

АРХІВ



ПСИХІАТРІЇ



АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Науково-практичний журнал
Том 21, № 1 (80) '2015

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

Головний редактор Пінчук І.Я.

Заступник головного редактора Хаустова О.О.

Випусковий редактор Сенатос С.В.

Відповідальний секретар Чайка А.В.



Редакційна колегія

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

Редакційна рада

К.В. Аймедов (Україна), В.С. Бітенський (Україна), В.А. Вербенко (Україна), П.В. Волошин (Україна), О. Газ-
левакий (Канада), 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 (Украї-
на), 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), Р. ван Ворен (Нідерланди), Ю.С. Савенко (Росія), О.Ю. Табачников (Україна), Д. Томас (США),
Цицкарідзе (Грузія), Б.А. Шахметов (Казахстан), Л.М. Юр'єва (Україна), О.О. Фільц (Україна), В.В. Чайковська,
(Україна), Д. Угрін (Великобританія), В. Фрідмонт (США)

Засновник

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 16431-4903 ПР від 15.02.2010 р.

Атестовано Вищою атестаційною комісією України (Бюлетень ВАК України, 2010, № 1)

Переатестовано Вищою атестаційною комісією України (Постанова ВАК №01-05/04 від 26.05.2010 р.)

Адреса редакції

Україна, 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Тел./факс: (044) 468-32-15

e-mail: undisspn@ukr.net, www.undisspn.org.ua

Видавець

ТОВ «Медікс Груп»

Адреса видавця

03169, м. Київ, вул. Московська, 44/1, оф. 35

тел. (044) 300-12-95, 300-12-96

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 УНДІ ССПН МОЗ України (протокол засідання № 3 від 25.03.2015).

Здано до друку 26.03.2015 р. Підп. до друку 30.03.2015 р. Формат 60х84/8. Друк офс. Папір офс. Гарнітура «Minion Pro».

Обл.-вид. арк. 24,75. Ум.-друк. арк. 23,79. Наклад 500 прим. Зам. № 180.

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 з письмового дозволу редакції

Рукописи не повертаються і не рецензуються. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

ЗМІСТ

ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

<i>О.О. Хаустова, Л.Е. Трачук</i> ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД: ІСТОРИЧНИЙ АСПЕКТ	6
<i>О.А. Козерацька</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ТА АНАЛІЗ НАУКОВИХ РОЗРОБОК В ОЦІНЦІ ОСОБИСТОСТІ ПОТЕРПІЛИХ ВНАСЛІДОК СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛЬСТВА	12

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

ВИТЯГ З МЕТОДИЧНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ «ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЮ» (2006).	17
<i>Г.А. Пріб</i> ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА КОМПЛЕКСНА СИСТЕМА ВИЗНАЧЕННЯ ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА СОЦІАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ	23
<i>І.Я. Пінчук, С.С. Румянцева, Т.В. Синицька, Є.М. Гавриш, А.І. Улізко</i> ДО ПИТАННЯ СТАНДАРТІВ ДІАГНОСТИКИ НАРКОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ.	26
<i>В.Я. Пішель, М.Ю. Поливіяна, В.В. Сотніченко</i> ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ ДЛЯ АЛЬТЕРНАТИВНОЇ ОЦІНКИ РІВНЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ	29
<i>О.М. Мишаківська</i> ПРИКЛАДИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ У РОЗВИНУТИХ КРАЇНАХ ДЛЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ДЕМЕНЦІЇ В УКРАЇНІ.	31

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

<i>М.В. Коваленко</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ТИПІВ ДЕЗАДАПТИВНОГО РЕАГУВАННЯ У СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ.	36
<i>І.Г. Бібик</i> АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА ПОШИРНОСТІ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ.	40
<i>М.О. Соловійова</i> ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У СПІВРОБІТНИКІВ ФІНАНСОВО-КРЕДИТНИХ УСТАНОВ	43
<i>А.В. Кізічак-Борщевська</i> РАННІ МОДЕЛІ СТОСУНКІВ ЯК ВАГОМИЙ ЧИННИК ПСИХІЧНИХ ДЕФІЦИТІВ У МАЙБУТНЬОМУ	46
<i>Ю.М. Шевченко</i> СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ТА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ	48
<i>Н.О. Ришківська, В.О. Ришківський</i> АНАЛІЗ ДИНАМІКИ СУЇЦИДАЛЬНИХ СПРОБ	52

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

<i>Ю.И. Заседа</i> КЛИНИКО-ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОПЕРСОНОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ КОНТИНГЕНТА ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	57
<i>О.М. Авраменко, О.О. Хаустова</i> ХВОРОБЛИВА ПОВЕДІНКА У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ.	63
<i>Л.Н. Юрьева, Ю.Н. Завалко, А.И. Мамчур, Я.С. Варшавский, О.А. Дмитриева, А.А. Дугнистый, М.Г. Корень, А.Н. Лазаренко, Е.О. Латышева, В.А. Малышко, В.А. Михалёва, В.А. Никоненко, В.И. Ракиш</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РИСПЕРИДОНА В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (НАТУРАЛИСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).	68
<i>О.В. Прохорова, О.О. Хаустова</i> ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИМИ ХВОРОБАМИ.	71
<i>О.А. Левада</i> НЕЙРОБИОЛОГИЯ ДЕПРЕССИИ: ОТ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ДО МОЛЕКУЛЯРНЫХ МЕХАНИЗМОВ	76
<i>Н.А. Дзеружинская</i> ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ТЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	82

CONTENTS

PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC ASSISTANCE TO MILITARY MEN AND CIVILIANS DURING WARTIME

<i>A. Khaustova, L. Trachuk</i> POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER: A HISTORICAL PERSPECTIVE	6
<i>E. Kozerackaya</i> RESEARCH AND ANALYSIS OF SCIENTIFIC APPROACHES IN THE ESTIMATION OF PERSONALITY OF VICTIMS BECAUSE OF SEXUAL VIOLENCE	12

ORGANIZATION OF MENTAL HEALTH SERVICES

EXTRACT OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH DEMENTIA (2006)	17
<i>G. Prib</i> DIFFERENTIATED COMPLEX SYSTEM OF DETERMINING DISABILITY AND SOCIAL FAILURE IN PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS	23
<i>I. Pinchuk, S. Rummyantseva, T. Sinitskaya, E. Gavrish, A. Ulizko</i> THE QUESTION OF STANDARDS FOR DIAGNOSIS SUBSTANCE ABUSE	26
<i>V. Pishel, M. Polyviana, V. Sotnichenko</i> USING EXPERIENCE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING FOR ALTERNATIVE ASSESSMENT OF ACTIVITY AND PARTICIPATION IN DAILY LIFE OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA.	29
<i>A. Myshakivska</i> EXAMPLES OF MANAGING DEVELOPED COUNTRIES FOR ORGANIZING OUTPATIENT CARE WITH DEMENTIA IN UKRAINE.	31

SOCIAL PSYCHIATRY

<i>M. Kovalenko</i> RESEARCH TYPES MALADAPTIVE RESPONSES IN STUDENTS OF HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS MENDYCHNYH	36
<i>I. Bibyk</i> ANALYSIS INCIDENCE AND PREVALENCE MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN ZAPOROZHE REGION	40
<i>M. Solovyova</i> PREDICTING THE RISK OF NEUROTIC DISORDERS AN EMPLOYEE FINANCIAL AND CREDIT INSTITUTIONS.	43
<i>A. Kihichak-Barshcheuski</i> EARLY MODELS AS AN IMPORTANT FACTOR RELATIONSHIPS MENTAL DEFICITS IN THE FUTURE.	46
<i>Y. Shevchenko</i> SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ACUTE AND CHRONIC PANCREATITIS	48
<i>N. Ryshkovska, V. Ryshkovskyy</i> ANALYSIS OF THE DYNAMICS OF SUICIDE ATTEMPTS	52

CLINICAL PSYCHIATRY

<i>Y. Zaseda</i> CLINICALLY-PSYCHOPHENOMENOLOGICAL CHARACTERISTIC OF PATHOPERSONOLOGICAL TRANSFORMATION OF CONTINGENT OF PATIENTS SUFFERING FROM BRONCHIAL ASTHMA	57
<i>O. Avramenko, O. Khaustova</i> PAIN BEHAVIOR IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN SYNDROMES	63
<i>L. Yur'yeva, Y. Zavalko, A. Mamchur, Ya. Varshavsky, O. Dmitrieva, A. Dugnisty, M. Korin, A. Lazarenko, E. Latysheva, V. Malishko, V. Mihalyova, V. Nikonenko, V. Raksha</i> EXPERIENCE SIZODONA IN PSYCHIATRIC PRACTICE (NATURALISTIC STUDY)	68
<i>O. Prokhorova, O. Khaustova</i> FEATURES DIAGNOSIS OF AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR DISEASE.	71
<i>O. Levada</i> NEUROBIOLOGY OF DEPRESSION: FROM ANATOMIC-FUNCTIONAL TO MOLECULAR MECHANISMS.	76
<i>N. Dzeruzhynska</i> ARTERIAL HYPERTENSION INFLUENCE ON MENTAL DISORDERS COURSE.	82

<i>В.В. Огоренко, С.И. Павленко</i> ТРАНСФОРМАЦІЯ ПСИХОПАТОЛОГІЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ КЛИНИКО- ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПЕРИОДА ПРИ ОНКОПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	88
<i>Г.М. Вербенко</i> ДЕЯКІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦІЄНТІВ З БІПОЛЯРНИМ АФЕКТИВНИМ РОЗЛАДОМ ЗАЛЕЖНО ВІД ФАЗИ ЗАХВОРЮВАННЯ	91

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

<i>І.А. Марценковський, І.Я. Пінчук, Д.І. Марценковський, О.О. Суховій</i> ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ДІТЯМ ТА ПІДЛІТКАМ В УКРАЇНІ: НАЯВНІ ПРОБЛЕМИ ТА НАПРЯМКИ РЕФОРМ	95
<i>С.І. Табачніков, Є.М. Харченко, Т.В. Синицька, А.М. Чепурна, О.В. Кіосєва, О.В. Вороніна</i> ХАРАКТЕРИСТИКА АДИКТИВНИХ РОЗЛАДІВ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ. АЛГОРИТМ НАДАННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ. ...	101
<i>О.В. Чернишов</i> ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІНІКО-ПАТОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПІДЛІТКІВ ПРИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ, ОБТЯЖЕНИХ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ	106
<i>Я.Б. Бикшаєва</i> НАПРАВЛЕННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ	109

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

<i>А.М. Кушнір</i> ЮРИДИЧНИЙ КРИТЕРІЙ СУСПІЛЬНОЇ НЕБЕЗКИ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З РІЗНИМИ МЕХАНІЗМАМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕЛІКТУ	116
---	-----

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

<i>Л.Р. Нікогосян</i> ВИКОРИСТАННЯ ПСИХОДРАМИ ДЛЯ РОБОТИ З СІМ'ЄЮ, В ЯКІЙ ОЧІКУЮТЬ ДИТИНУ	119
<i>В.В. Баранова</i> ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ЖІНОК З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА РЕПРОДУКТИВНИМИ ВТРАТАМИ В АНАМНЕЗІ	122
<i>К.В. Аймедов</i> РОЛЬ ЕКЗОГЕННИХ ФАКТОРІВ У СТРУКТУРІ ЕНДОГЕННИХ ДЕПРЕСІЙ.	124
<i>В.М. Тудай, В.В. Баранова, Ю.В. Давидова</i> ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ТА КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ У ВАГІТНИХ З СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА. ...	126
<i>О.П. Венгер</i> ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЕМІГРАНТІВ ТА РЕЕМІГРАНТІВ.	131
<i>О.В. Вороніна</i> ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ НА ТЛІ ТЮТЮНОКУРІННЯ ТА ТЮТЮНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ (ДІАГНОСТИКА, КЛІНІКА, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА)	135
<i>А.М. Скритніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА ДОЦІЛЬНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ СІМЕЙНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ПРИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДАХ У ЖІНОК.	140
<i>О.О. Хаустова, О.В. Бушинська, О.В. Прохорова, В.П. Кардашов</i> ВПЛИВ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	143
<i>О.А. Божук</i> ОБґРУНТУВАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ЖІНОК З ФІЗІОЛОГІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ ВАГІТНОСТІ	147
<i>Є.М. Харченко, В.П. Культенко</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРИ НЕГАТИВНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНАХ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ВИНИКНЕННЯ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ.	151

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

<i>О.В. Кіосєва</i> ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ	155
<i>К.В. Аймедов</i> ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ВИНИКНЕННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ.	158
ТЕЗИ	160
ДАЙДЖЕСТ	175

<i>V. Ogorenko, S. Pavlenko</i> TRANSFORMATION PSYHOPATOLOHYCHESKYH SOSTOYANYY NON-PSYCHOTIC LEVEL ON PROTZYAZHENYY CLINICAL AND DIAGNOSTICALLY PERIOD AT ONKOPATOLOHYH BRAIN	88
<i>G. Verbenko</i> SOME CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BAD DEPENDING ON DISEASES PHASE.	91

CLINICAL PSYCHIATRY

<i>I.A. Martsenkovsky, I.Ya. Pinchuk, D.I. Martsenkovskiy, O.O. Sukhovii</i> MENTAL HEALTH SERVICES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS IN UKRAINE: THE EXISTING PROBLEMS AND DIRECTION OF REFORMS.	95
<i>S. Tabachnikov, E. Kharchenko, T. Sinitska, A. Chepurna, O. Kioseva, O. Voronina</i> CHARACTERISTIC OF ADDICTIVE DISORDERS ADOLESCENT BEHAVIOR WHO USE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES. ALGORITHM PROVIDING HEALTH AND SOCIAL CARE	101
<i>O. Chernyshev</i> STUDY OF CLINIC-PATHOLOGY CHARACTERISTICS ADOLESCENTS WITH NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS, BURDENED PAIN SYNDROME.	106
<i>Y. Bikshaieva</i> DIRECTIONS MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH AUTISM	109

FORENSIC PSYCHIATRY

<i>A. Kushnir</i> THE JURISTIC CRITERIA OF CRIMINAL INSANITY DUE SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH DIFFERENT MECHANISM OF REALIZATION ESPECIALLY DANGEROUS ACTS	116
--	-----

MEDICAL PSYCHOLOGY

<i>L. Nykogosyan</i> USING OF PSYCHODRAMA TO WORK WITH A FAMILY, WHO EXPECTS A BABY	119
<i>V. Baranova</i> PSYCHOLOGICAL AND EMOTIONAL STATE OF WOMEN WITH CARDIOVASCULAR DISEASE AND REPRODUCTIVE LOSSES IN ANAMNESIS	122
<i>K. Aymedov</i> THE ROLE OF EXOGENOUS FACTORS IN THE STRUCTURE OF ENDOGENOUS DEPRESSION.	124
<i>V. Tудay, V. Baranova, Iu. Davydova</i> PECULIARITIES EMOTIONAL STATE AND CLINICAL MANIFESTATIONS IN PREGNANT WOMEN WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME.	126
<i>O. Venger</i> FEATURES OF A PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF EMIGRANTS AND RE-EMIGRANTS	131
<i>O. Voronina</i> MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN MEDICAL STUDENTS WITH SMOKING AND TOBACCO DEPENDENCE (DIAGNOSIS, SYMPTOMS, TREATMENT AND PREVENTION)	135
<i>A. Skrypnikov, L. Herasymenko, R. Isakov</i> THE EFFECTIVENESS AND FEASIBILITY OF FAMILY PSYCHOTHERAPY WITH NEUROTIC DISORDERS IN WOMEN.	140
<i>O. Khaustova, O. Bushinska, O. Prokhorova, V. Kardashov</i> MENTAL DISORDERS' INFLUENCE ON QUALITY OF LIFE PATIENTS WITH CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES	143
<i>O. Bozhuk</i> RATIONAL MEDICO-PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF WOMEN WITH SALINE FOR	147
<i>E. Kharchenko, V. Kulenko</i> STUDY GENDER FEATURES AT NEGATIVE EMOTIONAL STATUS AND INFLUENCE ON THEIR OCCURRENCE OF PERSONALITY DISORDERS SOMATICFORM	151

SOCIAL AND CLINICAL NARCOLOGY

<i>O. Kioseva</i> GENERAL CHARACTERISTICS OF THE MEDICAL STUDENT WHO USE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES	155
<i>K. Aymedov</i> DETERMINING THE FACTORS INFLUENCING THE EMERGENCE OF ALCOHOL DEPENDENCE	158
THESES	160
DIGEST	175

Шановні колеги!

Ви тримаєте перший номер журналу «Архів психіатрії» у 2015 році, присвячений науково-практичній конференції з міжнародною участю «Методологічні та правові аспекти діагностики терапії та соціальної допомоги при психічних та поведінкових розладах у різних вікових групах». Метою конференції є широке дослідження власної системи охорони психічного здоров'я, досвіду іноземних колег (зокрема, з США, Німеччини, Литви, Австрії, Італії, Норвегії та інших держав) у галузях загальної психіатрії, психіатрії станів залежностей, дитячої та судової психіатрії, а також адаптація міжнародних досягнень на теренах України.

Враховуючи трагічні події, що відбуваються в Україні протягом 2014-2015 років, постійні запити практикуючих лікарів та науковців, напрацювання дослідників нашого Інституту у даному напрямку, в цьому номері ми започаткували нову рубрику «Психологічна та психіатрична допомога військовослужбовцям». Цей розділ присвячено науковим та організаційним аспектам надання комплексної психолого-психіатричної допомоги бійцям, які брали участь у антитерористичній операції на Сході України, їх сім'ям, а також питанням реабілітації та адаптації військовослужбовців після повернення із зони бойових дій. Особливу увагу присвячено питанням охорони психічного здоров'я бійців, включаючи етап мобілізації та надання психологічної допомоги військовослужбовцям під час участі в АТО.

Запрошуємо Вас до проведення досліджень та написання наукових статей, присвячених цій тематиці та активного обговорення проблем, які є актуальними для науковців і практиків, переселенців та військовослужбовців.



З повагою,

Ірина Пінчук

Директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України,
доктор медичних наук, с.н.с.,
головний позаштатний спеціаліст МОЗ України
зі спеціальностей «Психіатрія та Наркологія»

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.

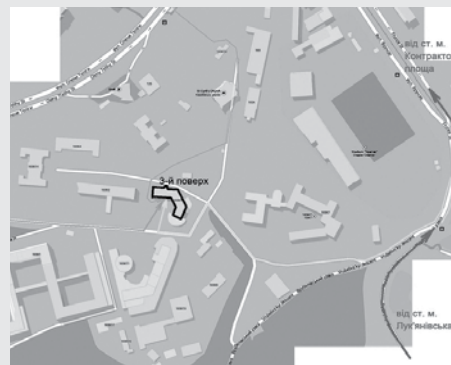
Детальнішу інформацію про порядок оформлення підписки ви зможете знайти у першому номері журналу «**Архів психіатрії**» та на сайті інституту www.undisspn.org.ua в рубриці «**Архів психіатрії**».

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 «Контрактова площа» трамвай № 11, № 12 до зупинки «Стадіон Спартак»



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

ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

УДК 416.45–001.1/3(09)+614.8(09)+61(09)

О.О. Хаустова¹, Л.Є. Трачук²

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД: ІСТОРИЧНИЙ АСПЕКТ

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

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

lidiatrachuk@gmail.com

Ключові слова:

стрес, військові дії, психотравма, посттравматичні порушення, військовий невроз.

У статті наведено результати проведеного контент-аналізу наукових статей, присвячених проблемі посттравматичного стресового розладу. Наведені історичні аспекти дослідження даного стану, його діагностичних критеріїв та заходів лікування від перших згадок у літературі до сьогодення.

Актуальність. Від солдатів до жертв насильства, від в'язнів концтаборів до тих, хто пережив стихійні лиха, безліч людей за всю історію переслідував їх жахливий досвід. На жаль, надзвичайні ситуації є частиною нашого життя. У світі постійно відбуваються різноманітні трагічні події, люди втрачають будинки, близьких, виявляються відірваними від сім'ї і звичного оточення [8]. Останнім часом зростає кількість досліджень, присвячених посттравматичному стресовому розладу, методам його діагностики та лікування. Окрім того, значної актуальності набуває визначення особливостей розвитку даного стану в історичному аспекті.

Мета: вивчити історичні особливості формування поняття посттравматичного стресового розладу.

Матеріали та методи дослідження

Було проведено контент-аналіз наукових статей в спеціалізованих медичних базах даних Medline, Medscape, PubMed, а також методичних рекомендацій та підручників за ключовими словами: стрес, військові дії, психотравма, посттравматичні порушення, військовий невроз. Відібрано для дослідження 86 джерел, з них в остаточний аналіз було включено 27.

Результати та їх обговорення

Термін «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР) увійшов у наш словник лише у 1980 році, до цього існувало багато понять для позначення цього стану та чимало письменників згадували про нього, в тому числі Шекспір і Дікенс.

У деяких стародавніх релігійних текстах є згадка про страшні наслідки травматичних подій, зокрема у Книзі Іова, де йдеться про страждання Іова внаслідок лих, що його спіткали. У Махабгараті описаний бойовий стрес воїнів під час війни [26]. Як згадується в книзі Второзаконня, військовим лідерам вже давно було відомо, що солдати повинні бути віддалені від лінії фронту через нервовий зрив, який, окрім того, є заразним [14].

Перший великий епос людства, розповідь про Гільгамеша, дає нам чіткий опис любові і посттравматичних симптомів, припускаючи, що останні також є частиною фундаментального людського досвіду. Після того, як Гільгамеш втрачає свого друга Енкіду, він відчуває горе, а потім починає бігати з місця на місце в паніці, розуміючи, що теж повинен померти. Це протистояння зі смертю змінило його особистість. Перший випадок хронічних психічних симптомів, викликаних переляком на полі бою, наведено Геродотом у 440 р до н.е. в звіті про битву при Марафоні. Один із солдатів, який брав участь у бою, осліп після того, як на його очах убили людину. Відзначається, що симптоми були викликані не фізичною травмою, а страхом, та зберігалися з плином років. Нічні кошмари із переживанням бойових дій згадуються Гіппократом (4607–377 до н.е.) [14].

Крім того, деякі експерти вважають, що в Іліаді також описані симптоми ПТСР. Гомер говорить, що Аякс збожеволів під впливом Афіни, вбиваючи стадо овець, яких він прийняв за ворогів, а потім покінчив із собою [9].

Генріх IV з творів Шекспіра мав досить багато, якщо не всі, з діагностичних критеріїв ПТСР, як і ряд інших героїв та героїнь, описаних в світовій літературі [26].

У 1666 році Семюел Піпс писав про свою психотравму після Великої пожежі в Лондоні, яка залишила його зі «снами про пожежу і падіння будинків» [26].

Жан Фруассар (1337–1405) був найвідомішим представником літописців Столітньої війни між Англією та Францією. У 1388 році він розповів випадок про колишнього солдата, який не міг спати поряд з дружиною і дітьми, через звичку вставати вночі і хапатися за меч, щоб битися з ворогами [3].

Етіологічні гіпотези про походження даного розладу були висунуті військовими лікарями під час французьких революційних воєн (1792–1800 рр.) і наполеонівських воєн (1800–1815 рр.). Вони зазначали, що солдати поринали в затяжний ступор після того, як

повз них пролітали снаряди, хоча й залишалися фізично неушкодженими. Тоді було описано так званий синдром «*vent du boulet*», коли військові були налякані вітром пролітаючого гарматного ядра [14].

Чарльз Дікенс писав про те, що він був «незвичайно слабкий ... начебто оговтавшись від важкої хвороби», після аварії на залізниці, в якій передня частина поїзда зірвалася з моста та 10 людей загинули, а ще 49 отримали поранення. Дікенс говорив про неможливість подорожувати залізницею, тому що його не покидало відчуття, ніби поїзд знову потрапить в аварію. Після цього інциденту почався найбільш плідний період письменника. Дікенс помер у п'яту річницю аварії потягу [26].

На думку психолога Е. Тік, ПТСР мав більше ніж 80 найменувань за всю історію його дослідження [25]. Нижче наведені лише деякі з них:

Ностальгія. Цей діагноз встановлював швейцарським солдатам в 1678 році лікар Йоханес Хофер. У 1761 році австрійський лікар Леопольд Ауенбруггер писав про значно поширений діагноз ностальгії у своїй книзі *Inventum Novum*: «солдати засмучені, мовчазні, апатичні, задумливі, зітхаючі і стогнучі. Нарешті, вони перестають звертати увагу на будь-що і стають байдужими до всього. Ця хвороба називається «ностальгія». Французькі лікарі в наполеонівських війнах вірили, що солдати частіше страждають від ностальгії, якщо вони прийшли з сільських районів, аніж з міських. Вони призначали для лікування прослуховування музики і регулярні фізичні вправи.

Туга за батьківщиною. Приблизно в той самий час німецькі солдати називали цей стан «*heimweh*», а французи – «*maladie du pays*». Обидва терміни означають «туга за батьківщиною».

Кардіореспіраторний невроз. Психіатр Пінель у своєму трактаті «Філософська нозографія» (1798 р.), описав випадок філософа Паскаля, який мало не потону в Сені в своєму екіпажі. Впродовж решти восьми років свого життя Паскаль бачив один і той самий сон про прірву біля свого ліжка та ставив поряд з собою стілець, щоб запобігти падінню. Його особистість змінилась, він став більш тривожним, скрупульозним і депресивним. Зі свого досвіду роботи з пацієнтами в стані шоку від подій і воєн під час Французької революції, Пінель зробив перший точний опис військового неврозу, якому він дав назву «кардіореспіраторний невроз», а також гострих ступорозних посттравматичних станів, які він називав «ідіотизм» [14].

