соматична патологія виникла після дебюту шизофренії: 6,9% проти 3,5%, в цілому 5,2%, p=0,118. Близько 3% хворих на шизофренію, які мають супутню патологію, хворіють на виразку шлунка та дванадцятипалої кишки, остеохондроз хребта, есенціальну гіпертензію та серцеві аритмії; при цьому розбіжності у поширеності цієї патології між групами хворих, у яких соматична патологія виникла до і після дебюту шизофренії, є статистично незначущими.

Рідше (від 1,4% до 2,6%) у хворих на шизофренію в якості супутніх соматичних захворювань спостерігають хронічний холецистит, сечокам’яну хворобу, бронхіальну астму, хронічний гепатит, цукровий діабет (ЦД), хронічний пієлонефрит, емфізему та хронічний панкреатит. При цьому ураженість хронічним гепатитом є більшою у хворих, у яких соматична патологія виникла до дебюту шизофренії (3,5% проти 0,6%, p=0,059). Особливий інтерес становлять дані аналізу розбіжностей ураженості хворих цукровим діабетом, адже відомо, що інсулінокоматозна терапія здатна призводити до пригнічення інсулінопродукуючої функції підшлункової залози і до розвитку хронічної гіперглікемії. Дані нашого дослідження свідчать, що цукровий діабет дещо частіше виявляється у хворих, у яких соматична патологія виникла після дебюту шизофренії, що може бути пов’язане із обмеженням застосування інсулінотерапії у хворих із вже наявною соматичною патологією, однак ці розбіжності є статистично незначущими. Слід зазначити, що в усіх випадках реєструвався інсулінонезалежний тип захворювання на ЦД.

У обстеженого контингенту виявлені також одиничні випадки захворювання на інші соматичні нозології: дифузний зоб, псоріаз, енцефалопатію, хворобу Рейно та алергічний риніт, кожною з яких було уражено менше 1% хворих.

Таблиця 2. Структура нозологічних форм супутньої соматичної патології у хворих на шизофренію

№ з/п	Назва супутнього соматичного захворювання	До дебюту		Після дебюту		Разом		p
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	
1.	Хронічний бронхіт	34	19,6	35	20,0	69	19,9	0,521
2.	Хронічний гастрит та дуоденіт	28	16,1	17	9,7	45	12,9	0,050
3.	Кардіоміопатія	14	8,1	25	14,4	39	11,2	0,048
4.	Ожиріння	18	10,3	21	12,1	39	11,2	0,382
5.	Хронічна ІХС	17	9,8	14	8,0	31	8,9	0,341
6.	НЦД	6	3,5	12	6,9	18	5,2	0,118
7.	Виразка шлунка і дванадцятипалої кишки	6	3,5	6	3,4	12	3,4	0,607
8.	Остеохондроз	6	3,5	6	3,4	12	3,4	0,607
9.	Есенціальна гіпертензія	5	2,9	6	3,4	11	3,2	0,508
10.	Серцеві аритмії	5	2,9	6	3,4	11	3,2	0,508
11.	Хронічний холецистит	3	1,7	6	3,4	9	2,6	0,257
12.	Сечокам'яна хвороба	5	2,9	3	1,7	8	2,3	0,355
13.	Бронхіальна астма	5	2,9	2	1,1	7	2,0	0,220
14.	Хронічний гепатит	6	3,5	1	0,6	7	2,0	0,059
15.	Цукровий діабет	2	1,2	4	2,3	6	1,7	0,348
16.	Хронічний пієлонефрит	3	1,7	3	1,7	6	1,7	0,652
17.	Емфізема	4	2,3	2	1,1	6	1,7	0,337
18.	Хронічний панкреатит	2	1,2	3	1,7	5	1,4	0,505
19.	Дифузний зоб	0	0,0	2	1,1	2	0,6	0,252
20.	Псоріаз	2	1,2	0	0,0	2	0,6	0,246
21.	Енцефалопатія	0	0,0	1	0,6	1	0,3	0,503
22.	Хвороба Рейно	1	0,6	0	0,0	1	0,3	0,497
23.	Алергічний риніт	1	0,6	0	0,0	1	0,3	0,497
	Разом	173	100	175	100	348	100	-

Висновки та перспективи подальших досліджень

Виявлені нами особливості структури супутньої соматичної патології у хворих на шизофренію свідчать про її значний поліморфізм. Найпоширенішими є патологія серцево-судинної (26,7%), дихальної (23,9%) та травної систем (22,4%). Виявлені найтиповіші нозології (хронічний бронхіт, хронічні гастрити та дуоденіти, кардіоміопатія), а також встановлено, що хронічний гастрит, дуоденіт та гепатит значуще частіше зустрічаються у хворих, у яких соматична патологія виникла до дебюту шизофренії, а кардіоміопатії – у хворих, у яких соматична патологія виникла після дебюту цього захворювання.

Виявлені нами розбіжності з даними інших авторів щодо структури супутньої соматичної патології зумовлюють необхідність проведення масштабних мультикультуральних досліджень з використанням єдиної методології та діагностичних підходів для встановлення об'єктивної картини ураженості хворих на шизофренію соматичною патологією.

Список використаної літератури

1. Бурлаков А. В. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра, коморбидные сердечно-сосудистой патологии (клиника, психосоматические соотношения, терапия) : дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: 14.00.18 / Бурлаков Алексей Вячеславович; Научный центр психического здоровья РАМН. – М, 2006. – 218 с.

2. Дробижев М. Ю. К проблеме сахарного диабета у больных шизофренией (по материалам некоторых публикаций в журналах США) / М. Ю. Дробижев // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – Т. 2, № 2. – С. 35–37.

3. Клинические особенности течения ишемической болезни сердца у больных шизофренией / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин, М. Ю. Дробижев [и др.] // Клиническая медицина. – 2007. – Т. 85, №4. – С. 33–36.

4. Марута Н. А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты / Н. А. Марута // Здоров'я України. – 2013. – № 12. – С. 38–39.

5. Менделевич Б. Д. К вопросу о распространенности соматической патологии среди пациентов, страдающих психическими расстройствами / Б. Д. Менделевич, А. М. Куклина // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т. 93, № 3. – С. 532–534.

6. Распространенность и особенности бронхиальной астмы и аллергических заболеваний при шизофрении / А. Ю. Третьяков, Л. В. Ромасенко, С. П. Захарченко [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – № 1. – С. 4.

7. Семке А. В. Соматические расстройства при шизофрении / А. В. Семке, Ю. Л. Мальцева. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2009. – 180 с.

8. Тюркина Т. А. Сопутствующие соматические заболевания у больных шизофренией / Т. А. Тюркина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 5 (62). – С. 47–49.

9. Carney C. Medical Comorbidity in Women and Men with Schizophrenia: A Population-Based Controlled Study / C. Carney, L. Jones, R. Woolson // Journal of General Internal Medicine. – 2006. – Vol. 21, № 11. – P. 1133–1137.

10. Comorbidity and multimorbidity in patients with schizophrenia and bipolar disorder: similarities and differences / I. Oreški, M. Jakovljević, B. Aukst-Margetić [et al.] // Psychiatria Danubina. – 2012. – Vol. 24, № 1. – P. 80–85.

11. Druss B. Mental disorders and medical comorbidity / B. Druss, E. Reisinger // Research synthesis report. – 2011. – № 21. – P. 21–24.

12. Kozumplik O. Psychotic disorders and comorbidity: somatic illness vs. side effect / O. Kozumplik, S. Uzun, M. Jakovljević // Danubina psychiatria. – 2009. – Vol. 21, № 3. – P. 361–367.

13. Meetoo D. Dangerous liaisons: The relationship between schizophrenia and diabetes / D. Meetoo // Journal of Diabetes Nursing. – 2013. – № 17. – P. 104–111.

14. Tandon R. Medical comorbidities of schizophrenia / R. Tandon // Digest of Psychiatry. – 2013. – Vol. 42, № 3. – P. 51–55.

ОСОБЕННОСТИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

О.А. Ревенок, Я.Ю. Марункевич

При анализе особенностей сопутствующей соматической патологии у 220 мужчин, больных параноидной шизофренией, было установлено, что в структуре соматической заболеваемости наибольший удельный вес имеет патология сердечно-сосудистой (26,7%), дыхательной (23,9%) и пищеварительной систем (22,4%). Выявлены наиболее характерные для данного контингента соматические нозологии: хронический бронхит, хронические гастриты и дуодениты, кардиомиопатия, а также установлено, что хронический гастрит, дуоденит и гепатит значимо чаще встречаются у больных, у которых соматическая патология возникла до дебюта шизофрении, а кардиомиопатии – у больных, у которых соматическая патология возникла после дебюта шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, сопутствующая соматическая патология.

FEATURES CONCOMITANT SOMATIC PATHOLOGY IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

O. Revenok, Y. Marunkevich

In analyzing the characteristics of concomitant somatic pathology in 220 men with paranoid schizophrenia, it was found that the structure of somatic diseases has the largest share of cardiovascular pathology (26,7%), respiratory (23,9%) and digestive system (22,4%). Identified most characteristic of the contingent somatic nosology: chronic bronchitis, chronic gastritis and duodenitis, cardiomyopathy, and found that chronic gastritis, duodenitis and hepatitis significantly more common in patients who somatic abnormality occurred to debut schizophrenia, and cardiomyopathy – in patients in which somatic abnormality occurred after the debut of schizophrenia.

Key words: schizophrenia, concomitant somatic pathology.

УДК 616.89

К.І. Клебан

ВПЛИВ ЦИРКАДНОЇ ДИСФУНКЦІЇ НА ПСИХІЧНУ ТА СОМАТИЧНУ СКЛАДОВІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ X

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

Метою даного дослідження було виявлення хронобіологічних особливостей перебігу непсихотичних психічних розладів у пацієнтів з метаболічним синдромом X. Показано вплив циркадної дисрегуляції на особливості перебігу соматичної складової у цієї когорти хворих, враховуючи зміни у варіабельності серцевого ритму. Нами було виявлено значну поширеність розладів циркадного ритму пацієнтів з метаболічним синдромом X (МСХ) і коморбідними непсихотичними психічними розладами (НПР), що значно знижували якість життя таких хворих. Саме тому потрібен комплексний підхід для раннього виявлення циркадної дисрегуляції та проведення своєчасної корекції даних порушень з урахуванням хронобіологічних особливостей.

Ключові слова: метаболічний синдром X, циркадний ритм, непсихотичні психічні розлади, варіабельність серцевого ритму.

Сучасні дослідження показують, що метаболічний синдром X є проблемою світового масштабу і характеризується низкою патологічних процесів, які, прогресуючи, значно знижують якість життя, впливаючи на фізичний стан людини, її емоційні та поведінкові реакції, а також на роль у соціумі. Фактором, що призводить до значного погіршення перебігу МСХ та появи нових ускладнень, є наявність у структурі цього захворювання порушення циклу сон – неспання. Оскільки циркадний ритм є основною часовою одиницею роботи живого організму, то він властивий всім його системам. Загалом робота біологічного годинника організму здійснюється завдяки нейроендокринній взаємодії, що дає можливість забезпечувати цілісне функціонування організму, а також його адаптацію до умов зовнішнього середовища. Відомо, що ритмічність біологічних процесів є фундаментальною властивістю живої матерії та складовою сутності орга-

нізації життя. Тож вивчення періодичності фізіологічних та патофізіологічних процесів має важливе значення як для теоретичної, так і для практичної медицини.

Результати багатьох досліджень показують взаємозв'язок між рівнем захворюваності, частотою загострення хвороб та біоритмами. Ритмічність змін функцій організму визначається інтенсивністю процесів саморегуляції функціональних систем, які своєю діяльністю забезпечують стійкість внутрішнього середовища та адаптивні властивості даного індивідуума. Відомо, що кожна функціональна система має свій певний ритм, який взаємозв'язаний з ритмами діяльності інших пов'язаних із нею систем, і проявляється це, в першу чергу, в кореляційних відношеннях даних ритмів. Саме тому дослідження хронобіології психічних та соматичних функцій організму є одним із важливих підходів до вивчення основних закономірностей життєдіяльності

організму людини при певних соматичних захворюваннях, в тому числі при метаболічному синдромі Х (МСХ).
Мета дослідження: виявлення порушення циклу сон – неспання у пацієнтів з метаболічним синдромом Х.

Матеріали та методи дослідження

Набір пацієнтів проводили на базі соматичних відділень ДЗ «ДКЛ №2 ст. Київ» ДТГО «ПЗЗ». Було обстежено 126 пацієнтів: 61 жінка та 65 чоловіків. Середній вік пацієнтів становив (47±3,6) років.
При аналізі характеру та інтенсивності скарг, соматичного та психічного анамнезу, даних психіатричного обстеження були виділені наступні клініко-психопатологічні особливості. Найменша кількість скарг на стан здоров'я була у респондентів контрольної групи. За результатами аналізу скарг хворих основної групи, найчастішими були скарги на швидку втомлюваність та загальну слабкість – 91,75%, порушення засинання та розлади нічного сну – 89,69%, складність концентрації уваги – 67,01%, дратівливість та емоційну лабільність – 65,31%, головні болі з відчуттям стискання або напруження – 55,67%, неприємні відчуття та періодичні болі в ділянці серця – 54,64%. Поєднання вищеперерахованих скарг можуть застосовувати лікарі-інтерністи для експрес-діагностики імовірної наявності тривожних та депресивних розладів у даної когорти пацієнтів (табл.1).

Таблиця 1. Частота окремих нервово-психічних скарг у хворих з МСХ

Симптоми	Частота, %
Швидка втомлюваність та загальна слабкість	91,75
Порушення засинання та розлади нічного сну	89,69
Складність концентрації уваги	67,01
Емоційна лабільність, дратівливість	65,31
Головні болі з відчуттям стискання або напруження	55,67
Неприємні відчуття та періодичні болі в серці	54,64

За результатами аналізу клініко-психопатологічних проявів у обстеженої групи пацієнтів в залежності від провідного синдрому були виявлені наступні симптомокомплекси: тривожний – у 23 осіб (23,71%), тривожно-фобічний – у 14 (14,43%), тривожно-іпохондричний – у 11 (11,34%), астенічний – у 24 (24,74%), астенотипичний – у 19 (19,59%), меланхолічний – у 6 (6,19%). (рис. 1)

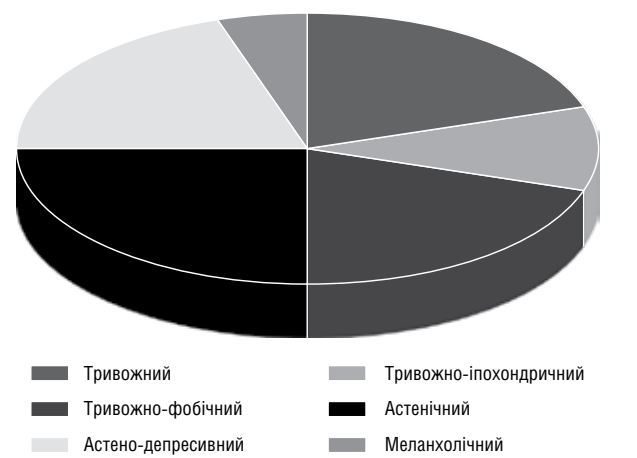


Рис. 1. Синдромальна структура психічних розладів у пацієнтів з МСХ

Отже, в психопатологічній структурі НІР при МСХ переважала астенічна, тривожна та астенотипична симптоматика.
У результаті дослідження всіх пацієнтів було поділено на 3 групи, першу групу склали хворі з МС та супутніми психічними розладами з переважанням тривожної симптоматики, другу – МС з депресивними проявами, третю (групу контролю) склали особи з МС без несприятливих психічних розладів.
Депресивні розлади (рис. 2) спостерігали у 47 хворих, з них на легку депресію страждали 28 чоловік ((55,4±2,2) бала), депресію середнього ступеня – 19 осіб ((63,2±1,6) бала). Що стосується тривожних розладів, то вони були виявлені у 50 досліджуваних та розподілилися наступним чином: тривога легкого ступеня була у 20 обстежуваних, середнього – у 28 осіб та важкого – у 2 пацієнтів, що склало відповідно (15,7±1,2) та (20,8±2,7) балів. Контрольна група складала 29 осіб з МС без психічних змін.

Було виявлено, що у структурі НІС при МСХ переважну більшість складають ТР середнього ступеня тяжкості – у 28 осіб та ДР легкого ступеня – у 28 пацієнтів. Тож, внаслідок неглибокої вираженості, маскування та стертості форм тривоги та депресії, ці розлади дуже рідко виявляють лікарі загальної практики, до яких у першу чергу звертаються такі пацієнти.
Розглядаючи структуру психічних розладів згідно з діагностичними критеріями МКХ-10 було виявлено, що найчастішими НІР при МСХ виявилися соматоформні та адаптаційні розлади, які проявлялися соматизованим розладом (F.45.0) у 6 осіб, соматоформною вегетативною дисфункцією (F.45.3) – у 12 хворих, хронічним соматоформним больовим розладом (F.45.4) – у 4 пацієнтів, короткочасною депресивною реакцією (F.43.20) – у 9 чоловік, пролонгованою депресивною реакцією (F.43.21) – у 6 та гострою стресовою реакцією (F.43.4) – у 2 обстежуваних. Тяжкість перебігу НІС позитивно корелювала з тяжкістю МСХ (p≤0,01) і полягала у посиленні невротичної симптоматики, яка, у свою чергу, сприяла погіршенню перебігу основного захворювання та появи нових ускладнень.
Оцінку рівня якості життя проводили за допомогою опитувальника SF-36. При аналізі якості життя було виявлено зниження всіх її показників, порівняно з гру-

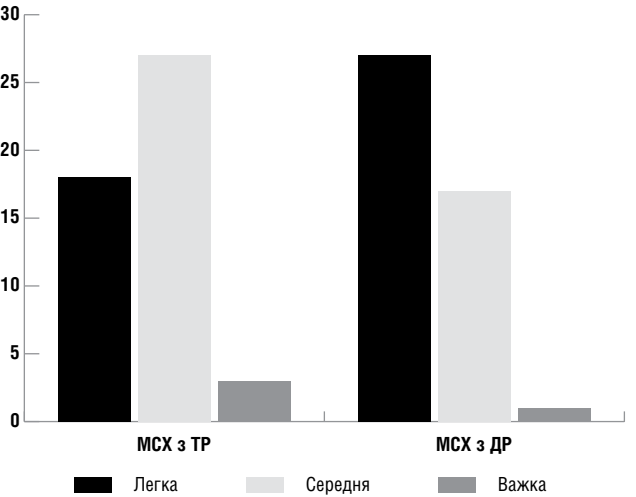


Рис. 2. Розподіл обстежених осіб за рівнем тривоги та депресії

пою контролю. Зсув у гіршу сторону виявлено у цифрах показників фізичного компонента здоров'я (PF, RP, BP, GH), які у пацієнтів 1 та 2 груп обмежували трудову та повсякденну діяльність внаслідок зміни маси тіла, хронічного больового синдрому різної локалізації, вегетативних розладів. Так, у пацієнтів 1 та 2 груп достовірно менші показники фізичного компонента здоров'я RP та BP, порівняно з групою контролю, та складають відповідно (48,7±2,8) і (46,2±2,1) проти (58,2±2,7) та (54,2±1,8) і (56,9±2,3) проти (72,3±3,6) в контрольній групі. Відмічено зміни показника загального стану здоров'я GH, який становив (49,4±3,6) в 1 групі та (49,6±3,8) в 2 групі, що було достовірно меншим на 21,9% та 21,5%, порівняно з показником контрольної групи.
Негативна тенденція була виявлена і при дослідженні психологічних компонентів здоров'я (VT, SF, RE, MN), що призводило до обмеження соціального функціонування пацієнтів внаслідок підвищеної втомлюваності, денної сонливості, складності концентрації уваги, дратівливості, а також погіршення емоційного стану та поведінки. За показником VT таке зниження склало (44,4±2,4) та (41,9±1,9), порівняно з (61,3±2,5) в групі контролю, що було достовірно нижчим на 27,6% та 31,6% відповідно. Психологічні компоненти здоров'я SF та RE були достовірно меншими на 19,5% і 22,3% та 22% і 24,9% та відповідно складали (55,2±5,4) і (53,3±5,2) проти (68,6±6,7) та (44,8±2,7) і (43,1±2,4) проти (57,4±4,8).
Також у роботі представлені результати тестування пацієнтів з МСХ за анкетною бальною оцінкою суб'єктивних характеристик сну, шкалою денної сонливості Епворта. При аналізі отриманих даних було виявлено, що у багатьох пацієнтів, а саме у 79 обстежуваних (62,7%), відмічалися розлади сну у вигляді пре-, інтра- та постсомнічних порушень. Середнє сумарне значення показника порушення сну склало (9,4±1,7) балів. Цікавим є те, що ці скарги були і у пацієнтів групи контролю, хоча й не мали такої вираженості, як у групі спостереження. Це дає можливість припустити, що при відсутності вчасної

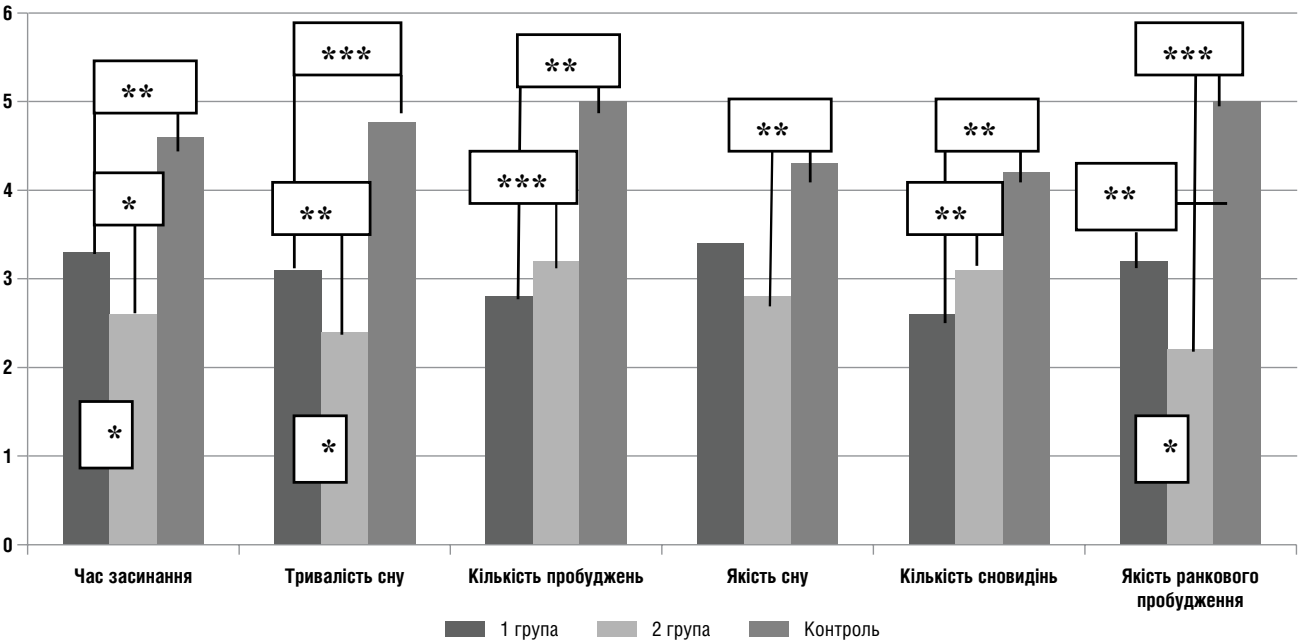


Рис. 3. Суб'єктивна бальна оцінка якості сну у пацієнтів з МСХ та супутніми несприятливими психічними розладами

корекції порушень сну існує дуже велика імовірність погіршення соматичного та психічного стану пацієнтів з виникненням психічних змін невротичного реєстру. Скарги на негативні зміни у структурі нічного сну корелювали з низькою оцінкою денного неспання та високим рівнем денної сонливості. Так, за шкалою денної сонливості Епворта значення середнього бала виявилися такими: МС з тривогою – 7,9 бала; МС та депресія – 9,1 бала; група контролю – 4,6 бала.
При вивченні суб'єктивної оцінки сну, у першій групі (рис. 3) середній сумарний бал склав (17±4,3) балів. Скарги пацієнтів були пов'язані з низькою якістю сну із частими неприємними сновидіннями, малу глибину сну та раптові пробудження, що супроводжувалися страхом, тривогою, напруженням та вегетативними порушеннями. Також хворі були незадоволені сонливістю в першій половині дня та складністю концентрації уваги, труднощами при засинанні та важким ранковим пробудженням. Було виявлено, що обстежуваних даної групи також турбували розлади дихання уві сні у вигляді храпу та затримки дихання (апноє). Такі порушення корелювали з високим індексом маси тіла хворих та підвищенням артеріального тиску.
Обстежувані другої групи скаржилися на імперативну вечірню сонливість, низьку якість та коротку загальну тривалість сну, відсутність відчуття бадьорості після нічного сну, що корелювали із вираженістю депресивних проявів. Пацієнти були незадоволені потягом до сну, який зазвичай хворі пересиливали, нічними пробудженнями з неможливістю заснути до самого ранку. Оцінка суб'єктивних характеристик сну даної категорії обстежуваних склала (16±2,8) балів. Отже, порушення циклу «сон – неспання» є одним із проявів хронічного стресу та дезадаптації організму, впливає на порушення роботи всіх соматичних механізмів, які проявляються в активації неспання у період сну та порушують стабільність підтримання функціональних фаз сну.

При проведенні обстеження точності сприйняття часу було виявлено наступне: у пацієнтів контрольної групи ІХ становила (58,6±8,1); тривалість ІХ у обстежуваних з МСХ та тривожною симптоматикою склала (37,4±7,6) та (36,3±8,4) при МСХ та супутніх депресивних порушеннях.

Отже, у обох групах обстежуваних пацієнтів було виявлено зменшення середнього показника індивідуальної тривалості хвилини у порівнянні з фактичною хвилиною, тобто внутрішній «біологічний годинник» обстежуваних десинхронізований у бік прискореного плину часу.

За результатами спеціального тестування виявилося, що серед обстежуваної групи пацієнтів переважали особи з хронотипом «голуби» або ж «аритміки» – 44,44%, хронотип «жайворонки» було зареєстровано у 34,13% обстежуваних, тоді як хронотип «сови» зустрічався у найменшій кількості осіб – 21,43% (табл. 2):

Таблиця 2. Розподіл обстежуваних за ритмами добової активності

	Контрольна група (n = 29)	МСХ з ТР (n = 50)	МСХ з ДР (n = 47)
«Жайворонок»	12	14	17
«Голуб»	8	26	22
«Сова»	9	10	8

З отриманих нами результатів видно тенденцію до переваги змішаного та ранкового типу, на відміну від вечірнього, це підтверджується даними літератури про те, що з віком здатність до адаптації у «сов» зростає: вони стають більш стресостійкими, мають більш життєрадісний настрій, на противагу «жайворонкам», які схильні до розвитку депресивних та тривожних розладів. А велика кількість осіб зі змішаним добовим ритмом активності у основній групі може свідчити про більшу лабільність їх ритмів під впливом тривожних та депресивних розладів.

Розглядаючи хронобіологічні особливості МСХ крізь призму соматичних порушень ми проаналізували питання порушень варіабельності ритму серця (ВРС) у таких пацієнтів за даними добового моніторингу ЕКГ.

Добовий моніторинг ВРС було проведено 126 хворим на МСХ із супутніми неспихотичними психічними розладами. При аналізі ВРС розподіл хворих по групах був незмінним.

Аналіз ВРС із врахуванням часу доби (день, ніч) представлений в таблиці 3. Як видно із даних таблиці, в нічний час, у порівнянні із групою контролю, загальна ВРС SDNN у хворих з тривогию та у пацієнтів із депресією була меншою відповідно на 38% (p<0,05) та 41,3% і становила (99,5±20,7) і (93,4±34,8). Проте, якщо порівнювати відмінність загальної варіабельності між 1 і 2 групами, то вона на 9,3% (p<0,05) була вночі меншою у групі хворих з депресивними розладами. Подібно нічним змінам, денні зміни з боку загальної ВРС SDNN у 2 групі хворих, порівняно з групою контролю, були на 26,8% меншими, проте не зазнавали достовірних змін. Стосовно рNN50, як у групі тривоги, так і в групі переважання депресивних розладів, нічні зміни з боку цього показника були достовірними по відношенню до значень в нічний період групи контролю (15,3±7,4) і відповідно склали (7,2±4,6) (1 група) та (7,4±4,3) (2 група), що було на 53% і 51,6% меншим за контрольні значення.

Достовірні зміни також відмічені в спектрі високих частот HF (табл. 4), які спостерігались переважно в нічний період у групах 1 і 2. Достовірно відмінними виявились HF в 1 (388,7±174,3) і 3 групах (511,2±165,8), що відповідно було на 61,5% (p<0,05) і 49,3% (p<0,05) меншим не лише за його контрольні значення в цей період доби (1008,8±258,2), а і в порівнянні між собою. Хоча при оцінці цього показника парасимпатичний вплив у групах порівняння (1 і 2) вночі в більшій мірі виснажувався, по відношенню до нічних контрольних значень, проте HF на 24% (p<0,05) виявився меншим у групі з переважанням тривожних розладів. Цікавим виявилось те, що вночі, порівняно з нормою (1001,4±193,7), збільшується симпатичний вплив ВНС, і це проявляється зростанням в цей період доби LF, як складової симпатикотонії, особливо в 1 групі до (1286,4±245,9) і в 2 групі до (1123,7±543,3), хоча середньодобові значення LF в групі контролю були достовірно вищими, ніж у групах порівняння.

Таблиця 3. Добові коливання часових показників варіабельності серцевого ритму у пацієнтів з МСХ та супутніми неспихотичними психічними розладами

Досліджуваний показник		Контроль	1 група	2 група
SDNN (мс)	Д	155,4±53,3 (ДІ 182,4–128,4)	95,2±22,7* (ДІ 103,3–87,1)	91,9±12,4 (ДІ 94,2–89,6)
	Дн	145,2±65,7 (ДІ 178,4–112)	91,8±21,3 (ДІ 99,4–84,2)	86,8±19,3 (ДІ 90,3–83,3)
	Н	158,9±57,6 (ДІ 188–129,8)	99,5±20,7*# (ДІ 106,9–92,1)	93,4±34,8# (ДІ 99,7–87,1)
SDANN (мс)	Д	131,2±25,4 (ДІ 144,1–118,3)	83,3±62,5 (ДІ 105,7–60,9)	79,4±51,1 (ДІ 88,7–70,1)
	Дн	114,8±12,6 (ДІ 121,2–108,4)	78,8±7,3 (ДІ 81,4–76,2)	75,0±6,2 (ДІ 76,1–73,9)
	Н	145,3±28,4 (ДІ 159,7–130,9)	91,6±28,6 (ДІ 101,8–81,4)	80,3±7,4 (ДІ 81,6–79)
rMSSD (мс)	Д	32,75±12,8 (ДІ 39,25–26,25)	23,9±15,2* (ДІ 29,3–18,5)	22,4±11,5 (ДІ 24,5–20,3)
	Дн	38,4±24,9 (ДІ 51–25,8)	26,7±6,4 (ДІ 29–24,4)	30,2±13,7 (ДІ 32,7–27,7)
	Н	26,3±12,8 (ДІ 32,8–19,8)	21,3±7,8 (ДІ 24,1–18,5)	19,2±11,6 (ДІ 21,3–17,1)
рNN50 (%)	Д	14,9±9,7 (ДІ 19,8– 10)	8,3±3,3 (ДІ 9,5–7,1)	7,9±5,0* (ДІ 8,8–7)
	Дн	11,6±2,3 (ДІ 12,8–10,4)	8,5±3,8 (ДІ 9,9–7,1)	8,5±7,6* (ДІ 9,9–7,1)
	Н	15,3±7,4 (ДІ 19–11,6)	7,2±4,6* (ДІ 8,8–5,6)	7,4±4,3* (ДІ 8,2–6,6)

Примітка. Періоди реєстрації: Д – доба, Дн – день, Н – ніч; * – p<0,05 у порівнянні з контролем; # – p<0,05 при порівнянні між групами обстежених.

Таблиця 4. Добові коливання спектральних показників варіабельності серцевого ритму у пацієнтів з МСХ та з супутніми неспихотичними психічними розладами

Досліджуваний показник		Контроль	1 група	2 група
TP (мс²)	Д	4545±1255 (ДІ 5180–3910)	3085±1305,1 (ДІ 3552–2618)	2875,1±1034,8 (ДІ 3063,4–2686,8)
	Дн	4128±996 (ДІ 4632–3624)	3126,4±2547,4 (ДІ 4038–2214,8)	2135±1280 (ДІ 2368–1902)
	Н	4554±1223 (ДІ 5173–3935)	2764±1568 (ДІ 3325–2203)	2986±1218,4 (ДІ 3208–2764)
HF (мс²)	Д	854,5±205,8 (ДІ 958,6–750,4)	398,2±195,5* (ДІ 468,2–328,2)	319,7±185,3 (352,4–286)
	Дн	579,3±176,2 (ДІ 668,4–490,2)	263,4±67,8 (ДІ 287,7–239,1)	176,1±98,4 (ДІ 194–158,2)
	Н	1008,8±258,2 (ДІ 1139,5–878,1)	388,7±174,3# (ДІ 451,1–326,3)	511,2±165,8 (ДІ 541,4–481)
LF (мс²)	Д	1250,5±501,3 (ДІ 1504,2–996,8)	1005,4±702,2* (ДІ 1256,7–754,1)	1084,9±673,3* (ДІ 1207,4–962,4)
	Дн	980,3±276,6 (ДІ 1120,3–840,3)	870,8±175,4 (ДІ 933,6–808)	1008,1±564,8 (ДІ 1110,9–905,3)
	Н	1001,4±193,7 (ДІ 1099,4– 903,6)	1286,4±245,9 (ДІ 1374,4–1198,4)	1123,7±543,3 (ДІ 1222,7–1024,7)
LF/HF	Д	1,79±1,3 (ДІ 2,45–1,13)	2,41±1,8* (ДІ 3,05–1,77)	3,25±2,5* (ДІ 3,7–2,8)
	Дн	1,86±0,78 (ДІ 2,26–1,46)	3,76±1,45 (ДІ 4,28–3,24)	3,36±2,1 (ДІ 3,74– 2,98)
	Н	1,97±0,84 (ДІ 2,4–1,54)	2,79±1,76 (ДІ 3,42–2,16)	2,4±1,5 (ДІ 2,7–2,1)

Примітка. Періоди реєстрації: Д – доба, Дн – день, Н – ніч; * – p<0,05 у порівнянні з контролем; # – p<0,05 при порівнянні між групами обстежених.

Стосовно співвідношення LF/HF, то циркадності їх змін виявлено не було, хоча за середньодобовими рівнями відмічений переважний вплив симпатичного тону у хворих на МСХ у поєднанні з супутніми депресивними розладами.

Висновки

- Серед порушень сну у обстеженої когорти пацієнтів було виявлено пре-, інтра- та постсомнічні порушення. Скаргами на порушення в інсомнічній сфері були розлади циркадного ритму за типом затримки фази сну з «відстроченим» засинанням та труднощами з пробудженням у потрібний час, важкості у першій половині дня, коли сонливість максимальна і увага та інші когнітивні функції знижені. Іншим розладом була зміна циркадного ритму за типом передчасної фази сну, яка проявлялася імперативною вечірньою сонливістю, раннім засинанням, важкістю підтримання тривалості сну, незадовільною його якістю та більш раннім, ніж є потреба, пробудженням.
- За результатами аналізу хронобіологічних особливостей перебігу ННР у пацієнтів з МСХ було виявлено наступне: за добовим ритмом активності серед обстежуваних переважали «голуби» та «жайворонки», що свідчить про меншу здатність до адаптації у даних осіб; тривалість ІХ достовірно нижча у даної когорти хворих, аніж у контрольної групи пацієнтів, тобто внутрішній «біологічний годинник» обстежуваних десинхронізований у бік прискореного плину часу, що можна використувати як додатковий критерій раннього виявлення пацієнтів з МСХ та коморбідними ННР.
- Наявність супутніх неспихотичних психічних розладів, за даними холтерівського моніторування ЕКГ, асоціюється зі зниженням активності обох ланок вегетативної нервової системи з переважним виснаженням парасимпатичної складової за даними часових та спектральних характеристик ВРС. Добова циркадність серцевого ритму у хворих на МСХ із супутніми неспихотичними психічними розладами характеризується значним зниженням ВРС вночі за рахунок показників rMSSD на 33,7% (p<0,05) та HF на 48,2% (p<0,05), порівняно з денними показниками, що свідчить про інверсію природних біологічних ритмів діяльності організму та більш виражену симпатикотонію.

- Дані зміни циркадних ритмів призводять до хронічної недостатності нічного сну і відповідний цьому денній сонливості, яка, в свою чергу, обмежує соціальну, професійну та побутову діяльність пацієнтів, значно погіршуючи якість їх життя та перебіг основного захворювання.
- Впровадження комплексного підходу у ранньому виявленні циркадної дисрегуляції та своєчасної її корекції з проведенням адекватної комплексної терапії хворих з МСХ дозволить своєчасно діагностувати наявність психічних розладів неспихотичного рівня, запобігати погіршенню перебігу МСХ, появи та розвитку нових ускладнень та суттєво покращити якість життя цих хворих.

Список використаної літератури

- Арушанян Э. Б. Хронобиология депрессии: роль супрахиазматических ядер гипоталамуса и часовых генов / Э. Б. Арушанян // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова – 2011. – Т. 111, № 5. – С. 96–103.
- Арушанян Э. Б. Мелатонин – универсальный стабилизатор психической деятельности / Э. Б. Арушанян // Журн. высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова – 2011. – Т. 61, № 6. – С. 645–659.
- Бухтиярова И. П. Хронобиологические аспекты сахарного диабета / И. П. Бухтиярова, В. А. Уланова // Укр. журн. клініч. та лаборатор. медицини – 2010. – Т. 5, № 4. – С. 20–23.
- Викулова О. А. Противоречия и консенсусы метаболического синдрома. По материалам IV Международного конгресса «Предиабет и метаболический синдром», 6–9 апреля 2011 г., Мадрид // Сахарный диабет. – 2011. – № 2. – С. 127–130.
- Ковалев Ю. В. Тревожные расстройства у больных с сахарным диабетом 2 типа / Ковалев Ю. В., Трусов В. В., Зеленин К. А. // Фундаментальные исследования – 2010. – № 7. – С. 24–31.
- Коваленко В. М. Метаболический синдром: механизмы развития, значения как фактора сердечно-сосудинного риска, принципы диагностики та лікування / В. М. Коваленко, Т. В. Талаева, А. С. Козлюк // Український кардіологічний журнал – 2013. – № 5. – С. 80–87.
- Колядич М. И. Кардиоваскулярные и метаболические расстройства у больных сахарным диабетом с сопутствующей депрессией / М. И. Колядич, И. И. Шапошник // Клин. медицина – 2011. – Т. 89, № 2. – С. 35–40.
- Маньковский Б. Н. Метаболический синдром: розповсюдженість, діагностика, принципи терапії // Мистецтво лікування. – 2005. – № 9. – С. 30–33.
- Оганов Р. Метаболический синдром: путь от научной концепции до клинического диагноза / Р. Оганов, М. Мамедов, И. Колтунов // Врач – 2007. – № 3. – С. 3–7.
- Полужтков М. Г. Хронобиология сна // Избранные лекции по неврологии II / под редакцией В. Л. Голубева. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 480 с.
- Рапопорт С. И. Хрономедицина, циркадианные ритмы. Кому это нужно? / С. И. Рапопорт // Клин. медицина – 2012. – Т. 90, № 8. – С. 73–75.
- Хаустова О. О. Особливості психопатологічних феноменів у пацієнтів з метаболічним синдромом Х / О. О. Хаустова, О. Ю. Жабенко // Таврич. журн. психіатрії – 2011. – Т. 15, № 3. – С. 160.
- Хаустова О. О. Особливості стрессорного реагування у пацієнтів з метаболічним синдромом і різною представленістю ендокринного компоненту / О. О. Хаустова, О. Ю. Жабенко // Мед. психологія – 2012. – Т. 7, № 1. – С. 11–14.

ВЛИЯНИЕ ЦИРКАДНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ПСИХИЧЕСКУЮ И СОМАТИЧЕСКУЮ СОСТАВЛЯЮЩИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА X К.И. Клебан Целью данного исследования было выявление хронобиологических особенностей протекания непсихотических психических расстройств у пациентов с метаболическим синдромом X. Показано влияние циркадной дисрегуляции на особенности протекания соматической составляющей у этой категории больных, учитывая изменения вариабельности сердечного ритма. Нами была выявлена значительная распространенность расстройств циркадного ритма у пациентов с метаболическим синдромом X (МСХ) и сопутствующими непсихотическими психическими расстройствами (НПР) и значительно снижали качество жизни таких больных. Именно поэтому нужен комплексный подход для раннего выявления циркадной дисрегуляции и проведения своевременной коррекции таких нарушений с учетом хронобиологических особенностей. Ключевые слова: метаболический синдром X, циркадный ритм, непсихотические психические расстройства, вариабельность сердечного ритма.	THE EFFECT OF CIRCADIAN DYSFUNCTION ON MENTAL AND PHYSICAL COMPONENTS OF METABOLIC SYNDROME X K.I. Kleban The aim of this study was to identify the chronobiological specifics of non-psychotic mental disorders in patients with metabolic syndrome X. The impact of circadian dysregulation on the somatic component in this patients population, with due account for changes in heart rate variability. We have identified a significant prevalence of circadian rhythm disorders in patients with metabolic syndrome X (MSX) and related non-psychotic mental disorders (NPMO) that significantly reduced the these patients' quality of life. The conclusion should be made that comprehensive approach for early detection of circadian dysregulation and timely correction of such defection, with due consideration of chronobiological specifics, is needed. Keywords: metabolic syndrome X, circadian rhythm, non-psychotic mental disorders, heart rate variability
--	--

УДК 616.89-008

Ю.І. Мисула
ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДУ EMDR У ТЕРАПІЇ
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

Ключові слова:
посттравматичний
стресовий розлад
(ПТСР), метод EMDR
(метод десенсибілізації
та репроцесуалізації
травми за допомогою
руху очей), TFСВТ
(травмо-фокусована
когнітивно-поведінкова
терапія), групова
когнітивно-поведінкова
терапія (КПТ).

У статті здійснено огляд сучасних досліджень щодо ефективності застосування методу десенсибілізації та репроцесуалізації травми за допомогою руху очей (EMDR) при лікуванні посттравматичних стресових розладів (ПТСР). Аналіз досліджень довів, що метод EMDR як інноваційне клінічне лікування дозволяє пацієнту позбутись основних симптомів ПТСР, зокрема тривожності, страхів, психологічних наслідків травм і негативного ставлення до життя, страхітливих сновидінь, болючих нав'язливих спогадів про минуле, панічних атак, підвищеної дратівливості, перепадів настрою, психосоматичних розладів.

Постановка завдання. Природні та техногенні катастрофи, терористичні акти та соціальні кризи негативно впливають на психіку постраждалих. Стрес, пережитий людиною в екстремальних ситуаціях, як правило, виходить за свою інтенсивність за рамки звичайного людського досвіду, що часто призводить до формування різних психічних розладів. Щонайменше у 30% осіб, що пережили психотравмуючу подію, розвивається захворювання, що увійшло у психіатричні діагностичні керівництва під назвою посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Цей розлад є одним із найбільш поширених психіатричних розладів – щонайменше 7% осіб (5% чоловіків, 10% жінок) мають його протягом життя. З них у близько 30% осіб перебіг розладу має хронічний характер з можливою персистенцією симптомів протягом 10 і більше років життя. Втім ПТСР не є єдиним розладом, пов'язаним з психотравмуючими подіями. Гіпотезується (і це є предметом інтенсивних дискусій),

що з психотравмою пов'язаний цілий спектр розладів: від простих до комплексних форм ПТСР, а також складних дисоціативних розладів, зокрема дисоціативного розладу ідентичності [1]. Тому лікування ПТСР є важливою і актуальною проблемою на сучасному етапі.

З огляду на вищесказане метою статті є проведення огляду сучасних досліджень щодо ефективності застосування методу десенсибілізації та репроцесуалізації травми за допомогою руху очей (Eye Movement Desensibilization and Reprocessing – EMDR) при лікуванні пацієнтів із ПТСР.

Виклад основного матеріалу дослідження. На сьогодні застосовується багато підходів психотерапії ПТСР, спрямованих на вирішення клінічних задач (симптоматичних, синдромологічних проявів ПТСР), психологічних і соціально-психологічних аспектів, що включають різні аспекти життя потерпілого. Оскільки характер стресу, що є причиною ПТСР, різний, пато-

генез розвитку ПТСР багатозначний, а прояви ПТСР – багаторівневі, тому й методи психотерапії різноманітні. Найбільш ефективними методами терапії ПТСР є когнітивно-поведінкова терапія та метод EMDR. Амбулаторна травмо-фокусована терапія рекомендується сучасними протоколами допомоги при ПТСР як метод першого вибору.

Метод EMDR – це інноваційне клінічне лікування, яке передбачає десенсибілізацію та репроцесуалізацію травми з допомогою руху очей, що дозволяє позбутися тривожності, страхів, психологічних наслідків травм і негативного ставлення до життя, страхітливих сновидінь, болючих нав'язливих спогадів про минуле, панічних атак, підвищеної дратівливості, перепадів настрою, психосоматичних розладів. EMDR як спеціальна травмотерапія є комплексним методом психотерапії, що комбінує терапевтичні підходи з рухами очей або іншими формами двосторонньої стимуляції таким чином, щоб стимулювати механізм обробки травматичної інформації мозком. Метод EMDR передбачає подвійне фокусування уваги пацієнта – одночасного згадування травматичного матеріалу та слідування за рухом руки терапевта або ж іншою формою білатеральної стимуляції (почерговими дотиками до лівої/правої долоні, аудіостимуляцією тощо). Це дозволяє активізувати ліву/праву півкулю головного мозку та орієнтувати увагу людини на тому, що відбувається «тут і тепер». В результаті прискорюється опрацювання інформації та відбувається інтеграція травматичних спогадів у експліцитну, нарративну пам'ять, що відповідно сприяє редукції симптомів ПТСР. Процедура застосування методу EMDR є стандартизованою та застосовується за протоколом, узгодженим та досконало опрацьованим провідними фахівцями.

Основними показаннями до застосування методу EMDR є ПТСР у ветеранів локальних війн і цивільних осіб (сексуальне насильства, наслідки нападів, аварій, пожеж, техногенних катастроф та стихійних лих); обсесивно-компульсивний розлад; панічний розлад; психогенні сексуальні дисфункції; дисоціативні розлади (за наявності у психотерапевта спеціальних навичок); залежність від психоактивних речовин (дані про терапевтичні результати досить суперечливі); хронічні соматичні захворювання і пов'язані з ними психологічні травми; випадки гострого горя (синдром втрати); невротичні та психосоматичні розлади, в анамнезі яких виявлена психотравма, яка ймовірно має зв'язок з поточною патологією (цей травматичний епізод піддається переробці); подружні і виробничі конфлікти; проблеми, пов'язані з підвищеною тривожністю, невпевненістю в собі, низькою самооцінкою тощо.

Метод EMDR працює безпосередньо з когнітивними, афективними і соматичними компонентами пам'яті для створення асоціативних зв'язків з більш адаптивним матеріалом. Ряд терапевтичних елементів розроблено з метою пришвидшення інформаційної переробки і асиміляції спогадів, які включають такі моменти.

1. Встановлення зв'язку з усіма компонентами пам'яті. Пацієнт одночасно фокусується на стресовій події, негативному переконанні, що асоціюється з цією подією, та тілесному відчутті, що сприяє встановленню зв'язків

з різними елементами пам'яті про травму і дозволяє запустити процес інформаційної переробки.

2. Усвідомленість і дистанціювання. Пацієнту пропонується підтримувати усвідомленість шляхом вказівки «просто спостерігайте», «щоб не відбувалося – нехай відбувається». Подібна позиція дозволяє дистанціюватися від травмуючих спогадів, що, в свою чергу, полегшує до них доступ.

3. Вільні асоціації. Протягом сесії пацієнта просять ділитися будь-якими інсайтами, асоціаціями, емоціями, відчуттями, образами, які спливають у свідомість. Цей недирективний асоціативний метод допомагає створювати асоціативні зв'язки між травматичним спогадом і іншим досвідом людини, що так само робить внесок в інформаційну переробку травматичного матеріалу.

4. Наближення і віддалення від травматичного образу. Коротка експозиція, що дає пацієнту можливість наблизитися до тривожних внутрішніх стимулів і віддалятися від них, тим самим забезпечуючи особистісний контроль. Це робить свій внесок у терапевтичний ефект, оскільки надає пацієнту відчуття впливу на подію, відчуття активного управління переживаннями і інтерпретаціями.

5. Подвійна увага – рух очей або інші білатеральні стимули. Невід'ємним елементом терапії залишається включення в терапію білатеральної стимуляції (рух очей, аудіальні, тактильні стимули) для встановлення так званої «подвійної уваги».

Висока ефективність застосування методу EMDR в процесі терапії ПТСР доведена великою кількістю наукових досліджень. Метод EMDR вперше було розроблено доктором психології Френсіс Шапіро в 1987 році. Вже на сьогодні вона провела огляд результатів 24 проконтрольованих та 13 нерандомізованих досліджень терапії психічних травм за допомогою методу EMDR, в яких брали участь понад 300 пацієнтів. Ф. Шапіро виявила, що метод явно перевершує відсутність лікування, і документально підтвердила, що його позитивні ефекти не поступаються ефектам при використанні інших психотерапевтичних методів, з якими проводилося порівняння.

В 1990-х роках було проведено декілька досліджень, присвячених компонентному аналізу, в яких порівнювалась ефективність методу EMDR із застосуванням руху очей і EMDR без рухів очей. Мета-аналіз цих досліджень не виявив ефекту рухів очей [4]. Міжнародне товариство вивчення травматичного стресу провело оцінку цих досліджень, включаючи мета-аналіз, і встановило, що розглянуті дослідження не підтримують гіпотезу щодо того, що рухи очей критично важливі для ефектів EMDR. Однак остаточних висновків щодо цього питання зробити неможливо, оскільки цьому перешкоджають методологічні обмеження деяких досліджень, зокрема неадекватно обрана кількість терапевтичних сесій, недостатньо чітке дотримання методу, обмеженість вибірки [5].

В останню декаду близько 20 рандомізованих досліджень оцінювали ефекти руху очей ізольовано від інших процедур в EMDR. В них порівнювалися поєднання експозиції з рухом очей і проста експозиція. У цих дослідженнях було встановлено, що покращення стану пацієнтів є значно помітнішими у групі, що використовує рух очей, ніж в групі простої експозиції. Ці дослідження ви-

вчали різні підходи щодо ефектів руху очей, в результаті чого виникли дві головні теорії: рух очей інтерпретують з процесами робочої пам'яті [6] і пов'язані з тими ж процесами, які відбуваються під час парадоксальною стадії сну R.E.M [7]. На підтримку цих теорій показано, що рухи очей сприяють зниженню емоційності і жвавості спогадів, викликають фізіологічну релаксацію, посилюють доступ до асоціативних спогадів і сприяють посиленню розпізнавання достовірної інформації.

Відповідно до теорії робочої пам'яті позитивний ефект виникає, коли обмежений обсяг робочої пам'яті навантажується двома завданнями: відтворенням негативного спогаду і одночасним зосередженні на стеженні очима за стимулом. Внаслідок обмежених ресурсів робочої пам'яті спогад стає менш живим, закінченим і емоційним. Ця теорія підтримується безліччю рандомізованих досліджень, які показують, що латеральні рухи очей знижують суб'єктивно оцінювану жвавість чи емоційний ефект неприємних автобіографічних спогадів [6, 8–12].

В нерандомізованих і рандомізованих дослідженнях з використанням фізіологічних вимірювань показано, що рухи очей викликають стан релаксації і знижують психофізіологічне збудження. Ефект релаксації виникає як реакція на зміни в навколишньому середовищі і є частиною орієнтовного рефлексу, що виникає в результаті зсуву уваги, викликаного повторюваною білатеральною стимуляцією. Ця реакція пов'язана з процесами, схожими на ті, що відбуваються під час фази швидкого руху очей уві сні [6, 13].

В 2010 році відомий французький психоаналітик та гештальт-терапевт Серж Гінгер провів дослідження щодо впровадження методу EMDR, в результаті якого було отримано такі результати:

- 43% пацієнтів пройшли 1–2 сесії EMDR терапії, *спостерігалось* покращення стану у 28% із них;
- 47% пацієнтів пройшли 3–6 сесій, у 84% спостерігалось значне покращення, причому кожен третій вирішив свій запит;
- 10% пацієнтів пройшли більш ніж 7 сесій, у 90% із них спостерігалось значне покращення стану.

У 2011 році було проведено дослідження в Ізраїлі [3], де порівнювали ефективність антидепресантів групи СІЗЗС та травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію щодо лікування ПТСР та попередження переходу ПТСР у хронічну форму (при якій тривалість симптомів ПТСР становить більше 3 місяців). Саме це дослідження підтвердило високу ефективність травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (повне одужання у 79% осіб), втім, на жаль, показало, що застосування антидепресанту есциталопраму не дало жодної переваги пацієнтам, які його приймали (їх показники щодо ПТСР були такі самі, як і в осіб контрольної групи, що «стояли у черзі» на терапію).

J. Bisson та співавтори (2013) [14], здійснивши мета-аналіз, який охопив 33 рандомізованих контрольованих дослідження застосування психологічних методів у лікуванні ПТСР, зокрема травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії (TFCBT), управління стресом (SM), підтримуючої терапії, недирективного консультування, психодинамічної терапії, гіпнотерапії, групової когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), десенсибілізації та

опрацювання травми за допомогою руху очей (EMDR), довели, що психологічні втручання ефективні в лікуванні ПТСР; TFCBT, EMDR і управління стресом були більш ефективними, ніж інші методи лікування; TFCBT і EMDR є більш ефективними, ніж метод управління стресом у лікуванні ПТСР (при обстеженні у часі від 2 до 5 місяців після лікування).

C.W. Lee та співавтори (2013) [15] у мета-аналізі порівняли ефект EMDR терапії з рухами очей до EMDR без рухів очей у 15 клінічних дослідженнях і ефект рухів очей з одночасним згадуванням травматичної події з тією самою процедурою без рухів очей (без терапії) у 11 лабораторних дослідженнях. Загальна кількість учасників становила 849 осіб. Дослідниками встановлено, що величина сумарного ефекту рухів очей при лікуванні EMDR була помірною і значною (Cohen's d = 0,41). Для другої групи лабораторних вивчень розмір ефекту був великим і істотним (d = 0,74). Найбільша різниця в ефективності опрацювання травматичних переживань була виявлена між процедурою EMDR і відсутністю терапії (d = 0,91). На думку авторів дослідження, отримані дані свідчать про істотний вплив EMDR при опрацюванні травматичних спогадів.

R. Rodenburg та співавтори (2009) [16] у мета-аналізі досліджень ефективності процедури EMDR у дітей з посттравматичними симптомами встановили наявність помірного істотного ефекту (d = 0,56). Результати показують ефективність EMDR порівняно з іншими видами лікування (в дослідженні не уточнюються) або відсутністю лікування.

J. Perm та співавтори (2014) [17] підтвердили позитивні ефекти методу EMDR у терапії психологічних та фізичних симптомів ПТСР, провівши 24 рандомізованих контрольованих дослідження. Сім з десяти досліджень, у яких застосовувався метод EMDR, виявились ефективнішими за когнітивно-поведінкову терапію. Дванадцять рандомізованих досліджень терапії EMDR з рухами очей підтвердили зниження негативних емоцій та яскравості тривожних образів та звільнення від різних соматичних скарг.

Висновки

Отож, згідно з даними сучасних досліджень метод психотерапії EMDR має докази ефективності щодо терапії ПТСР, що встановлено в ході кількох десятків рандомізованих контрольованих досліджень. Також було доведено, що ефективність фармакотерапії є нижчою порівняно з EMDR, саме тому цьому методу відводиться роль терапії першого вибору згідно з протоколом Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE).

Список використаної літератури

1. EMDR і травматерапія. Навчальний проект [електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.emdr.com.ua/fileadmin/docs/emdr/documents/EMDR_2013_in_Ukraine.pdf.
2. Романчук О.І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії [електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ipz.ucsu.edu.ua/wp-content/uploads/2014/02/Психотравма-та-спричинені-нею-розлади.pdf>.
3. Shalev A. et al. Prevention of Posttraumatic Stress Disorder by Early Treatment Results From the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study // Arch. Gen. Psychiatry. – 2011. – <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/archgenpsychiatry.2011.127>.

4. Davidson P.R., Parker K.C. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis // J. Consult. Clin. Psychol. – 2001. – Vol. 69 (2). – P. 305–316.
5. Chemtob C.M., Tolin D.F. et al. Eye movement desensitization and reprocessing. In: E.A. Foa, T.M. Keane, M.J. Friedman [Eds.]. Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. – NY: Guilford Press, 2000. – P. 139–155, 333–335.
6. Van den Hout M.A., Engelhard I.M., Rijkeboer M. et al. Bilateral beeps and eye movements in EMDR: taxing of working memory and effects on negative recollections // Behaviour Research and Therapy. – 2011. – Vol. 49. – P. 92–98.
7. Stickgold R. EMDR: a putative neurobiological mechanism of action // J. Clin. Psychol. – 2002. – Vol. 58. – P. 61–75.
8. Barrowcliff A.L., Gray N.S. et al. Eye movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories // J. Forensic Psychiatry Psychol. – 2004. – Vol. 15. – P. 325–345.
9. Engelhard I.M., van den Hout M.A., Smeets M. Taxing working memory reduces vividness and emotionality of images about the Queen's Day tragedy // J. of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. – 2011. – Vol. 42. – P. 32–37.
10. Kavanagh D.J., Freese S. et al. Effects of visuospatial tasks on desensitization to emotive memories // Br. J. of Clinical Psychology. – 2001. – Vol. 40. – P. 267–280.
11. Maxfield L., Melnyk W.T., Hayman C.A. A working memory explanation for the effects of eye movements in EMDR // J. of EMDR Practice and Research. – 2008. – Vol. 2. – P. 247–261.
12. Schubert S.J., Lee C.W., Drummond P.D. The efficacy and psychophysiological correlates of dual-attention tasks in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) // J. of Anxiety Disorders. – 2011. – Vol. 25. – P. 1–11.
13. Stickgold R. Sleep-dependent memory processing and EMDR action // J. of EMDR Practice and Research. – 2008. – Vol. 2. – P. 289–299.
14. Bisson J., Roberts N.P., Andrew M. et al. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults (Review) // Cochrane Database of Systematic Reviews 2013. – DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub4.
15. Lee C.W., Cuijpers P. A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories // J. of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry. – 2013. – Vol. 44. – P. 231–239.
16. Rodenburg R., Benjamin A., de Roos C. et al. Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis // Clinical Psychology Review. – 2009. – Vol. 29. – P. 599–606.
17. Perm J. The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences // J. List. Perm. – 2014. – Vol. 18 (1). – Winter 2014PMC3951033.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА EMDR В ТЕРАПИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА Ю.И. Мисула
В статье сделан обзор современных исследований по эффективности применения метода десенсибилизации и репроцессуализации травмы с помощью движения глаз (EMDR) при лечении посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР). Анализ исследований показал, что метод EMDR как инновационное клиническое лечение позволяет пациенту избавиться от основных симптомов ПТСР, в частности тревожности, страхов, психологических последствий травм и негативного отношения к жизни, устрещающих сновидений, болезненных навязчивых воспоминаний о прошлом, панических атак, повышенной раздражительности, перепадов настроения, психосоматических расстройств. Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), метод EMDR (метод десенсибилизации и репроцессуализации травмы с помощью движения глаз), TFCBT (травмо-фокусирующая когнитивно-поведенческая терапия), групповая когнитивно-поведенческая терапия (КПТ).
THE EFFICACY OF EMDR IN THE THERAPY OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER Yu. Mysula
This article provides an overview of contemporary research on the effectiveness of the method of desensitization and reprocessuvalizatsiyi injury using eye movement (EMDR) in the treatment of post-traumatic stress disorder. Analysis of the research showed that EMDR method as an innovative clinical treatment helps patients to get rid of the main symptoms of PTSD, including anxiety, fear, psychological trauma and negative attitude to life, frightening dreams, painful intrusive memories of the past, panic attacks, irritability, changes mood, psychosomatic disorders. Key words: PTSD (post traumatic stress disorder), EMDR method (desensitization method and reprocessuvalizatsiyi injury using eye movement), TFCBT (grass-focused cognitive-behavioral therapy), group CBT (cognitive-behavioral group therapy).

УДК:616.831-001.3-06:616.89-008.54

З.В. Салій, С.І. Шкробот РОЛЬ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У СТРУКТУРІ НАСЛІДКІВ ТЯЖКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль
--

Прийнято до друку 12.02.2014

Ключові слова: наслідки тяжкої черепно-мозкової травми, депресія, шкала HADS.

Частота депресивних розладів, які виявляються в перші 12 місяців після ЧМТ, коливається від 20–30% [3] до 53,1% [4]. Аналогічний показник в загальній популяції становить 6,7% [5]. Розвиток депресії після ЧМТ погіршує результати відновлення функціонального та психосоціального здоров'я [6]. Попри певний прогрес у розумінні патофізіології спонтанної депре-

Актуальність дослідження ґрунтується на зростаючій кількості черепно-мозкових травм (ЧМТ), які у 90% пацієнтів мають довгострокові наслідки, зумовлюючи стійку втрату працездатності. Наслідки ЧМТ включають в себе широкий спектр функціональних порушень, які впливають на мислення, відчуття, моторику, мову та емоції. За даними Є.С. Чікіна [1] саме це є причиною зростання інвалідності на 17,9% через 2–9 років після гострого епізоду. Ряд авторів [2] зазначає, що незалежно від тяжкості травми у віддалений період психічні порушення переважають над неврологічними, визначаючи соціальну дезадаптацію аж до інвалідизації.

сії, розвиток якої пов'язують з атрофією конкретних ділянок мозку, в тому числі лімбічної системи, префронтальної кори, передньої поясної звивини [7], питання патофізіології посттравматичної депресії є менше вивченими. Використання об'ємного аналізу ділянок головного мозку встановило наявність кореляційних зв'язків між розмірами лівої ростральної

поясної звивини та орбітофронтальної кори та депресивними розладами. Регіони, пов’язані з депресивними симптомами в цьому експериментальному дослідженні, були аналогічні тим, які спостерігали при спонтанній депресії [8].

Багато фахівців вважають, що посттравматична депресія є більш стійкою до лікування, ніж спонтанна депресія, а зростання захворюваності виявляли через тривалі періоди після травми [9].

І в популяції, і після ЧМТ депресивні симптоми погіршують когнітивні функції [9]: насамперед страждає робоча і словесна пам’ять, швидкість обробки інформації [9, 10].

Мета дослідження: встановити роль депресивних розладів у структурі наслідків тяжкої ЧМТ.

Матеріали та методи дослідження

Для оцінки рівня тривоги та депресії проведено тестування 77 хворих у віддалений період тяжкої ЧМТ з використанням шкали HADS. Середній вік пацієнтів – 40,26±1,19 року, чоловіків було 89,6%. Період після травми становив 6,56±0,59 року. Дизайн дослідження передбачав детальний збір анамнезу (освіта, сімейний стан, наявність роботи, ступінь стійкої втрати працездатності), проведення загальноклінічного та неврологічного обстеження, виділення провідного неврологічного синдрому чи їх поєднання. Для оцінки стану когнітивних функцій використовували Монреальську шкалу когнітивного дефіциту (MoCA). Середній бал за шкалою MoCA у пацієнтів становив 21,53±0,49 бала, що нижче значення норми – 26,12±0,43 бала і відповідає легкому когнітивному зниженню.

Якість життя оцінювали за результатами електронної обробки опитувальника SF-36. Структурно SF-36 містить 36 питань, розділених на 8 шкал: фізичне функціонування (PF), рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (RP), інтенсивність болю (BP), загальне здоров’я (GH), життєва активність (VT), соціальне функціонування (SF), рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (PE), і психічне здоров’я (MH). Перші чотири шкали свідчать про стан фізичного здоров’я, інші чотири – психічного.

Статистична обробка результатів виконана у відділі системних статистичних досліджень ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України» за допомогою програмного пакета Statsoft Statistica.

Таблиця 1. Клінічна характеристика груп хворих з наслідками тяжкої ЧМТ

Група пацієнтів за результатами HADS	Клінічні характеристики			
	Вік, роки	Тривалість посттравматичного періоду, роки	Рівень тривоги (HADS), бали	Значення MoCA, бали
I – норма (n=37)	39,46±1,85	6,17±0,73	8,10±0,46	22,21±0,70
II – субклінічно виражена депресія (n=25)	40,40±1,83	6,58±1,26	10,04±0,42 p1-2<0,05 p2-3<0,05	21,72±0,62 p1-2>0,05 p2-2>0,05
III – клінічно виражена депресія (n=15)	42,40±2,81	7,50±1,27	12,60±0,73 p1-3<0,05 p2-3<0,05	19,53±0,46 p1-3<0,05 p2-3<0,05

Результати та їх обговорення

За результатами тестування HADS рівень тривоги у пацієнтів становив 9,61±0,35 бала, депресії – 7,90±0,37 бала, що відповідає субклінічним проявам даних розладів. Встановлено пряму кореляційну залежність тривога/депресія (r=+0,55) та слабкий зворотний кореляційний зв’язок між значенням MoCA-тесту та рівнем депресії (r= -0,21).

Аналізуючи отримані результати, автори виділили три групи: I (n=36) – із значеннями, що не виходили за межі норми – 5,29±0,26 бала; II (n=25) – з субклінічними – 8,88±0,15 бала; III (n=15) – клінічними проявами депресії – 12,73±0,52 балаи. Таким чином, у 51,9% хворих з наслідками тяжкої ЧМТ зафіксовано результати, що відповідали клінічним та субклінічним проявам депресії. Значення окремих клінічних характеристик у виділених групах представлено в таблиці 1.

Достовірної різниці між віком пацієнтів та тривалістю посттравматичного періоду в групах зафіксовано не було, однак за умови клінічно вираженої депресії пацієнти продемонстрували достовірно вищий (p<0,05) рівень тривоги (клінічно виражений) та достовірно нижчі (p<0,05) значення когнітивного функціонування. У групі з субклінічно вираженою депресією лише показник тривоги достовірно різнився від значень груп порівняння (p<0,05). У групі з клінічно вираженою депресією встановлено такі кореляційні співвідношення: депресія/термін травми r= +0,43, депресія/вік пацієнта r= -0,37.

Зважаючи на відхилення в значеннях шали MoCA в групах, автори проаналізували розподіл хворих за освітнім рівнем, який міг бути одним із факторів, що вплинули на результат. Однак відсоток хворих з вищою освітою мав таку динаміку: I група – 16,2%, II група – 32%, III група – 20%; з середньою освітою – 24,8%, 24% та 20% відповідно, що спростувало дане припущення. Автори також обрахували кореляційні зв’язки між значеннями депресія/сумарний бал MoCA-тесту у хворих з різним ступенем освіти та отримали такий результат: з середньою освітою (r= -0,42), середньою спеціальною освітою (r= -0,22), вищою (r= -0,19). Це дозволило припустити, що у хворих з наслідками тяжкої ЧМТ депресія здійснювала негативний вплив на стан когнітивних функцій, особливо за умови низького освітнього рівня.

З метою встановлення характеру впливу депресивного розладу на багатогранний інтегративний показник –

якість життя, отримані при обчисленні шкали SF-36 дані у зазначених вище групах подали у вигляді графічної залежності (рисунок).

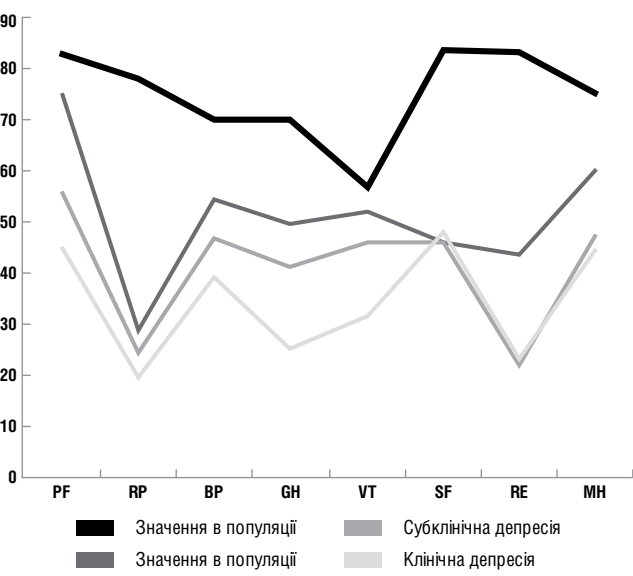


Рисунок. Значення шкали SF-36 у групах хворих залежно від результатів HADS (норма, субклінічно та клінічно виражена депресія)

У пацієнтів усіх груп зафіксовано певні закономірності у відхиленні значень шкали якості життя від популяційних. За наявності субклінічної і клінічно вираженої депресії достовірно нижчими були значення фізичного функціонування, загального і психічного здоров’я, життєвої активності. Не зазнавали достовірних змін показники соціального функціонування, рольового функціонування, зумовленого фізичним станом. Незважаючи на низькі значення в групі з клінічно вираженою депресією, тільки у хворих з субклінічними її проявами достовірно нижче (p<0,05) був показник рольового функціонування, зумовленого емоційним фактором. Однак хворі з клінічно вираженою депресією достовірно вище (p<0,05) оцінювали рівень больових відчуттів.

Високий відсоток пацієнтів із депресією спонукав до пошуків факторів (як соціальних, так і клінічних), які могли бути причиною даного явища. Авторами не встановлено достовірної різниці між показниками HADS в групах одружених хворих (n=54) і тих, хто не має сім’ї (n=23): тривога – 9,50±0,37 та 9,89±0,81 бала відповідно;

депресія – 7,94±0,40 та 7,82±0,82 бала. Проте відсоток хворих з клінічно вираженою депресією був нижчим у групі одружених – 18,5% проти 21,7% відповідно.

Мали постійну роботу 20 (26%) пацієнтів, не працювали – 57 (74%). Третю групу інвалідності мали 42 (54,5%) хворих, другу – 18 (23,4%), – ще двоє (2,6%). За шкалою HADS вираженість тривоги і депресії у працюючих – 9,35±0,57 і 7,90±0,68 бала, у непрацюючих – 9,71±0,43 і 7,91±0,44 бала відповідно, показники без достовірної різниці (p>0,05). Не було відмінностей і у відсотковому співвідношенні поширеності суб- та клінічно вираженої депресії серед вказаних груп. Пацієнти обох груп були репрезентативними за віком: 39,35±2,55 року – працюючі і 40,58±1,35 року – непрацюючі (p>0,05). Із наростанням ступеня втрати працездатності фіксували певні відмінності в значеннях шкали HADS. Так, у хворих з I групою інвалідності її результати відповідали клінічно вираженій депресії, з II та III групою – субклінічно виражений: 8,05±0,63 та 7,93±0,49 бала відповідно. У пацієнтів, які не були визнані інвалідами, значення наближалося до норми – 7,23±0,93 бала.

Обрахунок результатів тестування за шкалою HADS у пацієнтів залежно від варіанту перебігу наслідків ЧМТ (стаціонарний, пароксизмальний) не зафіксував достовірної різниці.

За провідним клінічним синдромом чи їх поєднаннями розподілили пацієнтів на 7 груп: I група – з провідним лікворно-гіпертензійним (n=6), II група – вогнищевим (n=21), III група – вестибуло-атактичним синдромом (n=8), IV група – поєднанням вогнищевого і судомного синдромів (n=15), V група – вогнищевого і психо-патологічного (n=14), VI група – вогнищевого і лікворно-гіпертензійного (n=7), VII група – вогнищевого, судомного і психо-патологічного синдромів (n=6). Значення шкали HADS у групах хворих наведено в таблиці 2.