Серце солдата. Лікар внутрішньої медицини Яків Мендес Да Коста вивчав ветеранів громадянської війни в Сполучених Штатах Америки, і виявив, що багато з них страждали від тахікардії, тривоги і утрудненого дихання. Він назвав цей феномен «серце солдата» або «синдром роздратованого серця». Надалі цей симптомокомплекс став відомим як «синдром Да Коста» [15, 24].

Компенсаційна хвороба або «залізничний спинний мозок». Промислова революція дала початок першим цивільним техногенним катастрофам та випадкам ПТСР поза межами поля бою. У кінці IX століття, коли подорожі залізницею стали набагато поширенішими, так само як і залізничні аварії – психологи почали відзначати випадки

психотравми серед тих, хто вижив у цих аваріях. Дуже скоро виникли суперечки між прихильниками органічної теорії, згідно з якою психічні симптоми були викликані мікроскопічними пошкодженнями хребта або головного мозку, та тими, хто вважав, що першопричиною був емоційний шок та природа симптомів була істеричною [14].

Психолог СТJ Rigler ввів термін «компенсаційний невроз» – назва походила від «компенсації» збитків за моральну шкоду з посиленням на новий закон, який дозволяв людям подати в суд на перевізника. На думку Rigler, люди були більше схильні повідомляти про симптоми, що їх турбували або, можливо, перебільшувати їх, якщо вони хотіли отримати виплату. У 1867 р. англійський хірург GE Erichsen зробив узагальнення ознак «залізничного спинного мозку» (*railway spine*), що виникає в результаті залізничних катастроф, подібний із хронічним мієломенінгітом, поєднується з розладами уваги та кошмарними сновидіннями. Erichsen підкреслював, що описаний ним розлад властивий «чоловікам з активною життєвою позицією» і його не слід плутати з істерією, що «головним чином спостерігається в жінок».

Травматичний невроз. У 1888 р. німецький невролог Herman Oppenheim використовував термін «травматичний невроз», що став заголовком його книги. Початком неврозу Oppenheim вважав сильні емоції, що впливають на організм як фізичний фактор. Він стверджував, що в патогенезі травматичного неврозу лежить шок периферійних нервів з молекулярними змінами в них, що передаються з периферії на різні частини ЦНС та паралізують як периферійні, так і центральні частини останньої. Цей новий діагноз був категорично розкритикований Шарко, який стверджував, що ці випадки були лише формами істерії, неврастенії, або істеро-неврастенії. Погляди Ж. Шарко на істерію вплинули на підхід французьких, англійських і американських лікарів до травматичного неврозу як до захворювання, що має психогенно-емотивне походження. Після смерті Шарко в 1893 р. термін «травматичний невроз» продовжив свій шлях у французькій психіатрії: психіатр Жан Крок у 1896 році повідомив про 28 випадків даного стану, викликаних залізничними аваріями [14].

Контузійний шок. Починаючи з Першої світової війни, «контузійний шок» став найвідомішим терміном для ПТСР. До грудня 1914 року близько 10% офіцерів страждали на контузійний шок, 40% постраждалих внаслідок битви на Соммі були контуженими.

Бойове виснаження. Так ПТСР почали називати під час Другої світової війни і війни в Кореї. Було визначено, що вирішальний вплив на розвиток цього порушення має «блок згуртованості», тобто більш схильними до його розвитку були солдати, які змінили підрозділ.

Синдром відповіді на стрес. Цей термін було введено в DSM-I у 1952 році та цей стан діагностували у солдатів під час війни. У DSM-II цей синдром був поєднаний з іншими та віднесений у нову категорію під назвою «ситуаційні розлади».

Дослідження стресових розладів було нерозривно пов'язане із військовими конфліктами. Під час російсько-японської війни (1904–1905 рр.) психіатричні симптоми, які виникали після битви, були вперше визнані як

лікарями, так і військовим командуванням. Російські психіатри закликали військово-медичну владу офіційно визнати психіатричних пацієнтів, які опинилися у військових госпіталях, саме психічно хворими (а не симулянтами або соматичними хворими). Ряд російських психіатрів пропонували пояснювати неврози, пов'язані з війною, за допомогою поняття «травматичний невроз». П.М. Автократов, начальник психіатричного відділення варшавського Уяздовського військового госпіталю, був призначений уповноваженим Червоного Хреста з психіатричних питань на Далекому Сході. До осені 1904 він почав організовувати психіатричний госпіталь в Харбіні в Манчжурії, кілька психіатричних приймально-сортувальних станцій на лінії фронту і спеціальні евакуаційні поїзди для перевезення психічно хворих на довгострокове лікування [2, 14].

Німецький лікар Honigman був першим, хто ввів в ужиток термін «військовий невроз» (*kriegsneurose*) в 1907 році для позначення того, що раніше називали «бойова істерія» і «бойова неврастенія». Крім того, він підкреслив схожість між цими випадками і тими, про які повідомляв Оппенгейм після залізничних аварій [16].

Перша світова війна – один з найбільш широкомасштабних збройних конфліктів в історії людства. Психічні розлади в учасників Першої світової війни були неодноразово описані в літературних автобіографіях англійськими, німецькими та французькими авторами, такими як Роберт Грейвс («Прощавай все це», 1929 р.), Ернст Юнгер («В сталевих грозах», 1920 р.), або Анрі Барбюс («Пожежа», 1916 р.).

Психіатричні жертви були зареєстровані на самому початку війни в такій кількості, якої ніхто не очікував. Французький лікар G. Milian зареєстрував чотири випадки «гіпнозу битви» після військових дій в 1914 році. Відомий німецький психіатр R. Gaupp повідомив в 1917 році:

«Великі артилерійські бої грудня 1914 року ... наповнили наші лікарні великою кількістю неущождених солдатів і офіцерів з психічними розладами. З тих пір це число зростає постійно з великою швидкістю. ... Тепер психічно хворі складають досить велику питому вагу в наших збройних силах ... Основними причинами цього є переляк і занепокоєння, викликані вибухом ворожих снарядів та тим, що вони бачать покалічених або загиблих товаришів ... В результаті виявляємо симптоми стану раптової німоти, глухоти ... Загальний тремор, нездатність стояти або ходити, епізоди втрати свідомості і конвульсії» [14].

У своєму огляді 88 випадків психічних розладів у 1915 році французький психіатр Régis висловив дуже схожу думку про етіологічну роль переживання жорстокої смерті товаришів: «Лише 20% мали фізичні травми, але у всіх випадках основним фактором був страх, емоційний шок після того, як солдати бачили скалічених товаришів».

У британській армії пацієнтам з різними психічними розладами в результаті бойового стресу ставили діагноз «контузійний шок». За Merskey, першою згадкою даного терміну може бути розповідь, опублікована в Таймс 6 лютого 1915 року, про те, що військове відомство влаштувало відправку солдатів, які страждають від «шоку», на лікування в спеціальні палати Національного госпіталю

для паралізованих та епілептичних в Квін-Сквер [21]. Крім того, в лютому 1915 року термін «контузійний шок» був використаний С.М. Myers у статті в журналі The Lancet для опису стану трьох солдатів, які страждають від «втрати пам'яті, зору, нюху і смаку» [22]. Myers повідомив про трьох пацієнтів, які потрапили до лікарні в Ле-Туке на початку війни, в період з листопада 1914 по січень 1915 р. Ці пацієнти були в стані шоку через снаряди, що вибухають в безпосередній близькості від готелю. За Myers, ці випадки були тісно пов'язані з «істерією».

Досвід перших місяців війни і несподівано значне поширення психічних розладів призвели до змін у підходах до лікування. Евакуація психічно хворих у тил стала менш систематичною, досвід військових років переконував психіатрів, що лікування повинно проводитись поблизу лінії фронту: солдати, які отримували лікування в прифронтових госпіталях, завдяки емоційній підтримці своїх товаришів мали високу ймовірність повернення в свою частину, тоді як ті, хто був евакуйований, часто демонстрували поганий прогноз із хронізацією симптомів. Лікування на передовій (*Psychiatrie de l'Avant*) стало стандартом лікування, поряд з п'ятьма ключовими принципами, коротко викладеними в 1917 році американським лікарем T.W. Salmon: безпосередність, близькість, надія, простота і централізованість. Під безпосередністю мали на увазі лікування якомога раніше, перш ніж гострий стрес змінив латентний період, який часто говорив про розвиток хронічних симптомів; близькість означає лікування пацієнта недалеко від лінії фронту, в межах чутності бойових дій, замість евакуації його в спокійну обстановку тилу; надія – позитивне очікуванням швидкого одужання, якого домагалися за допомогою психотерапії; простота передбачала використання простих засобів лікування, таких як відпочинок, сон і психотерапія; нарешті, централізованість означала регулювання потоку психічних втрат від передової в тил і послідовну терапевтичну доктрину, прийняту для всього медичного персоналу [14].

Серед багатьох засобів лікування стресових розладів, які часто використовували під час Першої світової війни, існував метод фарадизації, який передбачав застосування електричного струму. Найбільш радикальний опис електролікування був опублікований в 1916 році F. Kaufmann, він пояснив, як військові неврози можна вилікувати в рамках однієї сесії, комбінуючи навіювання та застосування електричного струму, поки симптоми не вщухнуть [14].

Еміль Крепелін (1856–1926), без сумніву, один з найвпливовіших психіатрів нашого часу, використовував термін «*schreckneumse*» (невроз пожежі) для того, щоб позначити окремий клінічний стан, що включає численні нервові і фізичні феномени, які виникають у результаті різних емоційних потрясінь або раптового переляку та переростають у тривожність [7]. Він писав про власний досвід з військових неврозів під час Першої світової війни у своїй автобіографії, опублікованій посмертно німецькою мовою в 1983 році:

«[Вже в 1917 році] піднято питання про військовий невроз. Ми, психіатри, всі погодилися, що повинні спробувати обмежити надмірно ліберальну видачу

компенсацій, які могли б призвести до різкого зростання числа випадків і претензій ... Справа в тому, що всі види більш-менш серйозних психіатричних симптомів можуть призвести до тривалого перебування в стаціонарі, або навіть до комісування з армії з щедрою пенсією по інвалідності, що матиме катастрофічні наслідки. За таких обставин число тих, хто вважає, що «нервовий шок» дає їм право комісування і постійної підтримки, різко зросло».

Коментарі Крепеліна відображали типові суперечки, які вирували в той час: (I) психічні симптоми – не більше ніж симуляція, з чіткою метою залишити лінію фронту? 346 британських солдатів були розстріляні за наказом військового командування, і в це число входили вояки, які страждали від гострого стресового розладу та були звинувачені в дезертирстві або боягузтві; (II) посттравматичні симптоми мають патологоанатомічне пояснення? Наприклад, були вони обумовлені струсом мозку або напруженням нервових волокон, як у припущенні, що виникло в попередні десятиліття для «залізничного спинного мозку» в результаті аварій на залізничному транспорті? (III) психологічна причина обмежується переважно тривожними складовими травми або необхідно заглиблюватися в преморбід особистості пацієнта? [14]

Психологічними проблемами учасників Першої світової і громадянської воєн в Росії займалися В.М. Бехтерев, П.Б. Ганнушкін, С.В. Крайц, а після Великої Вітчизняної війни – Є.К. Краснушкін, В.О. Гіляровський, В.Г. Архангельський, В.Є. Галенко, Є.М. Залкінд, М.В. Соловйова та багато інших [3, 7].

Жахливим винаходом Другої світової війни була концепція «тотальної війни», з систематичними обстрілами цивільного населення, про що свідчать мільйони смертей, викликаних Голокостом, повітряними нальотами на міста, щоб зламати бойовий дух цивільного населення, і атомними бомбами, скинутими на Хіросіму і Нагасакі. Незважаючи на досвід Першої світової війни, армія знову була не готова до великої кількості психічних втрат і психіатрів часто розглядали як непотрібний тягар, про що свідчить меморандум на ім'я Уїнстона Черчилля в грудні 1942 року:

«Я впевнений, що було б розумно обмежити, наскільки це можливо, роботу цих панів [психологів і психіатрів] ... Неправильно турбувати велику кількість нормальних здорових чоловіків і жінок, ставити свого роду дивні запитання, в яких психіатри спеціалізуються» [14].

У «Психіатрії в неспокійному світі» William S. Menninge (1948) показує, які уроки Першої світової війни були повністю забуті американськими військовими: «У перших битвах в Африці психіатричні жертви були відправлені назад в базові лікарні, часто за сотні кілометрів від фронту. Тільки 5% з них змогли повернутися до своїх обов'язків». Як пояснив F.D. Jones, американські експерти, під керівництвом Гаррі Стек Саллівана, вірили, що потенційні психічні втрати можуть бути відсіяні до призову. Відповідно, психіатри не були призначені для бойових підрозділів і не було розроблено жодного положення для спеціальних психіатричних лікувальних відділень на місцях дислокації армії чи зони зв'язку. Принципи передового лікування було відновлено

в ході передвиборної кампанії в Північній Африці в 1943 році, за поданням психіатра Frederick Hanson видано директиву від 26 квітня 1943 року, яка встановила утримання психіатричних пацієнтів протягом 7 днів у 9-му евакуаційному госпіталі, і вперше термін «виснаження» було визначено в якості попереднього діагнозу для всіх бойових психіатричних розладів [17]. Це слово було обране, тому що вважали, ніби воно найменше передає причетність до нейропсихіатричних порушень. Починаючи з 1943 року лікування на передовій, як і під час Першої світової війни, було взяте за правило, завдяки чому від 50 до 70% психіатричних пацієнтів змогли повернутися до війська. У 1944 році госпіталізації внаслідок поранень складали близько 86 на 1000 осіб на рік, а кількість нейропсихіатричних розладів становила 43 на 1000 на рік [14].

У 1941 році, в перший рік війни для США, *Abram Kardiner* опублікував книгу, засновану на його досвіді лікування ветеранів Першої світової війни у період між 1922 і 1925 роками [17]. Він писав, що «справжній урок Першої світової війни полягає у хронічних випадках, тому цей синдром повинен розглядатися негайно, щоб запобігти консолідації неврозу в його хронічні і часто нерозв'язні форми». Він визначив травматичний невроз як «фізіоневроз», тим самим підкреслюючи супутність соматичних і психологічних симптомів. *Kardiner* вперше дав всеосяжний клінічний опис стресових реакцій (хронічний військовий невроз), зумовлених участю в бойових діях: збудливість і дратівливість; нестримний тип реагування на раптові подразники; фіксація на обставинах травмувальної події; відхід від реальності; схильність до некерованих, агресивних реакцій [3].

Посттравматичні психічні симптоми у військовослужбовців, які воювали у Другій світовій війні, були зареєстровані ще в 1945 році американськими психіатрами Grinker та Spiegel [18]. Автори виділили 19 симптомів, які зустрічалися у фронтовиків, що були зведені ними в синдром «операційної втоми»: занепокоєння; дратівливість або агресія; розбитість, летаргія; порушення сну; тривога; постійна втома; реакція переляку; відчуття напруги; депресія; зміна особистості і втрата пам'яті; тремор; труднощі з концентрацією, сплутаність; алкоголізм; охоплення війною; знижений апетит; нічні кошмари; психосоматичні симптоми; ірраціональні страхи (фобії); підозріливість. Також вони розрізняли гостру «реакцію під час бою» та відстрочені «реакції після бою» (військові неврози). Інші хронічні наслідки бойових дій включали пасивно-залежні стани, психосоматичні стани, почуття провини, депресії, агресивні і ворожі реакції, і психотичноподібні стани [14].

Подібні типи розладів спостерігали у в'язнів концентраційних таборів та військовополонених. Описана емоційна адаптація 34 військовополонених, які перенесли 3 роки японського полону. Погане харчування, хвороби, примусова праця, побої, витончені види тортур – такі були умови життя цих людей. З числа обстежених майже 23% страждали від пов'язаних з війною нічних кошмарів і страхів, притупленості афекту, ослаблення пам'яті, нападів сильної дратівливості і депресії. Подібним чином були обстежені 100 норвезьких в'язнів нацистських таборів, і з'ясувалося, що у 85 обстежуваних мали місце хронічна

стомлюваність, знижена здатність до концентрації уваги і сильна дратівливість [7].

У Москві відразу після війни, в 1946 році, вийшов підручник з психіатрії, опублікований М.О. Гуревич та М.Я. Серейським, які продемонстрували існування діагностичної схеми для класифікації посттравматичних розладів. Автори описують афективні шоківі реакції, підтип психогенних реакцій, які спостерігаються після військових подій, землетрусів або залізничних аварій; вони характеризуються гострими (кілька днів) і субхронічними (кілька місяців) симптомами. Автори відзначають серцево-судинні та вазомоторні симптоми, які нагадують синдром Да Коста в солдатів американської громадянської війни [1, 14].

Під час війни у В'єтнамі активно застосовували принципи лікування психічних втрат на передовій, з відповідно низькою кількістю постраждалих з гострими психіатричними розладами (11,5 на 1000 осіб на рік). Однак, високою була частота алкоголізму та наркоманії, а крім того, віддалені наслідки у вигляді ПТСР стали істотним джерелом інвалідності серед ветеранів у США [14]. Відзначений також високий рівень актів насильства, неблагополуччя в сфері сімейних відносин і соціальних контактів. Відсоток ПТСР серед поранених та інвалідів значно вищий (до 42%), ніж серед фізично здорових ветеранів (від 10 до 20%). Крім того, було відзначено, що вплив бойових стресорів провокує ранню смерть, незалежно від ПТСР [7].

Поств'єтнамський синдром став потужним стимулом для досліджень американських психіатрів і психологів. До кінця 70-х років вони накопили значний матеріал про психопатологічні і особистісні розлади в учасників війни. Схожу симптоматику виявляли і в осіб, які постраждали в інших ситуаціях, близьких за тяжкістю психогенного впливу. Оскільки цей симптомокомплекс не відповідав жодній із загальноприйнятих нозологічних форм, в 1980 р. М. Horowitz запропонував виділити його в якості самостійного синдрому, назвавши «посттравматичним стресовим розладом». Надалі група авторів на чолі з М. Horowitz розробила діагностичні критерії ПТСР, прийняті спочатку для американської класифікації психічних захворювань (DSM-III), а пізніше (практично без змін) – для МКХ-10 [7, 10, 19, 27].

Радянські дослідження ветеранів війни в Афганістані (фізично здорових) підтверджують результати американських досліджень – відсоток ПТСР серед них такий самий [7]. Війна в Афганістані і, особливо, війна в Чечні принесли нове у вивчення травматичних розладів дослідниками, хоча, як і раніше, вважалося, що найчастіше це «непатологічні психоемоційні реакції», які значної уваги не заслуговують. Найчастіше ці розлади вивчали психологи (Н.В. Тарабріна, О.О. Лазебна, Н.Є. Зеленова). Основою цих робіт слугували реальні труднощі, які відчували при поверненні до умов мирного життя «афганці» та їхні близькі. У дослідженнях було доведено, що в цілому бойовий травматичний досвід, отриманий учасниками локальних війн (Афганістан, Таджикистан, Чечня) має таку ж структуру, як і бойовий досвід тих, хто воював у В'єтнамі. За даними цих робіт відомо, що ветерани війни в Афганістані страждають

від постійного нав'язливого вторгнення в свідомість неприємних спогадів, пов'язаних з їх військовим досвідом, від надмірної дратівливості, що призводить до значної алкоголізації або вживання наркотиків. Вони переживають почуття «відокремленості», «відчуженості», психологічної ізоляції. Схожі проблеми відчувають учасники бойових дій в Чеченській республіці. Великою проблемою, породженою локальними війнами, є проблема біженців, заручників, а також людей, які зазнали тортур [5, 7].

Війна в Перській затоці (1991 р.) сприяла появі так званого «синдрому Перської затоки» або «синдрому війни в затоці». Особливості цього військового конфлікту полягали в тому, що він проходив у надзвичайно складних для західних солдатів умовах: тривала відсутність пересування, забруднене середовище, застосування нових видів зброї. Описані різноманітні симптоми ураження: від хронічної втоми, задишки, прискореного серцебиття, головного болю, запаморочення, болю в суглобах і порушень травлення до кульгавості і паралічу [23]. Нові дані сприяли тому, що в DSM-III були внесені діагностичні критерії для визначення порушень, викликаних травматичним впливом стресорів на психіку людини.

У першому формулюванні DSM-III, під травматичною подією розуміли вплив катастрофічного стресора, який знаходився поза діапазоном звичайного людського життя. Творці оригінального діагнозу ПТСР мали на увазі такі події, як війни, тортури, зґвалтування, нацистський Голокост, атомні бомбардування Хіросіми і Нагасакі, стихійні (землетруси, урагани і виверження вулканів) і антропогенні лиха (вибухи на фабриках, авіакатастрофи і автомобільні аварії). Вони вважали, що травматичні події відрізняються від тяжких стресів, які являють собою нормальні мінливості життя, такі як розлучення, звільнення з роботи, серйозні хвороби, фінансові невдачі тощо. Ця дихотомізація між травматичними та іншими стресорами була заснована на припущенні, що, хоча більшість людей мають здатність справлятися зі звичайним стресом, їх адаптаційні можливості, ймовірно, будуть перевантажені, коли вони стикаються з катастрофічним стресором. Діагностичні критерії DSM-III для ПТСР були переглянуті в DSM-III-R (1987 р.), DSM-IV (1994 р.), і DSM-IV-TR (2000 р.) [11, 12].

В DSM-IV критерії діагностики ПТСР включали наявність в анамнезі впливу травматичної події і проявів кожного з представлених кластерів симптомів: нав'язливі спогади; негативні зміни когнітивних процесів і пам'яті; помітні зміни у збудженні і реактивності. Інші критерії стосувалися тривалості симптомів та наявності суттєвого функціонального порушення.

Остання редакція, DSM-V (2013 р.), внесла ряд помітних змін до діагностичних критеріїв ПТСР на основі фактичних даних. Основні відмінності з попередніми класифікаціями полягають у тому, що:

- 1) розлади, пов'язані з посттравматичним стресом, згруповані в окремий кластер і винесені з рубрики тривожних розладів. ПТСР тепер класифікується в новій категорії – розладів, пов'язаних із травмою та стресом;
- 2) виділено два додаткові підтипи ПТСР: «дитячий» і підтип з дисоціативними симптомами;

3) були проведені зміни в переліку діагностичних критеріїв з метою полегшення діагностики ПТСР і гострої реакції на стрес та надання діагнозу більшої валідності [4].

4) ПТСР в DSM-V розширився і тепер включає ангедонічні/дисфоричні прояви [13, 14].

Висновки

В історичному контексті поняття посттравматичних порушень змінювало визначення: від «серця солдата», травматичного неврозу та контузійного шоку, із пошуком симулятивної чи органічної природи патології, до виділення сучасного діагнозу ПТСР. З часу появи ПТСР у рамках DSM-III його діагностичні критерії продовжують інтенсивно вивчатися і обговорюватися. Сучасні критерії ПТСР відображають його належність до розладів, пов'язаних із травмою та стресом, особлива увага приділяється також поведінковим симптомам, які супроводжують розвиток цього розладу, однак вони не є остаточними. У світі, в тому числі й в Україні, продовжуються дослідження важливої медичної проблематики посттравматичних розладів.