Значення шкали, які відповідали нормі, встановлені у групах з поєднанням вогнищевого й судомного та вогнищевого й лікворно-гіпертензійного синдромів. Найвищі значення серед наведених груп були за умови провідного вестибуло-атактичного та лікворно-гіпертензійного синдромів. Пацієнти з комбінацією вогнищевого й психопатологічного, а також вогнищевого, судомного й психопатологічного синдромів продемонстрували результат, який відповідав субклінічним проявам депресії. У цих же групах був найнижчий рівень когнітивного

Таблиця 2. Значення шкали HADS та MoCA тесту у групах хворих з наслідками тяжкої ЧМТ залежно від провідного клінічного синдрому

Група хворих, провідний синдром	Шкала HADS		MoCA-тест, бал
	Тривога, бал	Депресія, бал	
I – лікворно-гіпертензійний (n=6)	9,83±0,79	9,17±0,58	23,83±0,65
II – вогнищевий (n=21)	9,66±0,73	7,76±0,71*	22,81±0,39
III – вестибуло-атактичний (n=8)	10,00±1,24	9,62±0,16	22,50±0,73
IV – вогнищевий + судомний (n=15)	9,47±0,72	6,87±0,64*	23,87±0,52
V – вогнищевий + психопатологічний (n=14)	10,07±0,87	8,71±0,96	16,06±0,79*
VI – вогнищевий + лікворно-гіпертензійний (n=7)	9,00±1,60	5,86±0,24*	26,43±0,78
VII – вогнищевий + психопатологічний + судомний (n=6)	9,17±0,91	8,66±0,91	13,33±1,58*
		p II-III <0,05 p IV-I,III,IV <0,05 pVI-I,II,III,V,VI <0,05	pV-I,II,III,IV,VI <0,05 pVII- I,II,III,IV,VI <0,05

Примітка: * – достовірність різниці.

функціонування за МоСА-тестом. Це, можливо, і є поясненням того факту, що за умови тяжчого неврологічного дефіциту пацієнти показали кращий результат шкали HADS. Частковим підтвердженням цьому може бути обчислений у вказаних групах кореляційний зв'язок депресія/МоСА-тест ($r = -0,58$). За ступенем вираженості тривоги достовірної різниці встановлено не було, усі пацієнти показали субклінічний її рівень.

Висновки

1. У 51,9% хворих з наслідками тяжкої ЧМТ зафіксовано результати, що відповідали клінічним та субклінічним проявам депресії.
 2. Наявність депресивного розладу у хворих з наслідками тяжкої ЧМТ сприяла погіршенню когнітивних функцій, особливо за умови низького освітнього рівня.
 3. Зафіксовано негативний вплив суб- і клінічно вираженої депресії на більшість рубрик шкали SF-36, що може бути причиною соціальної дезадаптації.
 4. Не встановлено достовірної залежності вираженості депресії від ступеня стійкої втрати працездатності, наявності сім'ї, варіанту перебігу віддаленого періоду ЧМТ. Найвищі середні значення рівня депресії були у групах хворих з провідним лікворно-гіпертензійним та вестибуло-атактичним синдромом.
- Перспективним є подальше поглиблене дослідження даної проблеми зі встановленням можливого впливу

морфометричних характеристик головного мозку на виникнення та вираженість депресивного розладу.

Список використаної літератури

1. Чикина Е.С., Левин В.В. Черепно-мозговые травмы: применение современных ноотропных препаратов в острый период и при лечении посттравматической энцефалопатии // Врач. – 2005. – №11. – С. 12–15.
2. Даминов В.Д., Германович В.В. Применение глиятилина в комплексном лечении больных, перенесших черепно-мозговую травму // Фарматека. – 2007. – №15 (149). – С. 70–73
3. Ashman T.A., Cantor J.B., Gordon W.A. et al. A randomized controlled trial of sertraline for the treatment of depression in persons with traumatic brain injury // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. – 2009. – Vol. 90 (5). – P. 733–740.
4. Bombardier C.H., Fann J.R., Temkin N.R. et al. Rates of major depressive disorder and clinical outcomes following traumatic brain injury // J. of the Am. Med. Association. – 2010. – Vol. 303 (19). – P. 1938–1945.
5. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O. et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Archives of General Psychiatry. – 2005. – Vol. 62 (6). – P. 617–627.
6. Franulic A., Carbonell C.G. et al. Psychosocial adjustment and employment outcome 2, 5 and 10 years after TBI // Brain Injury. – 2004. – Vol. 18 (2). – P. 119–129.
7. Kronenberg G., Tebartz van Elst L., Regen F. et al. Reduced amygdala volume in newly admitted psychiatric in-patients with unipolar major depression // J. of Psychiatric Research. – 2009. – Vol. 43 (13). – P. 1112–1117.
8. Hudak A., Warner M., Marquez de la Plata C. et al. Brain morphometry changes and depressive symptoms after traumatic brain injury // Psychiatry Research: Neuroimaging. – 2011. – Vol. 191. – P. 160–165.
9. Koponen S., Taiminen T., Kurki T. et al. MRI findings and Axis I and II psychiatric disorders after traumatic brain injury: a 30-year retrospective follow-up study // Psychiatry Research. – 2006. – Vol. 146 (3). – P. 263–270.
10. Holsinger T., Steffens D., Phillips C. et al. Head injury in early adulthood and the lifetime risk of depression // Archives of General Psychiatry. – 2002. – Vol. 59. – P. 17–22.

РОЛЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В СТРУКТУРЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ
З.В. Салий, С.И. Шкробот
Цель исследования: установить роль депрессивных расстройств в структуре последствий тяжелой черепно-мозговой травмы (ЧМТ). Материал и методы. Провели обследование 77 больных в отдаленный период тяжелой ЧМТ. Средний возраст пациентов – (40,26±1,19) года, мужчин было 89,6%. Период после травмы составил (6,56±0,59) года. Дизайн исследования предусматривал детальный сбор анамнеза (образование, семейное положение, наличие работы, степень потери трудоспособности), проведение общеклинического и неврологического обследования, а также тестирование с использованием шкал (HADS, Монреальской шкалы когнитивного дефицита – МоСА, качества жизни SF-36). Результаты. У 51,9% больных с последствиями тяжелой ЧМТ получены результаты, соответствующие клиническим и субклиническим проявлениям депрессии. Наличие депрессивного расстройства у больных способствовало ухудшению когнитивных функций, особенно при условии низкого образовательного уровня. Зафиксировано негативное влияние суб- и клинически выраженной депрессии на большинство рубрик шкалы качества жизни SF-36. Не установлено достоверной зависимости выраженности депрессии от степени потери трудоспособности, наличия семьи, варианта течения отдаленного периода ЧМТ. Высокие средние значения уровня депрессии были в группах больных с ведущим ликворно-гипертензионным и вестибуло-атактический синдромом. Вывод. Депрессивные расстройства занимают ведущее место в структуре последствий тяжелой ЧМТ, негативно влияя на когнитивные функции и ухудшая качество жизни, что может быть причиной социальной дезадаптации данной категории пациентов Ключевые слова: последствия тяжелой черепно-мозговой травмы, депрессия, шкала HADS.
THE ROLE OF DEPRESSIVE DISORDERS IN STRUCTURE OF SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY CONSEQUENCES
Z. Saliy, S. Shkrobot
Objective: to establish the role of depressive disorders in the structure of severe traumatic brain injury (TBI) consequences. Materials and Methods. 77 patients were observed in the late period of severe TBI. An average age of patients was (40,26±1,19) years. 89.6% of them were male. The period after the injury was (6,56±0,59) years. Study design included a detailed medical history (education, marital status, presence of degree of disability), general clinical and neurological examination and testing Scale (HADS, Montreal scale cognitive deficits – MoCA, quality of life SF-36). The results. 51.9% of patients with severe TBI sequences had results of clinical and subclinical manifestations of depression. The presence of depressive disorder in patients contributed to the deterioration of cognitive functions, especially at low educational level. Negative effect of sub depression and clinically significant depression on most categories of quality of life scale SF-36 was established. There was no significant dependence between the degrees of depression and level of disability, marital status, variants of the course of late period of TBI. The highest average values of depression were in groups of patients with CSF-hypertensive and vestibule-atactic leading syndrome. Conclusion. Depressive disorders are prominent in the structure of the consequences of severe brain injury, adversely affecting cognitive function and worsening quality of life that may be the cause of social exclusion in this category of patients. Key words: late period of severe traumatic brain injury, depressive disorders, HADS.

УДК 616.8-009.836, 616.8-07

О.Є. Смашна
КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ІНСОМНІЇ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДАХ
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

Ключові слова:
посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), когнітивно-поведінкова терапія, інсомнія, метод парадоксальної інтенції, енцефалофонія, техніки релаксації, гігієна сну, метод контролю стимулів.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це тяжкий психічний стан, який виникає в результаті одиначної або повторюваної психотравмуючої події (воєнних дій, природних або техногенних катастроф, серйозних нещасних випадків, спостережень за насильницькою смертю, тероризму, сексуального насилля або іншого злочину) [4]. ПТСР відрізняється від більшості інших психічних розладів тим, що пов’язаний з певною подією в житті. Травматичне переживання супроводжується страхом смерті або нещасного випадку, що призводить до нападів страху і почуття беззахисності. Крім катастроф та інших травматичних подій ПТСР можуть бути спровоковані захворюванням, наприклад, інфарктом міокарда, тяжкими опіками, травмами, онкологічним захворюванням.

Спектр можливих психічних розладів, пов’язаних з переживанням життєво небезпечних ситуацій, включає гостру реакцію на стрес, ПТСР, розлади адаптації, гострі і транзиторні психотичні розлади, депресивні і тривожні розлади, хронічні зміни особистості. Існують клінічні діагностичні критерії ПТСР, які умовно можна поділити на чотири основні види: А, В, С і D [5].

Критерій А відноситься до травмуючої події. Це означає, що людина перебувала під впливом екстремальної травмуючої події, пов’язаної із загибеллю або пораненням, і в момент знаходження в травматичній ситуації відчувала інтенсивний страх, жах і почуття безпорадності.

Критерій В – це «вторгнення». Травмуюча подія нав’язливо повторюється в переживаннях у вигляді спогадів про неї, відповідних образів, думок і почуттів, які викликають важкі емоційні переживання, кошмарні сновидіння. Також до критеріїв вторгнення відносяться флешбекефекти – моментальне, без видимих причин, відтворення з патологічною достовірністю та повнотою

відчуттів травматичної ситуації в поєднанні з гостримі спалахами страху, паніки або агресії, відчуття, що травматична подія відбувається заново. Можливі навіть прояви фізіологічної, вегетативної гіперреактивності в ситуаціях, які зовні або внутрішньо символізують травмуючу подію.

Критерій С – «уникнення», що має ознаки блокування емоційних реакцій, так зване заціпеніння. При цьому людина намагається уникати думок, почуттів або розмов, пов’язаних із травмою, помітно знижується інтерес до життя, може розвинутися часткова психогенна амнезія – нездарність згадати важливі аспекти травми. Людина відчувається відчуженою, віддаленою від інших людей, не бачить перспективи в майбутньому, знижується інтенсивність вищих емоцій.

Критерій D – «гіперактивація». У потерпілого виникають труднощі з засинанням або поганий сон, дратівливість, спалахи гніву, труднощі із зосередженням уваги, підвищений рівень настороженості, стан постійного очікування загрози.

Виклад основних результатів дослідження. ПТСР призводять до порушень сну, що найчастіше супроводжується безсонням та кошмарними сновидіннями. Порушення сну для людини загрожують цілою низкою проблем, які призводять до зниження якості життя, зростання емоційної напруги, тривожного стану, дратівливості, стресодоступності. Найбільш поширеною та клінічно значущою формою розладів сну є інсомнія (безсоння). Згідно з Міжнародною класифікацією розладів сну (2005) під терміном «інсомнія» прийнято розуміти клінічний синдром, який характеризується наявністю повторюваних порушень ініціації, консолідації, тривалості або якості сну, незважаючи на наявність достатнього часу і умов для цього, та викликає пору-

шення денного психофізіологічного функціонування і супроводжується втомою, погіршенням емоційного стану, роздратованістю, тривожністю, м’язовою напругою, зниженням концентрації уваги, погіршення пам’яті, зниженням мотивації та ініціативності. Відповідно до класифікації DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) [7] Американської психіатричної асоціації інсомнією вважається захворювання, що супроводжується кількісними та якісними порушеннями сну як мінімум тричі на тиждень протягом не менше ніж 1 місяць.

Клінічна феноменологія інсомнії включає пресомнічні, інтрасомнічні та постсомнічні розлади:

- пресомнічні розлади, основним проявом яких є труднощі із засинанням, які супроводжується тривожністю та страхом не заснути, неможливістю знайти зручну позу;
- інтрасомнічні розлади, які характеризуються частими пробудженнями, після яких людині довго не вдається заснути;
- постсомнічні розлади, проявом яких є раннє ранкове пробудження, незадоволеність якістю сну, знижена працездатність, сонливість та відчуття розбитості.

Залежно від етіологічного фактора виділяють такі види інсомнії: адаптаційна, психофізіологічна, ідіоматична, псевдоінсомнія, інсомнія при психічних розладах, інсомнія при захворюванні внутрішніх органів, інсомнія, спричинена прийомом лікарських засобів, дитяча поведінкова інсомнія. У переважній більшості випадків повторна інсомнія виникає на фоні захворювань, стресів та несприятливих обставин.

На сьогодні існує два підходи до лікування інсомнії. Перший передбачає використання різних методів психотерапії, є неспецифічним і може бути використаний в лікуванні інсомнії будь-якого характеру. Другий спрямований на лікування конкретної нозологічної форми інсомнії із застосуванням фармакологічних засобів.

Безумовно, серед нефармакологічних методів терапії інсомнії найефективнішими є методи поведінкової психокорекції та психотерапії, які покращують сон та не викликають звикання або побічних ефектів, що часто спостерігається при використанні снодійних препаратів. Серед психотерапевтичних методів найбільш часто застосовуються такі стратегії, як раціональна, поведінкова і когнітивна психотерапія, методи саморегуляції, метод біологічного зворотного зв’язку, релаксаційні методи.

Найефективнішим методом лікування інсомнії при ПТСР є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка застосовується у поєднанні з фармакологічною терапією. КПТ має переваги перед медикаментозним лікуванням, оскільки пов’язана з меншим ризиком розвитку побічних ефектів при тривалому застосуванні. Даний вид терапії проводять протягом обмеженого періоду – від 4 до 8 сесій. Це фокальний і директивний метод терапії, при якому пацієнт відіграє активну роль і приймає частину відповідальності за лікування на себе. Основними інструментами КПТ є провокуючі і закріплючі чинники.

Необхідним етапом в терапії розладів сну є заходо щодо виявлення можливих причин порушень сну, які включають в себе не тільки систему діагностичних процедур, а й активну роботу самого пацієнта щодо з’ясування і усвідомлення психологічних факторів, що викликають або посилюють порушення сну.

Насамперед необхідно відзначити можливості когнітивної психотерапії, метою якої є формування правильного ставлення пацієнта до наявних розладів сну, корекції довільних та ірраціональних думок і висновків, заміні «тривожних» думок на більш спокійні. В когнітивній моделі інсомнії до факторів хроніфікації відносять страх «не заснути», нав’язливі думки перед сном і дисфункціональні переконання щодо сну. Згідно з A.G. Harvey (2005), гостра інсомнія пов’язана з життєвими стресами, субхронічна – з тривогою з приводу сну, а хронічна інсомнія підтримується за рахунок процесів вибіркової уваги, спотвореного сприйняття порушення функціонування протягом дня і самообмежувальної поведінки. Хворі на інсомнію схильні звертати увагу на все те, що несе загрозу сну і призводить до формування «порочного кола» тривоги [2] (рисунок).

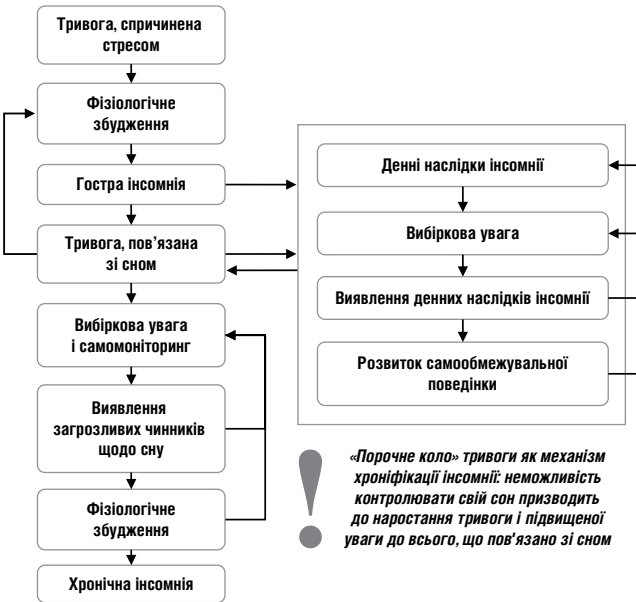


Рисунок. Когнітивна модель інсомнії (A.G. Harvey) [2]

Ще одним методом терапії інсомнії є поведінкові психотерапевтичні корекції. R.R. Bootzin розробив ряд прийомів поведінкової корекції розладів сну, що одержали назву «метод контролю стимулів», який базується на припущенні, що інсомнія пов’язана із формуванням невідповідного умовного рефлексу на ті параметри часу і фактори навколишнього середовища, які навпаки повинні провокувати сон, та спрямований на те, щоб допомогти людині з інсомнією навчитися швидко засинати в конкретний час і підтримувати сон протягом ночі. Цей метод є ефективним навіть якщо застосовується в якості монотерапії [6].

Метод парадоксальної інтенції спрямований на зникнення у пацієнта страху безсоння. Такий підхід зменшує занепокоєння з приводу наслідків дефіциту сну і як наслідок – знижує тривогу при засипанні. У пацієнтів, що використовують даний метод когнітивної терапії, не

завжди поліпшуються параметри сну, зате зростає задоволення від структури сну.

На окрему увагу заслуговує новий метод терапії інсомнії – енцефалофонія («музика мозку» – нейрофізіологічний метод, що базується на перетворенні біоелектричної активності головного мозку (ЕЕГ) на музику). Ця музика створюється після обробки ЕЕГ спеціальними комп’ютерними програмами на базі алгоритмів, розроблених і заснованих на багаторічних дослідженнях хворих з неврологічними та психічними розладами і здорових людей, що працюють в екстремальних умовах. Прослуховування музики, яка є результатом обробки власної ЕЕГ, записаної в стані розслабленого неспання, в умовах емоційного навантаження зумовлює оптимізацію психофізіологічних параметрів в циклі «сон – неспання». Цей метод був розроблений в Росії професором Я.І. Левіним, але в даний час більш широко застосовується в Європі та Америці [3].

Широко поширеними та ефективними в лікуванні інсомнії є різноманітні техніки релаксації. На сьогодні

нішній день найбільш вивченим методом лікування безсоння є техніка поступової релаксації. Пацієнти навчаються напружувати та розслабляти основні групи м’язів послідовно і одночасно звертати увагу на тілесні відчуття під час напруги і розслаблення. Серед інших релаксаційних технік слід виділити аутогенне тренування, спрямоване на зменшення соматичного збудження, тренування уяви, діафрагмальне дихання, медитацію та інші техніки, що сприяють нівелюванню когнітивного збудження у вигляді тривоги та нав’язливих думок.

Необхідною та важливою умовою ефективності будь-якого терапевтичного втручання при інсомнії є дотримання правил гігієни сну. Найчастіше методика навчання гігієни сну для підвищення ефективності немедикаментозної терапії застосовується в поєднанні з іншими техніками когнітивно-поведінкової психотерапії.

Слід зазначити, що найбільш ефективним є комплексне використання всіх методик КПТ, оскільки комплексний підхід, особливо в гострій фазі інсомнії, зумовлює

Таблиця. Огляд досліджень: застосування когнітивно-поведінкової терапії інсомнії в осіб з посттравматичним стресовим розладом

Автор	Контингент дослідження	Терапія	Результати сну	Наявність нічних жахів	Загальні симптоми ПТСР
Cook J.M., Harb G.C., Gehrman P.R., Cary M.S., Gamble G.M., Forbes D., Ross R.J. [10] (2010)	124 ветерани війни з хронічними гострими посттравматичними стресовими розладами	Шість 90-хв. сесій з веденням щоденника нічних жахів	Не виявлено значних змін	Не виявлено значних змін	Не виявлено значних змін
Davis J.L., Wright D.C. [11] (2007)	27 травматологічно-опромінених осіб	Рандомізоване клінічне дослідження. Три 120-хв. сесії. Метод контролю стимулів, гігієна сну, прогресивна м’язова релаксація	Зниження депресії та посттравматичного стресу, страху сну та загальне покращення якості сну	У 84% пацієнтів спостерігалася відсутність нічних жахів	Зниження тяжкості симптомів, полегшення діагностики
Forbes D., Phelps A., McHugh T. [12] (2001)	12 ветеранів війни у В’єтнамі	Шість 90-хв. сесій з веденням щоденника нічних жахів та приладів IES-R, BDI, BAI, SCL-90-R	Не виміряно	Зниження частоти та інтенсивності	Зниження тяжкості симптомів
Germain A., Shear M.K., Hall M., Buysse D.J. [13] (2007)	7 дорослих жертв насильницьких злочинів із діагнозом ПТСР	Одна 90-хв. сесія, ведення щоденника сну	Покращення якості сну, зниження тривожності та депресії	Зниження частоти та інтенсивності	Зниження денного нервового збудження
Krakow B., Hollifield M., Schrader R., Koss M., Tandberg D., Lauriello J., McBride L., Warner T.D., Cheng D., Edmond T., Kellner R. [14] (2000)	169 жінок, які пережили сексуальне насильство	Дві 180-хв. сесії та одна 60-хв. протягом 5 тижнів	Покращення якості сну	Зниження частоти та інтенсивності	Зниження тяжкості симптомів
Long M.E., Hammons M.E., Davis J.L., Frueh B.C., Khan M.M., Elhai J.D., Teng E.J. [15] (2011)	37 ветеранів війни з діагнозом ПТСР	Шість 90-хв. сесій з використанням технік релаксації	Збільшення тривалості сну	Зниження частоти нічних жахів	Зниження тяжкості симптомів
Lu M., Wagner A., Van Male L., Whitehead A., Boehnlein J. [16] (2009)	15 ветеранів війни з діагнозом ПТСР, що супроводжувався нічними кошмарами	Шість 90-хв. сесій з веденням щоденника нічних жахів та приладів IES-R, BDI, BAI, SCL-90-R	Не спостерігалася змін	Зниження частоти нічних жахів	Зниження тяжкості симптомів
Nappi C.M., Drummond S.P., Thorp S.R., McQuaid J.R. [17] (2010)	35 ветеранів, які страждають від частих нічних кошмарів. У більшості діагностовано ПТСР	Чотири або п’ять 60-хв. індивідуальних сесій або 120-хв. групові сесії. Метод репетиції уявних образів	Зниження безсоння	Зниження частоти нічних жахів	Зниження тяжкості симптомів
Swanson L.M., Favorite T.K., Horin E., Arnedt J.T. [18] (2009)	10 ветеранів бойових дій з діагнозом ПТСР	Десять 90-хв. групових сесій. Метод репетиції уявних образів та релаксаційні техніки. Ведення індивідуального щоденнику сну	Підвищення показників якості сну	Зниження частоти нічних жахів	Зниження тяжкості симптомів

прискорення ефекту медикаментозної терапії і забезпечує стійкість лікувальних ефектів.

У таблиці здійснено огляд досліджень щодо застосування КПТ інсомнії у осіб з діагнозом ПТСР.

Висновки

У сучасній медицині концепція сну – це не лише пасивний процес, період спокою або уповільнення сенсорного сприйняття, а скоріш за все – результат відсутності диференціації отриманих аферентних імпульсів у головний мозок і функціональної активації нейронів у певній його ділянці. Безліч емпіричних спостережень свідчать про те, що кількісні і якісні порушення сну впливають на когнітивні, емоційні та інші психологічні функції організму. Розлади сну вважаються досить поширеним явищем у пацієнтів із діагнозом ПТСР. Найефективнішим методом терапії інсомнії при ПТСР є когнітивно-поведінкова терапія, яка застосовується у поєднанні з фармакологічною терапією. Це фокальний і директивний метод терапії, при якому пацієнт відіграє активну роль і приймає частину відповідальності за лікування на себе.

Список використано літератури

1. Полуэктов М.Г. Адаптационная, или острая инсомния // М.Г. Полуэктов // Фарматека. – 2012. – С. 37–42.
2. Корабельникова Е.А. Возможности коррекции инсомнии без применения снотворных препаратов / Е.А. Корабельникова // Эффективная фармакотерапия. – 2013. – №12. Неврология и психиатрия. – С. 30–36.
3. Ковров Г.В. Современные подходы к лечению инсомнии [электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.remedium.ru/drugs/detail.php?ID=62926>.
4. Цихоня В. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад / В. Цихоня // Мистецтво лікування. – 2014. – №7–8 (113–114). – С. 57–58.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ИНСОМНИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Е.Е. Смашина

Нарушение сна является одним из наиболее частых симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Среди нефармакологических методов терапии инсомнии эффективными являются методы поведенческой психокоррекции и психотерапии, которые улучшают сон и не вызывают привыкания или побочных эффектов, что часто наблюдается при использовании снотворных препаратов. Среди психотерапевтических методов чаще применяют рациональную, поведенческую и когнитивную психотерапию, методы саморегуляции, метод биологической обратной связи, релаксационные методы.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), когнитивно-поведенческая терапия, инсомния, метод парадоксальной интенции, энцефалофония, техники релаксации, гигиена сна, метод контроля стимулов.

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY OF INSOMNIA IN POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS

O. Smashna

Sleep disturbance is one of the most common symptoms of posttraumatic stress disorder. Among non-pharmacological therapies insomnia is the most effective method of behavioral therapy and psychological programs that improve sleep and do not cause addiction or side effects that often occurs when using sleeping pills. Among the most commonly used methods of psychotherapy are rational, behavioral and cognitive therapy, self-control methods, the method of biofeedback, relaxation techniques.

Key words: post traumatic stress disorder (PTSD), cognitive-behavioral therapy, insomnia, paradoxical intention technique, entsefalofoniya, relaxation techniques, sleep hygiene, stimulus control method.

5. Чабан О.С. Психотерапия при ПТСР должна быть направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности // Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия. – 2010. – №2 (21). – С. 5–8.
6. Bootzin R.R., Epstein D., Wood J.M. et al. Stimulus control treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed sleep // Case studies in insomnia / Ed. by P.J. Hauri. – N.Y.: Plenum Medical Book, 1991. – P. 9–28.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. – Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
8. Kryger M.H. et al. Principles and Practice of Sleep Medicine. ExpertConsult, 5th ed. – 2011. – P. 1481–1483.
9. Schoenfeld F.B. Treatment of sleep disturbances in posttraumatic stress disorder: A review / F.B. Schoenfeld, J.C. DeViva, R. Manber // JRRD. – 2012. – Vol. 49, №5. – P. 729–752.
10. Cook J.M., Harb G.C., Gehrman P.R. et al. Imagery rehearsal for posttraumatic nightmares: a randomized controlled trial // J. Trauma Stress. – 2010. – Vol. 23 (5). – P. 553–563. – <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20569>.
11. Davis J.L., Wright D.C. Randomized clinical trial for treat-ment of chronic nightmares in trauma-exposed adults // J. Trauma Stress. – 2007. – Vol. 20 (2). – P. 123–133. – <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20199>.
12. Forbes D., Phelps A., McHugh T. Treatment of combat-related nightmares using imagery rehearsal: a pilot study // J. Trauma Stress. – 2001. – Vol. 14 (2). – P. 433–442. – <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011133422340>.
13. Germain A., Shear M.K., Hall M., Buysse D.J. Effects of a brief behavioral treatment for PTSD-related sleep disturbances: a pilot study // Behav. Res. Ther. – 2007. – Vol. 45 (3). – P. 627–632.
14. Krakow B., Hollifield M., Schrader R. et al. A controlled study of imagery rehearsal for chronic nightmares in sexual assault survivors with PTSD: a preliminary report // J. Trauma Stress. – 2000. – Vol. 13 (4). – P. 589–609. – <http://dx.doi.org/10.1023/A:1007854015481>.
15. Long M.E., Hammons M.E., Davis J.L. et al. Imagery rescripting and exposure group treatment of posttraumatic nightmares in Veterans with PTSD // J. Anxiety Disord. – 2011. – Vol. 25 (4). – P. 531–535. – <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.12.007>.
16. Lu M., Wagner A., Van Male L. et al. Imagery rehearsal therapy for posttraumatic nightmares in U.S. veterans // J. Trauma Stress. – 2009. – Vol. 22 (3). – P. 236–239. – <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20407>.
17. Nappi C.M., Drummond S.P., Thorp S.R., McQuaid J.R. Effectiveness of imagery rehearsal therapy for the treatment of combat-related nightmares in veterans // Behav. Ther. – 2010. – Vol. 41 (2). – P. 237–244. – <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2009.03.003>.
18. Swanson L.M., Favorite T.K., Horin E., Arnedt J.T. A combined group treatment for nightmares and insomnia in combat veterans: a pilot study // J. Trauma Stress. – 2009. – Vol. 22 (6). – P. 639–642.

УДК 616.89-008-02:616-083.98

О.П. Венгер, Ю.Б. Чолач ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ВНАСЛІДОК ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

Ключові слова:
психічні розлади,
екстремальні ситуації,
етіологія, патогенез,
класифікація, клініка,
лікування, реабілітація,
профілактика.

Проблеми ефективного та адекватного медичного захисту населення, постраждалого внаслідок надзвичайних ситуацій (НС), є одним з актуальних завдань сучасної охорони здоров'я, що зумовлено зростанням частоти та тяжкості НС та виникненням нових типів НС, зокрема соціально-політичного характеру, що потребує особливих підходів до організації процесу ліквідації їх медико-санітарних наслідків. Актуальними завданнями медицини катастроф є збереження психічного здоров'я населення у зоні надзвичайних ситуацій та учасників ліквідації надзвичайних подій.

Постійним етіологічним фактором, який викликає психічні порушення при стихійних лихах і катастрофах, є психічна травма. Вираженість психічної травми залежить від масового характеру ураження, великої руйнівної сили, раптовості (ефект неочікуваності). В цей час психогенії при екстремальних ситуаціях нерідко бувають не єдиним фактором, вони часто супроводжуються травмами, травматичними інтоксикаціями, опіками, пораненнями, крововтратою.

За даними Н.П. Анохіної, виникнення реактивних психозів пов'язане з порушенням функції катехоламінових систем мозку. За наявності цілого ряду суттєвих відмінностей (раптових впливів психотравмуючих факторів, необхідності боротьби за виживання, за життя оточуючих, психічних розладів в екстремальних ситуаціях) вони мають багато спільного з розладами, які виникають при інших психотравмуючих ситуаціях.

З усіх екстремальних ситуацій найбільш вивченим є землетрус, в момент виникнення якого гострі реактивні психози виникають у 10–25% населення. Кількість осіб, у яких психічні розлади виявляються на більш пізніх стадіях, коливається від 3 до 35% усього постраждалого населення. «Колективні реакції» спостерігаються у 63% випадків і проявляються такими симптомами: підвищена навіюваність, імпульсивність, дратівливість, зниження здатності логічно мислити і оцінювати події, зміни на-

строю, а також намагання негайно реалізувати немотивовані ідеї при надзвичайних станах.

У наступні роки після надзвичайних станів рівень захворюваності на невротичні розлади зростає. Значно збільшуються кількість осіб з різноманітними психосоматичними розладами.

Прогноз психічних розладів при катастрофах різних і залежить від характеристики ситуацій, своєчасного отримання допомоги, величини втрат, наявності тяжких соматичних уражень, індивідуальних рис постраждалих.

На сучасному етапі проблеми психічної травми та розладів, спричинених нею, приділяється дуже значна увага. Це пов'язано як загалом зі зростанням кількості «масових» психотравмуючих подій, так і з усе більшим об'ємом наукових досліджень, які вказують на важливість психотравмуючих подій у походженні психіатричних розладів, зокрема посттравматичного стресового розладу. Єдиної класифікації психотичних розладів внаслідок катастроф поки що немає. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) характеризує стихійні лиха як такі, що створюють непередбачену серйозну і безпосередню загрозу суспільному здоров'ю. Психічні розлади, які виникають внаслідок катастроф, за DSM-4K називаються посттравматичним стресовим розладом, за МКХ-10 вони відносяться до кола невротичних, стресових та соматоформних розладів.

За класифікацією Ю.А. Андрієвського в розвитку життєво небезпечних ситуацій виділяють три основних періоди.

Перший період характеризується переважанням страху при загрозі власному життю і втрати близьких. Сильний стресовий вплив в цей час викликають неспецифічні, позаособистісні психогенні реакції, які стосуються, головним чином, життєвих інститутів. Психічні розлади проявляються переважно реактивними психозами, а також непсихотичними психогенними реакціями. Перший етап триває зазвичай від моменту початку сильного стресового впливу до організаційних робіт зі спасіння (хвилини, години).

У другий період (під час робіт зі спасіння) в формуванні психічних розладів значна роль належить індивідуальним особистостям потерпілих, а також усвідомленню ними життєво небезпечних ситуацій, очікування нових страшних впливів, переживань у зв'язку зі втратою близьких, порушенням життя, втрати майна. На початку другого періоду потерпілі відчувають емоційне напруження, яке поступово змінюється підвищеною втомлюваністю і астеничною депресією або апато-депресивною симптоматикою.

Третій період виникає після евакуації постраждалих. В цей час у багатьох виникає складна обробка пережитої ситуації, загострюється відчуття смутку від втрат. Стійкі психогенні порушення неспихотичного рівня можуть виникати у зв'язку зі зміною життєвого стереотипу. При цьому нерідко спостерігаються соматогенні психічні розлади.

Психічні розлади при катастрофах можуть бути представлені різноманітними психогенними порушеннями. Найбільш характерними є реактивні психози у вигляді афективно-шочових реакцій і істеричних психозів.

Афективно-шочові реакції зазвичай проявляються реактивним ступором або реактивним руховим збудженням. Зрідка спостерігається емоційний параліч, коли всі відчуття в певний момент ніби атрофуються і людина емоційно не реагує на оточуюче.

Реактивне збудження характеризується раптовим хаотичним, безмістовним руховим збудженням (фугі-формні реакції – від латинського *fugio* – втікати).

Якщо декілька людей мають психогенне збудження, таке явище називають панікою. Подібні реакції можуть іноді мати характер масового індукованого психозу, особливо коли «індуктором» є надзвичайно нав'ювана істерична особистість. Реактивне збудження, як і ступор, супроводжується станом потьмарення свідомості з подальшою амнезією.

При шочових реакціях характерні вегетативні порушення у вигляді тахікардії, різкого збліднення, пітливості, профузного проносу. Істеричні психози представлені головним чином істеричним сутінковим потьмаренням свідомості і рідко пуерилізмом, псевдодеменцією тощо.

Після гострого періоду часто настає ейфорія, яка може бути наслідком черепно-мозкової травми. Також виникають депресії різного типу з характерною рисою: відчуття провини перед заггиблими, відразу до життя, жаль, що залишився живий.

Разом з реактивними психозами спостерігаються неспихотичні розлади у вигляді розгубленості, неможливості осмислити ситуацію. Такий стан продовжується недовго і змінюється орієнтованістю, мобілізацією сил, волі, активності.

Найбільш характерними психічними розладами є неспихотичні розлади невротичного рівня – від невротичних реакцій до неврозів і невротичних розладів. Особливо характерні різного роду настирливі страхи, тематично пов'язані з екстремальною ситуацією, а також важкі спогади про пережите. Такі стани можуть тривати довго, то згасати, то знову загострюватись, особливо в ситуаціях, які нагадують пережите.

Довгий час може спостерігатися порушення сну, часто зі страхітливими сновидіннями, які відображають жаж

пережитого. Психогенний вплив може реалізовуватись у вигляді психосоматичних захворювань (інфаркт міокарда, виразкова хвороба, екзема).

У підлітків і особливо у дітей, які переживають катастрофу, найчастіше виникають тривога і різноманітні страхи, в тому числі нічні. Тривожно-фобічні явища зазвичай з'являються на фоні зниженого настрою і вегетативних розладів. Можлива затримка фізичного і особливо психічного розвитку, діти важко адаптуються в новій ситуації, їм складно засвоїти новий матеріал.

Психіатрична допомога повинна виконуватися зі збереженням всіх медичних принципів у вигляді поетапного сортування, евакуації та адекватної терапії потерпілих. Для запобігання розвитку соматичних психічних розладів важливо вжити своєчасних заходів з лікування всіх ушкоджень, причому починаючи з найбільш ранніх етапів (таблиця).

Таблиця. Основні терапевтичні заходи при психогенних розладах, що виникають при стихійних лихах та катастрофах

Психогенний розлад	Терапевтичні заходи
Прості (фізіологічні) реакції страху	Спеціального лікування не потребує. Переважно медико-психологічні заходи
Психогенні реакції: психотичні розлади (афективно-шочові реакції тощо)	Тизерцин 2,5% – 2,0 Сибазон 0,5% – 2,0–4,0 Аміназин 2,5% – 2,0 Амітриптилін 1% – 2,0–3,0 Феназепам 0,1% – 2,0–3,0 Евакуація у спеціалізований стаціонар
Невротичні (істеричні, депресивні, астеничні, і т.п.)	Когнітивна психотерапія Терапія: амітриптилін 0,025 г 2–3 рази на добу сибазон 0,005 г 3 рази на добу феназепам 0,001 г 2–3 рази на добу пірацетам 0,4 г 3 рази на добу
Затяжні реактивні стани: психотичні (псевдодеменція, реактивна депресія, пуерилізм тощо)	Переважаю стаціонарне лікування Галоперидол 0,0015 г 3 рази на добу Тизерцин 0,025 г 3 рази на добу Аміназин 0,025 г 3 рази на добу Амітриптилін 0,025 г 3 рази на добу Сибазон 0,05 г 3 рази на добу Феназепам 0,001 г 3 рази на добу
Невротичний рівень ураження (неврастенія, депресивний, істеричний невроз, невроз настирливих станів)	Психотерапія Психофармакотерапія: феназепам 0,001 г 3 рази на добу сибазон 0,005 г 3 рази на добу амітриптилін 0,025 г 3 рази на добу сіднокарб 0,005 г 2 рази на добу трифтазин 0,005 г 3 рази на добу

Реабілітаційні заходи проводяться з урахуванням характеру перенесеного психічного захворювання, ступеня вираженості залишкових явищ, наявності тих чи інших соматичних захворювань і мають бути обов'язково комплексними та включати не тільки медикаментозну терапію, але й психотерапію у різних варіантах, фізіотерапію, психокорекційні методики з урахуванням характеристики пацієнтів. Можна зробити висновок, що у 1/3 осіб, які перенесли стресові реакції, спостерігається прогредієнтний перебіг з порушенням адаптаційних процесів, розвитком посттравматичних психогенних стресових розладів, психосоматичних захворювань, загостренням хронічної патології з млявим перебігом. Ці фактори можуть призвести до стійких змін особистості з

наростаючою соціально-трудовою дезадаптацією та інвалідацією, алкоголізмом, медикаментозною залежністю, проблемами в колективі, сім'ї, конфліктом з законом, суїцидальні спроби. У зв'язку з цим є необхідність подальшого диспансерно-поліклінічного спостереження і проведення довготривалих лікувально-профілактичних заходів.

Профілактика психіатричних розладів при катастрофах є складною справою, оскільки екстремальні ситуації виникають зазвичай раптово і зненацька.

Велике значення має можливе прогнозування екстремальних ситуацій. Необхідно, щоб всі медичні працівники були знайомі з основними положеннями медицини катастроф, і тоді відповідно підготовлені професіонали

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ
Е.П. Венгер, Ю.Б. Чолач

В этой работе авторы попытались осветить некоторые аспекты психических расстройств, возникающих в экстремальных ситуациях. В процессе исследования проблемы авторы рассмотрели вопросы патогенеза и этиологии психических расстройств. Также сосредоточено внимание на проблеме классификации, клинической картины и течения данных расстройств. Рассмотрены сравнительные возрастные особенности психических расстройств и их лечения, реабилитации и профилактики. Эти исследования позволяют систематизировать данные о психических расстройствах в результате чрезвычайных ситуаций и обеспечить эффективные методы лечения, реабилитации и профилактики данных заболеваний.

Ключевые слова: психические расстройства, экстремальные ситуации, этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение, реабилитация и профилактика.

SOME FEATURES OF THE PROBLEM OF MENTAL DISORDERS AS A RESULT OF EXTREME SITUATIONS
O. Venger, Yu. Cholach

In this work we tried to illuminate certain aspects of mental disorders that occur in extreme situations. In the process of research the problem we tried to illuminate the pathogenesis and etiology of mental disorders. Also focused on the problem of classification, clinical picture and flow data of disorders. Reviewed the comparative age features of mental disorders and their treatment, rehabilitation, and prevention. These studies allow to systematize data about mental disorders as a result of extreme situations and provide with effective methods of treatment, rehabilitation and prevention data disorders.

Some features of mental violated as a result of extreme situations - In this paper we have tried to highlight some aspects of mental disorders that occur in extreme situations. The research problems we have tried to highlight the pathogenesis and etiology of psychic disorders. Also focused on the problem of classification, clinical picture and course of these disorders. Was considered comparative age characteristics of mental disorders and their treatment, rehabilitation and prevention. These studies make it possible to organize data on mental disorders as a result of extreme situations and acquaint with effective treatment, rehabilitation and prevention of these disorders.

Key words: mental disorders, extreme situations, etiology, pathogenesis, classification, clinic, treatment, rehabilitation, and prevention.

616.89; 616.853

N.V. Sofilkanych, M.M. Oros, V.V. Luts, V.I. Smolanka

EARLY EPILEPTIC ATTACKS IN PATIENTS AFTER STROKE
AS AN IMPORTANT PREDICTOR OF THE COURSE OF THE DISEASE

Uzhhorod National University Mukatchiv Central District Hospital

Key words: epilepsy, stroke, «early» epileptic attack.

Actuality: symptomatic form is an important problem of epileptology because 20-30% of all patients with epilepsy suffer from this form of the disease. The causes of emerging symptomatic epilepsy are different in various age groups of patients. In children

зможуть відразу приступити до необхідних лікувально-профілактичних заходів.

Список використаної літератури

- Гриневич С.Г., Лінський І.В. Поширеність психопатології і частота антропогенних катастроф в областях України // Укр. вісник психоневрологів. – 2005. – Т. 13, вип. 3. – С. 27–29.
- Калінін А.Г., Поліванов І.А., Сідоров П.І. Психіатрія катастроф. Руководство по медицине катастроф. – Архангельск, 1999. – 239 с.
- Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии. 2-е изд. – М., 2012. – 315 с.
- Румянцева Г.М. Медико-психологическая помощь пострадавшим при экологических катастрофах. – М.: ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, 2011. – 25 с.
- Коханов В.П., Краснов В.Н. Психіатрія катастроф і екстремальних ситуацій. – М., 2008. – 448 с.
- Краснов В.Н. Психіатрія катастроф і надзвичайних станів та її розвиток в останньому десятиріччі. – М., 2009.

and mature age the main cause is the consequence of cranial-cerebral trauma, brain tumor and inflammation processes in central nervous system. Among the most significant identified risk factors of epilepsy with late debut cerebral-vascular

pathology occurs in 40%. That's why it is recommended that all aged patients with first recovered epilepsy should undergo screening to reveal risk factors of vascular pathology and to choose proper therapy for its reducing [9]. Another important identified cause of epilepsy with late debut is dementia that accounts for 11 to 16% of cases [18]. The third significant cause of epilepsy in the aged is neurosurgical pathology, including cerebral tumors (4%) and cranial-cerebral injuries (from 1 to 3%). Most authors underline that epilepsy with late debut can be caused by neurosurgical interventions themselves in connection with hematomas, tumors and intracerebral blood flow [13]. C.Kellinghaus and his co-authors (2004) point out that it is difficult to diagnose epilepsy with late debut because of prevailing focal components (auras), automatisms, atypical absentias and one-sided attacks with developing postattack Todd paralysis. All this can be judged by the doctors as the nonepileptic genesis state, for example, psychomotor excitement, cortical and hemispherical infarctions [13]. From the other side A.Zaidi et al. (2000) showed that cardiovascular events can mimicrate the state that resembles epiattacks. In this case the patients are administered anticonvulsants, and the doctors erroneously conclude that there are pharmacoresistant attacks on the background of antiepileptic therapy. Among the states of vascular genesis which resemble epileptic attacks the authors mentioned bradycardia, hypotension vasovagal syncope, vasovagal reactions during intravenous injections, cardiac rhythm blockade carotid arteries palpation and carotid sinus irritation [29]. Therefore, when poststroke epilepsy (PSE) is diagnosed in old-aged patients for the first time complex cardiologic examination is recommended. It's also mentioned that the postattack confused consciousness in old-aged patients lasts much longer than in young patients and in children. Besides, diagnostic difficulties are connected with problems in interpretation of interattack by means in interictal EEG. Considering the abovementioned facts the problem of epilepsy with late debut is becoming actual in most developed countries because of existing demographic problems and aging population [1].

Investigations carried out in Norway showed that severe strokes are statistically important independent predictors (risk factors) of PIE. Nowadays American population example showed that over 20 thousand new attacks of epilepsy develop in Americans annually. These investigations were published in the journal «Epilepsia» in 2005 [19]. In one of the long-term prospect studies including over 500 patients it was shown that severe insults result in 5% increase of the risk of PIE development compared with moderate insults. However, the treatment in specialized insult units, primary insult debut age and geographical features did not statistically affect the risk of developing epilepsy in this investigation.

At the same time it was pointed out that thrombolysis in acute period of insult alongside with the application of modern neuroprotective preparations can play an important part in prevention of PSE. Therefore the scientists in many countries are greatly interested in the evaluation of insult treatment effect in its most acute and acute stages on the PSE development risk.

O.Camilo, L.B.Goldstein (2004). These authors showed a very great variability in PSE development frequency – from 2 to 33% in early poststroke period and from 3 to 67% in late postinsult period. But the average frequency of PIE development (according to the data obtained during mathematical

calculations) accounted for 2.4% and was higher in those cases when epileptic attacks developed during later periods after the insult. The authors pointed out that it was necessary to carry out many national investigations in order to understand PSE social aspects, its prevention and adequate therapy [7].

This can be explained by the peculiarity of long-term epileptogenesis in old-aged patients. On the other hand, in the available medical literature according to the data of investigation in Great Britain it was shown that epileptic patients with late debut (after 60 years) have an increased risk of developing stroke. On the basis of the analyzed data from the National Statistic Centre of general practitioners R.Tallis et al. (Geriatric Medicine Department of Manchester University) analyzed 4709 clinical cases of PIE in England and Wales (patients over 60) having no epilepsy in their family history. This study population included those individuals who have no symptoms of cerebrovascular pathology, brain injury, brain tumor, alcoholic or narcotic addiction, dementia in their family history, as well as those who have no indications of using antiepileptic preparations for any other cause. The average year of birth in this group was 1920. 2044 males and 2645 females were included in both groups (control and comparative). It was demonstrated that insult developed in 10% of patients with epilepsy compared with 4.4% individuals in the control group. In this case the absolute difference was 5.6%. The average risk of stroke development in the comparative group was 2.89% compared with 1.4% in patients having high level of cholesterol concentration, HDLP. The authors pointed out that patients who developed epileptic attacks in old age have a higher risk of developing stroke [12].

Analyzing the MRT data in patients with PIE M.E.Lancman et al. showed the highest risk of convulsive attacks after hemorrhagic strokes, cortical infarctions, as well as during insults with extensive damage of the brain (enveloping more than one part of it) [17]. A very important indication of PSE development risk is the development of epileptic status in acute and the most acute periods of stroke [25].

According to the works of Spanish scholars – ischemic insult is the most frequent (in 30-50% of cases) etiologic factor of epilepsy in patients over 60, while in those below 60 – only in 26% of cases (Martinez-Garcia FA, et al., 1998). Therefore a particular place is occupied by postischemic stroke epilepsy («poststroke» epilepsy) and epileptic attacks (EP) during the ischemic stroke acute period: epileptic attacks with «early onset» or «early» attacks.

Nevertheless, it would be wiser to admit (M.E.Lancman's rightness) that acute epileptic attacks appear more often during hemorrhagic than during ischemic insult. Acute epileptic attacks develop in 3.7% of all stroke cases; in 6.5% carotid infarctions, and in 10.2% hemorrhagic cases (hemorrhagic insult). (Faught E. et al., 1989; Kilpatrick C.J. et al., 1992; Weisberg L.A. et al., 1991; Milandre L. et al., 1992).

Most of the investigations mentioned above are devoted to the study of cliniconeurological peculiarities of patients, electrophysiological and structural morphological characteristics of postischemic foci which are the substrate of «poststroke» epileptic attacks. There is insufficient attention to pathogenetic clinical features, neurovisualizing data in patients with an epileptic attack during acute period of the insult («early» epileptic attack) which are usually considered together with «late» epileptic attacks.

Considering epileptic attacks frequency during ischemic stroke there are contradictions in literature. In case

of nondifferential approach to «early» and «late» epileptic attacks in patients with ischemic and hemorrhagic insult which is discussed in most investigations the frequency of epileptic attacks is from 0.4 to 43% (So A.L. et al., 1996; Arboix A. et al., 1997; Berges S. et al., 2000). The effect of vascular diseases risk factors on the development of epileptic attacks in case of ischemic insult was considered, according to the data in literature, only in general patients' groups with ischemic and hemorrhagic insult (Arboix A., Garcia-Eroles L., Reith J., Jorgensen H.S. et al., 1997). At this stage, as it was mentioned above, frequency, time and character of the attacks are not studied sufficiently. There is insufficient knowledge about the factors leading to the development of attacks and their prognostic effect on early mortality and epilepsy risk.

At present most countries of the world use classification G.Barolin, E.Scherzer (1962), who suggested differentiating epileptic attacks during cerebrovascular pathology depending on their onset with respect to the insult development [5]. Attacks-predictors (heralding) develop before insult in case of cerebrovascular disease (CVD) and very often they are indications of the past impairment of cerebral blood circulation (CBCI) or indicate about the so-called «dumb» insult which is not accompanied by the marked neurological deficit and is further diagnosed retrospectively according to the CT data. Early epileptic attacks occur during the first 7 days of insult development. Late attacks, or PIE mean that epileptic attacks will develop after 7 days or more after the insult [1, 4, 8, 15, 16, 25].

Prognostic «significance» of «early» attacks during the course of insult is not unanimous. Some investigators think: «early» attacks result in hospital mortality and are bad prognosis of insult (Spenser S.S., 1997; Kurash Pro.Ya., 2000).

It is not less important in clinical practice to study convulsive attacks caused by this or that factor. Convulsive attacks can be caused by the patient's diabetes mellitus (in case of hypoglycemia), as well as in patients with well-marked phenomena of dehydration. Alcoholism is a less important factor (Kurash O.Ya., 2000). As a rule, convulsive attacks in such cases result from an abrupt cancellation of alcohol or on the background of severe alcoholic intoxication.

The abovementioned facts called for the actuality of investigating «early» and «late» epileptic attacks (EA) risk on the basis of dynamic clinical examination of the patients with ischemic and hemorrhagic insult together with the study of cerebral dynamics indices of neurovisualized data. All this defined the aim of this study.

The aim of the investigation

To study the effect of «early» epileptic attacks on the severity of insult course, its relapse risk and the fatal outcome based on catamnestic investigations.

To reveal clinic-neurological peculiarities, frequency and prognostic value of «early» attacks in patients with ischemic and hemorrhagic stroke.

To analyze the risk factors of epileptic attacks during the period of stroke depending on its character (ischemic, hemorrhagic).

Methods and materials

We analyzed the family history data and the two-year catamnesis of 427 patients admitted to the vascular neurology

Department of Mukatchiv Central District Hospital where insult was diagnosed and confirmed. We studied patients both with ischemic insult where there were 373 patients and 54 patients with hemorrhagic insult.

The result and their discussion

The selected group of patients were diagnosed according to their sex: 202 females and 220 males suffered from stroke. Patients were sex-distributed according to ischemic and hemorrhagic stroke. This distribution is given in Figure 1.

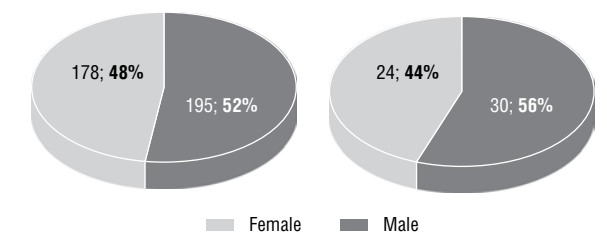


Figure 1. The patients' distribution according to sex in groups with ischemic and hemorrhagic stroke ($p < 0.01$)

During one year catamnesis epileptic attack occurred in 39 (9.1%) individuals. Epileptic attacks dynamics in patients with stroke is given in Figure 2.

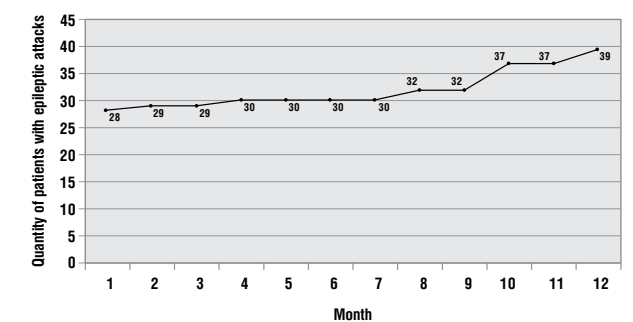


Figure 2. Epileptic attacks dynamics during one year after the stroke

During the analysis we revealed the difference between the frequency of epileptic attack in patients with ischemic and hemorrhagic stroke. Among 373 patients who had ischemic stroke epileptic attacks were fixed in 27 patients (7.2%), «early» epileptic attack being fixed in 19 (5.0%) patients. In patients who had hemorrhagic stroke epileptic attack were fixed in 12 (22.2%) individuals, in 9 (16.6%) «early» attacks being fixed. See Figure 3.

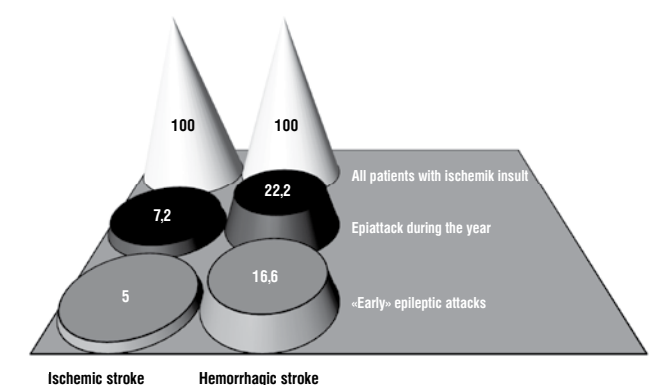


Figure 3. Distribution of the patients according to the type of stroke and epileptic attacks frequency (the data are given in %, $p < 0.05$)

The degree of the marked neurologic deficit during the acute period of ischemic stroke (according to NIHSS scale) was considered to be medium severe (4-11 grades) (p = 0.0009; OR – 2.64; 95% CI: 1.38-5.05), while the stroke that occurred in 60-69 age group (p = 0.0003; OR – 5.12; 95% CI: 2.64-9.9). The degree of the marked neurologic deficit during the acute period of ischemic insult (according to NIHSS scale) was considered to be a severe neurological deficit (12 and more grades) (p = 0.0006; OR – 3.08; 95% CI: 1.58-6.03), while the insult that occurred in 50-59 age group (p = 0.0000; OR – 5.01; 95% CI: 2.76-9.07).

During the ischemic stroke patients with «early» attacks revealed the most marked risk factors of the insult development: cardiac fibrillation (p = 0.0001; OR – 5.56; 95% CI: 2.9-10.65), myocardial infarction (p = 0.005; OR – 3.77; 95% CI: 1.38-10.32) and diabetes mellitus (p = 0.0001; OR – 5.38; 95% CI: 2.48-11.65). In case of hemorrhagic insult the most marked risk factors are diabetes mellitus (p = 0.0002; OR – 2.9; 95% CI: 1.61-5.18) and alcoholism (p < 0.05; OR – 2.17; 95% CI: 0.99-4.75).

«Early» epileptic attacks development is correlated with the degree of the neurological deficit, the size of the damaged area. «Early» attacks are developed in the patients with a large sized ischemic focus (over 50 mm) (p = 0.0001; OR – 3.32; 95% CI: 1.74-6.32), as well as in cases of medium bleeding (p = 0.0008; OR – 2.66; 95% CI: 1.47-4.8).

It's much harder to treat PSE compared with epilepsy treatment in young patients [14, 23]. It is connected with a greater risk of interactions between medicines, renal and hepatic disfunction which require longer intervals of anti-epileptic drugs administration compared with the patients of younger and medium age, cognitive impairments in elderly patients with concomitant Alzheimer disease, Parkinson disease, hypertonic multiinfarction encephalopathy, etc. which stimulate increased sensitivity and greater side effects of antiepileptic drugs [18]. Dose-depending side effects of antiepileptic preparations, such as vertigo, equilibrium disbalance, as well as preparation specific side effects, such as hyposodemia or tremor may be due to a higher concentration level of antiepileptic preparations in blood serum compared with that in younger patients [23]. Anticonvulsive preparations side effects may be due to the age of the patients, for example, AEP-associated osteoporosis risk increases, osteomalacia on the background of phenobarbital, phenitoin, permidon administration increases, too. In this case osteopenia and osteoporosis risk greatly increases during polytherapy compared with monotherapy. On the other hand there is very limited information about investigation of new anticonvulsants in elderly patients [18]. Thus in 2004 21435 war veterans in the USA (patients over 65 with epilepsy) were treated with phenobarbital and phenitoin [21], although both preparations cause a marked sedative effect and result in cognitive impairments and stimulate pharmacological interactions [26]. Phenitoin causes complicated dosing in patients of old-age groups because it has nonlinear side effects.

Elderly patients take a lot of preparations for both epilepsy and somatic diseases. Antiepileptic preparations may pharmacologically interact with other medicines. Minimal pharmacological interaction profile is described only for new antiepileptic preparations (gabapentin, levetiracetam) [27]. Both preparations are effective in case of focal epilepsy and

is excreted unchanged mostly through kidneys, its dosage depending on the renal function impairment. Somnolentia may also mimicrate the use of these preparations [18]. According to the latest studies only 25% of patients with epilepsy with late debut have generalised tonico-clonic attacks, 43% have only complex focal attacks, 32% have focal attacks which are very hard to diagnose in old-aged group, because they are underestimated by the patients, his relatives and neurologists.

Traditional antiepileptic preparations – carbamazepin, phenitoin, valproates are metabolized in the liver. Thus, carbamazepin and phenitoin which induce hepatic metabolism may decrease the effects of many medical preparations including chemotherapeutic glucocorticosteroids or varfarin. Valproates and lamotridgin inhibit hepatic metabolism, increase the risk of hepatic insufficiency, particularly on the background of hepatoduodenal zone insufficiency. Karbazepin greatly increases hyposodium risk which must be taken into consideration while treating patients with PSE who undergo treatment for arterial hypertension using thiazide diuretics (hypothiazide, indapamide, arifon). In this case vertigo, lethargy, somnolence associated with hyposodemia are very frequent [24]. In this connection it is important to carry out clinical pharmacomonitoring of carbamazepin concentration (phinlepsin, tegretol and others) and okscarbazepin (trileptal) as well as sodium concentration in blood serum.

Considering the abovementioned me can recommend okscarbazepin, levetiracetam and lamotridgin for treating somatic postinsult epilepsy. Valproates and topiramt are preparations of another line because of their side effects.

Conclusions

Data about development frequency (9.1% during ischemic and 16.6% during hemorrhagic STROKE), prognostic significance and epileptic attacks effect on its course and lethality during acute insult period depending on the mechanism of brain damage were obtained. The data received contribute to a better diagnostics and patient's treatment tactics both in case of ischemic and hemorrhagic insult. We defined the interrelation between «early» epileptic attacks which develop during the acute period of ischemic insult and pathogenetic mechanism of ischemic insult (hemodynamic impairments, cardioemboly or joint atherosclerotic stenosis and cardioemboly). «Early» attacks are prognostically an unfavourable factor in case of hemorrhagic character of insult. «Early» attacks develop in patients with ischemic large focus (over 50mm) (p = 0.0001; OR – 3.32; 95% CI: 1.74-6.32) as well as during medium size hemorrhage (p = 0.0008; OR – 2.66; 95% CI: 1.47-4.8). In case of ischemic character of insult «early» attacks may be severe course markers and correlate with a high risk of insult relapse which requires a more thorough neurological examination and taking special prophylactic measures to treat symptomatic postinsult epilepsy. We can recommend oksacarbazepin, levetiracetam and lamotridgin. Valproates and topiramt are preparations of another line during this form of epilepsy because of their side effects.

Literature

1. Burd G.S., Geht A.B., Lebedeva A.V. et al. *Epilepsy in patients with ischemic brain disease // Journal of Neurology and Psychiatry.* – 1998. – №2. – P. 4-8.
2. Geht A.B., Lebedeva A.V., Poletayev A.B. et al. *Postinsult epilepsy // Insult.* – 2003. – №9. – P. 195.
3. Prohorova E.S. *Epileptic attacks during cerebral bleeding flow impairment in patients with ischemic disease and atherosclerosis.*

4. Arboix A., Garcia-Eroles L., Massons J.B. et al. *Predictive factors of early seizures after acute cerebrovascular disease // Stroke.* – 1997. – Vol. 28, № 8. – P. 1590-1594.
5. Barolin G.S., Sherzer E. *Epileptische Anfälle bei Apoplektikern // Wein Nerven.* – 1962. – Vol. 20. – P. 35-47.
6. Berges S., Moulin T., Berger E. et al. *Seizures and epilepsy following strokes: recurrence factors // Eur. Neurol.* – 2000. – Vol. 43, № 1. – P. 3-8.
7. Camilo O., Golgstein L.B. *Seizures and epilepsy after ischemic stroke // Stroke.* – 2004. – Vol. 35, № 7. – P. 1769-1775.
8. Cheung C.M., Tsoi T.H., Au-Yeung M., Tang A.S. *Epileptic seizures after stroke in Chinese patients // J. Neurol.* – 2003. – Vol. 250, № 7. – P. 839-843.
9. Cleary P., Shorvon S., Tallis R. *Late-onset seizures as a predictor of subsequent stroke // Lancet.* – 2004. – Vol. 363. – P. 1184-1186.
10. Daniele O., Mattaliano A., Tassianari C.F., Natale E. *Epileptic seizures and cerebrovascular disease // Acta Neurol. Scand.* – 1989. – Vol. 80. – P. 17-22.
11. Hauser W.A., Ramirez-Lassepas M., Rosenstein R. *Risk for seizures and epilepsy following cerebrovascular insults // Epilepsia.* – 1984. – Vol. 25. – P. 666.
12. Hendry J. *Seizure onset after age 60 years associated with increased risk of stroke // Lancet.* – 2004. – Vol. 363. – P. 1184-1186.
13. Kellinghaus C., Loddenkemper T., Dinner D.S. et al. *Seizure semiologi in the elderly: a video analysis // Epilepsia.* – 2004. – Vol. 45. – P. 263-267.
14. Kilpatrick C.J., Davis S.M., Tress B.M. et al. *Epileptic seizures in acute stroke // Arch. Neurol.* – 1991. – Vol. 48, № 1. – P. 9-18.
15. Kilpatrick C.J., Davis S.M., Tress B.M. et al. *Epieptic seizures in acute stroke // Arch. Neurol.* – 1990. – Vol. 47, № 2. – P. 157-160.
16. Lamy C., Domingo V., Semah F. et al. *Early and late seizures after cryptogenic ischemic stroke in young adults // Neurology.* – 2003. – Vol. 60, № 3. – P. 365-366.
17. Lancman M.E., Golimstoc A., Norscini J., Granillo R. *Risk factors for developing seizures after a stroke // Epilepsia.* – 1993. – Vol. 34, № 1. – P. 141-143.

18. LaRoche S.M., Helmers S.L. *Epilepsy in elderly // Neurologist.* – 2003. – Vol. 9. – P. 241-249.
19. Lossius M.I., Ronning O.M., Slapo G.D. et al. *Poststroke epilepsy: occurrence and predictors-a long-term prospective controlled study Akershus Stroke Study // Epilepsia.* – 2005. – Vol. 46, № 8. – P. 1246-1251.
20. Pack A.M., Morrell M.J. *Epilepsy and bone health in adults // Epilepsy Behav.* – 2004. – Vol. 5. – P. 24-29.
21. Pugh M.J.V., Cramer J., Knoefel J. et al. *Potentially inappropriate antiepileptic drugs for elderly patients with epilepsy // J. Am. Geriatr. Soc.* – 2004. – Vol. 52. – P. 417- 422.
22. Ramsay R.E., Rowan A.J., Pryor F.M. *Treatment of seizures in the elderly: final analysis from DVA cooperative study # 428 // Epilepsia.* – 2003. – Vol. 44, № 19. – P. 170.
23. Ramsay R.E., Rowan A.J., Pryor F.M. *Special considerations in treating the elderly patient with epilepsy // Neurology.* – 2004. – Vol. 62. – P. 24-29.
24. Ranta A., Wooten G.F. *Hyponatremia due to an additive effect of carbamazepine and thiazide diuretics // Epilepsia.* – 2004. – Vol. 45. – P. 879.
25. Rumbach L., Sablot D., Berger E. et al. *Status Epilepticus in stroke: report on a hospital-based stroke cohort // Neurology.* – 2000. – Vol. 54, № 2. – P. 350-354.
26. Shorvon S.D. *Handbook of epilepsy treatment.* – Oxford (United Kingdom): Blackwell Science, 2000.
27. Sirven J.I. *The current treatment of epilepsy: a challenge of choices // Curr. Neurol. Neurosci. Rep.* – 2003. – Vol. 3. – P. 349-356.
28. So E.L., Annegers J.F., Hauser W.A. et al. *Population-based study of seizure disorders after cerebral infarction // Neurogy.* – 1996. – Vol. 46, № 2. – P. 350-355.
29. Zaidi A., Clough P., Cooper P. et al. *Misdiagnosis of epilepsy: many seizure-like attacks have a cardiovascular cause // J. Am. Cool. Cardiol.* – 2000. – Vol. 36, № 1. – P. 181-184.

РАННІ ЕПІЛЕПТИЧНІ НАПАДИ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ ЯК ВАЖЛИВИЙ ПРЕДИКТОР ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ

Н.В. Софілканич, М.М. Орос, В.В. Луць, В.І. Смолянка

За результатами дослідження були отримані дані про частоту розвитку (9,1% при ішемічному та у 16,6% – геморагічному інсульті), прогностичної значимості і впливі епілептичних нападів в гострому періоді інсульту на його перебіг і летальність в залежності від механізму розвитку пошкодження мозку. Отримані дані сприяють поліпшенню діагностики, тактики ведення хворого як ішемічним, так і геморагічним інсультом. Визначено взаємозв'язок «ранніх» епілептичних нападів, що розвиваються в гострому періоді ішемічного інсульту та патогенетичного механізму ішемічного інсульту (гемодинамічні порушення, кардіоемболія або поєднання атеросклеротичного стенозу з кардіоемболією). «Ранні» напади є прогностично несприятливим фактором при геморагічному характері інсульту. «Ранні» напади розвиваються у хворих з ішемічним вогнищем крупного розміру (більше 50 мм) (p = 0,0001; OR - 3,32; 95% CI: 1,74-6,32), а також при крововиливах середнього (p = 0,0008; OR - 2,66; 95% CI: 1,47-4,8) розміру. При ішемічному характері інсульту «ранні» напади можуть бути маркером важкого протікання і корелювати з високим ризиком розвитку повторного інсульту, що вимагає більш ретельного спостереження невролога та проведення профілактичних заходів. для лікування симптоматичної постінсультної епілепсії можемо рекомендувати окскарбазепін, леветірацетам та ламотриджин. Вальпроати та топірамт пр. дані форми епілепсії є препаратами другої лінії, вважаючи на їх побічні ефекти

Ключові слова: епілепсія, інсульт, «ранні» епілептичні напади.

РАННИЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА КАК ВАЖНЫЙПРЕДИКТОР ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Н.В. Софилканич, М.М. Орос, В.В. Луць, В.И. Смолянка

В итоге исследования были получены данные о частоте развития (9,1% в течение ишемической и 16,6% в течение геморрагического инсульта), прогностическая значимость влияние епилептических припадков на его ход и летальности в остром периоде инсульта в зависимости от механизма повреждения головного мозга. Полученные данные способствуют улучшению диагностики тактики лечения пациента, как в случае ишемического и геморрагического инсульта. Мы определили взаимосвязь между «ранними» эпилептическими припадками, которые развиваются в остром периоде ишемического инсульта и патогенезом ишемического инсульта (гемодинамических нарушений, кардиоэмболии или общего атеросклеротического стеноза и кардиоэмболии). «Ранние» атаки оказались прогностически неблагоприятным фактором в случае геморрагического характера инсульта. « Ранние» атаки развиваются у больных с ишемичным очагом большого размера (более 50 мм) (p = 0,0001, или - 3,32; 95% ДИ: 1.74-6.32), а также во время кровотечения среднего размера (p = 0 , 0008, или - 2,66; 95% ДИ: 1.47-4.8). В случае ишемического характера инсульта «ранние» атаки могут быть серьезным маркером тяжелого течения и корелирует с высоким риском рецидива инсульта, которая требует более тщательного неврологического обследования и принятия специальных профилактических мероприятий для лечения симптоматической постинсультных эпилепсии. Мы можем рекомендовать окскарбазепин, леветирацетам и ламотриджин. Вальпроаты и топирамат являются препараты второй линии в лечении этой формы эпилепсии из-за их побочных эффектов.

Ключевые слова: эпилепсия, инсульт, «ранний» эпилептический припадок.

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89–008.441.33–085:612.822.1

С.І. Табачніков, Є.М. Харченко, Т.В. Синіцька, А.М. Чепурна, О.В. Кіосева, О.В. Вороніна
МОДЕЛЬ ТА АЛГОРИТМ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ПІДЛІТКАМ
З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ
Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова:
психоактивні речовини,
адиктивна поведінка,
підлітки, медико-
соціальна допомога,
модель, алгоритм.

Актуальність теми. Вживання підлітками та молоддю різних ПАР є гострою медико-психологічною та соціальною проблемою, яка, на жаль, до сьогоднішнього часу не одержала належного вирішення [2, 3, 17]. Слід зазначити, що рання діагностика і терапія розладів психіки, які виникають при вживанні ПАР (як епізодичному так і систематичному) у даного контингенту є досить складним питанням, тісно пов’язаним з дестигматизацією психіатричної допомоги, успішністю психоосвітніх проектів на мікросоціальному (сімейному) та макросоціальному (персонал навчальних закладів, соціальних служб, лікарської загальної практики) рівнях. Саме своєчасне виявлення та рання допомога в переважній більшості випадків визначають прогноз перебігу психічного захворювання та соціальні наслідки.

Описаний феномен не є винятковою проблемою охорони здоров’я. Вживання ПАР соціально детерміноване і пов’язане з особистістю споживача, його очікуваннями і мотиваціями, соціальним оточенням, можливістю або неможливістю отримати соціальну підтримку в родині та соціумі. Вірогідним є зв’язок адиктивної поведінки із злочинністю, громадським порядком і суспільною безпекою, а також значними фінансовими та економічними наслідками при вживанні наркотичних речовин підлітками та молоддю [6, 8, 15]. Все це дозволяє оцінювати споживання ПАР як проблему громадського здоров’я. З огляду на це рання медико-соціальна допомога підліткам та молоді, які вживають ПАР, та первинна профілактика адиктивної поведінки мають першочергове значення для зменшення впливу факторів ризику формування залежностей серед цього контингенту.

Матеріали та методи дослідження

Використано системний, міждисциплінарний підхід. **Мета дослідження** – на основі системного, міждисциплінарного підходу розробити модель та алгоритм надання медико-соціальної допомоги підліткам з адиктивною поведінкою, що вживають ПАР.

У статті викладені результати дослідження студентів ВНЗ нашої країни на предмет вживання психоактивних речовин. Як профілактичний і лікувальний заходи пропонується модель і алгоритм надання медико-соціальної допомоги підліткам з адиктивною поведінкою, які вживають психоактивні речовини.