Список використаної літератури

1. Гуревич М. О. Учебник психиатрии / М. О. Гуревич, М. Я. Серейский. – М. : Медгиз, 1946. – 440 с.
2. Кононенко В. В. Бойова психічна травма / В. В. Кононенко, В. З. Скоробрега, О. Д. Паламар // Одеський медичний журнал. – 2001. – № 3. – С. 99–101.
3. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
4. Молчанова Е. С. Посттравматическое стрессовое и острое стрессовое расстройство в формате DSM-V: внесенные изменения и прежние проблемы / Е. С. Молчанова // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2014. – № 1 (24). – С. 2.
5. Сениявская Е. Войны XX столетия: социальная роль, идеология, психология комбатантов и посттравматический синдром / Е. Сениявская // История. – 1999. – № 43.
6. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах. Методичний посібник [ред. Пінчук І. Я., Бабова К. Д., Гоженко А. І.] / Т. А. Золотарьова, О. С. Чабан, О. О. Хаустова [та ін.]. – К. : ТОВ «Видавничий дім «Калита», 20014. – 92 с.
7. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.
8. Щодо надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні збройного конфлікту : методичні рекомендації. [Текст] ; заг. ред. О. Л. Іванова / І. Я. Пінчук, О. О. Хаустова, Н. М. Степанова та ін. – Київ, 2014. – 48 с.
9. «History of Post-traumatic Stress Disorder in Combat» presentation by Mylea Charvat, MS to Veterans Administration.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC, 1980.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Revised 3rd ed.). Washington, DC, 1987.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Revised 4th ed.). Washington, DC, 2000.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
14. Crocq M. A. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology / M. A. Crocq, L. Crocq // Dialogues Clin. Neurosci. – 2000. – Vol. 2 (1). – P. 47–55.
15. Da Costa J. M. On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences / J. M. Da Costa // Am. J. Med. Sci. – 1871. – Vol. 61. – P. 17–52.
16. Ellis P. S. The origins of the war neuroses. Part I. / P. S. Ellis // J. R. Nav. Med. Serv. – 1984. – Vol. 70 (3). – P. 168–177.
17. Glass A. J. Neuropsychiatry in World War II. Vol. II. Overseas Theaters / A. J. Glass. – Washington DC : Office of the Surgeon General, Dept. of the Army, 1973. – P. 989–1027.
18. Grinker R. R. Men Under Stress / R. R. Grinker, J. P. Spiegel. – Philadelphia, Pa: Blakiston, 1945.
19. Jones E. A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century / E. Jones, S. Wessely // Journal of Anxiety Disorders. – 2007. – Vol. 21. – P. 164–175.
20. Kardiner A. The traumatic neuroses of war. Psychosomatic Medicine Monograph II III / A. Kardiner. – Menasha, Wis: George Banta Publishing Company, 1941. – 258 p.
21. Merskey H. Post-traumatic stress disorder and shell shock - clinical section / H. Merskey. – In: Berrios GE, Porter R, eds. A History of Clinical Psychiatry. – London, UK: The Athlone Press, 1995. – P. 490–500.
22. Myers C. M. Contributions to the study of shell shock / C. M. Myers // Lancet. – 1915. – Vol. 13. – P. 316–320.
23. Post-traumatic stress disorder symptoms among Gulf War veterans / R. H. Stretch [et al.] // Military Medicine. – 1996. – № 161. – P. 407–410.
24. Post-Traumatic Stress Disorder: Evidence-Based Research for the Third Millennium / J. Iribarren, P. Prolo, N. Neagos, F. Chiappelli // Evid Based Complement Alternat Med. – 2005. – Vol. 2 (4). – P. 503–512.
25. Tick E. War and the Soul: Healing Our Nation's Veterans from Post-Traumatic Stress Disorder / E. Tick. – Wheaton, IL : Quest Books, 2005. – 341 p.
26. Trimble M. R. Post-traumatic stress disorder: history of a concept / M. R. Trimble. – In Figley CR (ed). Trauma and its Wake: The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. – New York : Brunner / Mazel. – 1985. – Vol. 5. – P. 5–14.
27. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. – Geneva, Switzerland, 1992.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Е.А. Хаустова, Л.Е. Трачук

В статье приведены результаты проведенного контент-анализа научных источников, посвященных проблеме посттравматического стрессового расстройства. Представлены исторические аспекты исследования данного состояния, его диагностических критериев и методов лечения, от первых упоминаний в литературе до настоящего времени.

Ключевые слова: стресс, военные действия, психотравма, посттравматические нарушения, военный невроз.

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER: A HISTORICAL PERSPECTIVE

A. Khaustova, L. Trachuk

The article presents the results of a content analysis of scientific sources on the issue of post-traumatic stress disorder. The presented study The historical aspects of this condition, its diagnostic criteria and treatment measures are presented since the first references in the literature to nowadays.

Key words: stress, war, psychotrauma, post-traumatic disorders, war neurosis.

О.А. Козерацька

ДОСЛІДЖЕННЯ ТА АНАЛІЗ НАУКОВИХ РОЗРОБОК В ОЦІНЦІ ОСОБИСТОСТІ ПОТЕРПІЛИХ ВНАСЛІДОК СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛЬСТВА

Київський міський Центр судово-психіатричної експертизи, м. Київ

elen_ko@voliacable.com

Мета роботи – на основі дослідження клініко-патопсихологічних, психологічних та соціально-демографічних закономірностей перебігу психічних розладів, застосовуючи метод ситуаційного аналізу розробити критерії судово-психіатричної оцінки з виділенням групи «обмежено осудних» та критерії призначення примусових заходів медичного характеру стосовно осіб, які скоїли правопорушення на сексуальному підґрунті

Об'єкт дослідження – психічні та поведінкові розлади у осіб, які скоїли злочини на сексуальному підґрунті; психічні та поведінкові розлади у потерпілих внаслідок даного виду правопорушень.

Предмет дослідження – вплив психічних та поведінкових розладів на здатність осіб, які скоїли правопорушення на сексуальному підґрунті, усвідомлювати свої дії та керувати ними.

Матеріал дослідження. Робота ґрунтується на основі аналізу суцільної вибірки з підекспертних, які скоїли кримінальні правопорушення на сексуальному підґрунті та знаходилися на судово-психіатричній експертизі в Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи з 2000 р. по 2014 р. (впродовж 15 років), на сьогодні досліджено 279 підекспертних. Також проводиться дослідження потерпілих у рамках СПЕ за даний проміжок часу для вивчення питання можливої віктимної поведінки з боку потерпілих, їх характерологічних особливостей, що допоможе у вивченні питання відносно мотивації протиправного діяння та можливих заходів профілактичного характеру, на теперішній час досліджено 64 потерпілих.

Методи дослідження – інформаційно-аналітичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, експериментально-психологічний, експертний, метод ситуаційного аналізу, статистичний.

Ключові слова:

судово-психіатрична оцінка, віктимна поведінка, потерпілі, сексуальні злочини, розлади сексуального потягу.

Дослідження та аналіз наукових розробок в оцінці віктимної поведінки потерпілих внаслідок сексуального насильства.

Сексуальне насильство полягає в спричиненні не тільки фізичного, але і психічного страждання потерпілим. Згідно з дослідженням Г.Т. Сонника (2001), у переважній більшості жінок внаслідок зґвалтування розвивається посттравматичний стресовий розлад [14].

Питання про особистість потерпілої має дуже важливе значення, оскільки проблеми взаємовідносин злочинця і його жертви до, в момент та після скоєння зґвалтування, поведінка та спосіб життя потерпілої сприяє оцінці системи рис, що характеризують жертв сексуального насильства. Потерпілих від зґвалтування традиційно поділяють на 2 групи: ті, чия поведінка у тій чи іншій мірі сприяла здійсненню злочину, була поштовхом до нього і ті, чия поведінка ніяк не сприяла здійсненню зґвалтування [22]. За даними В.Е. Христенко [3], поведінка 70% жертв є нейтральною і тільки 30% потерпілих своєю поведінкою провокують злочинні дії.

Зґвалтування становить підвищену суспільну небезпеку у зв'язку з необоротністю наслідків, заподіянням потерпілому глибокої фізичної, моральної й психічної

шкоди. Найчастіше (у 70% випадків) зґвалтування супроводжується інтенсивним застосуванням фізичного насильства або характеризується чиненням активного опору з боку потерпілого. Однак у ряді випадків (близько 20%) потерпілий опору злочинцю не чинить, оскільки пригнічений його психічним насильством (погрозами). Іноді потерпілий не чинить опору тому, що перебуває у безпорадному стані (близько 10% випадків) [6, 21]. У 24,6% випадках завершених латентних зґвалтувань злочинці скористалися безпорадним станом потерпілих у результаті їх сильного алкогольного сп'яніння; в інших випадках гвалтівники застосували фізичну силу (64,6%), іноді поєднану з погрозами розправи, зокрема фізичної (10,8%). Причинами безпорадного стану потерпілих у більшості випадків є сильне алкогольне сп'яніння, значно рідше – наявність захворювань, малолітній вік та інші обставини [1, 18].

Дослідження, проведені в різних країнах світу, демонструють, що становище можливої жертви, її спосіб життя, особливості поведінки, в сукупності з формами і ступенем взаємозв'язків з потенціальним правопорушником, можуть сприяти зародженню в його свідомості злочинного задуму, стимулювати його антигромадську

установку, визначати спосіб і засоби здійснення злочину. Причому жертва часто навіть не підозрює про це і не здатна вжити запобіжних захисних заходів [10, 20, 23].

Під віктимною поведінкою А.А. Мастерков [2] розуміє негативну поведінку жертви, яка викликає протиправні дії злочинця; при цьому, залежно від психічного ставлення жертви до своєї поведінки, автор виділяє свідому і несвідому, а з позиції її внутрішнього ставлення до дій особи, що провокується, активну (пряму і непряму) і пасивну провокацію [2]. При дослідженні установки відносно жертви у сексуальних правопорушників А.Д. Серов та співавт. (2011) підкреслюють, що уявлення сексуальних правопорушників про дії жертви та її переконання часто не відповідають реальним: звичайна, не пов'язана з проявом сексуальності, поведінка жертви інтерпретується правопорушниками як така, що провокує їх на вступ у сексуальний контакт [15].

К. Плутицька (2012) провела опитування працівників правоохоронних органів, метою якого було виявлення їх думки про причини та умови вчинення примушування до вступу в статевий зв'язок [9]. Уявлення співробітників міліції та прокуратури розподілились таким чином: віктимна поведінка потерпілої особи – 56,79%; манера поведінки потерпілої особи взагалі – 48,15%; недостатній рівень статевого виховання – 44,44%; падіння рівня суспільної моралі – 43,31%; стиль одягу потерпілої особи – 37,04%; відсутність економічної стабільності – 20,99%; особисті життєві труднощі особи, яка вчиняє примушування до вступу в статевий зв'язок – 18,52%; правовий нігілізм суспільства – 16,05%; особисті життєві труднощі потерпілої особи – 16,05% тощо. Таким чином, працівники правоохоронних органів у більшості випадків вбачають основні причини та умови вчинення примушування до вступу в статевий зв'язок саме у поведінці потерпілої особи [9].

Важливою в рамках нашого дослідження вважаємо наступну віктимологічну диференціацію: соціально-демографічну (вік, стать, сімейний і соціальний стан); культурно-освітню (рівень освіти, знання, навички, уміння); морально-психологічну (погляди, інтереси, потреби, емоційно-вольова характеристика) і поведінкову характеристики жертв сексуальних злочинів.

Якщо розглядати жертвовність за ознакою статі відносно злочинів, пов'язаних з насильницькими діями сексуального характеру, кількісна перевага традиційно належить жінкам: 71,4 % і 28,6 % відповідно, при цьому, якщо жертви жіночої статі представлені різними віковими категоріями, то жертви чоловічої статі найчастіше не досягають віку повноліття [4].

За даними В.І. Брильова і Л.А. Ляха (2012), потерпілими у зґвалтуванні у 65–70 % випадків є дорослі жінки віком від 18 до 30 років [3]. Встановлено, що для рекреаційних територій, де рівень міграції населення дуже високий, характерним є той факт, що злочинець і потерпіла в 70% не були знайомі або познайомилися перед зґвалтуванням, тоді як у сільських районах в 65 % випадків злочинець і жертва знали один одного, часто знаходилися в одній компанії [3].

Один із аспектів детермінації вчинення статевих злочинів полягає в тому, що чоловіки і жінки часом не розуміють один одного. Якщо жінка поводить розкуто,

доброзичливо, чоловік може сприйняти це як заохочення. Якщо жінка ігнорує знаки уваги, відмовчується – чоловік може розцінити це як сором'язливість, яку можна перебороти. І навіть агресивно-негативну поведінку жінки часом вважають миттєвою реакцією, і в чоловіка залишається надія, що врешті-решт жінка погодиться на вступ у статевий зв'язок [7].

У дослідженні [5] визначені провокуючі форми поведінки жертв сексуального насильства різного віку. Пасивно-провокуюча поведінка, яка створює відчуття невинуватості сексуальної доступності, притаманна неповнолітнім жертвам (27,92%). Активно-провокуюча форма, що передбачає створення ефекту надмірної сексапільності, неадекватного кокетства, флірту із виключенням безпосереднього статевого акту, переважає у повнолітніх потерпілих (56,15%). Проте, абсолютно «чистих» форм активно- та пасивно-провокуючої поведінки автором не відмічено. У молодіжному середовищі більшість сексуальних злочинів (54,43%) скоюють за типом dating violence («швидкоплинних знайомств») [5].

Ю.В. Воронова визначила, що умови виховання неповнолітніх 14–18 років, їх стосунки з батьками та однолітками є факторами, які впливають на рівень їх віктимності [8]. Встановлено, що діти, які виховуються у сім'ях з низьким культурно-освітнім рівнем батьків, низьким рівнем матеріального достатку мають занижену самооцінку, через що рівень віктимності у них високий. Проте й дівчата, які живуть у сім'ях з високим матеріально-культурним рівнем і мають завищену самооцінку, теж демонструють достатньо високий ступінь віктимності. Індивідуально-психологічними умовами та факторами віктимності є ціннісні орієнтації, комунікативна, мотиваційна й емоційно-вольова сфери і Я-концепція. Чим вищий рівень віктимності, тим більшою мірою зазначені психологічні фактори відрізняються від нормативних показників [8]. Доведено, що визначення рівня віктимності слід проводити в осіб, які постраждали від сексуального злочину та в яких немає негативних змін у психіці. Встановлено, що зґвалтування неповнолітніх призводить до виникнення у них посттравматичних стресових розладів, які можуть проявлятися через рік після скоєння злочину [8, 12].

Т.В. Казьменкова (2008) встановила, що сімейний стан жертв злочинів характеризується наступним чином [4]: 9,8% з їх числа перебували в зареєстрованому шлюбі; 7,9% – в цивільному шлюбі; 82,3% не були в шлюбних стосунках. Мешкали з батьками 47% жертв; 28,5% мешкали одні, втративши зв'язки з родичами. Розглядаючи соціальний статус жертв, виявлено, що більша їх частина займає досить низьке соціальне положення: 26,1% – наймані робітники, що мають відносно невисоку кваліфікацію або зайняті некваліфікованою працею, 18,6% – особи без постійного джерела доходів, 15,7% – пенсіонери, 3,6% – приватні підприємці, 2,4% – інваліди, 14,8% і 18,8% – відповідно студенти та учні середніх шкіл. Низький соціальний статус потерпілих, якому відповідає низький освітній і культурний рівень, має істотне віктимологічне значення [4].

Становить певний інтерес характер взаємин злочинця з потерпілою. Так, у третині зґвалтувань була обрана випадкова жінка, напад на яку був раптовим, оскільки гвалтівник намагався залишитися невпізнаним і після

вчиненого втівав. У 15% випадків злочинець знайомився з потерпілою напередодні вчинення злочину, полегшуючи таким чином сексуальний напад. В обох випадках з боку винного переважало фізичне насильство, у результаті якого потерпілим заподіювалися тілесні ушкодження й психічні травми. Досить часто гвалтівники були знайомі з потерпілими за місцем проживання (29,1%) або підтримували дружні стосунки. Сексуальне насильство з боку родичів (12,3% зґвалтувань і 4,5% замахів на зґвалтування) розподілилося приблизно порівну між батьками й вітчимами, братами, дядьками. Подружнє насильство мало місце у 2–3% випадків [25].

Відомо, що підвищена небезпека стати жертвами кримінального насильства притаманна особам, що характеризуються стійкою асоціальною поведінкою і морально-побутовою розбещеністю [11, 19]. У злочинців та їх жертв часто виявляються схожі деформації особистості і стереотипи поведінки. Дослідження потерпілих з негативною поведінкою свідчить про те, що в її основі лежать недоліки виховання, морального формування їх особистості та в цілому вплив мікросередовища [13]. Для потерпілих цієї групи характерні необачність, нерозбірливість і легковажність у знайомствах. Найчастіше жертва потрапляє в небезпечну ситуацію, не проявивши елементарного розуміння обставин, що складаються. Найчастіші мотиви таких знайомств наступні: бажання весело провести час, скористатися автомашиною, отримати можливість переночувати, стати утриманкою (коханкою), «помститися» іншому знайомому (викликати його ревності), вийти заміж, придбати різні речі тощо [16]. Нерідко ці знайомства не мотивовані, а викликані станом сп'яніння. Близько 45% потерпілих у момент зґвалтування знаходилися у стані алкогольного сп'яніння [3], причому в 30,7% випадків алкоголь вживався спільно [4].

Проведене М.М. Коноваловим (2005) психологічне тестування 39 зґвалтованих жінок свідчить, що серед потерпілих зустрічаються тільки жінки з холеричним і меланхолійним темпераментом, тобто ті, у яких спостерігається емоційна нестійкість як в настрої, так і в поведінці [17]. Це проявляється в легкості встановлення контактів з незнайомими людьми, зайвій довірливості або самовпевненості та неадекватній оцінці ситуації. Дослідження також показало, що серед зґвалтованих переважають жінки з істеричною та астеничною акцентуацією характеру (80% потерпілих) [17]. Людина з переважанням істеричних рис прагне притягнути і завоювати увагу навколишніх. Таким чином, егоцентризм призводить до рис, які могли б сприяти задоволенню потреби бути в центрі уваги. Такими рисами стають ексцентричність зовнішності, поведінки та висловлювань. Суть їх полягає в неординарних спробах представити себе в суспільстві, що відрізняються від буденної та традиційної поведінки. Для цього використовується яскравий, помітний одяг, макіяж тощо. Поведінка таких жінок має гротескний характер з переважанням крайніх ступенів вираженості емоцій і пред'явлення їх оточуючим. Поведінка таких осіб мінлива і непостійна, вони схильні до різкої зміни і лабільності поведінки. Внаслідок цього часто відзначається непослідовність вчинків, їх залежність від ситуативних факторів і, зокрема, від оточення. У поведінці

внаслідок пошуку визнання з боку соціуму відзначається театральність, неприродність, манірність [26, 32].

З метою привертання уваги до себе жінка з демонстративними рисами характеру схильна до декларування власної гіперсексуальності. У розмовах вона активно експлуатує сексуальну тему, що чоловіки можуть сприймати як запрошення до інтимного спілкування [28]. Крім того, як зазначає В.Д. Менделевич (2008), для таких жінок типовим в критичній психотравмуючій ситуації є екстрапунтивна спрямованість реагування – несправедливе звинувачення оточення в події, що сталася, уникнення усвідомлення власної відповідальності, а також спроба себе захистити і представити жертвою обставин або упередженого ставлення з боку оточення [27].

Для жінок з астеничними рисами характеру властиве ухилення від будь-якої відповідальності, підпорядкування власних потреб потребам інших, а також підвищена емотивність. Така жінка, як правило, боїться мати власну думку, самостійність та відчуває безпорадність у самотності. Вона схильна орієнтуватися на думки оточення, підкорятися їх волі і жити їх інтересами. Жінка-астеник пасивна, безініціативна, задовольняється тим, що є доступним, не докладає ніяких зусиль, щоб щось змінити у своєму житті. Разом з цим, в структуру астеничного характеру входить сентиментальність, жалісливість, нездатність постояти за себе або чинити опір [30].

В дослідженні [17] продемонстровано, що більше 60% зґвалтованих раніше (до здійснення делікту) вели нерегулярне сексуальне життя, з багатомісячними періодами сексуальної депривації. Фізіологічними основами механізму поведінки таких жертв в генезисі злочину, вважає автор, є стійка відсутність сексуальних стосунків, що ставить жінку перед необхідністю усвідомлення факту її сексуальної неспроможності, що в поведінковому плані вимагає пошуку ефективнішого сексуального поведінкового стереотипу у вигляді демонстрації гіперсексуальності або доступності тощо [17]. Соціальна значущість сексуальних стосунків не допускає безконфліктного усунення особистості з сексуальної сфери, примушуючи жінку шукати способи задоволення своєї статевих потреби. Встановлено, що 20% жертв насильницького статевих акту були дівчатами, переважна більшість яких (70%) в генезисі злочинної ситуації неадекватно реагували на намагання делінквента вступити в сексуальні стосунки, причиною чого є, в першу чергу, недоліки статевого виховання [34].

Викладені вище особистісні особливості потерпілих – жертв зґвалтувань – багато в чому пояснюють віктимність жінок і можуть бути основою для розробки профілактичних програм, спрямованих на віктимологічне запобігання зґвалтуванням.

Дослідження та аналіз наукових розробок з оцінки психічного стану потерпілих внаслідок сексуального насильства.

Специфіка і значущість злочинів, пов'язаних з сексуальним насильством, полягає в наступному [33, 35]: сексуальні злочини викликають у жертв тяжкі переживання, вплив яких може зберігатися впродовж всього життя, впливаючи на самосприйняття та сприйняття світу, на стосунки з іншими людьми, в тому числі, що особливо важливо, з представниками протилежної статі,

на сімейні стосунки. Такі посягання, викликаючи глибокі душевні травми, здатні призвести до самогубств, в інших випадках – до формування небезпечних соматичних і психічних захворювань [33, 35].

І.Г. Малкіна-Пих виділяє кілька стадій реакції на зґвалтування, які розрізняються за тривалістю та інтенсивністю психічних процесів [34, 36]:

1. Стадія передчуття або загрози, коли жінка відчуває небезпеку ситуації. Зазвичай включаються механізми психологічного захисту, що створюють ілюзію невразливості, але все-таки залишається ясне розуміння ситуації, необхідне для фактичного захисту.

2. Стадія зіткнення, коли відбувається дезадаптація, ступінь якої залежить від інтенсивності травми і від адаптаційних можливостей. У цій стадії виникають вазомоторні і емоційні порушення. У жертв зґвалтування – це приголомшення, звуження свідомості, автоматизовані стереотипні дії та інші прояви переляку.

3. Стадія віддачі, під час якої поступово відновлюються нормальні емоції, розуміння себе і свого місця у світі, пам'ять і самоконтроль. Майбутнє залишається неясним, може зростати почуття підлеглості. Жінка починає розуміти свої адаптивні і дезадаптивні реакції, замислюється про них. Від того, чи відчуває вона себе спроможною самостійно впоратися з стресом, залежать наслідки не лише цієї кризової ситуації, але й реакція на стреси в майбутньому, що прямо впливає на самооцінку. Якщо є психологічна підтримка, жінка не почуває себе повністю покинутою і безпорадною. Проте близькі нерідко намагаються зробити вигляд, що нічого не сталося, радять забути цей випадок (один із способів поведінки в стресовій ситуації). Характерна особливість психологічного стану після зґвалтування – відсутність відкрито вираженого гніву, що, що на думку автора, може бути пов'язано із загальноприйнятими нормами – вважається, що жінка не має бути агресивною.

4. Стадія відновлення, коли міняються погляди на майбутнє. Захисні механізми, що забезпечують відчуття невразливості, втрачені, і в разі повторного переживання насильства може знижуватися самооцінка. Тоді жінка починає звинувачувати себе в тому, що не змогла передбачити небезпеку, не звернула на неї увагу [34, 36].

Н.А. Шаповалова (2006) досліджувала характерологічні і особистісні риси жінок віком від 25 до 40 років з психологічними наслідками зґвалтування, перенесеного у дитячому або підлітковому віці (n=64) [29]. Всі жінки були заміжніми, а за допомогою звернулися з приводу подружньої дезадаптації. Встановлено, що, з одного боку, жінки, які стали жертвами сексуальних злочинів у дитячому і підлітковому віці, мають особистісні риси і явно виражені акцентуації характеру, які могли сприяти виникненню у них поведінки, що провокує насилля. Перш за все, це – демонстративна акцентуація (45,0% обстежених), або такі акцентуації, які роблять їх безпомічними, тим самим полегшуючи виникнення ситуації насилля: це – емотивна (17,0%), тривожна (8,0%), дистимічна (5,0%) акцентуації. З іншого боку, перенесене насилля призводить до загострення характерологічних рис, поглиблюючи його наслідки і створюючи передумови для формування дезадаптації жінок у шлюбі [29].

Висновки

Вищенаведене свідчить про необхідність пошуку нових шляхів у дослідженні критеріїв судово-психіатричної оцінки осіб, які потерпіли від сексуального насильства внаслідок кримінального правопорушення та віктимної поведінки потерпілих для аналізу ситуації протиправного діяння й розробки профілактичних засобів для запобігання скоєнню сексуальних злочинів.

Список використаної літератури

1. Банных Е. Н. Виктимологический аспект поведения женщин – жертв преступления: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. юрид. наук: 12.00.08 / Банных Евгения Николаевна; Челяб. гос. ун-т. – Челябинск, 2006. – 28 с.
2. Брылев В. И. Криминалистический анализ личности преступника и потерпевшей от изнасилования / В. И. Брылев, Л. А. Лях // Известия Тул. гос. ун-та. Эконом. и юрид. науки. – 2012. – № 1/2. – С. 19–25.
3. Воронова Ю. В. Влияние сексуального насилия на личность несовершеннолетних / Ю. В. Воронова // Наука и освіта. – 2004. – Спец. вип. № 6/7. – Психологія особистості: досвід минулого, погляд у майбутнє. – С. 52–55.
4. Воронова Ю. В. Соціально-психологічні детермінанти віктимної поведінки неповнолітніх жертв сексуальних злочинів: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. психол. наук: 19.00.06 / Воронова Юлія Вікторівна; Нац. ун-т внутр. справ. – Х., 2005. – 21 с.
5. Джаянбаев К. И. Виктимологические аспекты предупреждения тяжких преступлений против личности / К. И. Джаянбаев // Государство и право. – 2005. – № 11. – С. 101–103.
6. Дмитриева О. А. Проблемы гендерного насилия, акушерства и гинекологии в судебной медицине / О. А. Дмитриева, Т. М. Федченко. – Владивосток: Медицина ДВ, 2006. – 287 с.
7. Жижа А. О. Анализ злочинів проти статевої свободи та недоторканності особи / А. О. Жижа // Держава та регіони. Сер. Право. – 2011. – Вип. 2. – С. 98–100.
8. Журавлева Ю. В. Виктимологическая профилактика изнасилований: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. юрид. наук: 12.00.08 / Журавлева Юлия Вячеславовна; Моск. гос. лингвист. ун-т. – М., 2007. – 22 с.
9. Зайцев О. О. Психічна патологія в осіб молодого віку, які скоїли сексуальні злочини (діагностика, клініка, лікування та профілактика): автореф. дис. на здобуття наукового ступеня д-ра мед. наук: 14.01.16 / Зайцев Олександр Олександрович; Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. – К., 2005. – 28 с.
10. Казьменкова Т. В. Виктимологическая характеристика жертв преступлений, совершаемых с особой жестокостью / Т. В. Казьменкова // Юристы – Правоведь. – 2008. – № 6. – С. 110–113.
11. Калинина С. Б. Психологическая беспомощность и развитие жизнестойкости женщин / С. Б. Калинина. – Тверь: Тверской гос. ун-т, 2011. – 123 с.
12. Коновалов Н. Н. Виктимологическая характеристика изнасилования / Н. Н. Коновалов. – Ставрополь: Сервисшкола, 2005. – 102 с.
13. Кримінологічні, уголовно-правовые и медико-социальные аспекты противодействия сексуальному насилию в отношении несовершеннолетних: материалы круглого стола, 25 апреля 2012 года / под ред. А. М. Розуван. – Киров: Изд-во ВятГГУ, 2012. – 58 с.
14. Лукаш А. С. Зґвалтування: кримінологічна характеристика, детермінація та їх попередження: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. юрид. наук / Лукаш Анастасія Сергіївна; Нац. юрид. акад. України ім. Я. Мудрого. – Харків, 2007. – 19 с.
15. Лукаш А. С. Питання латентності зґвалтування / А. С. Лукаш // Право і безпека. – 2006. – № 3. – С. 67–72.
16. Малкина-Пых И. Г. Виктимология: психология поведения жертвы: комплексный анализ феномена жертвы, подходы к индивидуальному консультированию, упражнения и техники / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2010. – 862 с.
17. Малкина-Пых И. Г. Психология поведения жертвы / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2006. – 1006 с.
18. Мастерков А. А. Уголовно-правовые и криминалогические аспекты провокационной деятельности: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. юрид. наук: 12.00.08 / Мастерков Александр Александрович; Дальневосточ. гос. ун-т. – Владивосток, 2000. – 18 с.
19. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: учеб. пособие / В. Д. Менделевич. – 6-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 426 с.
20. Плутницька К. Питання детермінації примушування до вступу в статевий зв'язок / К. Плутницька // Вісн. Львів. ун-ту. Сер. юридична. – 2012. – Вип. 56. – С. 409–416.
21. Полубинский В. И. Криминальная виктимология / В. И. Полубинский. – М.: Всероссийский научно-исследовательский ин-т, 2008. – 208 с.
22. Ривман Д. В. Криминальная виктимология: Жертвы преступлений. Мошеничество. Хулиганство. Кражи. Разбой / Д. В. Ривман. – СПб.: Питер, 2002. – 304 с.
23. Серов А. Д. Установки по отношению к жертве у сексуальных правонарушителей / А. Д. Серов, К. В. Сыровашина, И. А. Басинская // Психология и право. – 2011. – № 2. – С. 66–76.
24. Христенко В. Е. Психология поведения жертвы / В. Е. Христенко. – Ростов н/Д: Феникс, 2004. – 411 с.

25. Шайдукова Л. К. Истерические депривационные манипуляции: механизмы, феноменология, коррекция / Л. К. Шайдукова // Неврол. вестник. Журн. им. В.М. Бехтерева. – 2013. – № 1. – С. 94–99.
26. Шаповалова Н. А. Психопатологические особенности женщин с отдаленными последствиями изнасилования / Н. А. Шаповалова // Укр. вісн. психоневрології. – 2008. – Вип. 4. – С. 69–72.
27. A characterization of adult victims of sexual violence: results from the national epidemiological survey for alcohol and related conditions / Y. Xu, M. Olfson, L. Villegas [et al.] // *Psychiatry*. – 2013. – Vol. 76, № 3. – P. 223–240.
28. Characteristics of sexual violence against adolescent girls and adult women / T. Blake Mde, J. Drezett, M. A. Vertamatti [et al.] // *BMC. Womens Health*. – 2014. – Vol. 14. – P. 15.
29. Co-occurring posttraumatic stress and depression symptoms after sexual assault: a latent profile analysis / T. M. Au, B. D. Dickstein, J. S. Comer [et al.] // *J. Affect. Disord.* – 2013. – Vol. 149, № 1/3. – P. 209–216.
30. Health risk behavior and sexual assault among ethnically diverse women / H. L. Littleton, A. E. Grills-Tauchel, K. S. Buck [et al.] // *Psychol. Women Q.* – 2013. – Vol. 37, № 1. – P. 7–21.
31. Mindfulness, emotional dysregulation, impulsivity, and stress proneness among hypersexual patients / R. C. Reid, J. E. Bramen, A. Anderson [et al.] // *J. Clin. Psychol.* – 2014. – Vol. 70, № 4. – P. 313–321.
32. Sanjel S. Gender-based violence: a crucial challenge for public health / S. Sanjel // *Kathmandu Univ. Med. J. (KUMJ)*. – 2013. – Vol. 11, № 42. – P. 179–184.
33. Schry A. R. Sexual assertiveness mediates the effect of social interaction anxiety on sexual victimization risk among college women / A. R. Schry, S. W. White // *Behav. Ther.* – 2013. – Vol. 44, № 1. – P. 125–136.
34. Sexual victimization using latent class analysis: exploring patterns and psycho-behavioral correlates / B. H. French, Y. Bi, T. G. Latimore [et al.] // *J. Interpers. Violence*. – 2014. – Vol. 29, № 6. – P. 1111–1131.
35. Weizmann-Henelius G. The violent female perpetrator and her victim / G. Weizmann-Henelius, V. Viemerö, M. Eronen // *Forensic. Sci. Int.* – 2003. – Vol. 133, № 3. – P. 197–203.
36. Kolárský A. Beyond sex offenses / A. Kolárský // *Arch. Sex. Behav.* – 2006. – Vol. 35, № 3. – P. 251–252.

ИССЛЕДОВАНИЕ И АНАЛИЗ НАУЧНЫХ РАЗБОТОК В ОЦЕНКЕ ЛИЧНОСТИ ПОТЕРПЕВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ

Е.А. Козерацкая

Проведен теоретический анализ научных подходов судебно-психиатрической оценки потерпевших вследствие сексуального насилия.

Ключевые слова: судебно-психиатрическая оценка, виктимное поведение, потерпевшие, сексуальные преступления, расстройства сексуального влечения.

RESEARCH AND ANALYSIS OF SCIENTIFIC APPROACHES IN THE ESTIMATION OF PERSONALITY OF VICTIMS BECAUSE OF SEXUAL VIOLENCE

E. Kozerackaya

A theoretical analysis of scientific approaches forensic psychiatric assessment of victims because of sexual violence.

Key words: forensic psychiatric examination, victims behavioral, victims, sexual crimes, disorders of sexual appetite.

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

ВИТЯГ З МЕТОДИЧНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ
«ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЮ» (2006)

Розроблені Шотландською міжвузівською мережею з розробки методичних рекомендацій (SIGN)
З повною версією методичних рекомендацій можна ознайомитися на сайті www.sign.ac.uk

4. Фармакологічний вплив

Рекомендації, зроблені в цьому розділі базуються на оцінці даних про їх клінічну ефективність (ефективність на практиці). Питання економічної ефективності не розглядалися.

Головними ознаками деменції є зниження когнітивних здібностей та порушення працездатності. Низка супутніх проблем трапляється часто але не завжди. Ці проблеми, які іноді називають поведінковими і психологічними симптомами деменції або ППСД, можуть спричинити значний негативний стрес як для хворих, так і для осіб, що доглядають за ними. Наявність таких симптомів, як збудження, дратівливість, порушення сну, марення, галюцинації чи агресія може прискорити госпіталізацію в стаціонар чи догляд в спеціальній установі.

Традиційно, із цими супутніми симптомами справлялися за допомогою антипсихотичних препаратів, антидепресантів чи анксиолітиків. Інгібуючі препарати ацетилхолінестерази можуть також впливати на поведінку.

Таблиця 2. Індекс основних і супутніх симптомів і фармакологічного впливу

Основні симптоми	Розділ
Зниження когнітивних здібностей	4.1.1–4.1.3, 4.3
Функціональне погіршення здоров'я	4.1.1–4.1.3, 4.3
Соціальна деградація	4.1.2
Супутні симптоми	
Збудження	4.4, 4.7
Агресія	4.6
Депресія	4.5
Душевний розлад	4.1.1, 4.6
Повторна вокалізація	чітких доказів немає
Порушення сну	чітких доказів немає
Неспецифічне порушення поведінки	4.1.1–4.1.3, 4.3, 4.6
Інше	
Побічні ефекти	4.1.1–4.1.3, 4.3, 4.6

4.1. Антихолінестеразні препарати (інгібітори холінестерази)

Відхилення в холінергічних нейронах займають чільне місце серед патологічних змін в мозку пацієнтів із хворобою Альцгеймера. Вплив цих аномалій можна зменшити шляхом інгібування ферментативного розщеплення ацетилхоліну [92].

З моменту публікації Шотландською міжвузівською мережею з розробки методичних рекомендацій 22 ви-

дання. (SIGN 22) [1] кілька інгібіторів холінестерази другого покоління, включаючи донепезил, ривастигмін і галантамін були впроваджені. Їх, порівняно нещодавнє, введення означає, що існує кілька досліджень, в яких було розглянуто ефективність цих препаратів протягом тривалого періоду часу.

В одному із мета-аналізів, що порівнює переносимість донепезилу, галантаміну і ривастигміну і їх вплив на розумовий процес у людей з деменцією дійшли висновку, що ефективність цих трьох препаратів однакова [93]. Донепезил був у списку препаратів, які досліджували менше ніж ривастигмін чи галантамін, припускаючи, що донепезил може краще переноситися в лікувальних дозах. У мета-аналізі не вивчали вплив препаратів на функції чи поведінку людей з деменцією.

На рівні дослідження методом випадок-контроль забезпечували тривале використання антихолінестеразних препаратів (інгібіторів холінестерази), щоб відкласти формалізацію [94]. Видатки додаткових витрат на комунально-побутове обслуговування не бралось до уваги в даному дослідженні, але економія у вартості догляду за пацієнтами в установах може бути істотною.

4.1.1 Донепезил

Існує значна кількість доказів на підтримку використання інгібітора холінестерази донепезилу у людей із хворобою Альцгеймера легкого і середнього ступенів [92, 95, 96]. Є підстави вважати, що його ефективність може поширюватися й на людей із більш тяжкими формами хвороби Альцгеймера [97, 98].

В У добовій дозі 5 мг і вище донепезил можна використовувати для лікування когнітивних порушень у людей з хворобою Альцгеймера.

✓ Вік і ступінь важкості хвороби Альцгеймера не повинні бути протипоказаннями для застосування донепезилу.

Довгострокове плацебо-контрольоване дослідження підтверджує незначні переваги донепезилу над плацебо у когнітивній діяльності та виконувє функції, незважаючи на налаштування залучати періодичне утримання від донепезилу; втручання розроблене для того, щоб змусити пацієнтів повертатися назад до їх початкового рівня [99]. Не було відзначено жодного ефекту на час організаційного оформлення чи прогресування інвалідизації хворих. Значущість затримки формалізації й уповільнення прогресування захворювання потребують подальшого вивчення.

Систематичний огляд використання донепезилу у людей із судинною деменцією показав чималу користь

для пацієнтів із когнітивними порушеннями легкого та середнього ступенів, яких обстежували впродовж шести місяців [100].

Існує значна кількість доказів, що вказують на ефективність донепезилу в зменшенні психотичних симптомів і обмежують кількість поведінкових проблем у пацієнтів з деменцією легкого і середнього ступенів [97, 98, 101–105].

В одному невеликому дослідженні збільшення перфеназіну у пацієнтів із помірною деменцією припускає можливий антипсихотичний ефект донепезилу і почата баночка донепезилу і підвищена доза перфеназіну [106]. Необхідно здійснити довгострокові подвійні контрольовані дослідження.

В Донепезил у добовій дозі 5 мг і більше можна використовувати для лікування супутніх симптомів у людей з хворобою Альцгеймера.

Проте, бракує даних для схожих проявів у пацієнтів із помірною та важкою деменцією, і діагностика інших захворювань за винятком хвороби Альцгеймера не доступна на рівні рандомізованого клінічного дослідження.

4.1.2 Галантамін

Галантамін є ефективним для підтримки когнітивної діяльності у людей із хворобою Альцгеймера легкого та середнього ступенів [95, 107–112]. Існують свідчення деяких когнітивних переваг пацієнтів з хворобою Альцгеймера змішаного типу і порушеннями мозкового кровообігу.

Більші дози галантаміну є більш ефективними ніж малі дози, хоча немає ніякого додаткового ефекту у дозах понад 24 мг на добу.

Повільне збільшення дози, здається, покращує переносимість препарату [109]. В одному дослідженні зроблено припущення, що найбільшого ефекту можна досягнути у хворих із помірною деменцією за Короткою шкалою оцінки психічного статусу балом менш ніж 18 [110].

В Галантамін, у добовій дозі 16 мг і більше, можна застосовувати для лікування когнітивних відхилень у людей з хворобою Альцгеймера і людей із деменцією змішаного типу.

✓ Галантамін слід використовувати з поступовим підвищенням до дози 24 мг на добу.

Дані з двох великих рандомізованих клінічних досліджень показали, що галантамін має суттєвий позитивний вплив на працездатність та поведінку людей з хворобою Альцгеймера [109].

В Галантамін, у добовій дозі 16 мг і більше, можна використовувати для лікування супутніх симптомів у людей з хворобою Альцгеймера.

Оцінка ефективності галантаміну для людей із помірною і важкою деменцією потребує подальшого вивчення.

4.1.3 Ривастигмін

У людей із хворобою Альцгеймера легкого і помірно важкого ступенів, лікування ривастигміном показало значні покращення у глобальній когнітивній функції [114–116].

Існує свідчення одного дослідження, що когнітивні переваги лікування ривастигміном були більш стійкіші у пацієнтів з помірно тяжкою деменцією.

В Ривастигмін, у добовій дозі 6 мг і більше, можна застосовувати для лікування зниження когнітивних порушень у людей з хворобою Альцгеймера.

Ривастигмін є також ефективним в лікуванні когнітивних порушень у людей з тільцями Леві. Припинення застосування ривастигміну призводить до швидкого зниження когнітивної функції протягом трьох тижнів [119].

В Ривастигмін, у добовій дозі 6 мг і більше, можна використовувати для лікування когнітивних порушень у людей з деменцією з тільцями Леві.

У дослідженні, де вивчали корисність ривастигміну у пацієнтів з хворобою Альцгеймера і гіпертонією, група пацієнтів з гіпертензією показала кращий результат когнітивної діяльності ніж ті, хто не страждав на підвищений кров'яний тиск [120].

Ривастигмін може бути ефективним у лікуванні супутніх симптомів у пацієнтів з хворобою Альцгеймера [114, 121].

У людей з деменцією з тільцями Леві, ривастигмін може бути ефективним у зниженні апатії, дратівливості і галюцинацій [118].

В Ривастигмін, у добовій дозі 6 мг і більше, можна використовувати для лікування супутніх симптомів у людей з хворобою Альцгеймера і деменцією з тільцями Леві.

4.2 Мемантин

L-глутамат є основним збуджуючим нейротрансмітером центральної нервової системи (ЦНС) і бере участь у передачі нервового імпульсу, здатності запам'ятовувати і вчити. Підвищення збуджуючої дії L-глутамату може відігравати роль в патогенезі хвороби Альцгеймера. Низька спорідненість N-метил-D-аспартат (NMDA) типу рецептора антагоніста, такого як мемантин, може запобігти нейротоксичності збуджуючих амінокислот без перешкоджання дії глутамату, яка необхідна для навчання і здатності запам'ятовувати [122].

Ефективність мемантину була вивчена у людей із помірно важкою хворобою Альцгеймера та з судинною деменцією легкого і середнього ступенів [123–127].

Після шести місяців лікування у дозі 20 мг мемантину на добу був помітний незначний ефект в широкому діапазоні критеріїв оцінки результату у пацієнтів з легкою і помірною судинною деменцією.

У пацієнтів із хворобою Альцгеймера середнього і важкого ступенів відзначили клінічно незначний ефект від використання мемантину у повсякденному житті впродовж 6-ти місяців [122].

Шотландська медична асоціація (ШМА), при оцінці мемантину, дійшла висновку, що величина такого позитивного ефекту була незначною, а клінічне значення – неясним (www.scottishmedicines.org.uk).

На сьогодні, немає достатньо даних, щоб рекомендувати застосування мемантину для лікування основних чи супутніх симптомів деменції.

4.3 Гінкго білоба

Продукти, отримані з гінкго дволопатевого, Гінкго білоба, використовувалися в традиційній китайській медицині протягом століть. Згідно з клінічними дослідженнями оцінювали його застосування для лікування

церебральної дисфункції, пов'язаної з віком, зниження когнітивної діяльності і для уповільнення розвитку нейродегенеративних розладів, таких як деменція [128]. Хоча ряд досліджень розглядав потенційний ефект гінґко, доза активного інгредієнту не стандартизована.

Гінґко білоба доступний у Великобританії без рецепта.

Систематичний огляд даних, отриманих в мета-аналізах Кокранівської співпраці щодо ефективності Гінґко білоба [128] та інгібіторів холінестерази [92, 116, 129], припускає, що Гінґко менш дієвий в поліпшенні когнітивної діяльності ніж інгібітори холінестерази, незважаючи на те, що Гінґко переноситься так само як і плацебо.

Ряд досліджень показують, що використання Гінґко для лікування деменції має позитивний ефект на відновлення когнітивної функції [128, 131, 132].

У пацієнтів із прогресуючою хворобою Альцгеймера відмінності між Гінґко і плацебо більш виражені [132].

Хворим слід приймати Гінґко впродовж 52 тижнів перш ніж з'явиться хоч якийсь поліпшення у когнітивній функції і повсякденній діяльності [128].

Майже усі дослідження показують, що Гінґко безпечений з кількома побічними ефектами, хоча два дослідження не змогли продемонструвати позитивний клінічний ефект [133, 134].

Гінґко викликає кровотечу в поєднанні з варфарином чи аспірином, підвищує кров'яний тиск в поєднанні з тіазидним діуретиком, і, ймовірно, призводить до коми в поєднанні з тразодоном [135]. Необхідні подальші дослідження, перш ніж заявляти про ефективну дозу Гінґко для хворих із деменцією.

✓ Людям з деменцією, які хочуть вживати Гінґко білоба необхідно проконсультуватися з кваліфікованим фітотерапевтом і вони повинні бути проінформовані про можливу взаємодію з іншими приписаними ліками.

4.4 Шавлія

Історично склалося так, що трави шавлії лікарської (*Salvia officinalis*) відомі своєю заспокійливою дією та за їх здатність покращувати когнітивну діяльність, особливо пам'ять [136].

Шавлія лікарська доступна у Великобританії без рецепта.

В одному невеликому рандомізованому контрольованому дослідженні (39 учасників) ефект застосування шавлії лікарської для лікування збудження у пацієнтів з хворобою Альцгеймера був малим і незначним [136].

Необхідно провести подальші дослідження, перш ніж заявляти про ефективність шавлії лікарської для лікування збудження у людей з хворобою Альцгеймера.

Переваги шавлії лікарської над іншими фармакологічними втручаннями не розглядалися.

✓ Людям з деменцією, які хочуть вживати трави шавлії лікарської слід проконсультуватися із кваліфікованим фітотерапевтом.

4.5 Антидепресанти

Використання антидепресантів для хворих з деменцією супроводжується депресивними симптомами, але їх вплив на депресію і когнітивну функцію є невизначеним.

Бракує досліджень в галузі використання антидепресантів пацієнтами із депресією і деменцією. Свідчення

щодо використання старіших трициклічних антидепресантів (кломіпраміну та іміпраміну), з добре проведеного систематичного огляду, непереконливі [137]. Мета-аналіз був заснований на досить малій кількості досліджень з кількома зразками, що вивчали препарати, які зазвичай не використовуються в клінічній практиці. В одному з таких досліджень робили оцінку сертралину, селективного інгібітора зворотного захоплення серотоніну (SSRI). Незважаючи на те, що це дослідження показує суттєві відмінності на користь лікування, показники ці невеликі.

Систематичний огляд не знайшов жодних доказів для використання більш сучасних антидепресантів, таких як венлафаксин чи міртазапін у пацієнтів із чітко вираженою деменцією та супутньою депресією [137].

Д Антидепресанти можна використовувати для лікування супутньої депресії при деменції, запевнявшись, що їх використання ретельно оцінюється для кожного пацієнта.

4.6 Нейролептики

Типові антипсихотичні препарати, такі як хлорпромазин і галоперидол традиційно використовувалися для лікування поведінкових проблем, пов'язаних з деменцією. Такі побічні ефекти як седация, рухові розлади і підвищена дезорієнтація в часі і в просторі – усі були визнані. Було висловлено занепокоєння, що використання цих препаратів прискорює погіршення здоров'я при хворобі Альцгеймера, але причинно-наслідковий ефект не був встановлений [138].

Мета-аналіз, в якому вивчали використання типових нейролептиків показав, що вони досить ефективні у лікуванні поведінкових розладів, пов'язаних з деменцією, з кількістю хворих (чотири-п'ять), які потребують лікування [139].

Із старих антипсихотичних препаратів, найчастіше оцінювали галоперидол. Досвід показує, що він корисний в контролі агресії у людей з деменцією. Розвиток побічних ефектів може обмежити його більш широке застосування [140].

А За необхідності типові нейролептики можна використовувати з обережністю, враховуючи їх профіль побічної дії для лікування супутніх симптомів деменції.

Атипові нейролептики, оланзапін і рисперидон, корисні в лікуванні психотичних симптомів, агресії та інших поведінкових проблем, пов'язаних з деменцією [141]. Немає чіткого свідчення з прямих порівняльних досліджень, які б вказували на їх високу ефективність чи профіль побічної дії у порівнянні з типовими нейролептиками.

Хоча немає жодних доказів щодо використання оланзапіну і рисперидону у лікуванні психіатричних і поведінкових симптомів деменції, особливо психозу і агресії, ці препарати в даний час не рекомендуються Державною службою з нагляду у сфері охорони здоров'я через побоювання з приводу серйозних побічних ефектів, зокрема інсульту.

✓ Атипові нейролептики із зниженням седативної і екстрапірамідних побічних ефектів можуть бути корисні на практиці, хоча ризик виникнення серйозних побічних ефектів, таких як інсульт, повинні бути ретельно оцінені.

Ризик виникнення інсульту, пов'язаного з іншими атипичними нейролептиками і типовими нейролептиками не був чітко доведений.

Практикуючі лікарі повинні знати, що до 60% пацієнтів з деменцією з тільцями Леві страждають від побічних реакцій на антипсихотичні препарати.

У хворих із нейролептичною схемою прийому лікарських засобів, у яких немає поведінкових розладів, абстиненція від антипсихотичного лікування не може бути пов'язана з рецидивом [144].

✓ **Необхідний індивідуальний підхід до лікування збудження у людей з деменцією.**

Де нейролептики є недоречними, необхідно взяти до уваги інгібітори холінестерази.

У пацієнтів з незмінним станом необхідно розглянути абстиненцію від антипсихотичних препаратів.

4.7 Тразодон

Одне мале рандомізоване контрольоване дослідження тразодону показало зниження збудження, коли воно супроводжувалося симптомами депресії у пацієнтів з деменцією [145]. Немає достатньо свідчень для того, щоб рекомендувати його використання для інших симптомів депресії.

✓ **Тразодон може розглядатися для лікування пацієнтів із симптомами депресії і збудженням, пов'язаними із деменцією.**

4.8. Клінічно ефективні втручання

4.8.1 Протизапальні засоби

Досвід показує, що ендогенні запальні реакції відіграють важливу роль у патогенезі хвороби Альцгеймера [146].

Один систематичний огляд показав, що протизапальні засоби не сповільнюють прогресування когнітивних порушень і мають значні побічні ефекти, такі як виразка шлунка, ниркова недостатність у пацієнтів із проблемами нирок і респіраторні захворювання у людей з астмою [147].

А Протизапальні засоби не рекомендовано застосовувати для лікування когнітивних порушень у людей з хворобою Альцгеймера.

Дані одного дослідження, що стосуються супутніх симптомів, пов'язаних з пам'яттю, антисоціальною поведінкою і депресивним поведінням у людей з хворобою Альцгеймера виявили клінічний ефект після лікування гідроксихлорохіном [146]. У групі лікування було відзначене незначне порушення в прогресуванні хвороби Альцгеймера легкого і середнього ступенів тяжкості. Ці висновки не були застосовані до цілого спектру тяжкості захворювання.

В Гідроксихлорохін не рекомендовано використовувати для лікування супутніх симптомів у людей з деменцією.

Існують підстави вважати, що преднізолону глюкокортикоїд неефективний у ліванні супутніх симптомів у людей з хворобою Альцгеймера. У пацієнтів, яких лікували преднізолоном існує тенденція до більш серйозних поведінкових проблем [148].

А Преднізолон не рекомендовано використовувати для лікування супутніх симптомів у людей з хворобою Альцгеймера.

4.8.2 Мелатонін

Екзогенний мелатонін не є ефективним у зниженні порушень сну, пов'язаних з деменцією [149, 150]. Лікування мелатоніном не впливає на загальний час сну, середню кількість пробуджень чи ефективність сну у пацієнтів із деменцією [149].