Результати дослідження та їх обговорення

Ми обстежили 1500 підлітків (100%) на наявність адиктивної поведінки хімічного генезу, а саме вживання алкоголю, тютюну, канабіноїдів, психостимуляторів, галюциногенів та їх поєднаного вживання (змішані форми) за допомогою системи відповідних АУДИТ-подібних тестів. За умови інформованої згоди та критеріїв включення і виключення обстежено 1151 (76,7 %) студента вузів нашої країни (середній вік – (16,8±1,2) років), з яких 501 особа (43,5 %) – чоловічої та 650 (56,5 %) – жіночої статі. Серед загального числа обстежених, які вживали ПАР (1151 чол., 76,7%) найбільшу кількість склала категорія осіб, які вживали алкогольвмісні речовини (78,66%), переважно це було пиво, різні слабоалкогольні, тонізуючі напої – модні в сучасному молодіжному середовищі, у досить великих дозах. Значна частина обстежених курили – 44,13%, причому як юнаки, так і дівчата (хоча і в меншій кількості). Великий відсоток склала категорія осіб, які вживали канабіноїди – 14,03%. Результати стосовно інших ПАР були меншими. Психостимулятори вживали 6,40%; опіати (опіоїди) – 4,90%, галюциногени – 1,24%. Варто зазначити, що більшість обстежених поєднували вживання декількох видів ПАР (змішані форми – 85,62%).

Характеризуючи стиль вживання обстеженими тих чи інших ПАР, виходячи з класифікації тяжкості різних ступенів (1 – «А» – відносно безпечне; 2 – «В» – небезпечне вживання; 3 – «С» – з шкідливими наслідками; 4 – «D» – залежні стани) ми отримали наступні результати, представлені в таблиці 1.

Можна охарактеризувати тенденції вживання ПАР підлітками та молоддю наступним чином. Велика частина респондентів при прийомі різних ПАР знаходилася переважно в зоні відносно «безпечного» (1–7 балів) або «небезпечного вживання» (8–15 балів), але ще без шкідливих наслідків або станів залежності.

Однак при найпоширеніших видах ПАР (алкоголь, тютюн) частина респондентів переходить в більш тяжкі форми адиктивної поведінки хімічного генезу, а саме: «з шкідливими наслідками» або «залежними станами». За

даними нашого дослідження, при курінні вищевказаний перехід йде більш інтенсивно, ступінь «С» виявлено у 25,32%, ступінь «D» – у 12,21% обстежених. Серед інших ПАР рівень «з шкідливими наслідками» та «залежними станами» частіше спостерігали при вживанні канабіноїдів – 26,70% і 0,98%; опіатів (опіоїдів) - 23,61%; 0,26%. Посилював стан формування залежності прийом ПАР «змішані форми», коли додаткове потенціювання індивіда різними хімічними речовинами призводило до більш тяжких психосоматичних наслідків. Крім того, враховуючи проведене нами дослідження серед студентів початкових курсів ВНЗ, можна з достатньою впевненістю прогнозувати поступове посилення тенденції прийому ПАР на наступний період за відсутності своєчасної профілактичної, а при необхідності – лікувальної допомоги. Для підлітків з адиктивною поведінкою, що вживали ПАР, залежно від ступеня вживання ми розробили модель та алгоритм надання медико-соціальної допомоги (табл. 2). Запропоновані заходи мали переважно психотерапевтичний та психокорекційний характер.

Ми використовували як індивідуальну, так і групову психотерапію (аутогенне тренування, раціональну, емоційно-стресову, поведінкову, сімейну та ін.). Групова терапія проводилась з особами, які вживали як різні види ПАР, так і монотипи. У ряді випадків (при 3 і 4 ступенях) – ми застосовували відповідні медикаменти, частіше груп СІОЗ, в малих стандартних дозах – переважно для нівелювання тривожно-депресивних симптомів. Загальна тривалість вказаних медико-соціальних заходів становила 1,5–2місяці.

Запропонована допомога досліджуваними особами сприймалася загалом позитивно, адже не була для них

Таблиця 1. Результати вживання ПАР респондентами до проведення медико-соціальних заходів (n=1151)

Види ПАР	Співвідношення від загальної кількості (M±m), %	Ступінь вживання ПАР* «А», «В», «С», «D», %
Алкоголь	78,66±1,52	A – 51,24; B – 36,02; C – 15,40; D – 2,55
Тютюн	44,13±1,31	A – 22,60; B – 39,87; C – 25,32; D – 12,21
Психостимулятори	6,40±1,21	A – 40,31; B – 36,02; C – 23,41; D – 0,26
Канабіноїди	14,03±0,90	A – 37,61; B – 34,71; C – 26,70; D – 0,98
Галюциногени	1,24±0,03	A – 40,90; B – 34,32; C – 25,41; D – 0,13
Опіати (опіоїди)	4,90±0,05	A – 49,62; B – 26,51; C – 23,61; D – 0,26
Змішані форми	85,62±1,50	A – 22,13; B – 35,91; C – 26,22; D – 15,74

Примітка.* Ступінь вживання ПАР: 1 – «А» – відносно безпечне (1–7 балів); 2 – «В» – небезпечне вживання (8–15 балів); 3 – «С» – з шкідливими наслідками (16–20 балів); 4 – «D» – залежні стани (> 20 балів).

обтяжливою і становила певний пізнавальний інтерес (розширення компетенції в обсязі розуміння дії ПАР, їх тяжких наслідків, загалом розуміння медико-соціальних питань, пов’язаних з даною проблемою). Повторне дослідження, після підібраних згідно з рівнями вживання ПАР та впроваджених заходів, представлених в таблиці 2 аналогічними АУДИТ-тестами було проведено у тих же респондентів через 3 місяці після початку роботи з ними. Отримані дані представлені в таблиці 3.

Як видно з даних таблиці 3, спостерігалось значне загальне зменшення кількості респондентів з адиктивною

Таблиця 3. Результати вживання ПАР респондентами після проведення медико-соціальних заходів (n=702)

Види ПАР	% респондентів від загальної кількості	Стиль (ступінь) вживання ПАР* «А», «В», «С», «D», %	Дані первинного дослідження, (M±m), %	Дані повторного дослідження, (M±m), %	Достовірність відмінностей, р
Алкоголь	35,63±1,04	A – 32,41; B – 17,52; C – 4,43; D – 0,80;	78,66±1,52	35,63±1,04	< 0,01
Тютюн	21,3±0,91	A – 11,35; B – 19,83; C – 13,41; D – 7,62;	44,13±1,31	21,32±0,91	< 0,01
Психостимулятори	2,31±0,70	A – 19,60; B – 15,71; C – 10,32; D – 0,14;	6,40±1,21	2,31±0,73	< 0,01
Канабіноїди	6,05±0,52	A – 83,20; B – 16,31; C – 1,44; D – 0,42;	14,03±0,90	6,05±0,52	< 0,01
Галюциногени	0,47±0,03	A – 22,32; B – 18,40; C – 13,21; D – 0,60;	1,24±0,03	0,47±0,03	< 0,05
Опіати (опіоїди)	2,35±0,08	A – 26,71; B – 13,50; C – 10,44; D – 0,12;	4,90±0,05	2,35±0,08	< 0,05
Змішані форми	43,52±1,30	A – 9,62; B – 17,50; C – 12,45; D – 6,81;	85,62±1,50	43,52±1,30	< 0,01

Примітка.* Ступінь вживання ПАР: 1 – «А» – відносно безпечне (1–7 балів); 2 – «В» – небезпечне вживання (8–15 балів); 3 – «С» – з шкідливими наслідками (16–20 балів); 4 – «D» – залежні стани (> 20 балів).

Таблиця 2. Модель та алгоритм надання медико-соціальної допомоги підліткам з адиктивною поведінкою, що вживають ПАР

Необхідні втручання				
Ступінь вживання ПАР, сума балів	Психопрофілактичні та психогігієнічні заходи			
	Відносно безпечне вживання ПАР	Медико-психологічне забезпечення професійної та навчальної діяльності; розвиток особистісної компетенції	Консультативна допомога при дезадаптивних формах поведінки (навчання навичок ефективного спілкування, прийняття рішень, вироблення життєвої позиції); вироблення та розвиток навичок протидії різноманітним факторам ризику, формулювання навичок регуляції емоцій, вирішення конфліктів	Спільна робота лікарів загальної практики, психіатрів, психотерапевтів, медичних психологів щодо профілактики психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР через всебічне обстеження груп ризику з подальшим проведенням психотерапії, соціально-психологічної допомоги та корекції
	А, 0-7	Просвітницька робота стосовно вживання ПАР та його наслідків	Медико-психологічне забезпечення професійної та навчальної діяльності; розвиток особистісної компетенції	Консультативна допомога при дезадаптивних формах поведінки (навчання навичок ефективного спілкування, прийняття рішень, вироблення життєвої позиції); вироблення та розвиток навичок протидії різноманітним факторам ризику, формулювання навичок регуляції емоцій, вирішення конфліктів
	В, 8-15	Небезпечне вживання ПАР, який збільшує ризик шкідливих наслідків для того, хто вживає та для оточуючих, при цьому розлади в даний час відсутні	Самомоніторинг – виділення і реєстрація вузького аспекту поведінки, яку необхідно змінити	Самопідкріплення – підкріплення адаптивної поведінки
Психокорекційна та психотерапевтична допомога				
С, 16-19	Вживання зі шкідливими наслідками. Стиль вживання алкоголю, який призводить до розладів фізичного, психічного здоров'я, а також до розладів адаптації	Формування мотивації та навичок психологічної, психотерапевтичної роботи над собою в напрямку конструктивних змін власної особистості з метою корекції психічного стану, а також особистісного розвитку в цілому	Робота з емоційно-вольовою сферою – формування навичок самопостереження, самоорганізації, впорядковування власного життя, фрустраційної толерантності. Включення адаптивної суспільно-корисної трудової діяльності, підвищення загального фону настрою розвитку в цілому шляхом опосередкованого впливу	Робота з комунікативною сферою – формування навичок конструктивного спілкування та їх узгодження з комунікаційними потребами та навичок особистості до конструктивного спілкування, формування здатності до адекватного сприйняття оточуючих, розвиток емпатії, психокорекція сімейних стосунків
		Робота з комунікативною сферою – формування навичок конструктивного спілкування та їх узгодження з комунікаційними потребами та навичок особистості до конструктивного спілкування, формування здатності до адекватного сприйняття оточуючих, розвиток емпатії, психокорекція сімейних стосунків	Робота з комунікативною сферою – розвиток самосвідомості, формування адекватної самооцінки та реалістичного світосприйняття, конструктивне завершення психотравмуючих гештальтів, вияв ірраціональних когніцій та невірних цілей та замін їх на конструктивні, зміна стереотипів сприйняття, когнітивних реакцій та атитюдів	Робота з ціннісно-смісловою сферою – усвідомлення та перебудова власної системи цінностей, свідоме засвоєння моральної саморегуляції поведінки; моральних ставлень людини до оточуючих, здатності до морального вибору в проблемних ситуаціях
		Робота з ціннісно-смісловою сферою – усвідомлення та перебудова власної системи цінностей, свідоме засвоєння моральної саморегуляції поведінки; моральних ставлень людини до оточуючих, здатності до морального вибору в проблемних ситуаціях	Робота з ціннісно-смісловою сферою – усвідомлення та перебудова власної системи цінностей, свідоме засвоєння моральної саморегуляції поведінки; моральних ставлень людини до оточуючих, здатності до морального вибору в проблемних ситуаціях	Робота з ціннісно-смісловою сферою – усвідомлення та перебудова власної системи цінностей, свідоме засвоєння моральної саморегуляції поведінки; моральних ставлень людини до оточуючих, здатності до морального вибору в проблемних ситуаціях
		Робота з ціннісно-смісловою сферою – усвідомлення та перебудова власної системи цінностей, свідоме засвоєння моральної саморегуляції поведінки; моральних ставлень людини до оточуючих, здатності до морального вибору в проблемних ситуаціях	Робота з ціннісно-смісловою сферою – усвідомлення та перебудова власної системи цінностей, свідоме засвоєння моральної саморегуляції поведінки; моральних ставлень людини до оточуючих, здатності до морального вибору в проблемних ситуаціях	Робота з ціннісно-смісловою сферою – усвідомлення та перебудова власної системи цінностей, свідоме засвоєння моральної саморегуляції поведінки; моральних ставлень людини до оточуючих, здатності до морального вибору в проблемних ситуаціях
D, 20-40	Залежність за МКХ-10	Фармакологічна корекція: антидепресанти, антипсихотики	Психотерапія та фармакотерапія	
		Індивідуальна психотерапія: раціональна короткострокова, особистісно-орієнтована реконструктивна, когнітивно-поведінкова, «сократівський діалог», «психотерапія через розуміння», арт-терапія; навчання самоконтролю (самопостереження, самокритика, самостійна релаксація), аутогенне тренування в комплексі з аутоусугестією	Групова психотерапія: з використанням вправи «на зворотній зв'язок», «рольова гра», «двійник», «обмін ролями», «психодрама», сімейна психотерапія з вправами «сімейні ролі», «незакінчені речення», «визначення сімейних правил», «сімейна хронологія».	

поведінкою хімічного генезу – з 1151 осіб (76,83 %) до 702 (46,72 %), відповідно, відмічалось покращення ситуації щодо вживання ПАР серед молоді, яка взяла участь у дослідженні на 30,11%. Диференційовано: вживали алкоголь після ряду відповідних заходів 35,63% (скорочення на 43,03%); тютюн – 21,32% (22,81%); психостимулятори – 6,40% (4,09%); канабіноїди – 14,03% (7,98%); галюциногени – 0,47% (0,77%); опіати (опіоїди) – 2,35% (2,55%); «змішані форми» – 43,52% (42,10%). Отримані результати мають високий рівень достовірності (p<0,05; p<0,01).

Висновки

- 1. На підставі отриманих даних вивчення особливостей формування адиктивної поведінки у підлітків, впливу соціальних факторів, преморбідних психічних розладів розроблено та апробовано модель та алгоритм надання медико-соціальної допомоги підліткам, які вживають психоактивні речовини, на різних рівнях медичної допомоги.
- 2. За допомогою системи АУДИТ-подібних тестів, умови інформованої згоди і критеріїв включення та виключення нами було обстежено 1500 студентів вузів нашої країни. Виявлено, що 1151 підлітків (76,70%) вживають ПАР, з яких 501 особа (43,50%) – чоловічої статі та 650 (56,50%) – жіночої.
- 3. Застосування системи АУДИТ-подібних тестів при обстеженні підлітків з адиктивною поведінкою, що вживають ПАР, дозволило характеризувати не тільки видову належність ПАР, але й ступінь їх вживання. Відповідно до рівнів ризику виникнення розладів, пов'язаних із вживанням ПАР, ми виділили 4 ступені: А – відносно безпечне вживання ПАР; В – небезпечне вживання (стиль вживання ПАР, який збільшує ризик шкідливих наслідків для того, хто вживає та для оточуючих), при цьому розлади в даний час відсутні; D – вживання зі шкідливими наслідками (стиль вживання ПАР, який призводить до розладів адаптації, а також фізичного, психічного здоров'я; С – залежність (відповідно до критеріїв МКХ–10).
- 4. Тенденції вживання ПАР підлітками та молоддю, за результатами нашого дослідження, були наступні:

- алкоголь вживали 78,66% респондентів, курили – 44,13%, психостимулятори вживали 6,40%, канабіноїди – 14,03%, галюциногени – 1,24%, опіати (опіоїди) – 4,90% та «змішані форми» (поєднане вживання декількох видів ПАР) спостерігали у 85,62% опитаних;
- більша частина підлітків (72,54%) при прийомі різних видів ПАР знаходилась переважно в зонах відносно «безпечного вживання» – ступінь А та «небезпечного вживання» – ступінь В, але ще без «шкідливих наслідків» або «залежності»;
- кількість осіб (27,74%), що вживали алкоголь чи тютюн зі ступенем С – «зі шкідливими наслідками», або D – «залежними станами» переважала в порівнянні з респондентами, які вживали інші ПАР (14,76%);
- серед респондентів, які вживали інші види ПАР, рівень «зі шкідливими наслідками» частіше спостерігався при вживанні канабіноїдів – 26,70% і 0,98% (від числа опитаних, що вживали канабіноїди) та опіатів (опіоїдів) - 23,61% та 0,26% відповідно, від числа підлітків, що вживали опіати (опіоїди);
- стан прийому ПАР «змішані форми» характеризувався додатковим потенціюванням індивіда різни-

- ми хімічними речовинами, що приводив до більш тяжких психосоматичних наслідків;
- отримані результати дослідження серед студентів початкових курсів ВНЗ можуть в достатній мірі прогнозувати поступове посилення тенденції прийому ПАР на наступний період за відсутності своєчасної профілактичної, а при необхідності – лікувальної допомоги.
- 5. Для категорії підлітків, що вживають ПАР, на основі розподілу за ступенями вживання розроблено методи психотерапії, психокорекції та психопрофілактики адиктивної поведінки, які стали основою моделі та алгоритму надання даній категорії осіб належної медико-соціальної допомоги.
- 6. Психологічні та психопрофілактичні заходи (у вигляді специфічних методик: когнітивно-біхевіоральної, емоційно-стресової, раціональної, а також сімейної психотерапії, що мають проводитися індивідуально і в групі за певною схемою) необхідно спрямовувати на біосоціальні, особистісні та поведінкові чинники ризику і патогенетичні механізми реалізації адикцій. Психотерапевтичними мішенями повинні бути афективні, когнітивні, вольові та поведінкові порушення адикта.
- 7. Оцінка ефективності розробленої моделі та алгоритму надання медико-соціальної допомоги підліткам з адиктивними розладами показала позитивний результат, підтверджений катамнезом.
- Результати, отримані при вивченні ефективності запропонованих заходів, дають можливість окреслити відповідний медично-доказовий ефект запропонованої моделі та алгоритму надання спеціалізованої медико-соціальної допомоги підліткам, що вживають ПАР, і можуть стати основою ефективної реалізації профілактичного напрямку в охороні здоров'я.

Список використаної літератури

1. Аналітично-статистичний довідник 1990–2008 рр. Епідемії алкоголізму та наркоманії в дзеркалі медичної статистики МОЗ України. – Х.: Б. в., 2009. – 168 с.

2. Базыльчик С. В. Профилактика употребления психоактивных веществ в учреждениях образования: что работает? / С. В. Базыльчик, А. В. Копытов // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2012. – № 2 (08). – С. 131–141.

3. Вієвський А. М. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин у дітей і підлітків (клінічна феноменологія, профілактика та корекція), 2012.

4. Епідеміологічна ситуація щодо вживання психоактивних речовин в Україні / С. І. Табачников, Д. С. Лебедєв, Г. Є. Трофімчук, Ю. Ю. Мартинова // Архів психіатрії. – 2009. – Т. 15, №1 (56). – С. 81–88.

5. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні / П. В. Волошин, О. І. Мінко, І. В. Лінський [та ін.] // Український вісник психоневрології. – 2001. – Т. 9, Вип. 3 (28). – С. 7–9.

6. Зріз наркотичної ситуації в Україні (дані 2010 року) / А. М. Вієвський, М. П. Жданова, С. В. Сидяк [та ін.]. – Київ, 2011 – 22 с.

7. Интегративная когнитивно-поведенческая терапия – URL: <http://orgpsy.org/kognitivno-povedencheskaya-terapiya-menu/nabor-prupp-kpt-menu.html>. Дата обращения 23.01.2012.

8. Карачевский А. Б. Когнитивно-поведенческая терапия больных алкоголизмом и наркоманией / А. Б. Карачевский // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2012. – № 2 (08). – С. 84–89.

9. Лінський І. В. Наркопатологія як варіант аутоагресивної, саморуйнівної поведінки особи і суспільства / І. В. Лінський, О. І. Мінко // Український вісник психоневрології. – 2008. – Т. 16, Вип. 1 (54). – С. 76.

10. Лінський І. В. Основні проблеми, пов'язані з поширенням алкогольної залежності та наркоманії в Україні, та шляхи їх розв'язання / І. В. Лінський, О. І. Мінко // Український вісник психоневрології. – 2005. – Т. 13, Вип. 4 (45). – С. 8–10.

11. Медико-социологические аспекты характеристики токсикоманий улиц подросткового и молодого возраста / С. И. Табачников, Е. Н. Харченко, Г. А. Приб [и др.] // Архів психіатрії. – 2011. – Т. 17, № 3 (66). – С. 61–66.

12. Перший базовий семінар: Вступ в теоретичні основи та базові техніки когнітивно-поведінкової психотерапії URL:http://www.abctu.org/index.php?option=com_co

urseman&view=courses&cid=2%3Atraining-for-experts&id=7%3Atraining-experts-2&lang=uk Дата обращения 23.01.2012.

13. Профілактика поширення наркозалежності серед молоді : навчально-методичний посібник / під ред. В. В. Бурлаки. – К. : Герб, 2008. – 224 с.

14. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стан наркологічної допомоги населенню України (інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2010 рр.). – Харків : видавець Строков В. Д., 2011. – 144 с.

15. Сосин И. К. О наркологической ситуации в Украине / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чувев // Украинський вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, Вип. 3 (64). – С. 174.

16. Український інститут когнітивно-поведінкової терапії – URL: <http://www.i-cbt.org.ua/>. Дата обращения 23.01.2012.

17. Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy / T.F. Babor [et al.]. – Oxford University Press, 2010.

18. Black H. The price of a drink: level of consumption and price paid per unit of alcohol by

Edinburgh’ sill drinkers with a comparison wider alcohol sales in Scotland. / H. Black, J. Gill, J. Chick // Addiction. – 2010. – Vol. 106. – P. 729–736.

19. Huijbers M. Review: group cognitive behavioural therapy reduces depression symptom in older adults with depression compared with waiting list control / Evid Based Ment Health. – 2011 – № 14 (4). – P. 107.

20. Iakunchykova O. Early initiation of alcohol consumption by adolescent sin reconstructed families may be explained by parenting style / O. Iakunchykova // Tobacco control and public health in Eastern Europe. – 2011. – Vol. 1, № 2. – P. 89.

21. Wagenaar A. C. Effect of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: a systematic review. / A. C. Wagenaar, A. L. Todler, K. A. Komro // American Journal of Public Health. – 2010. – Vol. 100, № 11. – P. 2270–2277.

22. Wagenaar A. C. Effect of beverage alcohol price and tax level on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies / A. C. Wagenaar, M. J. Salois, K. A. Komro // Addiction. – 2009. – Vol. 104. – P. 179–190.

МОДЕЛЬ И АЛГОРИТМ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, КОТОРЫЕ УПОТРЕБЛЯЮТ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

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

В статье изложены результаты исследования студентов вузов нашей страны на предмет употребления психоактивных веществ. В качестве профилактических и лечебных мероприятий предлагается модель и алгоритм оказания медико-социальной помощи подросткам с аддиктивным поведением, которые употребляют психоактивные вещества.

Ключевые слова: психоактивные вещества, аддиктивное поведение, подростки, медико-социальная помощь, модель, алгоритм.

MODELS AND ALGORITHMS FOR HEALTH AND SOCIAL CARE OF ADOLESCENTS WITH ADDICTIVE BEHAVIOR, WHO USE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES
S. Tabachnikov, E. Kharchenko, T. Sinitska, A. Chepurna, O. Kioseva, O. Voronina

The article presents the results of a study of our state university students on the subject of the use of psychoactive substances. As a preventive and therapeutic measures proposed model and algorithm of health-social care for adolescents with addictive behavior, who use psychoactive substances.

Key words: psychoactive substances, addictive behavior, teens, medical and social assistance, the model, the algorithm.

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895.8–082.4/.6:340.63–039.76

А.М. Кушнір

НЕЙРОКОГНІТИВНИЙ ДЕФІЦИТ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З НЕГАТИВНО-ОСОБИСТІСНИМ МЕХАНІЗМОМ РЕАЛІЗАЦІЇ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЯНЬ

Державний заклад «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Ключові слова:

шизофренія, нейрокогнітивний дефіцит, суспільно небезпечні діяння проти життя особи, механізм реалізації особливо небезпечних діянь.

Актуальність теми. Останнє десятиріччя знаменувалося великою кількістю широкомасштабних досліджень, присвячених вивченню нейрокогнітивного дефіциту (НД) у хворих на шизофренію [1, 11, 14]. Низка їх авторів навіть вважають за доцільне виокремити ці нейрокогнітивні розлади у самостійну групу, поряд з позитивною та негативною симптоматикою [2, 4, 15]. Такий підхід пов’язаний, по-перше, зі встановленням суттєвих кореляцій між рівнем НД і соціальним дефіцитом, порушеннями глобального рівня функціонування та функціональним виходом захворювання. А по-друге – з науковим обґрунтуванням того факту, що НД заважає

адаптації хворих та перешкоджає процесу їх соціальної реабілітації [7, 9, 12, 13].

У доступній літературі існують лише поодинокі роботи, присвячені дослідженню нейрокогнітивного дефіциту у пацієнтів з шизофренією, що вчинили суспільно небезпечні діяння (СНД) [10], а також заходам медикцiальної реабілітації, зокрема у хворих, які скоїли СНД за негативно-особистісним механізмом їх реалізації (Н-О МР).

Мета дослідження – встановлення особливостей нейрокогнітивного дефіциту у хворих на шизофренію з негативно-особистісним механізмом реалізації особливо суспільно небезпечних діянь.

Матеріал та методи дослідження

За дизайном проведена робота має характер популяційного поперечного дослідження серії випадків.

На базі Державного закладу «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України» (м. Дніпропетровськ) обстежені усі 511 чоловіків, хворих на шизофренію, які вчинили СНД проти життя особи (ПЖО).

Критерії включення: інформована згода на участь у дослідженні; діагноз F20.xx за МКХ–10; здійснення хворим СНД, передбаченого ч. 2 ст. 121, чч. 1, 2 ст. 115 розділу II «Злочини проти життя та здоров’я особи» Кримінального кодексу України (ККУ); негативно-особистісний механізм реалізації (Н-О МР) СНД; перебування на лікуванні у психіатричній лікарні з суворим наглядом на момент проведення дослідження; вік старше 14 років на момент вчинення СНД (ст. 22 ККУ). Єдиним критерієм виключення пацієнтів була жіноча стать (критерій введений для досягнення максимальної однорідності груп).

Таким чином було виявлено 127 осіб (24,85%) з негативно-особистісним механізмом реалізації делікту.

У процесі виконання роботи використовували загальноприйнятий клініко-психопатологічний метод як для ідентифікації Н-О МР СНД, так і для ретельної оцінки психічного статусу пацієнтів, зокрема НД. Шляхом стандартизованого інтерв’ю та спостереження проводили діагностику розладів шизофренічного спектра відповідно до діагностичних критеріїв МКХ–10. При дослідженні психічного стану хворого враховували також квантифіковану синдромальну і нозологічну характеристики психічних розладів відповідно до критеріїв, що застосовуються у вітчизняній психіатрії [3].

За допомогою розробленої формалізованої карти психічного статусу здійснювали якісну і кількісну оцінку психопатологічних симптомів стосовно кожної з психічних сфер. При цьому ступінь виразності симптоматики ранжували за відповідною шкалою (1 бал – легка, 2 бали – помірна, 3 бали – виразна, 4 бали – значно виразна) задля чіткого опису структури та ступеня виразності клінічного криміногенного чинника (провідного психопатологічного синдрому) як складової суспільної небезпечності хворого.

Обробку отриманих даних здійснювали методами математичної статистики (дисперсійний аналіз) на персональному комп’ютері за допомогою програм SPSS 15.0 і MS Excel v.8.0.3. [8].

Результати та їх обговорення

Дослідження проводили на вичерпно повній вибірці пацієнтів з шизофренією, які скоїли СНД ПЖО в Україні (практично генеральної сукупності цих хворих) [6]. Тому одержані результати вже на рівні частотних співвідношень і середніх величин отриманих показників є надійними та інформативними. Через це особливості нейрокогнітивного дефіциту, що були притаманні більшості обстежених з Н-О МР СНД, умовно вважали типовими або характерними.

Проведено клініко-психопатологічне дослідження 127 хворих з Н-О МР СНД середнім віком (40,19±0,97) років (діапазон віку обстежених складав 22–67 років). У значної кількості цих хворих (112 осіб, 88,18%) діагностовано параноїдну шизофренію (F20.0), у 14 обстежених (11,02%) – просту (F20.6), а у 1 особи (0,78%) – резидуальну (F20.5). У більшості випадків встановлено безперервний перебіг захворювання (115 пацієнтів, 90,55%), неповну ремісію

спостерігали у 39 осіб (30,71%), повну – у 8 (6,30%) хворих. Розвиток дефектних станів зареєстровано у 48 (37,79%) обстежених, а саме: переважно психопатоподібний (28,35%) дефект особистості (здебільшого експлозивний та емоційно-холодний варіанти) при меншому значенні параноїдного (6,30%) і апатичного (3,15%).

Стационарну психіатричну допомогу раніше отримували 118 (92,91%) чоловік у середньому (6,91±0,56) разів, а амбулаторну – 29 (22,83%) осіб у середньому (5,52±1,10) разів.

У судово-психіатричній практиці відомим є той факт, що підвищення рівня тривоги, депресії, присутність фобій, поєднання маячних персекуторних ідей (переважно переслідування, отруєння) з афективними порушеннями, імперативними галюцинаціями, агресивною, суїцидальною поведінкою тощо сприяють зростанню суспільної небезпечності хворих на шизофренію. Тому, за суб’єктивними анамнестичними відомостями, нами оцінена така симптоматика у обстежених за 30 діб до делікту та впродовж життя. Крім того, така ретроспективна оцінка дала змогу встановити рівень усвідомлення хворими власних психоемоційних проблем при зіставленні з зафіксованими документально даними їх анамнезу.

Наявність впродовж життя (дані наведені в порядку зменшення частоти) сильної тривоги або напруження зазначав 101 хворий (80,16 %); труднощів з контролем власної люті і, як наслідок, агресивної поведінки (зокрема при інтоксикації алкоголем, наркотиками), а також труднощі з концентрацією уваги, пам’яттю – 86 (68,25 %) та 85 (67,46 %) осіб, відповідно; галюцинацій – 74 особи (58,73 %) думок, що повністю оволодівали ними, були незвичними і незрозумілими для оточуючих – 68 піддослідних (53,97 %); сильної депресії – 72 пацієнти (57,14 %); міркувань та спроб самогубства – 38 (30,16 %) та 33 (26,19 %) обстежених відповідно (рисунк). Тривалість цих станів коливалась у вельми широкому діапазоні: від 12 до 504 місяців (у середньому (196,81±9,73) міс.).

На труднощі з концентрацією уваги, пам’яттю вказувала більшість з обстежених (40 осіб, 31,75 %), з тих, що відмічали у себе зміни в психічному стані за 30 днів до скоєння СНД, а частки пацієнтів, які суб’єктивно переживали у цей період труднощі з контролем власної люті, агресивною поведінкою; сильною тривогою, напруженням; незвичними думками та галюцинаціями були практично рівними (11,9%, 15 осіб; 10,32%, 13 осіб; 9,52%, 12 осіб та 8,73%, 11 осіб відповідно). На сильну депресію вказували 6 хворих (4,76%), суїцидальні думки та спроба самогубства були у 2 обстежених (по 1 особі, 0,79%) (див. рисунок).

Ці психологічні та емоційні проблеми хворих з Н-О МР СНД тривали у середньому (3,87±0,79) доби (від 0 до 30 днів).

Зазначені відомості свідчать про недостатнє усвідомлення пацієнтами власного емоційного стану вже за 30 днів до вчинення СНД. Це підтверджується, по-перше, запереченням більшістю пацієнтів психоемоційних проблем за 30 діб до делікту у поєднанні з визнанням їх наявності протягом життя (що наочно відображено на рисунку 1), а по-друге – даними щодо критичності обстежених. Збережену критику до свого стану виявлено лише у 3 (2,36%) осіб, знижену – у 56 (44,09%), відсутню – у 63 (49,61%) хворих. На формальну критику таких осіб також вказував той факт, що вони не вважали психопатологічну

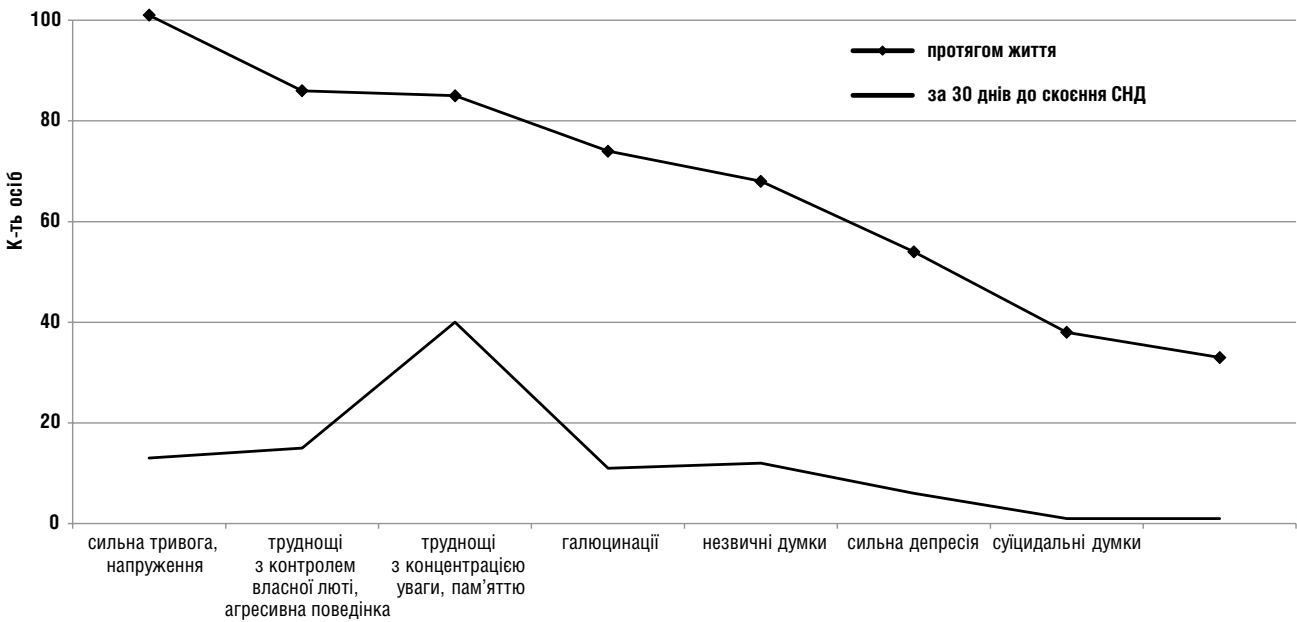


Рисунок. Розподіл хворих з негативно-особистісним механізмом реалізації СНД за частотою «психіатричних проблем» (суб'єктивна оцінка) впродовж життя та за 30 днів до скоєння делікту

симптоматику, яку спостерігали у себе протягом життя, «емоційними та наркологічними проблемами», а відносили її до суто «психіатричних проблем» (125 осіб, 98,43%).

На наш погляд, саме процесуально обумовлений емоційно-вольовий дефект, інверсія моральних спонукань та моральне огрубіння роблять суттєвий внесок у недостатнє усвідомлення хворими з Н-О МР СНД свого психоемоційного стану.

Додатковим свідченням вказаного є дані соціально-демографічного дослідження. Так, принаймні 40 обстежених (31,50%) мали конфлікти з членами родини за 30 днів до скоєння делікту, а 21 хворий (16,54%) – з іншими людьми, що підтверджує наявність у них проблем з контролем емоцій та агресивної поведінки. Проте лише 15 пацієнтів (11,9%) зазначили цей факт при співбесіді.

Хворі ігнорували або вважали «нормальним» для власної особистості дефіцит контролю над емоціями (люття), а також заперечували конфліктність, агресивну поведінку, епізоди сильних тривоги, напруження і висували на перший план, у якості проблем, труднощі з концентрацією уваги, пам'яттю за 30 днів до скоєння СНД (див. рисунок).

Патологія у пізнавальній сфері стосувалася здебільшого порушень мислення, пам'яті та уваги, представлених дефіцитарними розладами.