4.8.3 Естроген

Деменція, особливо хвороба Альцгеймера, найчастіше зустрічається у жінок в період постменопаузи. Лікування естрогеном було запропоноване як можливий терапевтичний засіб для лікування хвороби Альцгеймера у жінок. Існують підстави вважати, що естроген не є ефективним у профілактиці когнітивних порушень у жінок з деменцією [151, 152].

Незважаючи на те, що, в ході одного невеликого рандомізованого контрольованого дослідження, було виявлено сприятливий ефект естрогену для лікування супутніх захворювань у людей із деменцією, два подальші дослідження (170 учасників) вказують на неефективність лікування [154, 155].

В Естроген не рекомендовано застосовувати для лікування супутніх симптомів у жінок з деменцією.

4.8.4 Фізостигмін

У порівнянні з плацебо, клінічного ефекту у ліванні хворих з деменцією фізостигміном не було виявлено. Фізостигмін має короткий період напіввиведення і значні побічні реакції [156–158].

4.8.5 Селегілін

Селегілін інгібує окислення моноамінів і його потенційне використання як нейропротекторний препарат при хворобі Альцгеймера було запропоноване після повідомлень про підвищену активність моноаміноксидази В (МАО-В) у пацієнтів з хворобою Альцгеймера у порівнянні із здоровими людьми похилого віку [159]. Існує чимало доказів про те, що не існує клінічно значущого ефекту від препарату селегіліну при ліванні хвороби Альцгеймера [159, 169].

А Селегілін не рекомендовано застосовувати для лікування основних чи супутніх симптомів у пацієнтів з хворобою Альцгеймера.

4.9. Втручання, в яких відсутня клінічна ефективність

4.9.1 Протисудомні препарати

Немає чітких даних для того, щоб припустити, що вальпроат ефективний у зменшенні супутніх симптомів у людей з деменцією [161].

А Вальпроат не рекомендовано для лікування поведінкових симптомів пов'язаних з деменцією.

В одному малому рандомізованому контрольованому дослідженні було зроблено припущення, що карбамазепін може зменшити поведінкові проблеми, пов'язані із важкою деменцією [162].

Відкрите дослідження габапентину не показало статистичної значущості у показниках результатів на завершення дослідження [163].

✓ **Протисудомні препарати можуть бути розглянуті для симптоматичного лікування судом чи міоклонії, пов'язаних з деменцією, але не рекомендовані для лікування інших симптомів деменції.**

4.9.2 Аспірин

Аспірин широко призначають для вторинної профілактики судинних захворювань, наприклад, інсульту, інфаркту міокарда і захворювань периферичних артерій.

Кокранівський систематичний огляд не виявив ніяких рандомізованих контрольованих доказів того, що прийом аспірину приносить користь пацієнтам з судинною деменцією аналогічним чином. Існує ризик, що він може збільшити частоту внутрішньочерепних крововиливів [164].

Багато людей з діагнозом деменція (особливо судинна деменція) можуть також мати в історії хвороби інсульт, інфаркт міокарда чи периферичну артеріальну хворобу.

✓ Аспірин рекомендовано застосовувати лише людям з судинною деменцією, які мали історію судинного захворювання.

Необхідні подальші дослідження для вирішення можливої ефективності аспірину у людей із судинною деменцією, але не з історією інсульту, інфаркту міокарда чи периферичної артеріальної хвороби.

4.9.3 Бензодіазепіни

Немає систематичних оглядів чи рандомізованих контрольованих досліджень, які б вивчали ефективність бензодіазепінів у лікуванні супутніх симптомів деменції, в тому числі дратівливості.

4.9.4 Літій

Немає жодного рандомізованого контрольованого дослідження щодо використання літію у людей з деменцією. Малі відкриті дослідження дали суперечливі результати, ймовірно пов'язані з розміром дослідження.

✓ За відсутності паралельних доказів біполярного афективного розладу, літій не рекомендовано для зниження поведінкових проблем при деменції.

4.9.5 Інші втручання

Нижченаведеним фармакологічним втручанням забракло доказів клінічної ефективності для лікування людей з деменцією:

- ацетил-L-карнітин;
- церебролізин;
- ніцерголін;
- лецитин.

Діагностика

B	Критерії Діагностично-статистичного довідника (ДСД) 4-го видання чи Національного інституту неврологічних, комунікативних розладів та інсульту і Асоціації хвороби Альцгеймера та супутніх розладів повинні використовуватися для діагностики хвороби Альцгеймера.
B	Критерії модифікованої шкали ішемії Natchinski чи Асоціації Національного Інституту з вивчення неврологічних порушень та інсульту можуть бути використані для сприяння діагностики судинної деменції.
C	Діагностичні критерії деменції з тільцями Леві і лобно-скроневої деменції необхідно взяти до уваги при клінічній оцінці.

Початкове когнітивне тестування

B	В осіб з підозрою на когнітивні порушення необхідно використовувати Коротку шкалу оцінки психічного стану (КШОПС) для діагностики деменції.
✓	Початкове когнітивне тестування може бути покращене за рахунок використання когнітивного обстеження Аденбрука.

Скринінг супутніх захворювань

✓	Фізичні дослідження, в тому числі лабораторні тести, повинні бути обрані на підставі клінічних обстежень згідно з історією та клінічними умовами.
B	В рамках оцінки потенційної деменції, необхідно розглянути наявність супутньої депресії.

Використання зображень

C	Структурне відтворення зображень в ідеалі повинно бути частиною діагностичного обстеження пацієнтів з потенційною деменцією.
C	Однофотонна емісійна комп'ютерна томографія (ОФЕКТ) може використовуватися у поєднанні з комп'ютерною томографією, щоб прискорити диференціальну діагностику деменції, коли діагноз викликає сумніви.

Нейропсихологічне тестування

B	Нейропсихологічне тестування слід застосовувати для діагностики деменції, особливо у пацієнтів, у яких деменція є не є клінічно вираженою.
---	--

Нефармакологічні втручання

Управління поведінкою

B	Управління поведінкою можна використовувати для зниження депресії у людей з деменцією.
---	--

Корекційна програма опікунів

B	Опікуни повинні отримати комплексне навчання щодо втручань, які є ефективними для людей з деменцією.
---	--

Когнітивна стимуляція

B	Когнітивну стимуляцію слід пропонувати людям з деменцією.
---	---

Мультисенсорна стимуляція і комбіновані методи лікування

✓	Для людей з помірною деменцією, які можуть її переносити, мультисенсорна стимуляція може бути клінічно корисним втручанням.
✓	Мультисенсорна стимуляція не рекомендована для полегшення нервово-психічних симптомів у людей з помірною і важкою деменцією. Терапія яскравим світлом не рекомендована для лікування когнітивних порушень, проблем зі сном чи збудження у людей із деменцією. У людей з деменцією, які показують поведінковий розлад, незважаючи на використання психотропних препаратів, ароматерапія може впливати на поведінку, але не може бути рекомендованою як пряма альтернатива антипсихотичних препаратів, так і для зниження характерних поведінкових проблем. Перед застосуванням ароматерапії для зниження супутніх симптомів у людей з деменцією слід проконсультуватися із кваліфікованим ароматерапевтом.

Оздоровча і фізична діяльність	
B	Оздоровча діяльність повинна бути введена для людей з деменцією для підвищення якості життя і добробуту.
	У людей з деменцією сукупність структурованих вправ і розмов може допомогти зберігати мобільність.
Терапія орієнтації в реальності	
D	Терапія орієнтації в реальності повинна використовуватися кваліфікованим фахівцем на індивідуальній основі із людьми, які дезорієнтовані в часі, просторі й особі.

Фармакологічні втручання

Інгібітори холінестерази	
B	Допензил, у добовій дозі 5 м і більше, можна використовувати для: - лікування когнітивних порушень у людей з хворобою Альцгеймера; - лікування супутніх симптомів у людей з хворобою Альцгеймера.
B	Галантамін, у добовій дозі 16 мг і більше, можна використовувати для: - лікування когнітивних порушень у людей з хворобою Альцгеймера і у людей із деменцією змішаного типу; - лікування супутніх симптомів у людей з хворобою Альцгеймера.
B	Ривастигмін, у добовій дозі 6 мг і більше, можна використовувати для: - лікування когнітивних порушень у людей з хворобою Альцгеймера; - лікування когнітивних порушень у людей з деменцією з тільцями Леві; - лікування супутніх симптомів у людей з хворобою Альцгеймера і деменцією з тільцями Леві.
Нейролептики	
A	За необхідності типові нейролептики можна використовувати з обережністю, враховуючи їх профіль побічної дії, для лікування супутніх симптомів деменції.
✓	- Необхідний індивідуальний підхід до лікування збудження у людей з деменцією. - Атипів нейролептики зі зниженням седації і екстрапірамідних побічних ефектів можуть бути корисні на практиці, хоча ризик виникнення серйозних побічних ефектів, таких як інсульт, повинні бути ретельно оцінені. У пацієнтів з незмінним станом необхідно розглянути абстиненцію від антипсихотичних препаратів. Де нейролептики є недоречними, необхідно взяти до уваги інгібітори холінестерази.
Антидепресанти	
D	Антидепресанти можна використовувати для лікування супутньої депресії при деменції, їх використання ретельно оцінюється для кожного пацієнта.
✓	Тразодон може розглядатися для лікування пацієнтів із симптомами депресії і збудженням, пов'язаним із деменцією.
Лікарські засоби з рослинної сировини	
✓	- Людям з деменцією, які хочуть вживати Гінго білоба необхідно проконсультуватися з кваліфікованим фітотерапевтом і їх повинні проінформувати про можливу взаємодію з іншими приписаними ліками. - Людям з деменцією, які хочуть вживати трави шавлії лікарської слід проконсультуватися із кваліфікованим фітотерапевтом.

Інформація для пацієнтів та опікунів

С – Пацієнтам та особам, які здійснюють над ними нагляд необхідно надати інформацію спеціального призначення про потреби пацієнта.

Медичні працівники повинні знати що:

С – багато людей з деменцією можуть усвідомлювати свій діагноз, отримувати інформацію і брати участь у прийнятті рішень;

С – деякі люди з деменцією не бажають знати свій діагноз;

D – у деяких ситуаціях викриття діагнозу деменції може бути недоречним.

Побажання людини з деменцією повинні підтримуватися завжди.

- Діагноз деменція повинен бути озвучений медичним працівником, який є фахівцем у цій галузі.
- Коли діагноз не розголошується на це повинні бути вагомі причини.
- Пацієнти та їх опікуни повинні бути забезпечені інформацією про послуги і втручання доступні їм на всіх етапах процесу медичної допомоги.
- Інформація повинна надаватися пацієнтам та їх опікунам напередодні наступного етапу хвороби.

Список літератури знаходиться в редакції.

Г.А. Приб

**ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА КОМПЛЕКСНА СИСТЕМА ВИЗНАЧЕННЯ
ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА СОЦІАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ
У ПАЦІЄНТІВ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ**Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ
gprieb@ukr.net**Ключові слова:**медико-соціальна
експертиза, обмеження
життєдіяльності,
соціальна недостатність.

У статті розглядаються теоретичні погляди на застосування диференційованої комплексної системи визначення обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності у пацієнтів з психічними розладами при проведенні медико-соціальної експертизи й реабілітації.

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. У сучасних медичних дослідженнях з питань визначення обмежень життєдіяльності (ОЖ) психічно хворих увага приділяється науковому аналізу діяльності медико-соціальних експертних комісій (МСЕК) та реабілітаційних установ. Результати використовуються для розробки заходів з вдосконалення експертної та реабілітаційної допомоги [1]. Проте дієва допомога хворим можлива лише при поєднанні двох принципів: – перший – використання результатів аналізу діяльності МСЕК у практиці лікувальних закладів; – другий – побудова МСЕК дослідження на засадах міжнародних підходів за допомогою використання вітчизняного методичного забезпечення визначення СН та ОЖ.

Вчені зазначають, що науково-дослідні роботи з проблеми визначення ОЖ у галузі психіатрії мають теоретичний характер, орієнтація досліджень виключно на лікувальні заклади або на потреби МСЕК призводить до їх відокремлення, а їх результати іноді є суперечливими. Водночас відмічається складність практичного використання наукових розробок у діяльності МСЕК [2–13]. Дослідження щодо вивчення показників інвалідності з точки зору їх впливу на розвиток ОЖ та СН поодинокі [6] та переважно являють собою звітність МСЕК, яка за стандартом організації та функціонування спеціалізованих МСЕК, затверджених МОЗ України, обов'язково повинна містити аналіз структури, динаміки, причин інвалідності тощо. Результати цих досліджень відповідають виключно потребам МСЕК й не придатні для корекції Індивідуальної програми реабілітації (ІПР) інвалідів у лікувальних психіатричних закладах. Таким чином, за результатами наукових досліджень [1–13] визначено, що нині в Україні не проводяться комплексні дослідження щодо формування ОЖ та СН у хворих на психічні розлади та розробки системи визначення ОЖ та СН. Відсутнє системне вивчення даної проблеми у психіатричних, реабілітаційних закладах та МСЕК. Поодинокі дослідження орієнтовані лише на експертні або лікувальні заклади, тому їх результати неможливо широко застосувати з метою профілактики інвалідності. Важливими проблемами при психічних та поведінкових розладах є медична, соціальна та професійна

оцінки хворих в умовах МСЕК та розробка реабілітаційної програми [12]. Недостатнє урахування основних принципів МСЕК призводить до планування і проведення не завжди адекватних потребам пацієнта реабілітаційних заходів. Реабілітація пацієнтів частіше зводиться до фіксування проблем хворих, тоді як їх дійсне вирішення можливе лише в умовах, коли визначення ОЖ та СН стане невід'ємною складовою частиною висновку МСЕК й визначатиметься на основі обґрунтованого методичного забезпечення [13]. Отже, одне із основних завдань МСЕК – підвищення рівня соціального функціонування (СФ) та якості життя хворих на психічні розлади – не реалізується повною мірою.

Аналіз досліджень і публікацій та виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячена стаття. Аналіз наукових праць [1–13] свідчить про відсутність достатньої кількості досліджень у вітчизняній соціальній психіатрії з питань категорій порушення, ОЖ, СН та складності їх диференціювання при формуванні експертного висновку при проведенні МСЕК та плануванні реабілітаційних заходів. У роботах зазначається необхідність тлумачення суті понять ОЖ у практиці МСЕК та реабілітації психічно хворих. До невирішених раніше частин проблеми можна віднести відсутність на сьогоднішній день єдиної диференційованої комплексної системи визначення обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності у пацієнтів з психічними розладами.

Метою дослідження є обґрунтування засад застосування диференційованої комплексної системи визначення обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності у пацієнтів з психічними розладами при проведенні медико-соціальної експертизи й реабілітації.

Завдання дослідження – з точки зору біопсихосоціального підходу та спираючись на сучасні моделі інвалідності запропонувати диференційовану комплексну систему визначення обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності у пацієнтів з психічними розладами при проведенні медико-соціальної експертизи й реабілітації.

Матеріали та методи дослідження

Виходячи з мети та завдань дослідження обстежено 527 пацієнтів, які перебували на стаціонарному

лікуванні у відділеннях активної реабілітації №2 та №10 Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні №1. Обстежені пацієнти верифіковані за наступними діагностичними категоріями МКХ-10: F07, F20, F21, F23, F25, F41, G40. Дослідження проводили за принципом випадкового вибору, коли усі одиниці генеральної сукупності мали рівну можливість потрапити до вибірки. Методи дослідження: структуроване інтерв'ю у рамках клініко-психопатологічного підходу, соціально-експертний, статистичні.

Виклад основного матеріалу дослідження. В основу диференційованої комплексної системи визначення обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності у пацієнтів з психічними розладами при проведенні медико-соціальної експертизи й реабілітації покладено підхід, який використовується у міжнародній класифікації функціонування (МКФ) [4], адаптований до потреб МСЕ та реабілітації. За даною класифікацією не вимірюється інвалідність, а описуються функціональні здатності у різних сферах.

1. Функції й структури людського організму поділяють на:

- фізіологічні й психологічні функції систем організму;
- дуже специфічне урахування детальних функціональних можливостей і порушень;
- не пов'язані із причиною.

До функцій та структур належать: до функцій – сенсорні та біль, голосові та мовні, кардіоваскулярної, гематологічної, імунологічної та респіраторної систем, травної, обміну речовин та ендокринної систем, сечостатевої, репродуктивної систем, нейрон-м'язово-скелетної, яка відноситься до руху, функції шкіри.

До структур нервової системи належать: структури очей і вух, тобто ті, які беруть участь у голосі та мові, структури кардіоваскулярної, гематологічної, імунологічної та респіраторної систем, травної, обміну речовин та ендокринної систем, репродуктивної системи, нейром'язової, скелетної, яка відноситься до руху.

2. Діяльність й участь. Описує функціонування окремих людей як осіб, на відміну від функцій і структур його/її частин тіла. Варіюють у діапазоні від базисних до складних: до базисних належать, наприклад, вдягання, їжа й миття

у ванні або душі; складні включають працю, навчання, суспільну діяльність. Таким чином, діяльність – це завдання, які людина може виконати, що вимагають при цьому багатьох функцій організму (те, що люди можуть робити від народження, без допомоги або бар'єрів). Участь – це діяльність вищого порядку, що припускає інтеграцію у суспільство (функціонування з урахуванням впливу перешкоджальних і сприятливих елементів середовища). Існує діапазон видів діяльності від базової до складної, котра описує здатність людини жити незалежно й бути інтегрованою у свої співтовариства. Класифікація діяльності й участі: навчання й застосування знань; загальні завдання й вимоги; комунікація; рух; самообслуговування; міжособистісне спілкування; основні сфери життя; суспільне, соціальне й цивільне життя. Взаємозв'язок складових концепцій наслідків хвороби із МКФ представлено на рисунку 1.

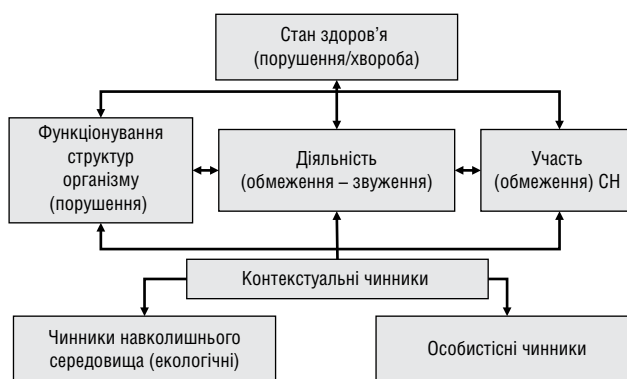


Рис. 1. Взаємозв'язок складових концепцій наслідків хвороби із міжнародної класифікації функціонування

З представлених на рисунку 1 даних видно, що у центр взаємозв'язків складових концепцій наслідків хвороби за МКФ покладено діяльність (обмеження–звуження). Тобто, при оцінюванні чинників порушення здоров'я основне значення має не наявність тих чи інших порушень або негативних чинників, а те, як вони обмежують (звужують) діяльність пацієнта. Спираючись на вищевикладене запропоновано загальну схему взаємозв'язків складових експертного рішення (рис. 2).



Рис. 2. Взаємозв'язок складових експертного рішення

З представлених на рисунку 2 даних видно, що у центрі уваги при аналізі взаємозв'язків складових експертного рішення лежать зв'язки трьох компонентів клініко-експертного психіатричного діагнозу, а саме: клінічного статусу, трудового й професійного статусу та соціального статусу. Усі три складові проходять через етап «аналіз обмеження життєдіяльності» та на виході повинні сформувати медичний і трудовий прогноз, враховуючи наявну соціальну недостатність. У подальшому розробка заходів медичної, професійної та соціальної реабілітації не викликає труднощів та проходить «стандартно» із визначенням реабілітаційного потенціалу та розробкою індивідуальної програми реабілітації.

Враховуючи вищевикладене, запропоновано алгоритм дії лікаря МСЕК (рис. 3) алгоритм дії лікаря реабілітаційного відділення (рис. 4) та алгоритм дії лікаря-реабілітолога реабілітаційної установи (рис. 5).



Рис. 3. Алгоритм дії лікаря медико-соціальних експертних комісій

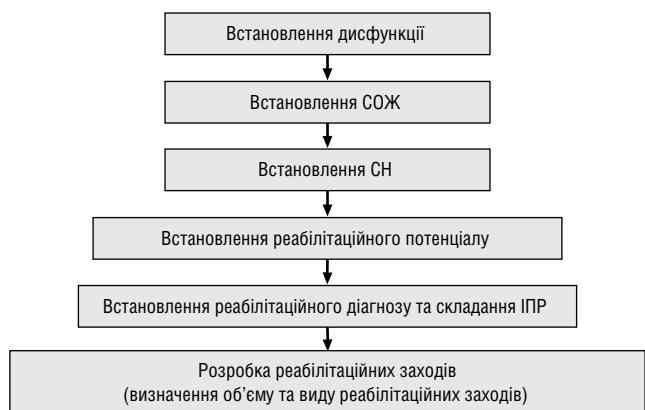


Рис. 4. Алгоритм дії лікаря реабілітаційного відділення

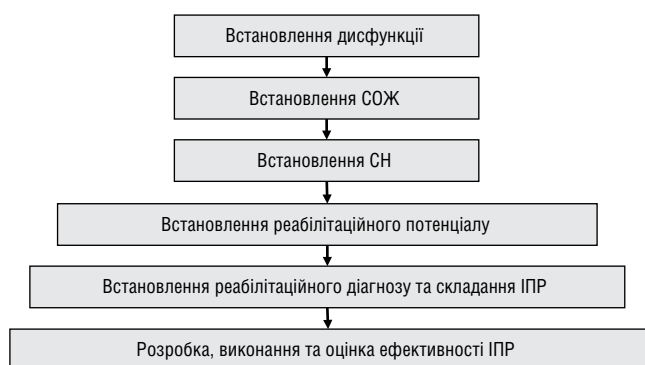


Рис. 5. Алгоритм дії лікаря-реабілітолога реабілітаційної установи

З представлених на рисунках 3, 4, 5 даних видно, що загальним у діях лікаря МСЕК, лікаря реабілітаційного відділення та лікаря-реабілітолога реабілітаційної установи є на першому етапі встановлення дисфункції, ступеня обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності пацієнтів. На другому етапі встановлення реабілітаційного потенціалу та встановлення реабілітаційного діагнозу та складання індивідуальної програми реабілітації. У подальшому для лікаря МСЕК – визначення установи для реабілітаційних заходів, для лікаря реабілітаційного відділення – розробка реабілітаційних заходів (визначення об'єму та виду реабілітаційних заходів), для лікаря-реабілітолога реабілітаційної установи – розробка, виконання та оцінка ефективності індивідуальної програми реабілітації.

Висновки

Запропонована диференційована комплексна система визначення ОЖ та СН у пацієнтів з психічними розладами відповідає сучасним загальним підходам, які притаманні зарубіжним та українським науковцям, щодо вивчення проблеми надання медичної допомоги із позиції визначення ОЖ та СН. Використання даної системи у практичній діяльності МСЕК та лікувально-реабілітаційних установ дозволить підвищити якість діагностики та надання реабілітаційних послуг, що в цілому буде сприяти підвищенню якості життя психічно хворих.

Список використаної літератури

- Дерезюк А. В. Стан медико-соціальної допомоги хворим на психічні розлади та обґрунтування можливостей її вдосконалення / А. В. Дерезюк, Н. М. Орлова // Інноваційні діагностичні технології в мед.-соц. експертизі і реабілітації інвалідів: наук.-практ. конф. з міжнар. участю Укр. Держ. НДІ мед.-соц. проблем інвалідності, 21–22 верес. 2005 р.: матеріали конф. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005. – С. 16–18.
- Ентоні В. Психіатрична реабілітація; пер. з англ. / В. Ентоні, М. Коен, М. Фаркас. – К.: Сфера, 2001. – 298 с.
- Медико-соціальна експертиза психічних та поведінкових розладів: навч.-метод. посіб. для лікарів-психіатрів, наркологів, лікарів мед.-соц. експертних комісій і лікарів-інтернів / Л. М. Юр'єва, С. В. Пхіденко, Н. О. Єрчкова [та ін.]. – Дніпропетровськ: СП „Інтертехнодрок”, 2005. – 144 с.
- Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья: МКФ / Всемирная организация здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342.
- Никифорок Р. І. Медико-соціальна допомога в психіатричній практиці / Р. І. Никифорок, Л. М. Барановська, С. М. Івченко // Психічне здоров'я. – 2005. – № 1. – С. 59–61.
- Питання оптимізації організації та підвищення ефективності наукових досліджень з проблем медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів / А. В. Інатов, О. В. Сергієні, П. Р. Петрашенко [та ін.] // Інноваційні діагностичні технології в мед.-соц. експертизі і реабілітації інвалідів: наук.-практ. конф. з міжнар. участю Укр. Держ. НДІ мед.-соц. проблем інвалідності, 21–22 верес. 2005 р.: матеріали конф. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005. – С. 3–9.
- Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда: затверджено постановою Кабінету Міністрів України № 757 від 23 травня 2007 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=560-15>. – Заголовок з екрану.
- Пріб Г. А. Медичні, соціальні та професійні критерії обмеження життєдіяльності в практиці психіатричної медико-соціальної експертизи / Г. А. Пріб, В. І. Свінар'єв, І. С. Дубінін // Псих. здоров'я. – 2005. – № 4. – С. 16–20.
- Пріб Г. А. Соціальний та медичний критерії обмеження життєдіяльності у практиці психіатричної медико-соціальної експертизи / Г. А. Пріб, В. В. Штенгелов, В. В. Маруніч // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії. – 2005. – № 2. – С. 44–49.
- Руководство по оценке ограниченный жизнедеятельности / под ред. В. Б. Смышкеа – Минск, 2003. – 93 с.
- Стандарт організації, структури та функціонування спеціалізованих психіатричних медико-соціальних експертних комісій та критерії визначення обмежень життєдіяльності хворих з розладами психіки та поведінки: посіб. для лікарів МСЕК і ЛКК / А. В. Інатов, О. В. Сергієні, Т. Г. Войтчук [та ін.]. – Дніпропетровськ: Пороги, 2004. – 100 с.
- The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health / T. B. Ustun, S. Chatterji, J. Bickenbach [et al.] // Disabil. Rehabil. – 2003. – Vol. 25, № 11/12. – P. 565–571.
- Wirtz M. A. The international classification of functioning, disability and health-orientated Occupational Therapy Assessment: a Rasch analysis of its domains / M. A. Wirtz, S. Voigt-Radloff // Int. J. Rehabil. Res. – 2008. – Vol. 31, № 1. – P. 23–32.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И СОЦИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Г.А. Приб

В статье рассматривается применение дифференцированной комплексной системы определения ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности у пациентов с психическими расстройствами при проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации.

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

DIFFERENTIATED COMPLEX SYSTEM OF DETERMINING DISABILITY AND SOCIAL FAILURE IN PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

G. Prib

The article discusses the use of an integrated system of differentiated determination disability and social failure in patients with mental disorders during medical and social expertise and rehabilitation.

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

УДК 616.89-008.441.13:575.191:001.8

І.Я. Пінчук, С.С. Румянцева, Т.В. Синіцька, Є.М. Гавриш, А.І. Улізко
ДО ПИТАННЯ СТАНДАРТІВ ДІАГНОСТИКИ НАРКОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ
Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України, м. Київ
Відокремлений структурний підрозділ УНДІ ССПН «Український медичний
моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків», м. Київ

Ключові слова:
діагностичні критерії,
психоактивні речовини,
нормативні акти,
протоколи.

У статті висвітлено питання необхідності доробки нормативних актів стосовно діагностичних критеріїв розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин.

Актуальність. Наркологічна ситуація в Україні характеризується швидким зростанням числа хворих з залежностями від психоактивних речовин (ПАР). З метою підвищення ефективності лікування, поряд з розробкою нових методів і засобів, заслуговує на увагу питання діагностики цих розладів. Це особливо актуально у наш час, оскільки демократизація нашого суспільства супроводжується послабленням централізованого контролю і певними витратами, які торкнулися, на жаль, і сфери наркологічних хворих.

Застосування єдиних, найпрогресивніших і вивірених технологій обстеження та лікування наркологічних хворих послужить не тільки протидії негативним тенденціям, а й підвищенню середнього рівня наркологічної допомоги, поширенню позитивного досвіду, накопиченого в різних наркологічних і психіатричних закладах нашої країни, повсюдному впровадженню досягнень науки. Необхідно підкреслити, що стандарти діагностики та лікування в жодному разі не мають за мету обмежити лікаря в його прагненні до максимальної індивідуалізації підходу до хворого залежно від його клінічних особливостей.

Відповідно до прийнятих світових стандартів, діагностика розладів наркологічного профілю на сьогодні проводиться на основі констатації сукупності формалізованих критеріїв, передбачених МКХ-10 [3] і (в Північноамериканських країнах) DSM-IV [12], рубрики

F 10 – F 19. Ці положення стали основою для розробки діагностичних критеріїв в існуючих протоколах надання медичної допомоги хворим наркологічного профілю (Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 681 від 21.09.2009 року) [4].

Разом із тим, накопичений досвід показує, що удавана простота діагностики розладів залежної поведінки на підставі лише наявності факту частого вживання ПАР та станів сп'яніння (на основі зовнішнього вигляду, поведінкових реакцій і бесіди з обстежуваним та його родиною) призводить у ряді випадків до поверхневого підходу, недооцінки комплексного (клініко-психопатологічного й лабораторного) обстеження, а, отже, і до діагностичних помилок.

Результати. Виходячи з даних, отриманих шляхом опитування, діагностика відповідних розладів на даний момент не обмежується тільки клінічною, передбаченою у вищезазначених протоколах. Ряд фахівців використовують як клінічну (опитування, огляд, збір додаткових анамнестичних даних, виявлення провідного клінічного синдрому), так і лабораторну (експрес-тести, забір фізіологічних середовищ), інструментальну (ЕКГ), а також інші методи (ендоскопія, рентгенографія, електроенцефалографія).

Слід звернути увагу, що під час клінічного обстеження спеціалістам буває складно оцінити найбільш значущі показники зловживання речовиною (наприклад, способи

вживання ПАР, вплив на міжособистісні стосунки, продуктивність праці). Фізичні ознаки, такі, як гепатомегалія і ознаки, видимі по очах, не можуть вважатися надійними. Нерідко вони є пізніми проявами зловживання ПАР, і, навіть коли вони присутні, вони не є патогномонічними. Виявлення клініцистами інтоксикації ПАР часто можливе лише непрямыми методами. Під цим мають на увазі опис пацієнтом способу застосування ПАР, тести-опитувальники та лабораторні аналізи рідин тіла. Часто важливим способом виявлення зловживання і залежності є опитування пацієнта про кількість і частоту вживання алкоголю та інших ПАР. Але у відповідях респондентів на такі питання точність страждає як від обмеженості, так і від розмаїття варіантів. Одні пацієнти можуть недооцінювати свою поведінку при прийомі ПАР через заперечення або через забудькуватість. Інші можуть побажати приховати інформацію зі страху перед громадською думкою або зі страху перед покаранням з боку керівництва і служб охорони правопорядку. Більшість дослідників погоджуються, що точність і клінічна цінність опитування пацієнтів про вживання алкоголю та інших ПАР в кожному конкретному випадку значною мірою залежить від пацієнта, клініциста та інших обставин. Особливі труднощі спостерігаються в отриманні інформації від деяких категорій пацієнтів, наприклад підлітків щодо вживання наркотиків. Зазвичай у цьому віці проявляється недовіра до офіційних осіб, якими є клініцисти. До того ж, молоді люди особливо стурбовані нерозголошенням цієї інформації в сім'ях, в школі та в міліції.

При встановленні наркологічного діагнозу деякі зарубіжні спеціалісти широко використовують психологічні скринінгові тести. Прикладами можуть служити Мічиганський тест виявлення алкоголізму (MTBA) і опитувальник CAGE.

MTBA (Michigan Alcoholism Screening Test) вперше запропонований M.L. Selzer у 1971 році [15], складається з 22 питань та є однією із значно поширених у світі анкетних методик. Вона в цілому виправдала своє призначення як інструмент попередньої експрес-діагностики алкоголізму [6] та є найбільш широко застосовуваною, має вибірковість і специфічність від 84 до 100% і від 87 до 95% відповідно [2]. Однак цей спосіб потребує надто багато часу для постійного використання, тому були розроблені коротші опитувальники. Але найпопулярнішим в практиці є тест CAGE [14], який містить 4 питання-модулі, що відображають при відповідній відповіді наявність або відсутність ключових клінічних складових залежності від ПАР. Тест CAGE широко застосовується за кордоном як фахівцями в галузі наркології, так і спеціалістами інших галузей. Деякі дослідження цього опитувальника показали його вибірковість і специфічність (85–89% і 79–95% відповідно, тоді як інші дослідження показали вибірковість на рівні 49–68%. Крім того, деякі опитувальники можуть бути ефективними для виявлення людей з відповідними відхиленнями через вживання ПАР, але не можуть бути настільки ж корисними в тестах раннього виявлення через нездатність оцінити пристрасть до ПАР перш ніж розвинуться значні поведінкові зміни.

Ще одним методом виявлення зловживання наркотичними засобами є лабораторні аналізи виділень

організму. Наприклад, хронічне зловживання алкоголем часто пов'язане з ростом гепатичних ензимів і усередненого обсягу тілець еритроцитів. Однак ці відхилення від норми відбуваються не постійно і тому такі біохімічні показники можуть бути поганими тестами з виявлення. Чутливість показника зловживання алкоголем – трансфераза сироватки гамма-глутаміл (ТСТГ) – в деяких дослідженнях досягала 60%. Однак у більшості досліджень дані знаходяться між 30 і 50% [8, 9, 11, 13,]. ТСТГ також має низьку специфічність, оскільки може підвищуватися внаслідок дії певних препаратів, а також у разі травм, цукрового діабету, захворювань серця і нирок. Таким чином, рівень одержаних помилково-позитивних результатів високий і коливається в межах від 13 до 50% [9]. За допомогою складного статистичного аналізу можна об'єднати результати більш ніж одного біохімічного тесту або об'єднати біохімічну інформацію з даними інтерв'ю та опитування для визначення ймовірності алкоголізму з більшою точністю. Однак подібна техніка на сьогодні залишається лише способом дослідження.

Що стосується біологічних тестів на ознаки вживання ПАР (крім алкоголю), то вони часто вказують лише на недавній прийом наркотиків і тому мають обмежене значення при визначенні, чи використовується цей наркотик постійно. Враховуючи факт, що метаболіти таких наркотиків, як кокаїн і марихуана, залишаються в сечі від декількох днів до декількох тижнів після одного прийому, в багатьох випадках неможливо ретроспективно визначити регулярність вживання наркотику, рівень інтоксикації. Залежно від наркотику, методу аналізу і осіб, які проходять тестування, від 5 до 30% позитивних результатів є хибно-позитивними в результаті забруднення проб, реакцій з іншими наркотиками та лабораторних помилок. Також негативний результат тесту не виключає зловживань наркотиками, оскільки метаболіти могли бути вже виведені з організму, або з причини непростеженого походження проби [9].

Висновки

Аналізуючи досвід надання наркологічної допомоги в країнах ближнього зарубіжжя (Росія, Казахстан) ми звернули увагу на факт присутності в діагностичних критеріях відповідних уніфікованих документів як клінічної, так і лабораторної, в тому числі і психологічної діагностики розладів наркологічного профілю.

Зазначені питання у медичній практиці можуть стосуватися лікарів майже усіх клінічних спеціальностей, особливо загальносоматичної медицини, де повсякчас доводиться вирішувати питання, пов'язані з діагностичною ідентифікацією ознак зловживання ПАР, наявності стану гострої інтоксикації та ознак залежності, постінтоксикаційної коморбідної патології залежного генезу тощо [1, 5]. Пацієнти, які приховують свої психічні, психологічні і поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголем або іншими ПАР, ухиляються від первинного звернення до нарколога, вважаючи за краще йти на прийом до лікарів інших спеціальностей з приводу соматичних та інших проблем. Це явище отримало відображення в терміні «соматичні маски алкоголізму». При цьому мають на увазі, що симптоми залежності маскуються соматичними, неврологічними і вегетативними порушеннями, тоді як нарколо-

гічна адикційна патологія може залишатися не виявленою. Тому в поле зору лікаря-нарколога більшість пацієнтів із залежністю потрапляють на етапах розгорнутої стадії хвороби, коли внаслідок адикції вже виникають серйозні соціальні, родинні і клінічні (судомні напади, психози, енцефалопатії) проблеми [1, 10]. Безумовною вимогою для загальносоматичної практики до методів діагностики розладів залежного спектра повинні бути можливість відтворення в амбулаторних і стаціонарних умовах, відносна специфічність, доступність для лікарів, які не мають спеціалізації та досвіду роботи в наркології, економічна доцільність. Практично в кожному випадку повинен бути забезпечений комплексний підхід до діагностики.

В умовах високого рівня поширення вживання наркотичних засобів, з метою удосконалення організаційних технологій для ефективного надання медичної допомоги хворим наркологічного профілю необхідно переглянути та удосконалити існуючі на даний момент нормативні акти, починаючи з положень, що стосуються діагностичних критеріїв даних розладів.

Нова сучасна нормативна база, як для діагностики, так і для профілактики і лікування захворювань, пов'язаних з вживанням ПАР, повинна розроблятися з урахуванням досягнень світової наркологічної науки і результатів наукових досліджень, виконаних відповідно до принципів доказової медицини. Слід зазначити, що існуюча нормативна база, яка регламентує створення стандартів медичної допомоги, має чимало прогалин і неточностей, особливо у сфері наркології, що вкрай ускладнює розробку стандартів, адекватних сучасному розумінню діагностики і терапії розладів, які виникли внаслідок вживання психоактивних речовин, з позицій біопсихосоціальної парадигми, з урахуванням проблем комплаєнсу та стигматизації пацієнтів, які страждають на розлади наркологічного профілю. Ефективність системи лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів щодо наркологічних захворювань потребує поліпшення і удосконалення. Розроблені майже 6 років тому стандарти надання наркологічної допомоги, що визначають підходи до діагностики і терапії хворих наркологічного профілю, вимагають ретельного аналізу та удосконалення, оскільки деякі з них не підкріплені відповідними науковими дослідженнями, інші підпадають під правові колізії із затвердженими МОЗ інструкціями щодо застосування ряду лікарських засобів, не включають досягнень сучасної наркологічної науки.

Тому існуючі протоколи потребують перегляду та оновлення з використанням інтегрованого підходу до діагностики розладів наркологічного профілю, який необхідно здійснювати шляхом комплексного застосування психопатологічного методу, психологічного тестування і лабораторних досліджень, що повинні базуватися на науково обґрунтованих критеріях цілеспрямованого обстеження сфер психічної, психологічної, поведінкової діяльності індивіда. Найближчим аналогом може бути відомий спосіб комплексної клінічної діагностики алкогольної залежності за встановленою схемою обстеження наркологічного хворого, що включає інтегровані клініко-психопатологічні, патопсихологічні, соціальні, лабораторно-біохімічні та інші ознаки адикції [7].

Список використаної літератури

1. Алкоголизм и алкогольные болезни в многопрофильном соматическом стационаре / Н. П. Ванчакова, С. В. Соколова, Н. А. Лапина, Б. Б. Федоров // Человек и алкоголь : матер. 3-го междисциплинарного Российского конгресса 23–24 апреля 2009 г. – СПб., 2009. – С. 6–12. 12
2. Бобров А. Е. Алкогольный скрининг-тест: его валидность и структура / А. Е. Бобров, А. Н. Шурыгин // Психологическая диагностика при нервно-психических и психосоматических заболеваниях. – Л., 1985. – С. 33–36. 6
3. Карманное руководство к МКБ–10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж. Э. Купер / Пер. с англ. Д. Полтавец. – К.: Сфера, 2000. – 464 с. 1
4. Наказ від 21.09.2009 № 681 Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності „Наркологія”. Електронний ресурс. Доступ до ресурсу: http://www.poltavalk.com.ua/index.php?option=com_content&view=c&category&layout=blog&id=157&Itemid=29. 3
5. Патогенез и подходы к терапии при остром алкогольном гепатите / С. Н. Мехтиев, Ю. А. Кравчук, С. В. Карпов, А. В. Широких // Человек и алкоголь : матер. 3-го междисциплинарного Российского конгресса, 23–24 апреля 2009 г. – СПб., 2009. – С. 12–22. 13
6. Психологические методы диагностики алкоголизма / А. М. Минко і др. // Український медичний альманах. – 2000. – Т. 3, № 2 (додаток). – С. 96–100. 5
7. Пятницкая И. Н. Общая и частная наркология : руководство для врачей / И. Н. Пятницкая. – М.: ОАО «Медицина», 2008. – 640 с. 15
8. Радченко В. Г. Основы клинической гепатологии. Заболевания печени и билиарной системы / В. Г. Радченко, А. В. Шабров, Е. Н. Зиновьева. – СПб.: Диалект; М.: БИНОМ, 2005. – 864 с. 11
9. Современные лабораторные маркеры употребления алкоголя / О. И. Тарасова [и др.] // Клинич. фармакол. и терапия. – 2007. – Т. 16, № 1. – С. 1–5. 9
10. Сосин И. К. Наркология : монография / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев. – Харьков: Коллегиум, 2005. – 800 с. 14
11. Черновровкина Т. В. Лабораторная диагностика в решении задач практической наркологии : пособие для врачей. – М., 2005. – 44 с. 10
12. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual – IV. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1994. p. 2
13. Schiff E. R. Hepatitis C and Alcohol / E. R. Schiff, N. Ozden // Alcohol Research & Health. – 2003. – Vol. 27, № 3. – P. 232–239. 8
14. Screening for alcohol abuse using CAGE scores and likelihood ratios / D. G. Buchsbaum [et al.] // Ann. Intern. Med. – 1991. – Vol. 115, N 10. – P. 774–777. 7
15. Selzer M. L. The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument / M. L. Selzer // American Journal of Psychiatry. – 1971. – Vol. 127. – P. 1653–1658. 4

К ВОПРОСУ СТАНДАРТОВ ДИАГНОСТИКИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

И.Я. Пинчук, С.С. Румянцева, Т.В. Синицкая, Е.М. Гавриш, А.И. Улизко

В статье освещены вопросы необходимости доработки нормативных актов относительно диагностических критериев расстройств психики и поведения вследствие употребления психоактивных веществ.

Ключевые слова: диагностические критерии, психоактивные вещества, нормативные акты, протоколы.

THE QUESTION OF STANDARDS FOR DIAGNOSIS SUBSTANCE ABUSE

I. Pinchuk, S. Rumyantseva, T. Sinitskaya, E. Gavrish, A. Ulizko

The article highlights the need to improve the issues of regulations according to the diagnostic criteria for mental disorders and behavior due to the use of psychoactive substances.

Key words: diagnostic criteria, psychoactive substances, regulations, protocols.

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

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ ДЛЯ АЛЬТЕРНАТИВНОЇ ОЦІНКИ РІВНЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології

МОЗ України, м. Київ

v_pishel@yahoo.com

Ключові слова:

Міжнародна класифікація функціонування, шизофренія, рівень активності та участі у повсякденному житті.

У статті викладено досвід застосування опитувальників рівня активності та участі у повсякденному житті, створених на основі Міжнародної класифікації функціонування. Проведено порівняльний аналіз суб'єктивної оцінки цих показників хворими на шизофренію та оцінки, наданої лікарями-психіатрами.

Актуальність. Розробка комплексних програм медико-соціальної реабілітації хворих на психічні розлади з високим рівнем інвалідизації, в тому числі на шизофренію, залишається одним з пріоритетних напрямків охорони психічного здоров'я. Задля визначення рівня функціонування пацієнтів, оцінки якості та ефективності медико-соціальної допомоги, прогнозування її результатів надзвичайно важливим є застосування відповідного стандартизованого, валідного та надійного інструментарію. В якості такого інструментарію ВООЗ (2001 р.) запропонувала Міжнародну класифікацію функціонування, обмеженої життєздатності та здоров'я (МКФ). Основні положення МКФ та аналіз можливостей її використання в психіатричній практиці висвітлено у нашій попередній публікації [1].

Згідно з МКФ, фізичний та психічний стан будь-якої людини можна проаналізувати за допомогою двох шкал – загальної (здоров'я та обмеження життєдіяльності) та шкали контекстних факторів [14]. Хвороба призводить до змін на одному або більше рівнях загальної шкали: на рівні організму або органа (В – body); на рівні діяльності, яку хворий здатен виконувати (А – activity); його функціонування в соціальному оточенні (Р – participation). Компонентами шкали контекстних факторів є фактори навколишнього середовища та особистісні. МКФ містить більше 1800 категорій, які структуровані відповідно до цих п'яти компонентів та відображають різні стани, пов'язані зі здоров'ям. Категорії можуть бути 1-го, 2-го, 3-го або 4-го рівнів. У кожній категорії є код, значення якого обирають з переліку наданих виходячи з рівня здоров'я або тяжкості проблеми, пов'язаної з даною категорією (табл. 1). Ці коди дозволяють користувачеві класифікувати необхідну інформацію про рівень соціального функціонування та стан здоров'я хворого.

Компоненти МКФ «активність» та «участь у соціальному оточенні» складаються з чотирьох класифікаторів. Перший класифікатор описує продуктивність роботи, тобто, що пацієнт робить у нинішніх умовах. Продуктив-

ність визначається як «участь у життєвій ситуації» або «життєвий досвід» пацієнта в його фактичному контексті. Другий класифікатор визначає потенційну здатність пацієнта виконати завдання чи дії, він описує найвищий ймовірний рівень функціонування у конкретній ситуації. Третій і четвертий класифікатори дозволяють кодувати продуктивність та потенційну спроможність виконувати завдання, враховуючи різні види допомоги або її відсутність [14].

Міжнародні стандарти та рекомендації щодо охорони здоров'я наголошують на здатності хворого брати активну участь у всіх аспектах лікувального процесу [15]. Пацієнт має право бути вислуханим і брати участь у прийнятті рішень, які стосуються можливих втручань у його здоров'я. Така можливість може бути досягнута шляхом урахування думки пацієнта щодо рівня його функціонування при кодуванні компонентів МКФ. Крім того, сучасні дослідження ефективності реабілітаційних програм для хворих з психічними розладами встановили важливість хоча б часткового контролю цього процесу з боку пацієнтів [3, 11].

Мета даного дослідження – визначення взаємозв'язку між суб'єктивною оцінкою власної «активності» та «участі в повсякденному житті» пацієнтом та оцінкою відповідних компонентів лікарем-психіатром за допомогою класифікаторів МКФ.

Таблиця 1. Структура Міжнародної класифікації функціонування на прикладі окремих розділів («загальні завдання та вимоги», «спілкування»)

Розділ МКФ та його категорії	Рівень
d2 Загальні завдання та вимоги	Перший
d210 Розуміння окремих завдань	Другий
d2100 Розуміння простих завдань	Третій
d2101 Розуміння складних завдань	Четвертий
d3 Спілкування	Перший
d350 Розмова	Другий
d3500 Початок розмови	Третій
d3501 Підтримка розмови	Четвертий

Матеріали та методи дослідження

У дослідження було включено 29 пацієнтів (16 чоловіків і 13 жінок) у віці 22–66 років з діагнозом «шизофренія», які перебували під амбулаторним спостереженням. Середній вік пацієнтів склав $(40 \pm 5,1)$ року (чоловіків – $(40,7 \pm 4,9)$; жінок – $(39,1 \pm 5,0)$).

Обстеження проводили у два етапи з використанням опитувальника, створеного на основі МКФ. На першому етапі визначали суб'єктивну оцінку пацієнтом власної «активності» та «участі в повсякденному житті», на другому – оцінку відповідних компонентів лікарем-психіатром.

Компоненти «активності» та «участі в повсякденному житті» містять дев'ять розділів, які стосуються різних сфер життя. Розділи, в свою чергу, поділяються на категорії (табл. 2). Таким чином, було створено два опитувальники із 248 категоріями.

Таблиця 2. Структура компонентів «активності» та «участі у повсякденному житті»

Розділи	Кількість категорій
d1 Навчання та застосування знань (d110–d177)	18
d2 Загальні задачі та вимоги (d210–d2402)	18
d3 Спілкування (d310–d3602)	25
d4 Рухливість (d410–d480)	62
d5 Самообслуговування (d510–d5702)	26
d6 Повсякденне життя (d610–d6605)	32
d7 Міжособистісні відносини та стосунки (d710–d7702)	32
d8 Основні сфери життя (d810–d8701)	19
d9 Життя в спільноті, суспільне та громадянське життя (d910–d950)	16

Опитувальник для суб'єктивної оцінки заповнювали самі пацієнти. Їм пропонували оцінити рівень задоволеності та успішності у виконанні різних видів завдань та дій, які вони зазвичай виконують в повсякденному житті. При цьому потрібно було оцінювати найчастіші ситуації, а не спиратися на унікальні, поодинокі випадки. Відповіді ранжували від 0 балів – «найбільше задоволення та успішність» до 4-х – «найбільше невдоволення та неуспішність». Опитувальник мав на меті відобразити суб'єктивну задоволеність пацієнтів виконанням різного виду завдань та дій, запропонованих МКФ. Друга оцінка була проведена лікарем-психіатром за тими самими ка-

тегоріями, 0 балів – труднощі в даній категорії відсутні, 4 – максимальні труднощі.

Результати та їх обговорення

За результатами дослідження виявлено різницю між оцінками, зробленими лікарем та пацієнтом, щодо різних сфер функціонування (табл. 3). Найнижчі показники як суб'єктивної, так й об'єктивної оцінки виявлено в розділі «основні сфери життя» в наступних категоріях – освіта, працевлаштування, економічна / матеріальна незалежність. Ще у трьох розділах виявлена низька задоволеність пацієнтів: «спілкування» (категорії «підтримка розмови» та «дискусія»), «загальні задачі та вимоги» (категорії «виконання простих та складних завдань», «виконання щоденного розпорядку дня», «подолання стресу та інших психологічних навантажень»), «життя в спільноті, суспільне та громадянське життя». Найвищі оцінки щодо задоволеності та успішності пацієнти надали в розділі «самообслуговування».

Найвищий рівень кореляції між оцінками пацієнта та лікаря було виявлено щодо розділу «самообслуговування» (0,374, $p=0,046$), на другому місці – «життя в спільноті, суспільне та громадянське життя». Оцінки за рештою 7-ма розділами показали низьку кореляцію (між 0,074 та 0,313).