Мислення у більшості пацієнтів було суто паралогічним (90 осіб, 70,87%). Інші види мислення представлені переважанням (у порядку зменшення частоти) аутичного (алогічного) (9 осіб, 7,08%), абстрактно-логічного (7 осіб, 5,51%), наочно-дієвого (5 осіб, 3,94%), а у поодиноких випадках (по 2 особи, 1,57% відповідно) – наочно-образного, містичного, егоцентричного. У 13 хворих (10,24%) онтогенетичні види мислення (наочно-дієве, наочно-образне, аутичне, егоцентричне, містичне, релігійне) поєднувались з його паралогічним змістом.

Порушення мислення пацієнтів були обумовлені аномаліями його параметрів, таких як швидкість, зв'язність, обсяг матеріалу осмислювання, обґрунтованість висновків.

Уповільнення змін уявлень (брадифренія) реєстрували практично у чверті обстежених (30 осіб, 23,62%). Утруднення переходу від однієї думки до іншої (в'язкість, торпідність) встановлено у 8 осіб (6,30%), а з одного логічного плану на інший з актуалізацією латентних зв'язків між поняттями (розірваність) – у 18 осіб (14,17%). Зриви думок виявлені у 14 (11,2%) хворих.

Розлади операційних компонентів мислення хворих на шизофренію з Н-О МР СНД (конкретизування, узагальнення, абстрагування) обумовлювали наступні порушення їх логічного мислення.

У пацієнтів з паралогічним мисленням (94 особи, 74,02%) стійкі хибні цільові уявлення на тлі формального логічного процесу преформували односторонній, упереджений напрям розумової діяльності. Ці хворі брали до уваги лише окремі факти або випадкові сторони явищ, що відповідали їх домінуючій настанові.

Вказаному сприяла і відповідна патологія паралогічного мислення. Ми у порядку зменшення частоти зареєстрували: символічне мислення (25 осіб, 19,69%), забобонність (15 осіб, 11,81%), порушення ідентифікації (12 осіб, 9,45%), при меншому значенні складної символічної поведінки (ритуали) (2 особи, 1,57%) та анімалістичних уявлень (1 особа, 0,79%).

Зосередження уваги на зовнішніх або другорядних ознаках призводило до надуманих, вихолощених висновків у хворих з формалізмом мислення (18 осіб, 14,17%).

Нецілеспрямоване (неясне) мислення з логічно необґрунтованими переходами з однієї думки до іншої, з ігноруванням часових і просторових меж подій виявлене у 11 обстежених (8,66%), а надмірна деталізація та резонерство – у 7 осіб (5,51%) та 1 хворого (0,79%) відповідно.

Неадекватна самооцінка обстежених з патологією образного мислення призводила до аномальної оцінки як побічних деталей самосприйняття, так і сенсу зовнішніх подій, а стани тривоги – до різкого підвищення відчуття небезпеки за умов навіть несуттєвих, незначних вражень. Таким пацієнтам були притаманні патологічне фантазування (16 осіб, 12,60%), іпохондрична (10 осіб, 7,87%)

та реактивна деталізація (7 осіб, 5,51%), в основі яких лежали незрілість мислення, а також його викривлення, зміни під впливом емоцій (69 осіб, 54,33%), настанов (12 осіб, 9,45%), фантазій (3 особи, 2,36%).

Порушення егоцентричного мислення хворих на шизофренію з Н-О МР СНД знаходило відображення у пріоритеті власного мислення над поглядами оточуючих, що характеризувалося нездатністю враховувати і поважати їх точку зору, безкомпромісністю, прагненням нав'язувати власні уявлення та оцінювати реальні події через їх призму (44 особи, 34,65%). Цими порушеннями також були обумовлені готовність до ідей відношення (25 осіб, 19,69%) та егоцентрична мова / діалог (14 осіб, 11,02%) обстежених.

Зміни мислення під впливом емоцій виявлені більш ніж у половини пацієнтів (69 осіб, 54,33%), настанов – у 12 хворих (9,45%), фантазій – у 3 обстежених (2,36%).

Зазначені особливості мислення хворих, що проявлялися втратою або інверсією координації між емоціями і мисленням (інтрапсихічна атаксія), а також грубими розладами розумової активності при формальному збереженні мислення, сприяли реалізації ними СНД та обумовлювали їх суспільну небезпечність.

Так, процесуальні порушення мислення у обстежених з ініціативним МР СНД («Синдром» за функціонально-діагностичною концепцією багатофакторного аналізу Кондратьєва Ф.В. [5]), зокрема спотворення процесу мислення під впливом емоцій, відповідною мірою сприяли змінам їх поведінки, схильностей, моральних і цільових настанов, тобто формуванню аномальних особистісно-психологічних механізмів («Особистість»), що ставали причиною скоєння делікту та обумовлювали активний пошук хворими обставин («Ситуація») для реалізації делікту.

Представляється важливим (з позицій оцінки суспільної небезпечності цих хворих), що вони реалізовували СНД у стані ремісії (поза загостренням) або за умов відсутності динаміки шизофренії у так званому

«стабільному» стані. Це означає, що чинник «Синдром» більшою мірою впливав у даного контингенту на чинник «Особистість» ніж на факт скоєння СНД, порівняно з пацієнтами з продуктивно-психотичним МР СНД.

У пацієнтів з ситуаційно-спровокованим психопатологічним механізмом спонукали до СНД несприятливі зовнішні обставини – провокуючі чинники («Ситуація»). У цих випадках через наявність нейрокогнітивного дефіциту («Синдром») обстежені виявилися неспроможними їх адекватно інтерпретувати, прийняти вірне рішення та обрати належну форму поведінки, що і обумовлювало реалізацію ними СНД.

Дефіцитарні, помірно виразні порушення властивостей уваги виявлені в 87,40% випадків (111 обстежених). При цьому найбільшу частку складали пацієнти які легко відволікалися, з поверхневою, нестійкою увагою; звуженням обсягу та її надмірним виснаженням (таблиця).

Переважно механічну пам'ять зареєстровано у 63,78% обстежених, а у 41,73% – логічно-змістовну. Більш ніж у половини хворих (86 осіб, 67,72%) за видом переважала зорова пам'ять, у третини пацієнтів (42 особи, 33,07%) – слухова, у 11 осіб (8,66%) – моторна. Виявлена значна частота переважання у хворих короткотермінової пам'яті (89 осіб, 70,08%) і лише у п'ятій частини пацієнтів (26 осіб, 20,47%) встановлена довготривала пам'ять.

Серед порушень пам'яті діагностовано гіпомнезію (34 особи, 26,77%), а у поодиноких випадках конградну (2 особи, 1,57%), антероградну (1 особа, 0,79%), фіксаційну (1 особа, 0,79%) та мотивовану (1 особа, 0,79%) амнезію.

Отримані дані свідчать про дефіцит робочої пам'яті обстежених, який обумовлював порушення у них так званих «виконавчих» функцій, а саме: планування, здібності вирішування нестандартних проблем.

За середніми значеннями кількісних ознак виразність психопатологічної симптоматики у пізнавальній сфері хворих була переважно слабо та помірно виразною (таблиця).

Таблиця. Середня виразність психопатологічної симптоматики у пізнавальній сфері обстежених, М±m

Показник	К-сть хворих, осіб	Виразність симптоматики, бали	Показник	К-сть хворих, осіб	Виразність симптоматики, бали
Мислення			Порушення паралогічного мислення		
Паралогічне	90	2,28±0,1	Символічне	25	1,76±0,16
Аутичне	17	2,06±0,25	Забобонність	15	1,67±0,19
Абстрактно-логічне	8	1,75±0,16	Порушення ідентифікації	12	1,58±0,19
Наочно-образне	8	1,63±0,26	Ритуали	2	2,00±0,00
Егоцентричне	7	1,57±0,30	Анімалістичні уявлення	1	2,00±-
Наочно-дієве	6	1,33±0,33	Порушення егоцентричного мислення		
Логічно-змістовне	4	1,75±0,25	Пріоритет власного мислення	44	1,68±0,11
Містичне	3	1,00±0,00	Готовність до ідей відношення	25	1,96±0,15
Релігійне	2	1,50±0,50	Егоцентрична мова/монолог	14	2,00±0,28
Патологія мислення			Порушення образного мислення		
Брадифренія	30	1,70 ± 0,17	Патологічне фантазування	16	1,88±0,18
Розірване	18	2,39±0,29	Іпохондрична деталізація	10	2,30±0,30
Зриви думки	14	2,07±0,20	Реактивна деталізація	7	1,57±0,30
В'язке, торпідне	8	1,75±0,31	Увага		
Тахіфренія	2	2,00±1,00	Така, що легко відволікається, поверхнева, нестійка	70	1,97±0,10
Речові ітерації	1	3,00±-	Звужений об'єм	21	2,19±0,13
Шперунги	1	3,00±-	Стійка	15	1,73±0,27
			Надмірно виснажена	13	2,54±0,27
			Така, що відхиляється	5	1,00±0,00
			Інертна	2	1,00±0,00

Слід зазначити, що у 71,65% (91 особа) обстежених інтелект відповідав віку, отриманому рівню освіти і досвіду, що свідчить про дисоціацію між формально збереженим інтелектуальним функціонуванням та специфічним дефіцитом окремих когнітивних функцій (мислення, пам’ять, увага) на тлі патологічного сприйняття й інтерпретації навколишньої дійсності.

Зазначені нейрокогнітивні негативні порушення у хворих на шизофренію, які вчинили СНД за Н-О МР, слід враховувати в процесі планування лікувально-реабілітаційних заходів.

Висновки

В пізнавальній сфері більшості хворих на шизофренію з негативно-особистісним механізмом реалізації суспільно небезпечних діянь, які перебувають на лікуванні у примусовому порядку в психіатричній лікарні з суворим наглядом (це практично генеральна сукупність таких пацієнтів в нашій країні), переважає дефіцитарна симптоматика.

Процесуальні аномалії параметрів мислення пацієнтів у сукупності з порушеннями уваги і пам’яті, з одного боку, поглиблюють аномальні особистісно-психологічні механізми, а з іншого – знижують спроможність хворих адекватно інтерпретувати та реагувати на несприятливі зовнішні стимули. Тому ці показники можуть слугувати специфічними маркерами підвищення суспільної небезпечності таких пацієнтів.

Нейрокогнітивний дефіцит, знижена критика і неусвідомлені поточні актуальні зміни у психічному стані хворих з Н-О МР СНД сприяють: послабленому усвідомленню ними власної адекватної соціальної ролі та експектацій оточуючих; антисоціальному способу життя та незадовільним інтерперсональним стосункам.

Найсприятливіший прогноз щодо зменшення суспільної небезпечності зазначеного контингенту хворих, на наш погляд, є вірогідним при підвищенні їх соціальної адаптації, зокрема зниження виразності негативної симптоматики у пізнавальній сфері – нейрокогнітивного дефіциту.

У світлі вказаного, профілактика повторних СНД у цих хворих повинна бути спрямована на ефективну

соціальну реабілітацію, що включає, у тому числі, компенсацію нейрокогнітивного дефіциту задля зниження його внеску у загальну їх дезадаптацію.

Список використаної літератури

1. Вербенко В. А. Нейрокогнитивные расстройства при шизофрении / В. А. Вербенко. – Симферополь : ООО ДИАЙПИ, 2007. – 308 с.
2. Гурович И. Я. Соотношение нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на различных этапах заболевания / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, М. В. Магомедова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – № 4. – С. 31–35.
3. Жмуров В. А. Общая психопатология / В. А. Жмуров. – Иркутск : Изд-во Иркут. ун-та, 1986. – 280 с.
4. Кабанов С. О. Нейролептики и нейрокогнитивный дефицит при шизофрении / С. О. Кабанов, С. Н. Мосолов // Рос. психиатр. журн. – 2003. – № 5. – С. 60–68.
5. Кондратьев Ф. В. Судьбы больных шизофренией: клинико-социальный и судебнопсихиатрический аспекты / Ф. В. Кондратьев [под ред. В. С. Ястребова]. – М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2010. – 402 с.
6. Кушнир А. Н. Социально-демографические особенности больных шизофренией с разными механизмами реализации общественно опасных действий / А. Н. Кушнир // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2013. – №4 (14). – С. 24–33.
7. Магомедова М. В. О нейрокогнитивном дефиците и его связи с уровнем социальной компетентности у больных шизофренией / М. В. Магомедова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т.10, № 1. – С. 92–98.
8. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко [и др.]. – Киев : Морион, 2000. – 320 с.
9. Тараканова Е. А. Особенности нейрокогнитивного дефицита и социальной дезадаптации больных шизофренией / Е. А. Тараканова // Вестник РГМУ. – 2006. – Т. 49, № 12. – С. 96–97.
10. Юрьева Л. Н. Нейропсихологические особенности больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия по продуктивно-психотическим и негативно-личностным механизмам / Л. Н. Юрьева // Возрастная нейропсихология и нейропсихиатрия : матер. науч.-практ. конф., 19 февр. 2007 г. [Электронный ресурс] – режим доступа до матер. конф.: <https://sites.google.com/site/cerebralsymmetry/konferencii/-vozrastnaya-nejropsihologiya-i-nejropsihiatria/nejropsihologiceskie-osobennosti-bolnyh-sizofreniej-soversivsih-obsestvenno-opasnye-dejstva-po-produktivno-psihoticeskim-i-negativno-licnostnym-mehanizmam>
11. Bryson G. B. Initial and final work performance in schizophrenia: cognitive and symptom predictors / G. B. Bryson // J. of nervous and mental disease. – 2003. – Vol. 191. – P. 87–92.
12. Cognitive strategies versus self-management skills as adjunct to vocational rehabilitation / R. Vauth, P.W. Corrigan, M. Clauss [et al.] // Schizophrenia bulletin. – 2005. – Vol. 31, №. 1. – P. 55–66.
13. Green M. F. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? / M. F. Green // Am. J. Psychiatry. – 1996. – Vol. 153. – P. 321–330.
14. Neurocognitive function in schizophrenia at a 10-year follow-up: a preliminary investigation / M. M. Kurtz, J. C. Selter, J. L. Ferrand [et al.] // CNS Spectr. – 2005. – Vol. 10, № 4. – P. 277–280.
15. Sharma T. Cognition in schizophrenia: impairments, importance, treatment strategies / T. Sharma, P. Harvey. – Oxford : University Press, 2000. – 263 p.

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С НЕГАТИВНО-ЛИЧНОСТНЫМ МЕХАНИЗМОМ РЕАЛИЗАЦИИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ А.М. Кушнир

В статье приведены результаты анализа особенностей нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией, которые представляют особую общественную опасность и совершили деликты по негативно-личностным механизмам их реализации. На примере истощающей популяции таких пациентов в Украине выделены и описаны характерные черты нейрокогнитивных нарушений. Оценена возможность использования указанных признаков в лечебно-реабилитационном процессе этих пациентов, а также в качестве прогностических для оценки риска совершения ими повторных правонарушений.

Ключевые слова: шизофрения, нейрокогнитивный дефицит, общественно опасные деяния против жизни человека, механизм реализации особо опасных деяний.

THE NEUROCOGNITIVE DEFICITS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH NEGATIVE-PERSONALITY MECHANISM OF REALIZATION ESPECIALLY DANGEROUS ACTS A. Kushnir

In the article on the basis of analysis the complete schizophrenic patients’ population, who committed specially public dangerous acts (PDA) and standing on the psychiatric compulsory treatment (PCT) in Ukraine, were evaluated and described the common peculiarities of their neurocognitive deficits. In the cognitive sphere the majority of schizophrenic patients with negative-personality mechanism of realization PDA had a deficiency symptomatic. The schizophrenically anomalies of the patient’s thinking parameters both attention and memory violations, on the one part, deepen abnormal personality-psychological mechanisms, and, on the second – reduce their possibility to adequately interpretation and reaction on unfavorable external stimulations. Therefore these indexes can serve as the specific markers of increase the public danger of such patients. Neurocognitive deficits, loss critic and unconscious current actual changes in a mental condition are assisting: lower realization by them own adequate social role and understanding the environment expectations; the antisocial way of life and unsatisfactory interpersonal relations. The most favorable prognosis due to reduction of the marked patient’s public danger, in our view, is reliable in the event that increase their social adaptation, in particular decline the cognitive negative symptom’s expressiveness - neurocognitive deficit. Subject to indicated, the basic targets of prophylaxis the repeat PDA by these patients ought to be the effective social rehabilitation that is sent including to indemnification the neurocognitive deficit for decrease its contribution on the general patient’s desadaptation.

Key words: schizophrenia, mental disorders, neurocognitive deficits, public dangerous acts against person’s life and health, mechanism of realization the especially dangerous acts.

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 616.35-006-089.87:316.6

С.В. Мерліч

ВИКОРИСТАННЯ СТРАТЕГІЙ РАЦІОНАЛЬНО-ЕМОТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЗАБЕЗПЕЧЕННІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ХВОРИХ З КИШКОВОЮ СТОМОЮ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Ключові слова:

раціонально-емотивна терапія за А. Еллісом, ірраціональні настанови, копінг-стратегія, алекситимія, кишкова стома, онкопсихологія, паліативна допомога, соціальна онкологія.

Постановка проблеми. А. Елліс вважав, що у людини, яка нормально функціонує, є раціональна система оцінних когніцій, яка створена за допомогою гнучких зв’язків між дескриптивними і оцінними когніціями. Джерелом психологічних порушень, на його думку, є система індивідуальних ірраціональних уявлень про світ, засвоєна, як правило, в дитинстві від значущих дорослих. Якщо ірраціональні настанови не реалізуються, вони призводять до тривалих неадекватних ситуацій емоцій, ускладнюють діяльність індивіда та погіршують загальну якість життя.

Враховуючи те, що протипухлинне лікування у вигляді оперативного втручання з формуванням кишкової стоми є потужним стресогенним чинником для пацієнта, робота з ірраціональними установами є необхідною для поліпшення стану хворого та розробки адаптивної поведінки [2–4]. Вищезазначене обумовлює актуальність проведення даного дослідження.

Мета дослідження: теоретичне обґрунтування та практичне вирішення актуальної проблеми мультидисциплінарного супроводу стомованого хворого на амбулаторному етапі лікування, з використанням стратегій раціонально-емотивної терапії (РЕТ) за А. Еллісом.

Матеріали та методи дослідження

У процесі дослідження було використано комплекс методів, а саме: теоретичний (теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація даних літературних джерел, їх порівняння та узагальнення), клініко-психологічний метод (спостереження, структуроване інтерв’ю), психодіагностичний (психологічне тестування), статистичний, психотерапевтичний.

Психодіагностичний блок включав у себе наступні методики: Торонтська алекситимічна шкала (ступінь

У статті описані основні принципи та етапи організації раціонально-емотивної терапії (РЕТ) за А.Еллісом, як одного із основних методів психокорекційної роботи з онкохворими із кишковою стомою на амбулаторному етапі лікування. Якщо ірраціональні настанови не реалізуються, вони призводять до тривалих неадекватних ситуацій емоцій, ускладнюють діяльність індивіда та погіршують загальну якість життя, що є актуальною проблемою при роботі зі стомованими хворими. У ході проведення дослідження за допомогою психодіагностичного методу була доведена ефективність використання РЕТ у хворих із кишковою стомою на амбулаторному етапі лікування.

алекситимії), тест ЛОБІ (визначення типу ставлення до хвороби), методика Д. Амірхана (особливості поведінкових копінг-стратегій), тест Васермана – Гуменюка (тип поведінкової активності), тест А. Еліса (наявність ірраціональних установок) [5].

На основі отриманих результатів психодіагностики було розроблено та впроваджено в систему медико-психологічної допомоги даній категорії хворих, на амбулаторному етапі лікування, схему проведення раціонально-емотивної терапії (РЕТ) за А. Еллісом.

Для участі у дослідженні було відібрано 311 особу віком від 36 до 90 років, яких поділили на дві групи за статевою належністю (154 чоловіки – Г1 та 157 жінок – Г2). Для оцінки ефективності впливу психотерапії на психоемоційні особливості хворих з онкопатологією ми визначили та порівняли рівні тривожності, депресії та відчуття самотності в двох основних групах (ОГ) та двох групах порівняння (ГП).

Результати та їх обговорення

Під час надання комплексної медико-психологічної допомоги хворим із кишковою стомою на амбулаторному етапі лікування необхідно навчити їх трансформувати ірраціональні настанови у позитивні – раціональні. У нашому дослідженні для досягнення цієї мети ми використовували стратегії раціонально-емотивної терапії (РЕТ) за А. Еллісом.

РЕТ ґрунтується на низці суджень про людську природу і походження людських нещасть, або емоційних порушень [1, 5]. Ось деякі з цих суджень: емоційне або психологічне порушення є результатом ірраціонального та нелогічного мислення; індивідів з вираженими емоційними порушеннями характеризує те, що вони підтриму-

ють свої порушення і зберігають нелогічну поведінку за рахунок внутрішньої вербалізації своїх ірраціональних ідей і думок; тривалість станів емоційних порушень визначена сприйняттям і установками відносно цих подій, які включені в інтерналізовані вислови про них; негативні й направлені на шкоду собі думки та емоції можна усунути шляхом перебудови сприйняття і мислення, щоб мислення стало логічним і раціональним, переставши бути нелогічним та ірраціональним.

Рационально-эмотивну терапию проводили у декілька етапів.

- На I етапі відбувається прийняття клієнтом філософії РЕТ. Мета першого етапу – допомогти пацієнту зрозуміти, що його емоційні та / або поведінкові проблеми є наслідком не об’єктивної ситуації, а результатом власних думок про ситуацію. Для досягнення цієї мети психотерапевт намагався спростувати переконання клієнта щодо того, що інші люди або зовнішні події є джерелом його емоцій, і переконати клієнта в можливості керувати власними емоціями шляхом зміни думок з ірраціональних на раціональні. Вже на першому етапі психотерапевт знайомив клієнта зі схемою АВС і розповідав про вплив думок на емоції, наводив приклади з реального життя, розглядав з клієнтом будь-яку актуальну для нього ситуацію з урахуванням цієї інформації і показував, яким чином зміна ставлення до ситуації дозволяє змінити емоційні та поведінкові реакції на неї.
- На II етапі відбувалися збір інформації про клієнта і вибір проблеми. Використовували поведінковий аналіз проблеми, психодіагностичні методики тощо. На цьому етапі визначалась проблема – мішень, яка і була орієнтиром для психотерапії і критерієм її ефективності.
- III етап – прояснення активізуючої події. Мета даного етапу – розпізнавання А (активуючої події), яка запускає ірраціональне судження (ІС) і призводить до розвитку негативних емоційних і поведінкових наслідків (Н2). При описі проблемної ситуації клієнт часто змішує кілька різнорідних явищ: реальну подію, своє суб’єктивне сприйняття події та оцінку події. На цьому етапі психолог пояснював клієнту відмінності між описовими і оцінними судженнями і допомагав сформулювати безоцінний опис події. При описі А можуть виникнути дві протилежні проблеми: надлишкова деталізація або, навпаки, невизначеність. У першому випадку психотерапевт присідав поглиблення в малозначні деталі і повертав клієнта до суті проблеми, використовуючи уточнювальні питання або переформулювання розказаного з виділенням найважливішого. При невизначеності в описі А ефективними були повторні питання, прохання навести приклад з недавнього минулого, заповнення щоденника самоспостереження, поведінковий аналіз ситуації тощо.
- IV етап: робота над наслідками (Н). За допомогою аналізу наслідків визначалася мета психотерапії. Після опису негативних результатів клієнт повинен був відповісти на питання, чи готовий він витратити час і сили на боротьбу з ними. Продовження роботи було можливим тільки при позитивній відповіді на це питання.

- V етап: ідентифікація настанов. На цьому етапі виявлялись пов’язані з психотравмуючою ситуацією А ірраціональні судження (ІС). Для вирішення цієї задачі клієнт повинен був навчитися розрізняти описові, раціональні та ірраціональні судження. РЕТ розділяє всі судження на описові (описові, безоцінні) та оцінні. Якщо диференціювання описових та оцінних суджень зазвичай не є для клієнта складним, то розпізнавання раціональних та ірраціональних когніцій є більш складним завданням. Психолог навчав пацієнтів використовувати для визначення типу когніції чотири наступні критерії: істинність судження; ступінь обов’язковості реалізації судження; рівень випробування емоцій; свобода вибору в досягненні мети.

Щоб навчити онкохворих відрізняти раціональні судження від ірраціональних використовували прийом опитування, заповнення щоденника самоспостереження, а також зосередження на образах. Опитування допомагало сформулювати ірраціональні судження, що дало змогу надалі працювати з цими формулюваннями та трансформувати їх у позитивні, раціональні. Також використовували заповнення щоденника самоспостереження, який містив чотири колонки: 1) дата і час; 2) опис проблемної ситуації (А); 3) опис думок (ІС), які викликали в проблемній ситуації (А) наслідки (Н); 4) опис емоційних і поведінкових наслідків (Н). Зосередження на образах психолог здійснював пропонуючи клієнту згадати проблемну ситуацію, сконцентруватися на ній і якомога детальніше описати. Далі у пацієнта розпитували про думки, які виникають у свідомості при згадуванні психотравмуючої ситуації.

- VI етап: диспут. Диспут – це дискусія, під час якої відбувалось остаточне розділення раціональних та ірраціональних когніцій та здійснювались заперечення і корекція ірраціональних настанов. Пацієнт, який спочатку був носієм ірраціональних настанов, у процесі дискусії під впливом різних аргументів поступово відмовлявся від них і замінював їх на раціональні.

У диспуті виділяли дві фази: 1) вивчення та критичне обговорення пов’язаних із проблемою ірраціональних настанов; 2) заміна ірраціональних настанов на раціональні. Ми використовували три види диспуту: когнітивний, образний і поведінковий.

- VII етап: закріплення змін. На цьому етапі нові раціональні переконання мали стати звичними для клієнта, втілитися в його повсякденних вчинках. Для закріплення змін використовували домашні завдання, такі як поведінковий тренінг, заповнення щоденника самоспостереження за думками в реальних ситуаціях, прослуховування записів колишніх занять, самостійне читання спеціальної літератури.

Використання РЕТ допомагало не тільки виробити та зміцнити раціональні переконання і остаточно звільнитися від ірраціональних настанов, а й виявити нові корисні раціональні переконання, а також сформувати адаптивну поведінку (АП).

У результаті проведення психокорекції більшість хворих ОГ1 змінили власне ставлення до хвороби на гармонійне (64,56%), тоді як в ГП1 тільки 2,67% хворих мали даний

гій у напрямку збільшення контрольованої активності. Так, найбільш адаптивний тип поведінкової активності АБ зустрічався у 45,57% осіб ОГ1, на відміну від ГП1, членам якої був притаманний більш пасивний тип поведінки (Б1 – 33,33% та Б – 50,67%). У групі жінок спостерігали збільшення кількості осіб, які змінили пасивні типи поведінкової активності Б та Б1 на більш активні; у більшості осіб ОГ2 зустрічався тип АБ (51,90%). Найхарактернішим для осіб ГП2 типом поведінкової активності був тип Б1 (p<0,05).

Висновки

- З метою підвищення ефективності комплексної терапії хворих із кишковою стомою і поліпшення якості їх життя необхідне розширення системи надання медико-психологічної допомоги на амбулаторному етапі лікування.
- РЕТ ґрунтується на низці суджень про людську природу і походження людських нещасть, або емоційних порушень та має певну етапність проведення.
- Використання РЕТ допомагає не тільки виробити та зміцнити раціональні переконання й остаточно звільнитися від ірраціональних настанов, а й виявити нові корисні раціональні переконання, а також сформувати адаптивну поведінку.
- Виходячи із результатів психодіагностичних методик, отриманих після проведення психокорекційного комплексу, можна зробити висновок про ефективність впровадження стратегій раціонально-емотивної терапії (РЕТ) за А. Еллісом в систему медико-психологічної допомоги на амбулаторному етапі лікування онкохворих із кишковою стомою.

Список використаної літератури

1. Березін Ф. Б. *Психічна і психофізична адаптація людини* / Ф. Б. Березін. – Л.: Наука, 1998. – 269 с.
2. Воробьев Г. И. *Кишечные стомы* / Г. И. Воробьев, П. В. Царьков. – М.: МНП, 2001. – 90 с.
3. Михайлова Е. В. *Кишечные стомы: правила формирования, осложнения и болезни кишечных стом* / Е. В. Михайлова, В. П. Петров, С. Н. Переходов. – М.: Наука, 2006. – 105 с.
4. Тхостов А. Ш. *Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. психол. наук: 19.00.04* / Тхостов Александр Шамильевич; МГУ им. М. В. Ломоносова. – М., 1980. – 20 с.
5. Яныпин П. В. *Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности* / П. В. Яныпин. – СПб.: Питер, 2004. – 336 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТРАТЕГИЙ РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБЕСПЕЧЕНИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БОЛЬНОГО С КИШЕЧНОЙ СТОМОЙ

С.В. Мерлич

В статье описаны основные принципы и этапы организации рационально-эмотивной терапии (РЭТ) по А. Эллису, как одного из основных методов психокоррекционной работы со стомированными онкобольными на амбулаторном этапе лечения. Если иррациональные установки не реализуются, то они приводят к длительным неадекватным ситуациям эмоций, затрудняют деятельность индивида и ухудшают общее качество жизни, что является актуальной проблемой при работе со стомированными больными. В ходе проведения исследования с помощью психодиагностического метода была доказана эффективность использования РЕТ среди больных с кишечной стомой на амбулаторном этапе лечения.

Ключевые слова: рационально-эмотивная терапия (РЭТ) по А. Эллису, иррациональные установки, копинг-стратегия, алекситимия, кишечная стома, онкопсихология, паллиативная помощь, социальная онкология.

USING OF STRATEGIES OF RATIONAL-EMOTIVE THERAPY IN PROVIDING MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF PATIENTS WITH INTESTINAL OSTOMY

S. Merlich

This article describes the basic principles and steps in organizing rational-emotive therapy (RET) by A. Ellis, as one of the main methods of psycho-operation with ostomy cancer patients for outpatient treatment. It should be noted that if irrational installation cannot be realized, they will lead to long-term, inadequate situations emotions inhibit the activities of the individual and affect the overall quality of life, is an urgent problem when working with ostomy patients. In the course of the study using pshodiagnosichnogo method has been proven effective use of RET in patients with intestinal stoma, for outpatient treatment.

Key words: rational-emotive therapy (RET) by A. Ellis, irrational installation, coping strategies, alexithymia, intestinal ostomy, onkopsihologiya, palliative care, oncology social.

Д.А. Волощук

ПРИЧИНИ ТА ПРОЯВИ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У РОДИЧІВ ХВОРИХ НА СУДИННУ ДЕМЕНЦІЮ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Ключові слова: дезадаптація, судинна деменція, родичі хворого на деменцію, емоційне вигорання, стрес, депресія, рекомендації.

Актуальність. На сьогодні все більше уваги приділяється дослідженням, які передбачають вивчення пацієнта в єдності з його оточенням і здійснюються на стику психології, медицини та соціології. Родичі, які доглядають за невиліковними хворими, все частіше стають центральним об'єктом дослідження та аналізу.

До сьогоднішнього часу проблеми клініко-психологічної дезадаптації осіб, родичі яких хворіють на деменцію, практично не розкриті. Результати проведених нами початкових робіт показали актуальність та необхідність детального вивчення цього питання, дозволили точніше сформулювати напрямки дослідження клініко-психологічної дезадаптації у родичів хворих на судинну деменцію та шляхи її психокорекції, вдосконалити методи психологічного обстеження і стали основою для масштабніших та докладніших досліджень.

Викладення матеріалу. Дезадаптація особистості формується внаслідок порушення адаптаційних механізмів на рівні організму, суб'єкта та особистості. На рівні організму дезадаптацію поведінки можуть викликати різні відхилення у фізіологічному і фізичному розвитку, а також патологічні порушення функцій організму людини. На рівні суб'єкта причиною психічної дезадаптації є порушення психічних механізмів життєдіяльності людини. На особистісному рівні причиною дезадаптації є труднощі пристосування суб'єкта до соціальних норм поведінки, ціннісних орієнтацій, прийнятих у суспільстві, внаслідок набутого ним негативного життєвого досвіду, неадекватного психічного розвитку [14].

Проблема дезадаптації родичів хворих на судинну деменцію є актуальною, адже це захворювання не тільки погіршує якість життя хворих, а й призводить до великих матеріальних та іматеріальних затрат внаслідок необхідності постійного спостереження за особами з вираженими формами судинної деменції [7]. З погіршанням стану хворого зростає навантаження і на опікуна, що призводить до погіршення його психічного стану, а в подальшому до появи або загострення хронічних соматичних захворювань [4].

При проведенні теоретичного дослідження нами виявлено, що проблема дезадаптації та загального психологічного стану родичів хворого на деменцію є малодослідженою. У більшості випадків результати огляду літературних джерел зводилися до загальних рекомендацій і поодиноких досліджень, без конкретних програм психологічної підтримки родичів, які доглядають за хворим саме на судинну деменцію. У цій статті ми зібрали та систематизували усі отримані дані з названої проблематики, що зорієнтовані на розуміння психологічного стану та поліпшення адаптації родичів дементних хворих.

Насамперед слід враховувати, що хворі на деменцію потребують додаткових заходів з догляду та спостереження. У цієї категорії хворих є схильність до госпітальної інфекції та різних ускладнень лікування, часто судинні деменції супроводжуються іншими соматоневрологічними проблемами. Більшість сучасних дослідників оцінюють деменцію як захворювання, яке важким тягарем лягає як на самого пацієнта, так і на його сім'ю і суспільство загалом [15].

У 1994 році в роботі R. Ernst і J. Нау було показано, що особи, які доглядають за хворими, на 46% частіше відвідували лікаря загальної практики і на 71% більше використовували медичні препарати, ніж люди того ж віку, які не доглядають за хворими. Організація лікування хворих на деменцію і догляд за ними вимагають величезних економічних (матеріальних) витрат. Крім того, деменція є джерелом важкого стресу для родичів пацієнтів і осіб, змушених їх обслуговувати та щоденно з ними спілкуватися. Так, за даними P.L. Huckle, у 40% осіб, які доглядають за хворими на деменцію, виявляються ознаки депресії [16].

На думку деяких науковців, значна частина внутрішньосімейних конфліктів є реакцією на поведінкові порушення, пов'язані саме з деменцією. При вирішенні цих конфліктів значна частка родичів відмовляється від хворих, поміщаючи їх в будинки-інтернати для старих людей з хронічними захворюваннями [11].

Судинна деменція, як правило, виникає серед людей похилого віку і загальна частка сімейного догляду за літніми людьми знижується повсюдно і з об'єктивних причин. Перш за все, багато дітей, які піклуються про своїх батьків, самі вже перебувають у середньому віці, а деякі досягають похилого віку, маючи вже власних онуків. Як правило, необхідність дбати про батьків у дорослих дітей виникає в той період життя, коли вони самі переживають особисті втрати, пов'язані з віком, самі страждають на хронічні хвороби, занепад сил, йдуть або збираються йти на пенсію. Вони самі потребують пильної уваги до свого здоров'я, періодичної допомоги і підтримки, як емоційної, так і чисто фізичної. Найскладнішим же для

них є тривога і страх втратити супутника життя, з яким прожито багато років [2, 3, 9].

Друга проблема полягає в тому, що спостерігається зростання кількості жінок, які працюють, причому в основному через велику матеріальну затратність супроводу хворих на судинну деменцію. Мільйони жінок опиняються одночасно в різних і суперечливих ролях – дружина, господиня, мати, працівниця, дочка, опікун хворого. Тому жінки середніх років стикаються не тільки з віковими проблемами, але і з ситуацією, коли відповідальність за близьких не скорочується, а навпаки, досягає свого піку, що збільшує ризик виникнення психологічної дезадаптації [5, 8].

Дослідження показують, що емоційне напруження – один з найпоширеніших і найтяжчих наслідків таких ситуацій. Обмаль часу і обмежена свобода дій, ізоляція, необхідність розриватися між різними обов'язками, труднощі при визначенні пріоритетів, вимушені зміни у способі життя, звичках, спілкуванні, відпочинку – все це породжує довгий перелік таких симптомів душевного нездоров'я як депресія, відчуття тривоги і безнадійності, безсоння, занепад духу та дезадаптація особистості в цілому. До вищезазначених негативних наслідків більше схильні дочки хворого на судинну деменцію, ніж сини, які часто користуються допомогою своїх дружин і тому відчувають меншу напругу [10, 14].

Деменція, як вже зазначалося, суттєво впливає на сім'ї хворих людей і тих, хто здійснює догляд за ними. Фізичне, емоційне і економічне навантаження може призводити до великого стресу членів сімей та людей, які здійснюють догляд, тому їм необхідна підтримка з боку установ охорони здоров'я, соціальної, фінансової та правової систем. З цього випливає необхідність одночасної підтримки і хворого, і його родичів [12].

ВООЗ наводить наступні рекомендації для людей, які здійснюють місію догляду за тяжкохворим родичем з деменцією.

- Найважчий тягар несуть особи, які доглядають за хворим, тому слід продумати способи, які допоможуть їм справлятися зі стресом. Розібравшись у власних емоціях вони зможуть ефективніше вирішувати проблеми хворого та власні.
- У осіб, які доглядають за хворим, нерідко виникає відчуття сорому: за поведінку хворого, за його гнів, за те, що складно продовжувати доглядати за хворим. Рекомендується поінформувати друзів і сусідів про деменцію, щоб вони краще розуміли поведінку хворого.
- Можливе виникнення відчуття гніву, яке спрямоване проти хворого, проти себе, лікаря або найважчої ситуації. Іноді гнів такий сильний, що люди насилу утримуються від заподіяння шкоди хворому, за яким доглядають.
- Багато людей, які доглядають за хворим, перестають підтримувати суспільні контакти, бачать лише хворого. Таким чином, догляд за хворим може спричинити розвиток відчуття самотності, що, у свою чергу, може погіршити якість догляду за хворим. Тому надзвичайно важливо не втрачати друзів і суспільні контакти.

- При поступовому зростанні кількості обов'язків збільшується ризик розвитку сильного стресу і втоми. У такому випадку необхідна консультація з фахівцем, сімейна нарада для обговорення проблем догляду за хворим або звернення за допомогою у спеціальну установу для догляду.
 - Необхідно ділитися з іншими своїми враженнями від догляду за хворим, не тримати свої проблеми при собі. При цьому бажано не відкидати допомогу і підтримку інших.
 - Задля запобігання ситуації емоційного вигорання рекомендується залишати час для себе. При появі відчуття перевтоми і неспосильності виконуваного догляду необхідно звернутися за допомогою.
 - Потрібно уникати звинувачень в сторону когось за труднощі, з якими доводиться стикатися в ході догляду за хворим з деменцією. Необхідно пам'ятати, що винна лише хвороба.
 - Звернення за порадою або допомогою до фахівців з проблем деменції може значно підтримати або гармонізувати стан людини, яка доглядає за хворим. Слід пам'ятати, що благополуччя цієї людини надзвичайно важливе як для неї самої, так і для хворого.
 - Слід враховувати, що нерідко члени сім'ї, друзі або сусіди хочуть допомогти людині, яка доглядає за хворим, проте не знають, як конкретно це можна зробити і потребують конкретних вказівок з її сторони [1].
- Значна роль у зниженні дезадаптації та підтримці родичів хворих із судинною деменцією належить лікарю загальної практики. На персональному рівні особи, які здійснюють догляд за хворим, потребують реалістичної інформації про судинні деменції, про значення діагнозу і його прогноз, а також про те, як краще використовувати наявні установи допомоги. При цьому родича хворого слід вважати членом команди допомоги, який робить свій внесок у терапевтичний процес [6].

Психічне та фізичне здоров'я родичів хворих на судинну деменцію має першорядне значення, при цьому лікар загальної практики стає основною опорою для них. Ця роль включає в себе професійні поради щодо їх власного здоров'я, визнання їх ключової ролі та пов'язаних з доглядом проблем, а також емоційну підтримку в ході консультування з питань їх установок і очікувань. Стрес, якого зазнає сім'я хворого на деменцію, може призвести до психічних розладів на додаток до звичайних фізичних проблем (наприклад, втоми, скелетно-м'язова напруга і безсоння), які викликані тяжкими фізичними навантаженнями. Завдяки пильності лікаря загальної практики у визначенні ранніх ознак напруги або труднощів у вирішенні проблем можна запобігти кризи [13].

Список використаної літератури

1. Авербух Р. На допомогу патронажному працівникові: добірка матеріалів з Відділу психічного здоров'я. ВООЗ та Міжнародного об'єднання Товаристів Альцгеймера / Р. Авербух. – СПб. – Єрусалим : Вид. Санкт-Петербурзького Інституту соціальних та общинних працівників ім. В. Розенвальда, 1999. – 54 с.

2. Андреева Т. В. Особенности и тенденции развития современной семьи / Т. В. Андреева // Ананьевские чтения, 2002. – СПб. : изд-во Санкт-Петербургского университета, 2002. – 386 с.

3. Антонов А. И. Кризис семьи и пути его преодоления / А. И. Антонов. – М.: Олма-пресс, 2000. – 36 с.

4. Дамулин И. В. Терапевтические возможности при болезни Альцгеймера и сосудистой деменции / И. В. Дамулин // Русский медицинский журнал – 2001. – Т. 9, № 7–8. – С. 34–38.

5. Дасько Т. П. Помощь пациентам с болезнью Альцгеймера и их семьям / Т. П. Дасько, О. П. Иванова // Медицинская сестра. – 2000. – № 2. – С. 2–3.

6. Деменции : руководство для врачей. / [Н. Н. Якно, В. В. Захаров, А. Б. Локшина и др.] – М. : Изд. Медпресс-информ, 2011. – 272 с.

7. Коцюбинский А. П. Об адаптации психически больных (уточнение основных понятий) / А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина // Обзорение психиатрии и мед. психологии. – 1996. – № 2. – С. 203–212.

8. Олифирович Н. И. Психология семейных кризисов / Н. И. Олифирович, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента. – М. : Речь, 2008. – 360 с.

9. Перфильева Г. М. В помощь семьям больных болезнью Альцгеймера / Г. М. Перфильева // Медицинская сестра. – 2000. – № 6. – С. 4–8.

10. Пинчук И. Я. В помощь семьям больных болезнью Альцгеймера: метод. рекомендации / И. Я. Пинчук, В. Г. Черкасов. – М., 2007. – С. 45–62.

11. Практикум по семейной психологии и основам консультирования: учебно-методическое пособие / сост. Н. В. Шелепанова, И. С. Вотчин, И. С. Искандарян. – Новосибирск : Изд. НГПУ, 2005. – 207 с.

12. Решетова Т. В. Психологическая помощь пациенту с деменцией и его семье / Т. В. Решетова // Сборник трудов научно-практической. конф. «Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии» / под ред. проф. Арьева А. Л. – СПб., 2011. – С. 227–230.

13. Ряпова Т. Л. Уровень эмоционального выгорания и уровня невротизации как показатели качества жизни родственников, ухаживающих за больными с деменциями / Т. Л. Ряпова // Журн. психиатрии и мед. психологии. – 2001. – № 1. – С. 76–80.

14. Семке В. Я. Психосоциальные и биологические факторы психической дезадаптации (на модели невротических расстройств) / В. Я. Семке, Е. В. Гуткевич, С. А. Иванова. – Томск, 2008. – 204 с.

15. Справочник по диагностике и лечению заболеваний у пожилых / под ред. Л. И. Дворецкого, Л. Б. Лазебник. – М. : Новая Волна; ОНИКС, 2000. – 543 с.

16. Huckle P. L. Families and Dementia / P. L. Huckle // International Journal of Geriatric Psychiatry. – 1994. – № 9. – P. 735–741.

ПРИЧИНЫ И ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕЗАДАПТАЦИИ У РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ
Д.А. Волощук

При проведении теоретического исследования нами выявлено, что проблема дезадаптации и общего психологического состояния родственников больных деменцией малоисследована. В большинстве случаев результаты обзора литературных источников сводились к общим рекомендациям и редким исследованиям, без конкретных программ психологической поддержки родственников, осуществляющих уход за больным именно сосудистой деменцией. В этой статье мы собрали и систематизировали все полученные данные по данной проблематике, которые ориентированы на понимание психологического состояния и улучшение адаптации родственников дементных больных.

Ключевые слова: дезадаптация, сосудистая деменция, родственники больного деменцией, эмоциональное выгорание, стресс, депрессия, рекомендации.

CAUSES AND MANIFESTATIONS OF DISADAPTATION AMONG RELATIVES OF PATIENTS WITH VASCULAR DEMENTIA
D. Voloshchuk

In carrying out theoretical research, we found that the problem of disadaptation and general psychological state of relatives of patients with dementia is little research. In most cases, the results of the literature review were limited to general recommendations and rare studies, no specific programs of psychological support relatives who supervise patient's namely with vascular dementia. In this article, we have collected and systematized all the data is received on this issue, which are focused on understanding and improving the psychological state of adaptation of the relatives of patients with dementia.

Key words: disadaptation, vascular dementia, relatives of dementia patient, emotional burnout, stress, depression, recommendations.

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.89–008.441.13–08

Д.В. Возний

ХОЛІСТИЧНИЙ ПІДХІД ТА БІОПСИХОСОЦІАЛЬНА МОДЕЛЬ ДОПОМОГИ ПРИ АЛКОГОЛЬНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ: ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Ключові слова: холістичний підхід, біопсихосоціальна модель, алкогольна залежність.

Останнім часом в українських медичних виданнях все частіше з'являються статті про біопсихосоціальну модель розуміння здоров'я і захворювання людини. Ця модель трактує людину як цілісний організм. Група з розвитку психіатрії визначила поняття «здоров'я» як гармонійний розвиток фізичної, інтелектуальної, емоційної та соціальної частин особистості [1, 2, 6]. Біопсихосоціальний підхід також називають інтеграційним (від лат. integrum – ціле; інтеграція означає процес об'єднання будь-яких елементів/частин в одне ціле, процес утворення взаємозв'язків). Біопсихосоціальна модель змінила звичний етіопатогенетичний підхід на багатфакторний [2, 6]. «Холістичне здоров'я»

(holistic health), або «холістичний підхід до здоров'я» (holistic approach to health) – сприйняття людини як інтегрованої системи, яка включе фізичні, психічні, духовні та емоційні компоненти. «Холістичний підхід» – будь-який підхід, при якому акцент робиться на цілісній особистості, а не на її складових [5]. Намагаючись пояснити феномен «здоров'я» сучасні провідні теоретики Дж. Найду (Jannie Naidoo) та Дж. Уліз (Jane Wills) посилаються на поширену в країні модель здоров'я (автори П. Аглетон (Piter Aggleton), Г. Го-манс, (Hilary Nomans), Л. Евлес (Linda Ewless) та І. Зімнет (Ina Zimnett)), що охоплює такі складові: фізичну, яка передбачає нормальне функціонування органів людського

У статті наведено стратегії використання в організації допомоги пацієнтам з алкогольною залежністю холістичного підходу, який враховує біопсихосоціальну модель організації допомоги. Етіологічний принцип біопсихосоціальної моделі – мультифакторність, означає мультипричинність і ситуативність співвідношення психологічних і непсихологічних факторів. Описано принципи використання біопсихосоціальної моделі в діагностичному та терапевтичному процесах. Діагностика та терапія згідно з біопсихосоціальним підходом проводиться у трьох площинах: соматичній, психологічній, соціальній.

тіла; психічну, яка стосується здатності мислити та робити судження; духовну, як здатність набувати моральні та релігійні переконання задля досягнення душевного спокою; емоційну, що включає здатність розрізняти такі емоції, як страх, радість, сум та гнів; сексуальну – здатність досягати задовільного виявлення власної сексуальності; соціальну, яка охоплює базові інфраструктури, необхідні для здоров'я, наприклад житло, мир, їжа, прибуток, певна міра інтеграції у суспільство; екологічну – на фізичному рівні включає транспорт, дотримання санітарно-гігієнічних норм, наявність чистої води та контроль забруднення навколишнього середовища; міжособистісну – здатність підтримувати стосунки з іншими людьми [1].

Викладення основного матеріалу. Основний принцип біопсихосоціальної (інтеграційної) моделі виражає концепцію єдності душі і тіла. Всі області розвитку людини та фактори середовища перебувають у постійному взаємозв'язку. Крім того, важливе значення надається впливу середовища. Факторами впливу середовища вважають сімейні стосунки, відносини з друзями, належність до певного соціального класу, культури та релігії. Згідно з новою моделлю (рис. 1), у певних випадках фактори середовища можуть стати визначальними для виникнення захворювання [1].

Основною причиною вживання алкоголю є його певний вплив на психічний та фізичний стан людини. На психічну сферу алкоголь чинить релаксувальну (розслаблювальну, ту що знімає напругу), ейфоризуючу і найчастіше седативну дію. Потреба в такому ефекті більша у осіб погано адаптованих, зокрема з невротичними і психопатичними особливостями, що сприяє початку алкоголізації та її поглибленню. Мають значення і мікросередовище, виховання, традиції, психічне і фізичне перенапруження, психотравмуючі ситуації. Таким чином, етіологія алкоголізму складається з різних співвідношень соціальних, психологічних і фізіологічних факторів [1–3, 5].

Також важливо враховувати вплив факторів зовнішнього середовища на організм. Роль соціальних чинників у формуванні алкогольної залежності є не менш вагомою, адже людина – соціальна істота, і роль соціуму впродовж всього її життя є значною. Саме тому велика кількість вчених звертала свою увагу на їх дослідження.

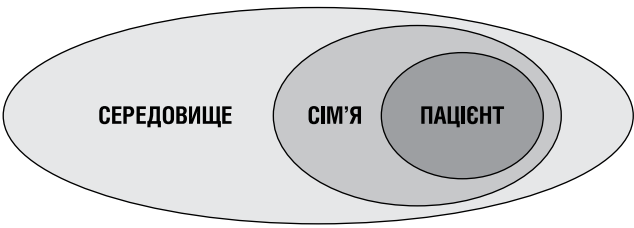


Рис. 1. Біопсихосоціальна (інтеграційна) модель: взаємозв'язок біологічних, психологічних та соціальних факторів

У сучасній зарубіжній та вітчизняній психології поширеною є теорія соціального навчання, в якій використовуються відкриття в галузі психофізіології І.П. Павлова та інших російських учених. Навчання відбувається за допомогою формування автоматизованих поведінкових реакцій через наслідування. Вищим етапом навчання є когнітивне навчання, тобто те, яке здійснюється шляхом міркувань з опорою на іншу сигнальну систему. Людину переконують у необхідності вживання алкоголю за допомогою ЗМІ, впровадження всляких звичаїв, групових форм поведінки тощо [6].

Етіологічний принцип біопсихосоціальної моделі

Етіологічний принцип біопсихосоціальної моделі – мультифакторність – означає мультипричинність і ситуативність співвідношення психологічних і непсихологічних факторів.

Згідно з біопсихосоціальною моделлю, розвиток особистості, її здоров'я, адаптація до життя чи поява захворювання є індивідуальними процесами, які залежать від комбінації генетичних та соціальних факторів людини. Для різних людей комбінація цих факторів різна та властива лише цій особі / ситуації. Немає одного уніфікованого процесу, який викликає певну хворобу. Існує багато факторів ризику, які у різних комбінаціях і в кожному окремому випадку викликають захворювання. Як правило, дебют хвороби викликає стрес-фактор [3].

Фактори впливу поділяють на фактори ризику та протективні фактори (захисні, від лат. *protego, protectum* – захищати) (таблиця). Обидві групи можуть мати різний контекст: біологічний, особистісний та соціальний [4].

Таблиця. Фактори ризику та протективні фактори у формуванні алкогольної залежності

Контекст	Фактори ризику	Протективні фактори
Біологічний	Органічні порушення	Необтяжена спадковість
	Генетична обтяженість	Адаптивний темперамент
	Неадаптивний темперамент	Відсутність органічної патології
	Фізичні травми	Відсутність фізичних травм
Психологічний	Когнітивні порушення	Достатній рівень розвитку когнітивних можливостей та інтелекту
	Порушення емоційної сфери	Адаптивність, стресостійкість
	Дезадаптивні особливості особистості	Гармонійна особистість
	Поведінкові порушення	Адаптивна поведінка
Соціальний	Подружні дисгармонії	Гармонійні стосунки в родині
	Порушення дитячо-батьківських стосунків	Ефективна взаємодія між членами родини
	Порушення міжособистісної комунікації	Позитивне спілкування
	Бідність	Сприятливе економічне та соціальне становище
	Неосвіченість	Задовільний професійний статус
	Девіантне середовище	Соціально прийнятне середовище
	Традиції, звичаї	Антиалкогольна спрямованість близьких
	Доступність алкоголю	

Принцип біопсихосоціальної моделі в діагностиці алко-гольної залежності. Діагностичний принцип біопсихо-соціальної моделі – мультимодальність, а саме одночасне та узгоджене використання для діагностики медичних і психосоціальних методів.

Діагностика, згідно з біопсихосоціальним підходом, проводиться у трьох площинах: соматичній, психо-логічній, соціальній. Окрім симптомів захворювання необхідно дослідити фактори ризику та фактори, які сприяють видужанню (протективні). Скринінг фак-торів впливу проводить лікар, до якого звернулися пацієнт / сім'я. За потреби залучаються фахівці інших профілів.

Така детальна діагностика з виявленням усіх факторів впливу покращує лікування, що підвищує шанси на ви-дужання та запобігає рецидивам [1, 2, 4].

Отримані в період діагностики дані обговорюють-ся всіма залученими до обстеження фахівцями, фор-мулюється спільний діагностичний висновок, який представляють пацієнту / батькам на окремій зустрічі. Таку зустріч часто називають ще «круглим столом». Тут відбувається інформування пацієнта / сім'ї та об-мін думками. Важливо домогтися взаєморозуміння та надати повний обсяг інформації. Це дасть можливість спільно з пацієнтом виробити план комплексного ліку-вання. Відповідальність за рішення та дотримання плану лікування несе пацієнт.

Принцип біопсихосоціальної моделі в терапії алкоголь-ної залежності. Лікувальний принцип біопсихосоціальної моделі – мультидисциплінарність та індивідуальність, коли заходи терапії базуються на комплексному, команд-ному та індивідуальному підходах.

Лікування, згідно з біопсихосоціальним підходом, передбачає індивідуальний підхід до кожного окре-мого випадку та надання комплексних заходів до-помоги. Це можливо лише за умови спільної роботи команди фахівців, за потреби – співпраці з іншими медичними закладами, психологами, соціальними служ-бами, недержавними організаціями. Таку комплексну допомогу часто ще називають медико-соціальною для підкреслення важливості соціальних факторів (рис. 2) [3].

Комплекс лікування розробляється відповідно до виявлених факторів, які підтримують захворювання. У біологічному контексті це медикаменти, в психологічно-му – психіатрична, психологічна або психотерапевтична допомога, у соціальному – допомога сім'ї або окремому її члену, соціальні втручання [1].

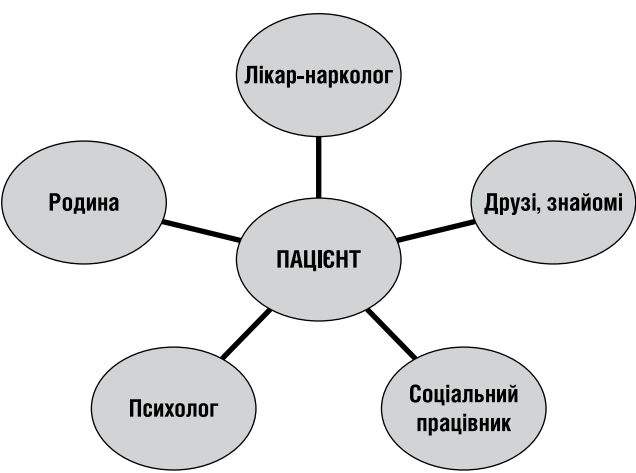


Рис. 2. Можливий склад мультидисциплінарної команди в терапії алкогольної залежності

Висновки

Сучасним у медицині є холістичний підхід, який вра-ховує біопсихосоціальну модель організації допомоги пацієнту, зокрема алкогольно залежній особі. Біопсихосо-ціальний підхід – процес об'єднання будь-яких елементів/ частин в одне ціле, процес утворення взаємозв'язків. Холістичний підхід до здоров'я – сприйняття людини як інтегрованої системи, включаючи фізичні, психічні, духовні та емоційні компоненти.

Діагностика, згідно з біопсихосоціальним підходом, проводиться у трьох площинах: соматичній, психо-логічній, соціальній. Діагностичний принцип біопсихосо-ціальної моделі – мультимодальність, а саме одночасне та узгоджене використання для діагностики медичних і психосоціальних методів. Лікувальний принцип біо-психосоціальної моделі – мультидисциплінарність та індивідуальність, коли заходи терапії базуються на комп-лексному, командному та індивідуальному підходах.

Список використаної літератури

1. Абдусаттаров М. М. О влиянии преморбидных характерологических особенностей личности на уровень снижения социально трудовой адаптации / М. М. Абдусаттаров // Рос. психиатр. журнал. – 2001. – № 2. – С. 34–37.
2. Альтшулер В. Б. Алкоголизм // Руководство по психиатрии; под ред. А. С. Тигова. – М.: Медицина, 1999. – Т. 2. – С. 250–338.
3. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия / М. Е. Бурно. – М.: Академ. Проект, 2000. – С. 417–606.
4. Гофман А. Г. Клиническая наркология / Гофман А. Г.. – М.: МИКЛОШ, 2003. – 215 с.
5. Иванец Н. Н. Металкогольные (алкогольные) психозы / Н. Н. Иванец, М. А. Винникова: руководство по наркологии; под ред. Н. Н. Иванца. – М.: Медпрактика-М., 2002. – С. 233–268.
6. Психиатрия и наркология : учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2006. – 832 с.

ХОЛИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД И БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПОМОЩИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
Д.В. Возный

В статье приведены стратегии использования в организации помощи пациентам с алкогольной зависимостью холистического подхода, который учитывает биопсихосоциальную модель организации помощи пациенту. Этиологический принцип биопсихосоциальной модели – мультифакторность, означает мульти-причинность и ситуативность соотношения психологических и непсихологических факторов. Описаны принципы использования биопсихосоциальной модели в диагностическом и терапевтическом процессе. Диагностика и терапия, согласно биопсихосоциальному подходу, проводится в трех плоскостях: соматической, психологической, социальной.

Ключевые слова: холистический подход, биопсихосоциальная модель, алкогольная зависимость.

HOLISTIC APPROACH AND BIOPSYCHOSOCIAL MODEL IN ALCOHOL DEPENDENCE ASSISTANCE: BASIC PRINCIPLES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT
D. Vozny

The article presents strategies to use holistic approach in the organization of care for patients with alcohol dependence, that considers the biopsychosocial model of the organization of patient care. Etiological principle of biopsychosocial model – multifaktornist means multiprichinnost situational and psychological relations, and not psychological factors. Described how to use the biopsychosocial model in the diagnostic and therapeutic process. Diagnosis and therapy of the biopsychosocial approach is carried out in three areas: somatic, psychological and social.

Key words: holistic approach, biopsychosocial model, alcohol dependence.

УДК 616.89–008.441.13–08

К.В. Рябухін
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ У ФОРМУВАННІ
АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ЖІНОК
Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Ключові слова:
аддикція, жіночий
алкоголізм, сфери
функціонування,
фактори залежності.

У статті автори наводять результати досліджень рівнів задоволеності влас-ним соціальним функціонуванням у різних сферах жінок, які страждають на алкоголізм. На основі дослідження встановлено соціально-психологічні чин-ники формування алкогольної залежності. Їх слід враховувати як мішені для корекції при підготовці реабілітаційних та психопрофілактичних програм для жінок з алкогольною залежністю.

Актуальність дослідження. У популяції осіб з алко-гольною залежністю жінки становлять лише третину. Інші дві третини складають чоловіки [3]. Толерантність суспільства до жінки, яка страждає на алкогольну за-лежність, набагато менша, ніж до чоловіків з алкоголь-ною аддикцією. Саме тому жінки, які страждають на алкогольну залежність, набагато активніше намагають-ся її приховувати та замовчувати [1]. Дуже часто вони п'ють на самоті. Через алкоголізм жінка може багато втратити – роботу, друзів, і найцінніше – приятзнь родини, яка може почати соромитися та зневажати її. Багатьох жінок до алкоголізму приводить їхня соціаль-на або економічна ситуація [2, 3]. Жінки, які живуть у спокійному та соціально стабільному середовищі, не мають серйозних проблем та конфліктів на роботі і ця робота їх влаштовує, мають добрі стосунки зі своїм чоловіком та батьками – найменше ризикують стати залежними від алкоголю. Але чим меншою є відповід-ність цим факторам, тим більша ймовірна схильність до виникнення залежності. Проте досить часто до цієї категорії осіб потрапляють жінки самостійні й успіш-ні – наприклад підприємці, медсестри, лікарі, вчителі чи навіть зірки шоу-бізнесу [3].

Багато сучасних наукових робіт присвячені вивченню чоловічої алкогольної залежності. Лише в останні деся-тиріччя дослідники звернули увагу на специфіку фор-мування та перебігу алкогольної залежності у жіночій популяції, і дотепер ця тема є актуальною.

Матеріали та методи дослідження

Під нашим спостереженням перебувала 281 жінка з алкогольною залежністю у віці від 27 до 54 років (ОГ). Групу ОГ було набрано в жіночих відділеннях КУ «Одесь-кий обласний медичний центр психічного здоров'я». В якості групи порівняння було обстежено 63 жінки відповідного віку без ознак алкогольної залежності (ГП).

Критеріями включення до дослідження були:
• досліджені були здатні прочитати і усвідомити дані, наведені в бланку щодо інформованої згоди для участі у дослідженні, а також розуміли інструкції, наведені у психологічних тестових методиках;

- власноруч підписали інформовану згоду на участь у дослідженні;
 - мали встановлений діагноз «психічна та поведінкова залежність внаслідок вживання алкоголю» (F–10);
 - входили до вікової групи 27–54 роки (для досягнен-ня однорідності досліджуваних груп);
 - жіноча стать.
- Критеріями виключення з дослідження були наступні:
- наявність іншого вираженого соматичного або пси-хіатричного діагнозу в стадії загострення;
 - будь-яке хронічне соматичне або психічне захворю-вання в анамнезі;
 - невідповідність віковому критерію дослідження;
 - чоловіча стать.

Контингент обстежених був однорідним за базови-ми показниками, це дозволяє вважати результати до-слідження такими, що репрезентативно відображають генеральну сукупність.

На першому етапі дослідження з метою верифікації феномена алкогольної залежності в обстежених групах було використано «АУДИТ-тест» (Alcohol Use Disorders Identification Test) та методику І.К. Сосіна [4].

За «АУДИТ-тестом» виявлено, що залежність від алкоголю мали всі обстежені ОГ. Середній бал за тестом в основній групі складав 24,38 бала.

Використання тесту І.К. Сосіна дозволило підтвер-дити наявність алкогольної залежності в усіх дослідже-них ОГ (в середньому в ОГ кількість стверджувальних відповідей за питаннями тесту №№1–13 складала від 7 до 11), при цьому додатково було виявлено наявність анозогностичної настанови (про яку, за умовами тесту, свідчила позитивна відповідь на питання №14) у 84,34% обстежених в ОГ.

Таким чином, наявність алкогольної залежності в обстежених жінок ОГ була підтверджена як клінічними ознаками залежності, так і спеціалізованими валідними тестами.

У жінок ГП наявності ознак алкогольної залежності виявлено не було.

Наступним етапом було проведення в групах анкету-вання з метою виявлення соціально-демографічних відо-

мостей щодо досліджених, а також рівня їх задоволеності власним соціальним функціонуванням в різних сферах.

Результати та їх обговорення

Рівень освіти досліджених за даними анкетування був наступним: в ОГ більшість жінок мали середню спеціальну (42,3%) або вищу (47,3%) освіту. В ГП переважна більшість жінок закінчили ВНЗ – 73,2%.

Розподіл за сімейним станом в ОГ та ГП в основному не мав значних відмінностей (p≤0,05). Достовірна

Таблиця 1. Сімейний стан обстежених, %

Сімейний стан	Групи	
	ОГ (n=281, 100%)	ГП (n=63, 100%)
У шлюбі не перебували	12,2	13,4
Одружені вперше	15,4	21,3
Одружені вдруге та більше	11,2	13,5
Незареєстроване співмешкання	26,7	19,7
Розлучені	21,8	7,9*
Вдови	3,1	3,4
У шлюбі, але проживають окремо	9,6	9,3

Примітка. * p≤0,05.

Таблиця 2. Наявність дітей у обстежених, %

Кількість дітей	Групи	
	ОГ (n=281 – 100%)	ГП (n=63 – 100%)
Не мають	11,3	13,1
Очікують на дитину зараз	0,0	3,8
Одна дитина	32,6	34,6
Двоє дітей	38,2	33,9
Троє та більше дітей	15,3	9,3
Прийомні діти	2,6	4,7

Таблиця 3. Соціальний статус обстежених та вид трудової діяльності, %

Групи обстежених	Тип заробітку			Характер трудової діяльності		Посада	
	безробітні	тимчасовий заробіток	постійне місце роботи	фізична праця	розумова праця	керівники	виконавці
ОГ, n = 281, 100%	38,3	33,7	28,0	82,4	17,6	8,5	91,5
ГП, n = 63, 100%	19,8*	6,8*	73,4*	43,6*	56,4*	13,6	86,4

Примітка. * p≤0,05.

Таблиця 4. Рівень матеріального достатку, %

Рівень достатку	Групи	
	ОГ (n=281 – 100%)	ГП (n=63 – 100%)
Бідність	3,8	0,0
Соціальна допомога	9,4	3,4
Заробіток нижче середнього	46,7	24,2
Середній заробіток	10,7	43,6*
Заробіток вище середнього	5,3	17,5*
Живе за рахунок інших осіб	24,1	11,3*

Примітка. * p≤0,05.

різниця визначена в єдиному випадку – в ОГ кількість розлучених жінок була достовірно вищою, порівняно з ГП (p≤0,05) (табл. 1).

За даними, наведеними в таблиці 1, більшість досліджених обох груп проживали з партнером в зареєстрованому (36,2% в ОГ та 44,1% в ГП) або незареєстрованому шлюбі (26,7% в ОГ та 19,7% в ГП).

Дані щодо наявності дітей у жінок обох досліджених груп наведено в таблиці 2.

Більшість досліджених ОГ та ГП мали дітей – 88,7% жінок ОГ та 82,5% осіб ГП; з них 2,6% дітей у жінок ОГ та 4,7% дітей у ГП були прийомними.

Результати вивчення соціального статусу обстежених, представлені в таблиці 3, виявили, що серед жінок з алкогольною залежністю була більшою кількість осіб, які мали тимчасовий заробіток (33,7% осіб) або були безробітними (38,3% осіб). Більшість опитуваних ОГ займалися фізичною працею (82,4%) та були виконавцями (91,5%), а не керівниками.

У жінок ГП соціальний статус за показниками типу заробітку, характеру трудової діяльності та займаної посади відповідно був вищим. Достовірно частіше, порівняно з жінками ОГ, досліджені ГП мали постійне місце роботи (73,4%), характер їх діяльності переважно стосувався розумової праці (56,4%).

Рівень матеріального достатку обстежених наведено у таблиці 4.

За даними таблиці 4, бідними себе вважали 3,8% жінок ОГ, в ГП таких випадків не було. В ОГ достовірно частіше, порівняно з ГП, рівень заробітку жінок був середнім (10,7%) або нижче середнього (46,7%). Значна кількість жінок ОГ жили за рахунок інших осіб (24,1%), що траплялось достовірно частіше, ніж в ГП (p≤0,05). Рівень заробітку в ГП був достовірно вищим, порівняно з ОГ: середній рівень заробітку у 43,6%, вище середнього – у 17,5%.

На наступному етапі було проведено анкетування досліджених з метою визначення соціально-демографічних показників, а також рівня задоволеності власним соціальним функціонуванням. Результати анкетування наведено на рисунку 1.



Рис. 1. Ступінь незадоволеності соціальним функціонуванням у різних сферах

Рисунок 2 свідчить, що загальний рівень незадоволення власним соціальним функціонуванням майже за всіма показниками був значно вищим в ОГ, порівняно з ГП. Більшість жінок ОГ висловлювали незадоволеність, пов’язану з функціонуванням у родинній сфері: незадоволення стосунками з чоловіком (65,6%), стосунками з батьками та родичами (72,1%), взаємодією з друзями або знайомими (73,2%). Більшість жінок ОГ також висловлювали незадоволеність в професійній сфері, а саме стосунками з начальником (82,2%) та колегами (64,3%), незадоволеність фінансовим станом (71,1%) та професійним статусом (73,1%).

Порівняно з групою жінок ГП, рівень незадоволеності власним соціальним функціонування в родинній, професійній сферах та сфері комунікації у осіб ОГ був достовірно вищий (p≤0,05).

На основі дослідження було встановлено соціально-психологічні чинники формування алкогольної залежності (рис. 2).

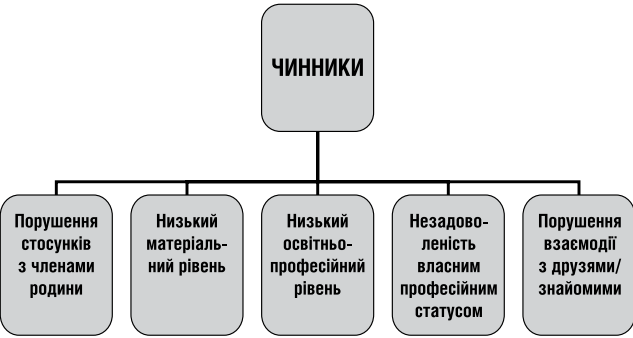


Рис. 2. Соціально-психологічні чинники формування алкогольної залежності у жінок

З рисунка 2 видно, що основними соціально-психологічними чинниками формування алкогольної залежності, за даними проведеного дослідження, були: порушення стосунків з членами родини (батьками, чоловіком, дітьми) та друзями/знайомими, низький матеріальний рівень, низький освітньо-професійний рівень, незадово-

леність власним професійним статусом. При підготовці реабілітаційних та психопрофілактичних програм для жінок з алкогольною залежністю слід враховувати соціально-психологічні чинники формування алкогольної залежності як мішені корекції.

Висновки

1. Багатьох жінок до алкоголізму приводить їх соціальне або економічне становище. Основними соціально-психологічними чинниками формування алкогольної залежності, за даними проведеного дослідження, були: порушення взаємовідносин з членами родини (батьками, чоловіком, дітьми) та друзями/знайомими, низький матеріальний та освітньо-професійний рівень, незадоволеність власним професійним статусом.

2. Загальний рівень незадоволення власним соціальним функціонуванням майже за всіма показниками є значно вищим у жінок з алкогольною залежністю. Більшість жінок ОГ висловлювали незадоволеність, пов’язану з функціонуванням у родинній сфері: незадоволення стосунками з чоловіком та батьками і родичами, взаємодією з друзями або знайомими. Також висловлювали незадоволеність в професійній сфері, а саме стосунками з начальником та з колегами, незадоволеність фінансовим станом та професійним статусом.

3. При підготовці реабілітаційних та психопрофілактичних програм для жінок з алкогольною залежністю слід враховувати соціально-психологічні чинники формування алкогольної залежності як мішені корекції.

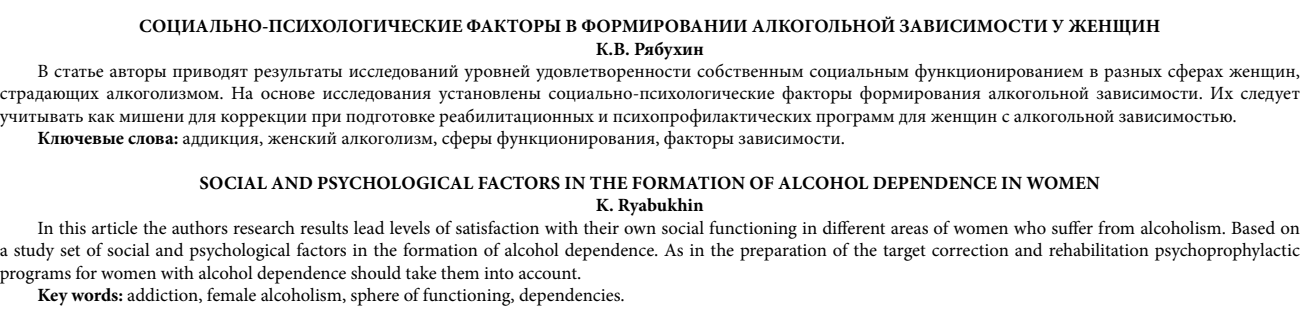
Список використаної літератури

1. Дмитриева Т. Б. Социальные факторы и психические расстройства у женщин: [руководство по социальной психиатрии] / Т. Б. Дмитриева, К. Л. Иммерман, М. А. Качаева; под ред. Т. Б. Дмитриевой // Медицина. – 2001. – С. 162–167.