Встановлено, що розділ «основні сфери життя» хворі на шизофренію оцінили як такий, що викликає найбільше незадоволення. Це означає, що пацієнти зазнають труднощів з працевлаштуванням, навчанням та економічною незалежністю. Ці сфери пов'язані між собою, оскільки безробіття призводить до соціальної ізоляції та ускладнює планування повсякденного життя. Безробіття впливає і на матеріальне становище пацієнта. Виникає порочне коло. Проблема працевлаштування, як основа інших соціальних обмежень пацієнтів з тяжкими психічними розладами, визначається і в інших дослідженнях з використанням МКФ [4, 8, 12, 13].

Також пацієнти виявили низьку задоволеність та неуспішність в розділах «спілкування» та «загальні задачі та вимоги» стосовно повсякденних справ. Цей результат збігається з даними більш ранніх досліджень, які показали, що щоденний побут належить до проблемних сфер осіб з психічними розладами [5–7]. Пацієнти мають проблеми з організацією повсякденної діяльності, яка була б соціально прийнятна.

Таблиця 3. Взаємозв'язок між оцінками пацієнта та лікаря-психіатра за розділами компонентів «активності» та «участі у повсякденному житті» Міжнародної класифікації функціонування (в балах)

Розділи МКФ	Медіана оцінки		Рівень кореляції
	Пацієнт	Лікар-психіатр	
d1 Навчання та застосування знань	1,39 (0,00–2,50)	1,39 (0,11–2,11)	0,281
d2 Загальні задачі та вимоги	1,76 (0,72–3,17)	1,88 (0,56–2,67)	0,246
d3 Спілкування	1,76 (0,00–2,68)	1,52 (0,36–2,52)	0,237
d4 Рухливість	1,63 (0,07–2,40)	0,51 (0,02–1,33)	0,313
d5 Самообслуговування	1,00 (0,00–2,28)	0,50 (0,00–1,35)	0,374
d6 Повсякденне життя	1,66 (0,00–3,38)	1,69 (0,25–2,78)	0,074
d7 Міжособистісні відносини та стосунки	1,56 (0,00–3,09)	1,93 (0,94–3,38)	0,231
d8 Основні сфери життя	2,00 (0,00–4,00)	2,53 (1,53–3,35)	0,264
d9 Життя в спільноті, суспільне та громадянське життя	1,75 (0,00–3,00)	2,00 (0,56–3,00)	0,324

Висновки

У даному дослідженні встановлено, що більш значний ступінь труднощів визначає лікар-психіатр, ніж сам пацієнт. Подібні відмінності було виявлено й у попередніх дослідженнях [2, 5, 9, 10]. Ці дані підкреслюють важливість використання альтернативних методів оцінки (самооцінка пацієнта, спостереження лікаря) для спроби зрозуміти та оцінити рівень повсякденного життя хворого. Результати двосторонньої оцінки повинні братися до уваги при розробці та впровадженні реабілітаційних програм для хворих на шизофренію.

Список використаної літератури

1. Сотніченко В. В. Сучасний підхід до комплексної оцінки рівня функціонування та життєдіяльності хворого на шизофренію / В. В. Сотніченко, В. Я. Пішель, М. Ю. Поливіяна // *Архів психіатрії*. – 2014. – № 3. – С. 45–48.
2. Bruyère S. M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: contemporary literature overview / S. M. Bruyère, S. A. Van Looy, D. B. Peterson // *Rehabilitation Psychology*. – 2005. – Vol. 50 (2). – P. 113–121.
3. Creek J. *Occupational therapy and mental health*. 4th ed / J. Creek. – Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, 2008. – 552 p.
4. Darzins P. The International Classification of Functioning, Disability and Health can help to structure and evaluate therapy / P. Darzins, S. Fone, S. Darzins // *Australian Occupational Therapy Journal*. – 2006. – Vol. 53 (2). – P. 127–131.
5. Foldemo A. Needs in outpatients with schizophrenia, assessed by the patients themselves and their parents and staff / A. Foldemo, A.-C. Ek, L. Bogren // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2004. – Vol. 39 (5). – P. 381–385.
6. Haglund L. Concepts in occupational therapy in relation to the ICF / L. Haglund, C. Henriksson // *Occupational Therapy International*. – 2003. – Vol. 10 (4). – P. 253–268.
7. Haglund L. Occupational functioning in relation to psychiatric diagnoses: schizophrenia and mood disorders / L. Haglund, L.-H. Thorell, J. Wälinder // *Nordic Journal of Psychiatry*. – 1998. – Vol. 52 (3). – P. 223–229.
8. Nordenfelt L. On health, ability and activity; comments on some basic notions in the ICF / L. Nordenfelt // *Disability and Rehabilitation*. – 2006. – Vol. 28 (23). – P. 1461–1465.
9. Raymont V. The inter-rater reliability of mental capacity assessments / V. Raymont, A. Buchanan, A. David [et al.] // *International Journal of Law and Psychiatry*. – 2004. – Vol. 30 (2). – P. 112–117.
10. Reliability of mental capacity assessments in psychiatric in-patients / R. Cairns, C. Maddock, A. Buchanan [et al.] // *British Journal of Psychiatry*. – 2005. – Vol. 187. – P. 372–378.
11. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation / M. Cerniauskaite, R. Quintas, C. Boldt [et al.] // *Disability and Rehabilitation*. – 2011. – Vol. 33 (4). – P. 281–309.
12. Tenorio-Martínez R. Measurement of problems in activities and participation in patients with anxiety, depression and schizophrenia using the ICF checklist / R. Tenorio-Martínez, M. del Carmen Lara-Muñoz, M. Medina-Mora M // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2009. – Vol. 44 (5). – P. 377–384.
13. Vessby K. Participation in occupational therapy research: a literature review / K. Vessby, A. Kjellberg // *British Journal of Occupational Therapy*. – 2010. – Vol. 73 (7). – P. 319–326.
14. World Health Organization. 2001a. International classification of functioning, disability, and health. Geneva: World Health Organization [Електронний ресурс]. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: http://www.who.int/classifications/icf/icf_more/en/
15. World Health Organization. The world health report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope [Електронний ресурс]. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.who.int/whr/2001/en/>.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ДЛЯ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ОЦЕНКИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В.Я. Пишель, М.Ю. Поливиная, В.В. Сотниченко

В статье представлен опыт использования опросников уровня активности и участия в повседневной жизни, созданных на основе Международной классификации функционирования. Проведен сравнительный анализ субъективной оценки этих показателей больными шизофренией и врачами-психиатрами.

Ключевые слова: Международная классификация функционирования, шизофрения, уровень активности и участия в повседневной жизни.

USING EXPERIENCE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING FOR ALTERNATIVE ASSESSMENT OF ACTIVITY AND PARTICIPATION IN DAILY LIFE OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

V. Pishel, M. Polyviana, V. Sotnichenko

The article presents the experience of using questionnaires of the level of activity and participation in daily life based on the International Classification of Functioning. A comparative analysis of the subjective assessment of these indicators by patients with schizophrenia and by psychiatrists are conducted.

Key words: International Classification of Functioning, schizophrenia, level of activity and participation in daily life.

УДК:616.89

О.М. Мишаківська

ПРИКЛАДИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ У РОЗВИНУТИХ КРАЇНАХ ДЛЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ДЕМЕНЦІЇ В УКРАЇНІ

Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня, м. Львів

o.myshakivska@gmail.com

Ключові слова:

деменція, реформи, амбулаторна допомога, економічний ефект.

Зростання числа людей похилого віку, так зване постаріння населення, яке спостерігається і в Європі, і в Україні, спричиняє збільшення числа хворих на деменцію та створює різні труднощі в суспільстві, в тому числі для сімей та доглядачів, з якими ці хворі проживають. Базуючись на досвіді інших країн ми зробили висновок про необхідність реформування медико-соціальних служб з надання допомоги цій групі людей, запропоновано створення амбулаторних закладів та спрогнозовано їх економічний ефект.

Актуальність. Деменції призводять до порушення щоденного та соціального функціонування хворого. Ураження логічного та абстрактного мислення не дозволяє пацієнтам виконувати щоденні обов'язки, унеможливорює їх самообслуговування. На ранніх етапах розвитку деменцій виникають порушення, які, на перший погляд, здаються фізичними, а саме: зменшення

рухливості, мобільності, труднощі у користуванні предметами побуту. Когнітивна та фізична неспроможність хворих позбавляє їх здатності мешкати самостійно та робить залежними від стороннього догляду. Одним із найскладніших моментів, який асоціюється з деменцією, є різноманітні поведінкові розлади, які вимагають організації особливого догляду. Блукання, повторні

запитання, ходіння слідом, агресія, апатія, розлади сну, опір до допомоги у щоденних справах є викликом для доглядачів. Дуже часто непередбачувані вчинки хворих на деменцію стають причиною нещасних випадків. Така поведінка призводить до того, що опікування хворим стає тягарем для доглядачів, викликає у них розпач і депресію, надмірну втому і виснаження.

Останні статистичні дані свідчать, що у різних країнах світу загальна кількість хворих на деменцію різко зростає. Станом на 2010 рік у світі налічували 35,6 млн хворих на деменцію. До дев'яти країн з найвищим показником кількості хворих у 2010 році належали Китай (5,4 млн), США (3,9 млн), Індія (3,7 млн), Японія (2,5 млн), Німеччина (1,5 млн), Росія (1,2 млн), Франція (1,1 млн), Італія (1,1 млн) та Бразилія (1,0 млн). Відповідно до прогнозів, загальна кількість хворих на деменцію буде подвоюватись кожні 20 років та становитиме близько 65,7 млн у 2030 році та 115,4 млн – у 2050 році [4].

Деменції є основною причиною госпіталізації у медичні інституції тривалого перебування [12]. Одне з провідних досліджень Великобританії (BUPA) виявило, що середня тривалість перебування у будинках догляду становить 2,2 року, у 25% випадках пацієнти перебувають у них від 3,6 років та довше, а у 10% – більше 6 років [8].

Внаслідок прогресивного зростання кількості хворих дана проблема набуває великих масштабів, тому виникає необхідність у розробці альтернативних методів надання їм допомоги. Основними завданнями є залучення рідних до опіки за хворим родичем, допомога пацієнту на ранніх стадіях захворювання, проживання у звичному для нього середовищі, скорочення вартості медичних послуг та зменшення навантаження на існуючі заклади охорони здоров'я.

Приклади надання допомоги з догляду за хворими на деменції в амбулаторних умовах

У Німеччині близько 7,2% населення у віці 65 років та старше хворіють на деменцію. Число хворих, які проживають вдома, у Німеччині є сталим – загалом більше ніж 2/3 пацієнтів залишаються жити у громаді. Приблизно 70% хворих доглядають вдома їх рідні. 83% доглядальників є жінками. Найчастішою причиною госпіталізації хворого у заклади медсестринського догляду є втома та виснаження рідних від догляду за ним. У закладах, що надають послуги денного догляду, 44,8% підопічних страждають на деменції помірного та тяжкого ступенів [6]. На даний час зростає мережа служб, які надають допомогу та підтримку хворим на деменції у громаді. Попереднім аналізом дослідження DemNet-D, проведеного із залученням 455 доглядачів за хворими, встановлено, що 51,4% доглядачів користувались послугами міських закладів, які надають амбулаторні послуги з догляду за хворими на деменції, приблизно таким був і відсоток доглядачів у сільській місцевості. При цьому 18,2% хворих, які живуть у громаді, перебували під опікою нестационарних закладів з догляду та проживали самостійно, 34,9% пацієнтів з когнітивними порушеннями, які проживали вдома, використовували послуги домашньої опіки та 32,1% – відвідували центри денного догляду [13]. Опитуванням доглядачів за хворими на деменцію у чотирьох регіонах Німеччини

встановлено, що 77,6% доглядачів знають про існування послуг денного догляду, 32,2% ними користуються. На запитання: «Чи ці послуги є помічними?» 20,1% відповіли, що для них ці послуги є дуже необхідними; 20,5% назвали послуги необхідними; 27,4% вважають, що вони не потребують цих послуг; 15% – сумніваються, чи потребують їх; 16% опитуваних виявили байдужість [3].

У Японії, де проживає найвищий відсоток людей віком понад 65 років, до 2025 року планується розробити та запустити інтегровану громадську систему опіки, яка буде створена на основі громади (близько 10 тис. осіб) і у якій необхідні послуги можуть бути отримані протягом 30 хвилин. Ця система допоможе хворим, які бажають продовжувати повноцінно жити у суспільстві, комбінувати перебування вдома з короткотривалою денною амбулаторною опікою, якщо вона необхідна. Впродовж 2013–2017 років в Японії планують розробити нові види допомоги, які будуть сприяти проживанню хворого у звичному для нього середовищі, у громаді [7]. У якості пілотного проекту, особи, які щойно вийшли на пенсію, були залучені до догляду за людьми похилого віку з когнітивними розладами. Ця ініціатива допомогла збільшити у громаді кількість робочої сили та заощадити кошти, які витрачались на кваліфікований медичний та медсестринський догляд. У 2000 році, до запровадження реформ, у Японії людей похилого віку поміщали у стаціонари, на так звану «соціальну госпіталізацію», що створювало надмірне навантаження на стаціонари та додаткові економічні видатки [8].

Схожа ситуація і в Україні. На даний час більша частина людей похилого віку з деменціями проживає вдома, доглядають їх рідні. Через відсутність можливості доглядати за хворим родичем протягом робочого дня, втому від щоденного догляду, психологічні, соціальні, економічні чинники, хворих найчастіше госпіталізують в існуючі стаціонарні інституції, а саме у психіатричні стаціонари, хоспіси, геріатричні пансіонати, інтернати психоневрологічного типу. Часто трапляється, що хворі на деменцію протягом робочого дня залишаються самі вдома, без опіки та нагляду. Схильні до блукання, дезорієнтовані у просторі, вони хворі нерідко «губляться», покидаючи свою домівку та створюють небезпеку для себе. Безпорадні у побуті, вони не здатні себе обслуговувати, створюють небезпечні ситуації при користуванні побутовими приладами.

В Україні не існує державних інституцій, які б протягом робочого дня опікувались хворими на деменції, дозволяючи їм якнайдовше проживати у громаді. В амбулаторних умовах допомогу пацієнтам в Україні надають такі організації, як благодійна організація «Карітас» в рамках проекту «Домашня опіка» (організовує догляд на дому за пацієнтами, які проживають самі та не мають рідних) [9], всеукраїнський єврейський благодійний фонд «Хесед-Арьє» в рамках проекту «Медицина» (опікується людьми похилого віку у своїй громаді) [10].

В Україні в амбулаторних умовах хворим на деменцію надається спеціалізована допомога згідно із затвердженою інструкцією з організації диспансерного та консультативного нагляду осіб, які страждають на психічні розлади [1].

Зростання навантаження на медичні установи призводить до додаткових витрат та змушує активно шукати науково обґрунтовані, ефективніші, альтернативні моделі медичних послуг. Підраховано, що з прогресуванням захворювання прогресивно зростає і вартість послуг із догляду за хворими. На рисунку 1 показано взаємодію збільшення витрат відповідно до послуг, яких потребують хворі при прогресуванні захворювання.

Було проведено аналіз існуючих організаційних інституцій та оцінку їх вартості на прикладі моделі, яка функціонує у США, де близько 60–70% людей похилого віку, хворих на хворобу Альцгеймера (ХА) чи інші деменції, проживають у громаді. Більшістю хворих на деменції опікуються члени їх родин. З прогресуванням захворювання пацієнти та їх родичі мають вибір: вони можуть отримувати платну допомогу у домашніх умовах, допомогу в центрах денного догляду (adult day centers), закладах спільного проживання (assisted living facilities) та будинках медсестринського догляду (nursing homes). Загалом, більша частина хворих залишаються проживати вдома та отримують безоплатну допомогу від рідних та друзів, відвідують денні центри, близько 37% хворих користуються платними послугами з догляду, що надаються у домашніх умовах. Підраховано, який відсоток хворих на деменції перебуває у різних типах медичних закладів. Статистичні дані свідчать, що хворими на деменції є половина пацієнтів, які відвідують денні центри догляду. З загальної кількості хворих, які проживають у закладах спільного проживання, на деменції хворіють 43% пацієнтів. Із тих, що проживають у будинках медсестринського догляду, на деменції хворіють 64% пацієнтів.

У США порівняли вартість послуг з догляду залежно від закладу опіки: у 2012 році середня вартість платного догляду на дому становила \$21 за годину або \$168 за

8-годинний робочий день; у центрах спільного проживання – \$4,937 на місяць (близько \$160 на день) або \$59,250 на рік; у будинках медсестринського догляду ціна коливається від \$268 на день або \$97,820 на рік за індивідуальну кімнату до \$236 на день або \$86,140 на рік за спільну кімнату. Загалом у США у 2014 році було витрачено на систему охорони здоров'я, довготермінову та хоспісну опіку за хворими на деменції \$214 млн. До 2050 року очікується зростання витрат до \$1,2 трильйона [5].

Утримання хворих на деменції у спеціалізованих установах є витратним, тому важливу роль у суспільстві відіграють доглядачі, які опікуються хворим в амбулаторних умовах. У США 75% доглядачів за хворими на ХА та інші деменції поєднують роботу з доглядом за хворим родичем, з них 81% є молодшими за 65 років та 35% старшими за 65 років. Доглядачі, які працюють, мають значні труднощі у поєднанні роботи та обов'язків з догляду [8]. Доглядачі за хворими на деменції входять у групу ризику психічних розладів, серед яких найчастішими є депресія та тривога. Тягар опіки за хворим родичем призводить до того, що більшість доглядачів стають соціально ізольованими [5]. У свою чергу, хронічний стрес та посттравматичний стресовий розлад асоціюються з більшим статистичним ризиком захворіти на різні форми деменції [12].

На рисунку 2 показано, як тягар опіки впливає на різні сфери життя жінок-доглядачів.

У Німеччині близько 85% хворих мають медичне страхування. Річна вартість утримання громадянина Німеччини у віці 60 років та старше становить 13 300 € при наявності у нього діагнозу деменції, порівняно з 3600 € – у разі відсутності. Мінімальна вартість річного догляду за хворим на деменцію становить 6600 €, за умови, що пацієнт проживає у громаді та його доглядають рідні; вартість утримання хворого зростає до 12 400 € та вище при госпіталізації хворого у заклади, які надають догляд [11].

Порівнюючи дані з США та Німеччини стосовно вартості догляду за хворими на деменції можна зробити очевидний висновок, що утримання хворих у медичних закладах є значно витратнішим, ніж надання йому допомоги в амбулаторних умовах.

Для полегшення тягара опіки з догляду за хворим, доглядачі потребують наступної допомоги:

- психологічна та просвітницька допомога;
- навчання комунікативних навичок для спілкування з хворим на деменцію родичем;
- візит-опіка на дому;
- допомога у догляді за хворим;
- консультації медичних спеціалістів (терапевта, психіатра);

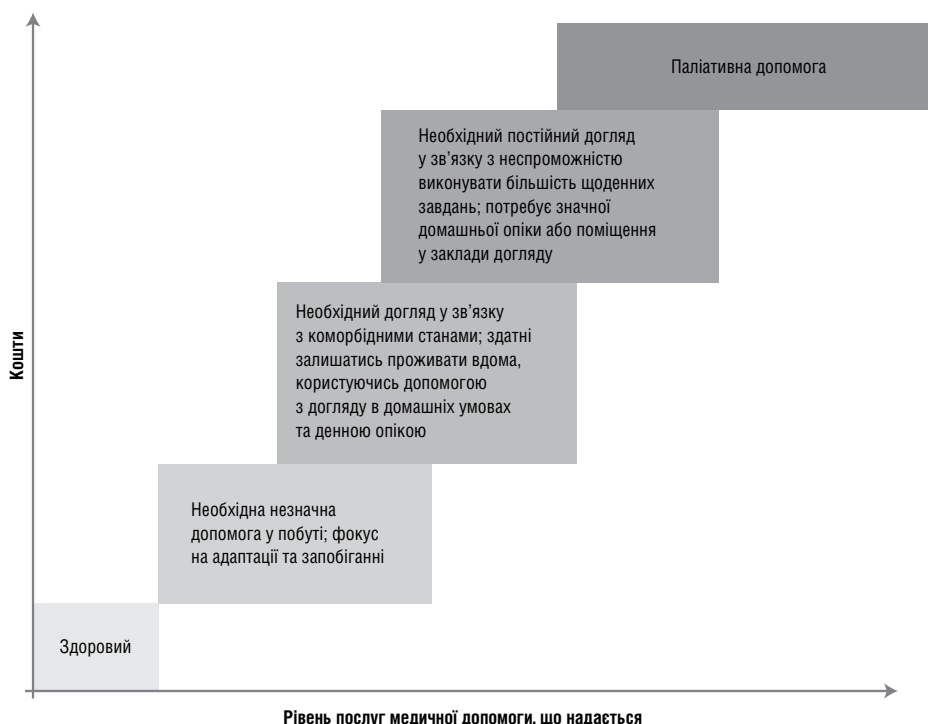


Рис. 1. Зростання вартості послуг відповідно до рівня надання медичної допомоги (джерело – Swiss Re Economic Research & Consulting [8])

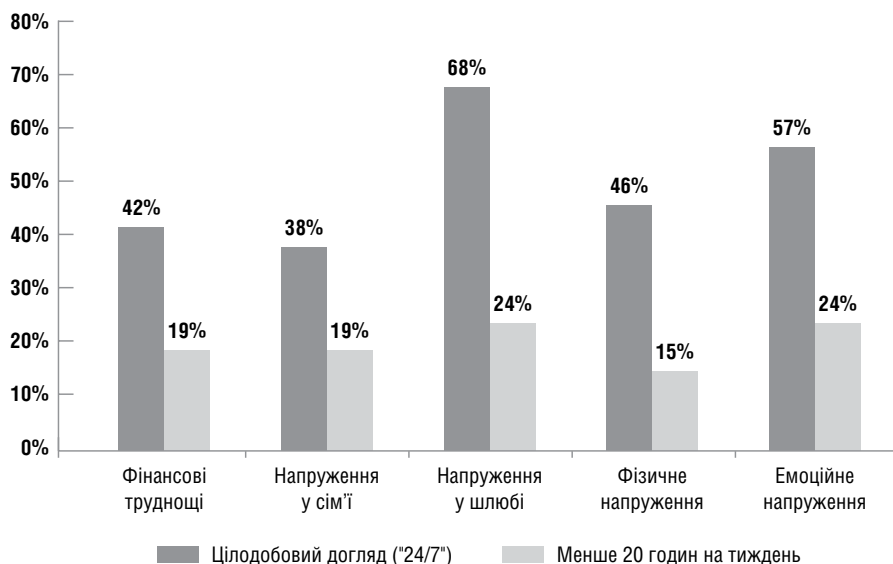


Рис. 2 Порівняння тягара опіки серед жінок при цілодобовому догляді та догляді <20 годин на тиждень (джерело – Alzheimer's Association Women and Alzheimer's Poll, 2014 [2])

- створення закладів денного догляду за хворими на деменцію;
- Створення закладів медсестринського догляду.

Обговорення отриманих даних

Фінансування та впровадження ефективних рішень щодо організації догляду за людьми похилого віку є одним із викликів суспільству на найближчі роки. Спільною є думка, що проживання пацієнта в домашніх умовах приводить до значної економії коштів та є позитивним з морально-етичної точки зору. У зв'язку з цим важливою є організація позалікарняної служби, яка б допомагала доглядачам опікуватися хворими на деменцію, та сприяла тривалішому перебуванню хворих у домашніх умовах. Взявши до уваги досвід країн з високим рівнем опіки над хворими на деменцію, можна зробити висновок, що актуальним є створення й в Україні центрів денного догляду за такими хворими. Ця установа має нагадувати за своєю організацією дитячий дошкільний заклад, де пацієнтами впродовж дня опікується професійно підготовлений персонал (прогулянки, тренування у щоденних навичках, дозволя). Рідні пацієнта у цих закладах можуть отримати рекомендації психіатра, консультації психолога, скорегувати призначене лікування. Така амбулаторна форма догляду дасть змогу опікувати ходити на роботу, вести звичне соціальне життя.

Завдання центрів денного догляду полягатиме у наступній допомозі пацієнтам:

- навчальні заняття;
- спілкування з персоналом, іншими хворими;
- щоденна прогулянка;
- при потребі огляд психіатра, психолога, інших спеціалістів.

а також їх родичам:

- просвітницька робота з рідними пацієнта;
- догляд за хворим впродовж робочого дня;
- консультативна та психологічна допомога.

Економічний ефект від створення таких амбулаторних закладів полягає в тому, що пацієнт залишатиметься вдома та перебуватиме під опікою рідних, що є менш ви-

тратним, ніж щоденне утримання його в умовах медичного закладу. Водночас члени родини зможуть повноцінно працювати повний робочий день за кваліфікацією, реалізувати свій творчий та трудовий потенціал, тоді як сам хворий перебуватиме під опікою досвідченого персоналу. Такі амбулаторні заклади можуть бути приватної, державної та змішаної форм власності. Фінансування закладів може здійснюватись з різних джерел (страхові фонди, пожертви, часткова та повна оплата).