2. Егоров А. Ю. Современные особенности алкоголизма у женщин: возрастные аспекты / А. Ю. Егоров // Наркология. – 2005. – № 9. – С. 49–55.

3. Запороженко В. Г. Социальные и социально-гигиенические факторы женского алкоголизма / В. Г. Запороженко, Э. И. Каленова // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. – М., 1983. – С. 27–31.

4. Петров Д. В. Диагностика, лечение и профилактика расстройств, вызванных употреблением алкоголя / Д. В. Петров. – Ярославль, 2003. – С. 90–92.



ТЕЗИ

Ю.Н. Шевченко

СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, БОЛЕЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепропетровск

Проблема социального функционирования у пациентов с соматической патологией является одной из наиболее актуальных на современном этапе. От 40 до 60% больных, поступающих в гастроэнтерологические стационары, страдают непсихотическими психическими расстройствами в форме депрессивных и тревожных расстройств. Все большее внимание уделяется комплексному подходу к диагностике и лечению пациентов. Панкреатит является достаточно распространенным заболеванием среди населения. С клинических и социальных позиций необходимо учитывать прогрессивный характер данной патологии, ее крайне негативное влияние на качество жизни больных.

Нами было обследовано 30 пациентов с диагнозом хронический панкреатит (согласно МКБ-10 диагноз K86.1) по Опроснику SF-36. Данный опросник содержит 8 шкал, которые объединены в два суммарных измерения – физический компонент здоровья (физическое функционирование; ролевое (физическое) функционирование; боль; общее здоровье) и психический компонент (жизнеспособность; социальное функционирование; эмоциональное функционирование; психологическое здоровье). В данном обследовании показан корреляционный анализ психического компонента, который отражает социальное функционирование

пациентов с учетом степени выраженности физического и эмоционального состояния, ограничивающего социальную активность пациентов. Низкие баллы (до 4,0 баллов) свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния. Высокие баллы (более 4,0 баллов) свидетельствуют о высоком уровне социальной адаптации.

В ходе исследования было выявлено, что у 70% пациентов наблюдаются низкие баллы (2,5±0,9 балла), которые свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением эмоционального состояния. У 30% участников был обнаружен средний балл (3,0±1,0 балл), что свидетельствует о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического состояния.

Проведенный корреляционный анализ частоты рецидивов хронического панкреатита у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами с уровнем социального функционирования свидетельствует о том, что пациенты с низким социальным статусом более подвержены рецидивам хронического панкреатита, чем пациенты с более высоким уровнем социального функционирования.

О.О. Усков

ЩОДО АКТУАЛЬНОСТІ РОЗВИТКУ ПСИХОДЕРМАТОЛОГІЇ
ЯК НАПРЯМУ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Харківська медична академія післядипломної освіти освіти, м. Харків

Психодерматологія є одним із найбільш актуальних та малодосліджених напрямів сучасної медицини. Численні дослідження в галузі психопатологічних розладів у пацієнтів із захворюваннями шкіри та розробка методів їх корекції дозволили виділити новий напрям у дерматології, який отримав назву психосоматичної дерматології. За відсутності явної психопатологічної симптоматики пацієнти з дерматовенерологічними захворюваннями не потрапляють у поле зору психіатра або психотерапевта, якщо тільки самі вони не вимагають відповідної консультації. Особлива роль патогенних емоційних реакцій в генезі шкірних проявів послужила основою для виділення з психодерматологічної патології так званих психосоматичних захворювань шкіри. Психічні розлади, що відрізняються поліморфізмом клінічних проявів, спостерігаються у третини пацієнтів дерматологічних клінік. На думку авторитетних німецьких дерматологів, приблизно у 20% пацієнтів з хронічними

дерматологічними захворюваннями виявляють ті чи інші психопатологічні порушення. В середньому, епідеміологічні значення поєднання дерматологічної та психічної патології становлять близько 30–40%.

В даний час напрям психодерматології активно розвивається зарубіжними дослідниками, що працюють в Німеччині, Італії, Великобританії, США, Канаді, Росії, в якій проблеми співвідношення психічних розладів і шкірних захворювань розробляються в кількох напрямках.

На початку минулого сторіччя майже всі неінфекційні шкірні хвороби розглядалися як у світлі теорії нервізму І.М. Сеченова, так і психофізіологічного вчення І.П. Павлова. У подальшому, з відкриттям нових механізмів розвитку шкірної патології (генетичних, імунологічних, обмінних) подібний підхід у поясненні патогенезу ряду дерматозів відступив на другий план.

Згідно з даними останніх досліджень структура психосоматичних співвідношень може бути представлена у

вигляді континууму, на одному з полюсів якого превалюють розлади, зумовлені переважно психічною, а на іншому – соматичною шкірною патологією.

Шкіра відрізняється високою чутливістю до психогенних і ситуаційних впливів. При систематичі психічних розладів у дерматологічній клініці виділяють:

- 1) психічні розлади з переважною проекцією симптомів у сферу шкірного покриву:
 - а) дерматозойне (зоопатичне) марення;
 - б) іпохондрії з аутодеструктивними тенденціями (патомімія, невротичні екскоріації, екскорійоване акне, трихотиломанія, оніхофагія, хейлофагія);
 - в) дисморфобія (домінування ідеї уявної фізичної вади, пов'язаної зі шкірним покривом);
- 2) психічні розлади, спровоковані дерматологічною патологією.

Н.Г. Масловська

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ
ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ ДІЙ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

Інтенсивний вплив війни; загроза для життя і тяжкі втрати; проживання в районі або громаді, звичний уклад життя якої був ущент зруйнований; сильний вторинний стрес, незалежно, гострої чи хронічної природи; фізичні травми – всі ці фактори знижують адаптивні механізми організму та сприяють виникненню психічних порушень, що потребують спеціалізованої допомоги фахівців.

Мета дослідження – визначити аспекти організації спеціалізованої психіатричної допомоги, виділити найпоширеніші синдроми, що з'являються у осіб, які перебували під впливом значних стресових чинників, опрацювати шляхи розподілення постраждалих для подальшого надання їм спеціалізованої психіатричної допомоги.

Матеріали та методи. Було обстежено 46 пацієнтів – учасників бойових дій, 21 з них перебував у відділенні неврозів та соматоформних розладів, 4 – у гострих закритих відділеннях лікарні, 14 було обстежено на кафедрі неврології, психіатрії, наркології та медичної психології ТОККПНЛ та 7 у центрі психологічної служби м. Тернополя. Використані наступні методи дослідження: анамнестичні та клінічні дані, клініко-психопатологічний, експериментально-психологічний, а також опитувальник по зовнішніх тригерах ERS, шкали MMPI, Монгомері–Асберга, опитувальник Спілберґера–Ханіна [1]. Усіх постраждалих було поділено на категорії залежно від виділених патофизиологічних синдромів, тяжкості захворювання та особистісних характеристик [3].

Результати. У процесі дослідження постраждалих, які звертались за психіатричною допомогою, було виділено психопатологічні синдроми, а саме: істеро-іпохондричний (4%), астено-іпохондричний (6%), обсесивно-фобічний (9%), астено-депресивний (32%), астено-невротичний (10%), параноїдно-депресивний

Виділяється також особлива група дерматозів – хронічні психосоматичні захворювання (атопічний дерматит, псориаз, справжня екзема тощо), перебіг яких – маніфестація і подальше рецидивування – опосередкований психічною травматизацією. Однак поряд із вразливістю до стресу та іншими проявами реактивної лабільності, що виражається у формі дерматозів, спостерігаються і зворотні співвідношення. Дерматологічні захворювання з хронічним рецидивуючим перебігом, торпідним до терапії, що супроводжуються вираженим свербінням і висипаннями, що локалізуються на відкритих ділянках шкіри, можуть самі по собі стати тяжким стресом і провокувати психогенні розлади.

Отже, складність коморбідних зв'язків психічних і дерматологічних розладів на теперішній час розвитку клінічної медицини видається очевидною.

(3%), астеничний (17%), тривожний (15%) [2]. Також було виділено окрему категорію постраждалих (4%), у яких спостерігали окремі симптоми (замкненість в собі, прояви агресії, поява страхів, нічні жахиття, апатія, дратівливість та інші, цей розподіл наведено на діаграмі.



Постраждали, у яких було виявлено істеро-іпохондричний, астено-іпохондричний, обсесивно-фобічний, астено-депресивний, астено-невротичний, тривожний, астеничний синдроми, потребували лікування у відділеннях неврозів та соматоформних розладів. Їм проводили лікування такими групами препаратів: седативні, транквілізатори, антидепресанти, ноотропи, снодійні, а також індивідуальну та групову психотерапію. Пацієнти із параноїдно-депресивним синдромом потребували лікування у гострих психотичних відділеннях лікарні, де використовували антипсихотичні препарати, анти-

депресанти, седативні засоби, снодійні. Постраждали, у яких виявлено окремі симптоми, потребували комплексного обстеження, призначення симптоматичного лікування (снодійні, анксиолітичні препарати, заспокійливі, ноотропи), реадаптації (повернення в коло сім’ї, друзів) та психотерапії (групової та індивідуальної), спілкування із духівником, долучення до груп взаємодопомоги [4].

Висновки. У процесі проведення дослідження було визначено певні аспекти організації спеціалізованої пси-

хіатричної допомоги. Усіх постраждалих було поділено на категорії залежно від виділених патопсихологічних синдромів та розподілено у відділення лікарні, в яких було проведено відповідну фармакологічну та психотерапію. Постраждалим, які не потребували стаціонарного лікування, було запропоновано відповідну симптоматичну терапію, а також відвідування індивідуальної та групової психотерапії, долучення до груп взаємопідтримки, спілкування із духівниками.

В.С. Білоус
ВПЛИВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ
НА РОЗВИТОК ПЕРВИННОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗОДУ
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

Добре відомо, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) може виникнути після травм, таких як військові дії. Слід зазначити, що такі травми можуть призвести до виникнення симптомів психозу. Психологічне насильство у дитячому віці та сексуальне насильство також пов’язані з психозом. Такі травми сприяють розвитку психозу, і це можна порівняти з психозом ендогенного походження (шизофренія).

Досить широко дослідженим є психоз, який виникає внаслідок ПТСР. Він часто розвивається у людей, які перенесли травми у воєнних ситуаціях. У пацієнтів з ПТСР, що належали до групи ветеранів військових дій, психотичні симптоми спостерігалися частіше, ніж у контрольних групах (Батлер, 1996; Козарик-Ковачич, 2005). Однак при посттравматичному стресовому розладі спостерігаються не тільки позитивні психотичні симптоми, але й негативні (Хамнер, 2000). Аналіз даних показує, що у 30–40% ветеранів військових дій з ПТСР виявляють слухові або зорові галюцинації та/або маячні ідеї (Ліндлі, 2000). Існує багато дискусій щодо зв’язку між ПТСР і психозом. Моррісон та ін. (2003) розглядають три основні версії. По-перше, психоз може призвести до ПТСР, відомо, що у 46% з тих хворих, у кого був гострий психотичний епізод, через 4 місяці виникає ПТСР. По-друге, вважають, що травма може викликати психоз і, нарешті, що ПТСР і психоз є частиною спектра захворювань, які можуть виникати у відповідь на травму.

Інші травматичні життєві події, включаючи психологічно тяжке дитинство та сексуальне насильство, також є приводом для виникнення психозу.

Дослідження показало, що 70% галюцинацій розвиваються після травматичних випадків (Ромм та Ешер, 1989). Крім того, хронічним слуховим галюцинаціям зазвичай передують епізоди травми або події, що викликають активацію пам’яті про перенесену травму (Хоніг, 1998).

Також травми сприяють «пограничному розладу особистості» і депресії.

Особливий інтерес представляє модель розвитку посттравматичного психозу в порівнянні з психозом ендогенного походження (шизофренія).

У розвиток шизофренії залучені функціональні та анатомічні зміни головного мозку. Подібні аномалії спостерігалися також у хворих на ПТСР. Структури мозку до і після розвитку ендогенного психозу (шизофренії) були ретельно вивчені за допомогою МРТ. Особливу увагу привернув гіпокамп, який був зменшеним в об’ємі при початкових стадіях психозу і хронічної шизофренії (Велаколіс, 1999). Цілком імовірно, що гіпокамп зменшується на певному етапі напередодні або відразу після початку психозу. Однак ці дані досконало не вивчені, але подальші дослідження проводяться (Вуд, 2001; Велаколіс, 2006). Інші зміни в медіальній скроневій частці (включаючи мигдалини і передню частину поясної звивини кори мозку) також були описані (Велаколіс, 2006; Юцель, 2003). Вважається, що ці структурні зміни нервової системи, включаючи пре- та перинатальні, призводять до виникнення психозу (Пантеліс, 2005; Велаколіс, 2000).

У одному з досліджень оцінювали розвиток симптомів у пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом і психічних симптомів, набутих під час військових дій, та порівнювали із симптомами у пацієнтів з ПТСР з психотичними симптомами, набутими в результаті сексуального насильства в юнацькому віці.

Вивчали п’ять таких випадків, два з яких пов’язані з ПТСР внаслідок війни, три – ПТСР, пов’язаний із сексуальним насиллям.

У кожному з випадків в обох групах симптоми, здавалося б, розвиваються поступово. У пацієнтів виникає ПТСР, але не психотичні симптоми. Психотичні симптоми виникають в кожному з випадків через деякий час, в другому епізоді травми. Ця феноменологія, припускають, є моделлю стресового діатезу, який дійсно має місце у пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом і психотичними симптомами, і що перший епізод ПТСР робить цих хворих більш вразливими, що призводить до розвитку психотичних симптомів при впливі подальшого стресу. Очевидно, необхідно буде перевірити цю гіпотезу, докладно вивчаючи історію, беручи до уваги феноменологію розвитку у великого числа пацієнтів психотичних симптомів і ПТСР.

Т.П. Гусева
ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ
У ЛЮДЕЙ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

Проблема соціальної адаптації особистості завжди є актуальною, а в умовах виникнення надзвичайних ситуацій вона постає особливо гостро. За цих умов зростає кількість постраждалих осіб. Від того, як вони змінять свою поведінку та діяльність, взаємодію із соціальним оточенням, буде залежати ступінь їх адаптованості до світу. Адаптованість є одним із критеріїв психічного здоров’я особистості.

Мета нашого дослідження полягає у створенні психологічної характеристики та окресленні проблем соціальної адаптації жертв надзвичайних ситуацій.

Під терміном «надзвичайна ситуація» слід розуміти порушення нормальних умов життя і діяльності людей на об’єкті або території, спричинене аварією, катастрофою, стихійним лихом або іншими чинниками, що призвели (можуть призвести) до загибелі людей, тварин і рослин, значних матеріальних збитків та (або) завдати шкоди довкіллю (навколишньому середовищу).

Надзвичайні ситуації негативно впливають на психічне здоров’я постраждалих, викликають в майбутньому проблеми, пов’язані із соціальною та соціально-психологічною адаптацією та реадаптацією до змінених умов середовища.

Свідомість, психіка постраждалих додатково травмуються ще й тим, що у них різко змінюються колишні, звичні для них життєві стереотипи, коло спілкування. Ці фактори сприяють формуванню відносно стійких психогенних розладів.

Динаміка цих порушень залежить також від вирішення соціальних питань, які стоять перед постраждалими.

Соціальна адаптація розглядається в медико-психологічній літературі як пристосування індивіда до умов соціального середовища, формування адекватної системи відносин із соціальними об’єктами, рольова пластичність поведінки, інтеграція особистості у соціальні групи, діяльність щодо освоєння стабільних соціальних умов, прийняття норм і цінностей нового соціального середовища, форм соціальної взаємодії.

Труднощі соціальної адаптації особистості пов’язані з наступними факторами:

- конфліктне прийняття або неприйняття особистістю нових цінностей;
- дефіцит особистісно значущої інформації, необхідної людині для прийняття адекватних рішень;
- зміна соціального статусу особистості;
- усвідомлення неможливості змінити ситуацію;
- втрата відчуття особистої безпеки;
- виникнення посттравматичного стресового розладу.

Дуже часто людина, яка стала жертвою надзвичайної ситуації, намагається уникати всього того, що може нагадувати їй про пережите, прагне до усамітнення, використовуючи власні ресурси для зменшення травмуючого впливу.

Висновки. Соціальна адаптація постраждалих у надзвичайних ситуаціях передбачає усвідомлення та прийняття нових установок та цінностей у власній картині світу, гнучкість у виконанні соціальних ролей, використання власних адаптивних ресурсів і можливостей, врахування факторів соціального середовища.

Н.І. Яворська
АДИКТИВНА ПОВЕДІНКА ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНИХ
ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

Кожного дня ми зазнаємо впливу стресових ситуаціям, кожного дня ми вирішуємо: втікати, боротися чи не зважати. Результати нашого вибору отримуємо через декілька років або місяців у вигляді неприємних спогадів та інтерпретуємо це як досвід. Як інтрузії, флешбек, нічні кошмари, гіперконтроль, що вилився у посттравматичний розлад. Тут йдеться про долі пересічних людей, які протягом життя можуть мати даний розлад, і їх число становить приблизно 1–3% всього населення. А якщо говорити про стан людей під час війни і втрат, в час, коли ти не тестуєш стресову ситуацію-момент, а коли ти живеш в ній роками. Ти хочеш змінити декорацію – та не виходить, потім змінити ставлення до неї – і знову

поразка. Згодом вирішуєш зменшити інтенсивність і анестезуєш себе: «Проблема є – та це мене не хвилює. Вона руйнує – та мені байдуже...». Хорошим анестетиком [4], який продукує «легке, моментне безумство», підвищує рівень дофаміну, коли той «на нулі», є алкоголь. Для організму в цей час – це «найкращі ліки», принаймні так вирішує мозок, адже пам’ятає, як ця речовина привела «до тям». І не розуміє, що «лікуючи» один розлад – набуває інший... Враховуючи це, постає питання: всі схильні до адиктивної поведінки чи причина в іншому...?

Мета дослідження: визначити найпоширеніші синдроми, характерні для осіб з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Визначити типи розладів особис-

тості [2], що схильні до адиктивної поведінки у вигляді зловживання алкоголем у осіб з ПТСР, провести аналіз терапії пацієнтів з ПТСР з надмірним вживанням алкоголю.

Методи дослідження: анамнестичні та клінічні дані, Міссісіпська шкала ПТСР, шкала CAPS, тест MMPI, опитувальник мотивації вживання алкоголю, опитувальник по зовнішніх тригерах ERS2A.

Авторами було проведено консультацію 36 пацієнтам, що перебували на обстеженні та лікуванні в ТОНД протягом 3 місяців. Внаслідок проведених досліджень психіатра та психолога було встановлено, що 24 (66,6%) обстежувані особи мають ПТСР [1]. Із них 9 (37,5%) осіб – із абстинентним синдромом, 7 (29%) – з епізодичним вживанням алкоголю, 5 (21%) – із гострою неускладненою алкогольною інтоксикацією та 3 (12,5%) – з гострою алкогольною інтоксикацією, ускладненою

комою. У 24 обстежуваних з ПТСР спостерігали такі синдроми: тривожно-фобічний – 6 (25%) осіб, тривожно-депресивний – 5 (21%), істеро-іпохондричний – 8 (33,5%), астено-іпохондричний – 3 (12,5%), астено-депресивний – 2 (8%). Після проведеного тесту MMPI було визначено, що даним хворим притаманні такі типи особистості: 11 (46%) – тривожний тип особистості, 6 (25%) – антисоціальний, 7 (29%) – демонстративний.

Таким чином, автори встановили мотиви вживання алкоголю у пацієнтів з ПТСР. Хворі, які мали прояви тривоги і ажитації [3] у вигляді тривожно-депресивного, астено-депресивного, істеро-іпохондричного синдрому, використовували алкоголь з ансіолітичною метою, а пацієнти з антисоціальним типом у вигляді астено-іпохондричного, астено-депресивного синдрому – вживали алкоголь через нестійкість своїх потягів, мотивації та флюктууючої поведінки.

ДАЙДЖЕСТ

КОГНІТИВНО-БІХЕВІОРАЛЬНА ТЕРАПІЯ ПРОДОВЖУЄ ДЕМОНСТРУВАТИ ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРИ РІЗНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ: РЕЗУЛЬТАТИ НОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА СИСТЕМАТИЧНИХ ОГЛЯДІВ

Когнітивно-біхевіоральна терапія (КБТ) на сьогоднішній день є методом психотерапії з найбільшою доказовою базою щодо лікування психічних розладів. КБТ рекомендована різними сучасними клінічними настановами для лікування депресивних та тривожних розладів, розладу дефіциту уваги, аддикцій та ряду інших нозологій. Її використання у ролі додаткового методу терапії пов'язано з певними перевагами для пацієнтів із шизофренією та біполярним афективним розладом.

Сам метод дуже зручний для проведення дослідження – простий у використанні, зрозумілий для пацієнтів, має невелику тривалість та простий у оцінці результатів.

КБТ, ТЕРАПІЯ «НАВОДНЕННЯМ» ТА ПРОЛОНГОВАНА РЕАКЦІЯ ВТРАТИ

Результати дослідження, опублікованого 22 вересня в журналі «JAMA Psychiatry», продемонстрували доволі несподівані результати. Відомо, що КБТ ефективна при лікуванні пацієнтів із пролонгованою реакцією втрати – стану, що охоплює близько 10% індивідів, які пережили втрату близької людини. Автори нового дослідження продемонстрували, що ефективність КБТ можна підвищити, якщо додатково використовувати терапію «наводненням» (експозиційна терапія), яка включає неодноразове переживання смерті близької людини до того моменту, поки цей стимул не буде призводити до негативних реакцій.

У дослідженні взяли участь 80 пацієнтів із пролонгованим горем, яких випадковим чином поділили на 2 групи з призначенням КБТ та експозиційною терапією або тільки КБТ. Обидві групи пройшли 10 тижневих сесій групової КБТ, пацієнтам із першої групи додатково провели 4 індивідуальні сесії терапії наводненням, а другої групи – 4 індивідуальних сесії, на яких обговорювали актуальні для пацієнта питання.

Не дивно, що дослідження, присвячені цьому методу, публікуються надзвичайно часто. За останні декілька місяців доказова база по КБТ поповнилась даними щодо використання при пролонгованій реакції горя, соціальної фобії, психозах, резистентних до медикаментів та використання через телефонний та інтернет-зв'язок.

Базою КБТ є виявлення та оспорування дисфункціональних переконань, що лежать в основі емоційних та поведінкових проблем, зміна їх на раціональні. Таким чином, корекція викривленої когнітивної картини пацієнта, згідно із КБТ, лежить в основі успішного лікування пацієнтів із психічними розладами.

Оцінка депресії, когніцій, загального функціонування та використання Інтерв'ю для оцінки ускладненого горя після лікування показало, що використання КБТ та експозиційної терапії приводило до суттєвішого покращення в симптомах депресії та загального функціонування, ніж використання тільки КБТ.

Крім того, на 6 місяці спостереження за пацієнтами в групі КБТ + терапія «наводненням» констатували меншу частку осіб, що відповідали критеріям пролонгованого горя (14,8% та 37,9%), однак в обох групах майже однакова кількість пацієнтів все ще приймала антидепресанти.

Слід зазначити, що пролонгована реакція втрати не внесена в DSM–V. Доктор Ричард Браянт (Richard Bryant), який брав участь у проведенні дослідження, підкреслює, що був лобістом внесення цього діагнозу в нову редакцію статистичної та діагностичної настанови щодо психічних розладів. Однак його пропозицію не взяли до уваги, що свідчить про те, що психіатри досі не визнають втрату як психіатричний стан та використовують «емоційний» аргумент для підтвердження

цього, що не слід «медикалізувати» та «патологізувати» реакцію втрати.

Хоча пролонгована реакція втрати не вважається класичним психічним розладом, цей стан асоційований з рядом психічних, фізичних та соціальних проблем, включаючи суїцидальність, зниження уваги до свого здоров'я,

КБТ ЕФЕКТИВНА ПРИ СОЦІАЛЬНІЙ ФОБІЇ: РЕЗУЛЬТАТИ СИСТЕМАТИЧНОГО ОГЛЯДУ З МЕТА-АНАЛІЗОМ

Індивідуальна КБТ ефективніша, ніж фармакотерапія, для лікування дорослих пацієнтів із соціальною фобією, крім того, така терапія не призводить до побічних ефектів та має кращу ціну-ефективність – до такого висновку прийшла група вчених під керівництвом доктора Евана Майо-Вильсона (Evan Mayo-Wilson) із Школи громадського здоров'я Блумберга при Університеті Джона Гопкінса (John Hopkins University Bloomberg School of Public Health).

Ці результати вчені отримали в рамках систематичного огляду, в котрому провели мета-аналіз всіх релевантних клінічних досліджень, присвячених цій темі. Загалом дослідники переглянули дані із 101 наукової роботи за період з 1988 по 2013 рік. В них взяли участь 13 164 дорослих пацієнтів, у яких була тяжка та тривала соціальна фобія. У всіх включених в аналіз дослідженнях була присутня контрольна група: у 28-ми використовували «лист очікування», тобто пацієнтів, що очікували своєї черги на запис до лікаря, у 42-х – плацебо-таблетки та у 6-ти – психологічне плацебо.

Серед психологічних інтервенцій, які були ефективніші за «лист очікування», опинилась індивідуальна КБТ (стандартизоване різниця середніх (CPC) -1,19), групова КБТ (CPC -0,92), терапія наводненням та відпрацювання соціальних навичок (CPC -0,75) та психодинамічна психотерапія (CPC -0,62). Фізичні вправи та «інші види психологічної допомоги», куди увійшла підтримувальна терапія, тренінг «майндфулнесс» та інтерперсональна терапія, не продемонстрували достовірного ефекту, порівняно із «листом очікування». Але тільки індивідуальна

ВИКОРИСТАННЯ КБТ МАЄ ПЕРЕВАГИ ПРИ ЛІКУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНИХ ДО АНТИПСИХОТИКІВ РЕЗИДУАЛЬНИХ СИМПТОМІВ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ

Згідно із результатами нового систематичного огляду із мета-аналізом, КБТ, модифікована для лікування психозів, може допомогти пацієнтам із шизофренією, у яких симптоматика не зникає незважаючи на використання антипсихотиків. До цього висновку прийшла група вчених під керівництвом Емі Бернс (Amy Burns) з Університету Британської Колумбії, результати роботи опублікували в журналі «Psychiatric Services».

Як відмічає голова дослідницької групи, від 20 до 50% пацієнтів, незважаючи на адекватне лікування, продовжують зазнавати психотичних симптомів, які прямо впливають на їх повсякденне функціонування. З цього боку, оцінка ефективності доволі нового методу лікування, – КБТ, сфокусована на лікування психозів, – є важливою задачею.

Усього в аналіз включили 12 рандомізованих контрольованих досліджень із загальною участю 639 пацієнтів.

коморбідність, кардіоваскулярні та імунологічні захворювання. На сьогодні при цьому стані лікарі переважно призначають антидепресанти, але, на думку дослідницької групи, таке лікування не є патогномонічним, з цього боку використання КБТ, модифікованої саме для таких пацієнтів, та експозиційної терапії є великим кроком уперед.

КБТ була більш ефективною, ніж плацебо-таблетки (CPC -0,56) та психологічне плацебо (CPC -0,72).

Серед класів медикаментів, які мали більший ефект, ніж знаходження у «листі очікування», автори відмітили інгібітори моноамінооксидази (CPC -1,01), бензодіазепіни (-0,96), селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (CPC -0,91) та антиконвульсанти (CPC -0,81). Що стосується конкретних препаратів, достовірно ефективнішими були циталопрам, есциталопрам, флуоксетин, флувоксамін, пароксетин, сертралін, венлафаксин, клоназепам, моклобемід та фенельзін. Всі ці препарати, за винятком останніх трьох та циталопраму, також були ефективнішими, ніж плацебо-таблетки.

Таким чином, ефект від КБТ був більший, ніж від препаратів. Як відмічають автори, хоча ця різниця й була невеликою, психотерапія асоційована з меншою кількістю побічних ефектів, що робить її використання привабливішим. Крім того, за курс лікування КБТ (за результатами аналізу) пацієнт в середньому витратить менше грошей, ніж при лікування найдешевшими із перелічених препаратів. На додачу до цього, вчені прийшли до висновку, що припинення лікування СІОЗС після покращення стану у 25% випадків призводить до рецидиву протягом перших 6 місяців, чого не відмічається при лікуванні за допомогою КБТ.

Також вчені намагалися дослідити, чи буде комбіноване лікування (КБТ+препарати) більш ефективним, ніж монотерапія. На жаль, аналіз таку можливість заперечив.

розробки унітарної моделі терапії для цієї групи пацієнтів. Ще одним важливим моментом було те, що КБТ проводили психотерапевти, які були спеціально треновані для лікування пацієнтів із шизофренією та мали великий досвід.

КБТ ЕФЕКТИВНА ПРИ ВИКОРИСТАННІ ЧЕРЕЗ ІНТЕРНЕТ АБО ТЕЛЕФОННИЙ ЗВ'ЯЗОК

Результати нової аналітичної роботи підтвердили ефективність КБТ у лікуванні тривожних та депресивних розладів при її використанні через комп'ютер, телефонний зв'язок або у форматі рекомендацій щодо самопомоги. Цей систематичний огляд із мета-аналізом провели вчені із Великобританії на чолі з доктором Коналом Твомі (Conal Twomey) з Дублінського університетського коледжу (University College Dublin) та опублікували в журналі «Family Practice».

Загалом в аналіз включили 29 рандомізованих контрольованих досліджень, відібраних із всіх релевантних публікацій та присвячених темі мультимодальної КБТ. Авторам вдалося зробити декілька важливих висновків:

Мультимодальна КБТ має переваги над стандартним лікуванням депресивних та тривожних розладів. Величина ефекту (d) становила 0,45. Крім того, мультимодальна

Незважаючи на обмеження, результати цього мета-аналізу із достатньо великою вибіркою продемонстрували, що психотерапія може допомогти пацієнтам із резидуальними психотичними симптомами, які не корегуються стандартною медикаментозною терапією.

КБТ має переваги у якості додатку до стандартного лікування (d=0,46).

Окремо взята комп'ютеризована/онлайн КБТ має переваги над відсутністю лікування (d=0,69) та як додаток до стандартної терапії (d=0,36)

Окремо взята самопомога на основі рекомендації КБТ має переваги із невеликим розміром ефекту над відсутністю лікування (d=0,25) та стандартним лікуванням депресивних та тривожних розладів (d=0,33).

На основі результатів аналізу, на думку дослідників, можна зробити висновок про відчутну ефективність мультимодальної КБТ. Автори підкреслюють, що існують 2 дослідження, які оцінюють ефективність КБТ, забезпеченої через телефонний зв'язок. Обидва дослідження продемонстрували ефективність методу, але в аналіз їх не включили через непорівнюваність досліджуваних показників.

ВИЯВЛЕНІ НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНІ КОРЕЛЯТИ ДІЇ КБТ ПРИ ПАНІЧНОМУ РОЗЛАДІ

На 27 Конгресі Європейського товариства з нейропсихофармакології (European College of Neuropsychopharmacology) група вчених із Німеччини представили результати нового дослідження, в якому прослідкували нейрофізіологічні зміни у пацієнтів із панічним розладом, що проходили лікування з використанням КБТ.

Голова дослідницької групи, доктор Ульрик Лейкен (Ulrike Lueken) із Інституту Клінічної психології та психотерапії при Дрезденському технічному університеті, підкреслює, що незважаючи на успішність цього методу у пацієнтів із панічним розладом його нейрофізіологічні механізми дії до кінця не вивчені. Згідно із доступними на сьогоднішній день даними, ключову роль тут може грати дія на обробку дисфункціональних сигналів безпеки у специфічних ділянках мозку.

Щоб дослідити нейронний субстрат відповіді на лікування вчені використали вироблення умовного рефлексу на страх (fear conditioning) у якості нейрофункціональної проби. Нейронні кореляти вироблення умовного рефлексу дослідили за допомогою функціонального МРТ до та після використання КБТ, сфокусованої на поведінковій експозиції, у 49 пацієнтів з діагнозом па-

нічного розладу з агорафобією. Важливим моментом є те, що пацієнти з приводу свого розладу не приймали ніяких медикаментів.

Відповіддю на лікування вважали зниження балів по шкалі тривоги Гамільтона на >50%. У базовому періоді маркерами відсутності відповіді на лікування було підвищення активації в правій передколінній поясній корі, гіпокампі та мигдалині у відповідь на стимул безпеки. Водночас відповідь на лікування була асоційована із стабільним пригніченням функціональної активації в мигдалині та поясній корі. Міжнейронний зв'язок у цьому контурі модифікувався 5HT-TLPR (ген, що кодує транспортер серотоніну).

Загалом, згідно із даними функціонального МРТ, відповідь на КБТ можна було спрогнозувати з точністю до 96%. Результати дослідження не тільки дозволили дослідити нейронні кореляти відповіді на КБТ, а й розробити прогностичні критерії успішності лікування.

*Дайджест підготував Безшейко В.Г.,
Український науково-дослідний інститут соціальної
і судової психіатрії та наркології, м. Київ*

Список використаної літератури

1. Treating Prolonged Grief Disorder: A Randomized Clinical Trial / Bryant R. A., Kenny L., Joscelyne A. [et al.] // JAMA Psychiatry. – 2014 (epub. ahead of print 22 October).
2. Davenport L. Exposure Therapy Boosts CBT Impact in Prolonged Grief // Medscape. – 2014 (epub: <http://www.medscape.com/viewarticle/833665>).
3. Mayo-Wilson E., Dias S., Mavranzouli I. [et al.] Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis // The Lancet Psychiatry. – 2014. – V. 1. – P. 368-376.
4. Brauser D. CBT Trumps Medications for Social Anxiety / D. Brauser // Medscape. – 2014 (epub: <http://www.medscape.com/viewarticle/832762>).

5. Burns A. M. N. Cognitive-Behavioral Therapy for Medication-Resistant Psychosis: A Meta-Analytic Review / Burns A. M. N. Erickson D. H., Brenner C. A. // Psychiatric Services. – 2014. – Vol. 65. – P. 874–880.
6. Brooks M. CBT Beneficial for Medication-Resistant Psychosis / M. Brooks // Medscape. – 2014. – epub: <http://www.medscape.com/viewarticle/828050>.
7. Twomey C. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in primary care: a meta-analysis / Twomey C., O'Reilly G., Byrnes M. // Family Practice. – 2014. – epub. ahead of print 22 September.
8. Neuroimaging effects of CBT on fear conditioning in panic disorders / Leuken U., Straube B., Hahn T. [et al.] // European Neuropsychopharmacology. – 2014. Abstracts of the 27th ECNP Congress – S. 25.03.

1 РАЗ НА МІСЯЦЬ суспензія для ін'єкцій
пролонгованої дії



КСЕПЛІОН
паліперидону пальмітат

Від досягнень науки до здоров'я пацієнтів



PHUA/007/0714-0002

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.** Рекомендується 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, ажитация, 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 № ЦА/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

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANY
in Johnson & Johnson

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

артралгия, миалгия. Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей: задержка мочеиспускания. Нарушение репродуктивной системы и грудных желез: расстройства эякуляции, импотенция, метроррагия, меноррагия, галакторея, приапизм. Общие расстройства: утомление, пирексия, отек.

Фармакологические свойства: эсциталопрам является антидепрессантом, селективным ингибитором обратного захвата серотонина, что обеспечивает клинический и фармакологический эффекты препарата. Он обладает высокой аффинностью к основному сайту связывания и смежному с ним аллостерическому сайту транспортера серотонина и не имеет совсем или имеет очень слабую способность связываться с рядом рецепторов, включая серотониновые 5-HT_{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