Висновок

Через відсутність в Україні амбулаторних форм допомоги хворим на деменцію велику

кількість пацієнтів госпіталізують в існуючі стаціонарні інституції, що призводить до значних бюджетних витрат для держави, ізоляції хворого, позбавляє його можливості проживати у звичному для нього середовищі, вдома, у громаді. На прикладі США та Німеччини підраховано, що надання амбулаторної допомоги хворим на деменцію, які продовжують проживати вдома, під опікою родини, суттєво дешевше, ніж утримання такого хворого в установах по догляду. Саме тому більшість розвинених країн працюють над розробкою нових альтернативних підходів, які б дозволили залучити до опіки за хворим родичем рідних, впровадження ІТ-технологій у щоденний догляд за хворим на деменцію. Дане питання є актуальним особливо у великих містах України, де звичною є наступна ситуація: протягом робочого тижня рідні щоденно ходять на роботу та зачиняють вдома хворого родича, який залишається без нагляду та піддає ризику себе та оточуючих. Важливим є створення та розвиток позалікарняних інституцій, у яких хворі на деменцію протягом дня перебували б під наглядом та професійною опікою. Рекомендованою формою амбулаторної допомоги хворим на когнітивні порушення є створення центрів денного догляду.

Список використаної літератури

1. Наказ МОЗ України № 20 від 22.01.2007 «Про затвердження інструкції з організації диспансерного та консультативного нагляду осіб, які страждають на психічні розлади, при наданні амбулаторної психіатричної допомоги» <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/z0314-07>
2. Alzheimer's Association Report 2014 Alzheimer's disease facts and figures Alzheimer's Association // Alzheimer's & Dementia. – 2014. – № 10. – P. 47–92.
3. Day care for dementia patients from a family caregiver's point of view: A questionnaire study on expected quality and predictors of utilization / C. Donath, A. Winkler, E. Graessel, K. Luttenberger // BMC Health Services Research. – 2011. – № 11. – P. 76 p.
4. Dementia a public health priority. World Health Organization 2012. Retrieved from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf
5. Dementia in long-term care homes: direct care workers difficulties / A. Barbosa, M. Nolan, L. Sousa, D. Figueiredo // Elsevier. Procedia – Social and Behavioral Sciences. – 2014. – № 140. – P. 172–177.
6. Gutzmann H. Dementia: Notes on the Care in Germany / H. Gutzmann, 2014.
7. Hara K. Dementia Policy in Japan. Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) Japan 25 pages http://www.igakuken.or.jp/english/e_research/symposia_workshop/2013_0129sympo/pdf/list00.pdf
8. How will we care? Finding sustainable long-term care solutions for an ageing world // Re Swiss Re sigma. – 2014. – № 5. – P. 1–34.

9. http://caritasua.org/index.php?option=com_content&view=article&id=44&Itemid=90&lang=uk
10. <http://www.hesed.lviv.ua/ru/medicine.html>
11. Schwarzkopf L. Excess costs of dementia disorders and the role of age and gender - an analysis of German health and long-term care insurance claims data / L. Schwarzkopf, P. Menn, R. Leidl // BMC Health Services Research. – 2012. – № 12. – P.165.
12. Stress, PTSD, and dementia / M. Greenberg, K. Tanev, M. Marin, R. Pitman // Alzheimer's & Dementia. – 2014. – № 10. – P. 155–165.
13. Uribe F.L. Dementia care networks in Germany: care arrangements and caregiver burden at the DEMNET-d study baseline / F. L. Uribe, S. Heinrich, J. Gr€aske // Oral Sessions: O3-08: Dementia Care Practice: Organizing Dementia Care. – P. 224.

ПРИМЕРЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ДЕМЕНЦИЕЙ В УКРАИНЕ

А.Н. Мишакивская

Увеличение количества людей преклонного возраста, так называемое старение населения, которое наблюдается в развитых странах, в том числе и в Украине, привело к увеличению числа больных деменцией, что создаёт медико-социальные проблемы в обществе, включая семьи, в которых проживают такие больные. Базируясь на опыте других стран, в работе сделан вывод о необходимости реформирования медико-социальных служб по оказанию помощи этой группе людей. Предлагается создание амбулаторных учреждений и прогнозируется их социальный и экономический эффект.

Ключевые слова: деменция, реформы, амбулаторная помощь, экономический эффект.

EXAMPLES OF MANAGING DEVELOPED COUNTRIES FOR ORGANIZING OUTPATIENT CARE WITH DEMENTIA IN UKRAINE

A. Myshakivska

Increasing number of elderly in Europe as well as in Ukraine results into higher number of patients with dementia. Subsequently, this creates medical and social difficulties in the society, especially for close family members as caregivers. Based on the experience of other countries, the conclusion about the urgent need to reform the medical and social care for this group of people is made. As an alternative solution to the existing inpatient care we propose to create adult daycare centers and their high social and economical effectiveness is prognosticated.

Key words: dementia, reforms, outpatient care, economic effect.

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 159.9.018.4:616.89 – 008.442.6 – 057.875

М.В. Коваленко

ДОСЛІДЖЕННЯ ТИПІВ ДЕЗАДАПТИВНОГО РЕАГУВАННЯ У СТУДЕНТІВ
ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВВінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця
maria_kovalenko@yahoo.com**Ключові слова:**
адаптація, дезадаптація,
типи дезадаптивного
реагування,
перфекціонізм.

На основі проведеного аналізу комплексу отриманих в ході попередніх етапів дослідження даних виявлено чотири типи дезадаптивного реагування: тривожний; депресивний; тип дезадаптивного реагування з елементами адиктивної поведінки; тип дезадаптивного реагування за принципом «втеча в хворобу». Виділення цих типів дезадаптивного реагування дозволило провести інтегральну оцінку всього комплексу даних у контексті формування адаптивних та дезадаптивних стратегій подолання стресу. В ході проведеного дослідження було виявлено, що для студентів вищих навчальних медичних закладів характерними є прояви дезадаптації. Серед них у переважній більшості виявлено типи дезадаптивного реагування (75,51%). Перше рангове місце за частотою займав тривожний тип дезадаптивного реагування (22,55%). Друге рангове місце посідав тип дезадаптивного реагування за принципом «втеча в хворобу» (22,55%). Третє рангове місце займав тип дезадаптивного реагування з елементами адиктивної поведінки (15,64%). На четвертому ранговому місці виявився депресивний тип дезадаптивного реагування (9,82%). Отримані в ході дослідження дані щодо типів дезадаптивного реагування у студентів вищих навчальних медичних закладів відображають особливості комплексу біологічних, індивідуально-психологічних та соціально-психологічних адаптивних ресурсів особистості.

Дослідження отриманих в процесі вивчення перфекціонізму даних щодо комплексу біологічних, індивідуально-психологічних, психосоціальних чинників, мотивації на успіх або невдачу, рівня стресу, соціальної фрустрованості, копінг-стратегій, рівня тривоги та депресії характеризує процес адаптації-дезадаптації студентів в процесі навчання у ВНМЗ.

Актуальність. Зміна умов життя, значний рівень стресу, наявність соціальної фрустрованості можуть призводити до порушення адаптації. Разом з тим, індивідуально-психологічні особливості особистості, які не дозволяють виробити адекватні новим умовам форми поведінки, відіграють важливу роль у виникненні процесу психологічної дезадаптації.

Психологічна дезадаптація – це нездатність пристосуватися до нової життєвої ситуації, наслідком чого є захворювання, неврози, девіантна поведінка [10]. Об'єктивним проявом дезадаптації стає певний тип поведінки, а суб'єктивним – широкий спектр психоемоційних порушень (Амбрумова А.Г., 1980) [1].

Типи дезадаптивного реагування у студентів ВНМЗ.

Мета. В основу виділення того чи іншого типу дезадаптивного реагування у студентів було покладено визначене переважання тривожного реагування, депресивного реагування, реагування з проявами адиктивної поведінки та поведінки за типом «втеча в хворобу», що були виявлені як значимі форми пристосувальної поведінки і призводили до формування дезадаптації. Ми

вважаємо виявлені нами ТДР проявами неефективної дезадаптації або патологічної (передхворобливої) психічної дезадаптації (Семичов С.Б., 1987), що проявляється використанням пасивних способів уникнення (втеча в хворобу або елементи адиктивної поведінки) та формуванням психопатологічних станів, невротичних або психопатичних синдромів (тривожних та депресивних) [7].

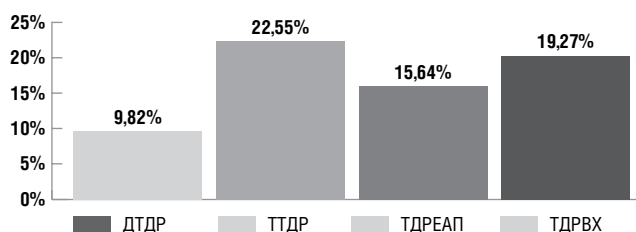
Матеріали та методи дослідження

На основі проведеного аналізу комплексу отриманих у ході попередніх етапів дослідження даних виявлено чотири типи дезадаптивного реагування (ТДР): тривожний тип дезадаптивного реагування (ТТДР); депресивний тип дезадаптивного реагування (ДТДР); тип дезадаптивного реагування з елементами адиктивної поведінки (ТДРЕ-АП); тип дезадаптивного реагування за принципом «втеча в хворобу» (ТДРВХ).

Виділення цих ТДР дозволило провести інтегральну оцінку всього комплексу отриманих у ході попередніх етапів дослідження даних в контексті формування адаптивних та дезадаптивних стратегій подолання стресу.

Результати та їх обговорення

Серед студентів ВНМЗ виявлено 75,51% (185) осіб з ТДР. Серед них достовірно більша кількість студентів з ТТДР – 22,55% (62), дещо менша кількість осіб з ТДРВХ – 19,27% (53) та ТДРЕАП – 15,64% (43), найменше студентів демонстрували ДТДР 9,82% (27) (рис. 1).



Примітка: * – відмінності достовірні, $p < 0,05$.

Рис. 1. Типи дезадаптивного реагування у студентів вищих навчальних медичних закладів

Отримані узагальнені дані щодо ТДР у студентів ВНМЗ представлено в таблиці.

Серед студентів ВНМЗ з ТДР рівень тривоги найвищий у осіб з ТТДР, а депресії – з ДТДР (див. табл. 1). Рівень перфекціонізму найвищий у осіб з ТТДР. У осіб з ТТДР достовірно нижчий рівень мотивації успіху. Рівень СВП достовірно різниться лише у студентів з ДТДР та ТДРЕАП, вищий у осіб з ТДРЕАП. Це можна пояснити тим, що для помірного та високого рівнів депресії характерні знижений настрій, рухова і розумова загальмованість різного ступеня, знижена самооцінка, апатія, пасивна життєва позиція, що визначало нерішучість та, відповідно, наявність найнижчого рівня СВП, тому в порівнянні з ДТДР у осіб з ТДРЕАП показник СВП виявився вищим, а порівняно з іншими відмінності були відсутні. Рівень фрустрованості був найвищий також у осіб з ТТДР.

Тривожний тип дезадаптивного реагування у студентів ВНМЗ. Тривога є важливим елементом психічної адаптації, що визначається як емоційний стан, який виникає в ситуаціях невизначеної небезпеки [4]. Тривога, залежно від її рівня, тривалості, відповідності до ситуації, може бути адаптивним або дезадаптивним чинником [2].

При дослідженні нашого матеріалу у студентів ВНМЗ було виявлено різний рівень тривоги за шкалою тривоги Бека. Легкий рівень тривоги виконував адаптивну роль – вона попереджала про загрозу, мобілізувала особу для її подолання. Такий рівень тривоги, як вважає С.Л. Соловйова (2012), забезпечує прогностичну компетентність, мобілізуючи резервні можливості людини у складних життєвих обставинах [8].

Також була виявлена група студентів з рівнем тривоги понад 9 балів (помірний та високий рівень), що був визначений як дезадаптивний. Помірний рівень тривоги

був у 39 студентів ВНМЗ, високий – у 23. Таким чином, група студентів з тривожним типом дезадаптивного реагування (ТТДР) складалась з 62 осіб. У студентів з ТТДР рівень тривоги в середньому становив $(25,68 \pm 1,18)$ бали і був достовірно вищим, порівняно з іншими ТДР.

У цій групі студентів тривога проявлялась відчуттям безпорадності, невпевненості в собі, безсилля перед об'єктивними зовнішніми факторами, очікуванням невдач у соціальній взаємодії, формуючи уникаючу поведінку. Інтенсивний ступінь тривоги має дезорганізуючий вплив, блокуючи ефективне функціонування психічних функцій, при цьому тривога оцінюється як деструктивний емоційно-негативний психічний стан, що вимагає корекції (Соловйова С.Л., 2012). Також у студентів спостерігались явища соціальної тривожності (Краснова В.В. та співавт., 2011) [4], що проявлялись у вигляді емоційного дискомфорту, страху, побоювань та неспокою по відношенню до соціальної ситуації та оцінки іншими людьми.

У студентів з ТТДР інші досліджувані показники були такими (див. табл. 1): депресія – $(8,84 \pm 0,89)$, мотивація – $(11,52 \pm 0,59)$ – показник найнижчий серед усіх ТДР (відмінності достовірні у порівнянні з ТДРВХ), стрес – $(83,16 \pm 3,69)$, копінг-стратегії: СВП – $(19,52 \pm 0,98)$, СПСП – $(23,65 \pm 0,89)$, СУП – $(19,74 \pm 0,48)$, соціальна фрустрованість – $(1,36 \pm 0,06)$ балів – показник був достовірно найвищим серед усіх ТДР.

Тип дезадаптивного реагування за принципом «втеча в хворобу». Пластичність функціональних систем організму студента сприяє швидкій його адаптації до широкого діапазону різноманітних впливів зовнішнього середовища. Однак ще не до кінця сформований організм не завжди здатний адекватно реагувати на сильні й тривалі напружені ситуації, що призводить до функціональних розладів і захворювань (А.Г. Сухарев, 2000) [8].

У контексті дослідження дезадаптивних станів ми визначили такий показник стану здоров'я як часті хвороби (4 та більше за рік за самооцінкою здоров'я). За нашими даними, серед всіх обстежених студентів 53 (19,27%) вважали себе такими, які часто хворіють (4 та більше захворювань за рік), що аналогічно результатам дослідження Э.Н. Мингазова и соавт. (2013): з 788 студентів – 155 часто хворіли (19,67%), що є показником дезадаптації [9].

ТДРВХ характеризувався такими показниками (див. таблицю): тривога $(11,33 \pm 0,65)$, депресія $(8,89 \pm 1,03)$,

Таблиця. Узагальнена характеристика типів дезадаптивного реагування у студентів вищих навчальних медичних закладів, $M \pm m$

Показник	ТТДР (n=62)	ДТДР (n=27)	ТДРЕАП (n=43)	ТДРВХ (n=53)	$p < 0,05$ або * $p < 0,01$
Рівень тривоги	$25,68 \pm 1,18$	$12,74 \pm 1,64$	$13,53 \pm 1,52$	$11,33 \pm 0,65$	* p_{2-1} * p_{3-1} * p_{4-1}
Рівень депресії	$8,84 \pm 0,89$	$25,04 \pm 1,31$	$9,91 \pm 0,92$	$8,89 \pm 1,03$	* p_{2-1} * p_{3-2} * p_{4-2}
Показник перфекціонізму	$61,69 \pm 1,79$	$58,22 \pm 2,66$	$56,30 \pm 2,04$	$56,38 \pm 2,00$	p_{3-1} p_{4-1}
Мотивація	$11,52 \pm 0,59$	$12,93 \pm 0,83$	$12,12 \pm 0,60$	$13,68 \pm 0,57$	p_{4-1}
Рівень стресу	$83,16 \pm 3,69$	$83,96 \pm 6,13$	$83,60 \pm 3,04$	$82,39 \pm 3,34$	-
СВП	$19,52 \pm 0,98$	$18,48 \pm 1,40$	$21,88 \pm 0,75$	$21,58 \pm 0,97$	p_{3-2}
СПСП	$23,65 \pm 0,89$	$22,70 \pm 1,15$	$22,05 \pm 0,86$	$22,41 \pm 0,88$	-
СУП	$19,74 \pm 0,48$	$18,78 \pm 0,66$	$19,65 \pm 0,56$	$19,15 \pm 0,53$	-
Показник соціальної фрустрованості	$1,36 \pm 0,06$	$0,92 \pm 0,12$	$1,19 \pm 0,08$	$1,13 \pm 0,07$	* p_{2-1} p_{3-2} p_{4-1}

мотивація ($13,68 \pm 0,57$) – показник найвищий серед усіх ТДР (відмінності достовірні у порівнянні з ТТДР), стрес ($82,39 \pm 3,34$), копінг-стратегії: СВП ($21,58 \pm 0,97$), СПСП ($22,41 \pm 0,88$), СУП ($19,15 \pm 0,53$), соціальна фрустрованість ($1,13 \pm 0,07$) балів.

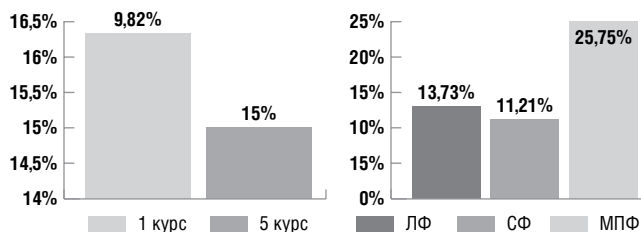
Серед студентів 1 курсу на момент обстеження такими, що часто хворіють, себе вважали 25 (18,52%); на 5 курсі – 28 (20,00%), на ЛФ 17 (16,67%); СФ – 19 (17,76%), МПФ – 17 (25,76%), відмінності між студентами різних курсів та факультетів не достовірні ($p \geq 0,05$).

Тип дезадаптивного реагування з елементами адиктивної поведінки у студентів ВНМЗ. Шкідливі звички студентів впливають на стан їх здоров'я і стають показником порушень адаптації, коли внаслідок дефіциту навичок ефективних копінг-стратегій, зокрема вирішення проблем, формується адиктивна поведінка. Ми оцінювали аспекти адиктивної поведінки тільки за результатами анкетування, в якому студенти відмітили зловживання алкоголем, наркотиками, нікотином, ліками, іграми. В межах нашого дослідження ми не визначали детально всі симптоми адиктивної поведінки, тому, вірогідно, отримані нами дані потребують можливих подальших розробок. Враховуючи відсутність даних про весь комплекс, що складає адиктивну поведінку, ми визначили дану групу студентів як таких, що мали елементи адиктивної поведінки.

Серед всіх опитаних студентів зловживання алкоголем відмітили 4 особи, наркотиками – 3, ліками – 13, нікотин – 26, іграми – 3, таким чином 49 студентів виявляли ТДРЕАП. Чинники, які використовували студенти як пасивну неефективну стратегію подолання стресу і формували елементи адиктивної поведінки, за частотою використання поділялись так: нікотин 53,06% (відмінності достовірні порівняно з іншими чинниками, $p < 0,01$), ліки 26,53% (відмінності достовірні порівняно з іншими чинниками, $p < 0,01$), алкоголь 8,16%, наркотиками 6,12%, ігри 6,12%.

Проведене дослідження виявило такі показники при ТДРЕАП (див. табл. 1): тривога – ($13,53 \pm 1,52$), депресія – ($9,91 \pm 0,92$), мотивація – ($12,12 \pm 0,60$), стрес – ($83,60 \pm 3,04$), копінг-стратегії: СВП – ($21,88 \pm 0,75$), СПСП – ($22,05 \pm 0,86$), СУП – ($19,65 \pm 0,56$), соціальна фрустрованість – ($1,19 \pm 0,08$) балів.

При проведенні порівняльного дослідження ТДРЕАП у студентів 1 та 5 курсів та різних факультетів (рис 2, 3) виявлено, що цей тип зустрічався на 1 та 5 курсах з майже однаковою частотою, достовірно частіше виявлявся у студентів МПФ.



Примітка: * – відмінності достовірні при порівнянні між групами, $p < 0,05$.

Рис. 2. ТДРЕАП у студентів 1 та 5 курсів

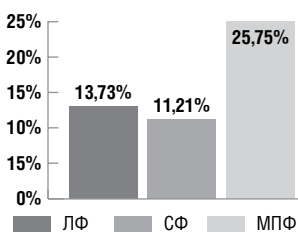


Рис. 3. ТДРЕАП у студентів різних факультетів

Депресивний тип дезадаптивного реагування у студентів ВНМЗ. Під дією хронічного впливу навчальних та емоційних навантажень у студентів значно збільшується

напруженість різних функцій організму. При цьому перенапруження нервової системи може набувати застійного характеру і тим самим провокувати виникнення неврозів, депресії і стан фрустрації. Коли адаптаційні резерви організму виснажуються, депресивні реакції після тривалої дії стрес-фактора повільно відновлюються, але наслідки стресу все ж залишаються [10].

У ході вивчення досліджуваного матеріалу у студентів ВНМЗ було виявлено депресивні розлади легкого, помірного та високого рівнів (за шкалою депресії Бека). Легкий рівень депресії проявлявся у студентів ситуативно обумовленим, незначним, динамічним зниженням настрою, проявлявся переважно на суб'єктивному рівні, без виразних соматичних симптомів та не призводив до порушення адаптації.

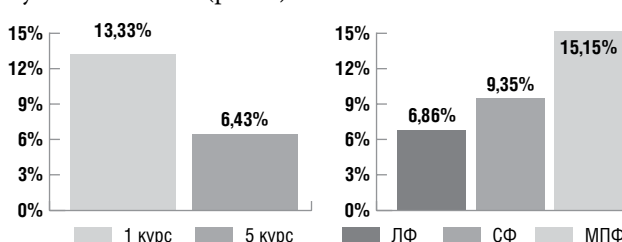
Депресивний тип дезадаптивного реагування (ДТДР) було виявлено в групі студентів з рівнем депресії вище 18 балів (помірний та високий рівень). Помірний рівень депресії було встановлено у 21 студента ВНМЗ, високий – у 6. Таким чином, група студентів з ДТДР складала 27 осіб. У студентів з ДТДР рівень депресії в середньому становив ($25,04 \pm 1,31$) бали і був достовірно вищим, порівняно з іншими ТДР.

Проявами помірного та високого рівнів депресії у студентів з ДТДР були: знижений настрій з переживанням туги, печалі, рухової і розумової загальмованості різного ступеня, соматовегетативні розлади, тривога та алгічні прояви, при високому рівні – зі зниженою самооцінкою, апатією, пасивною життєвою позицією, очікуванням в майбутньому тільки чогось негативного.

У студентів з ДТДР інші досліджувані показники були такими (див. табл. 1): тривога – ($12,74 \pm 1,64$), мотивація – ($12,93 \pm 0,83$), стрес – ($83,96 \pm 6,13$), копінг-стратегії: СВП ($18,48 \pm 1,40$), СПСП ($22,70 \pm 1,15$), СУП ($18,78 \pm 0,66$), соціальна фрустрованість ($0,92 \pm 0,12$) бала – показник був найнижчим серед усіх ТДР (відмінності достовірні, порівняно з ТТДР).

ДТДР достовірно частіше спостерігали у студентів 1 курсу, порівняно зі студентами 5 курсу (рис. 4).

Проте відсутні достовірні відмінності у частоті виявлення студентів з депресивним типом на різних факультетах ВНМЗ (рис. 5).



Примітка: * – відмінності достовірні при порівнянні між групами, $p < 0,05$.

Рис. 4. ДТДР у студентів 1 та 5 курсів

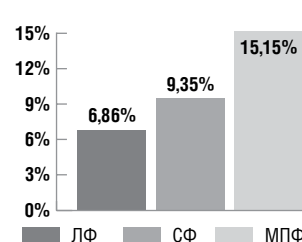


Рис. 5. ДТДР у студентів різних факультетів

Висновки та перспективи подальших досліджень. У ході проведеного дослідження було виявлено, що для студентів ВНМЗ характерними є прояви дезадаптації. Було створено концепцію «типи дезадаптивного реагування» на моделі студентів ВНМЗ, визначено основні форми та створено їх класифікацію. Серед студентів ВНМЗ у переважній більшості виявлено типи дезадаптивного реагування (75,51%).

Виявлено, що у студентів ВНМЗ в умовах значної соціальної фрустрованості, хронічного навантаження формуються такі типи дезадаптивного реагування: тривожний, депресивний, з елементами адиктивної поведінки, за принципом «втеча в хворобу».

Перше рангове місце за частотою займав ТТДР (22,55%), що характеризувався тривожними розладами середнього та високого рівнів, найвищими показниками тривоги та соціальної фрустрованості, найнижчим показником мотивації, найвищим показником перфекціонізму, достовірною кореляцією з рівнем та показником перфекціонізму.

Друге рангове місце посідав ТДРВХ (22,55%), характерними ознаками якого були часті захворювання (4 та більше на рік), найвищий показник мотивації серед усіх ТДР (відмінності достовірні, порівняно з ТТДР).

Третє рангове місце займав ТДРЕАП (15,64%), для якого були характерні елементи залежності від алкоголю, наркотиків, ліків, ігор, нікотину. Достовірно частіше чинниками, що формували ТДРЕАП у студентів ВНМЗ, виступали нікотин (53,06%) та ліки (26,53%), порівняно з алкоголем (8,16%), наркотиками (6,12%), іграми (6,12%).

На четвертому ранговому місці виявився ДТДР (9,82%), що характеризувався достовірно найвищим, порівняно з іншими типами, показником депресії, найнижчим показником соціальної фрустрованості серед усіх ТДР (відмінності достовірні, порівняно з ТТДР),

що може бути обумовлено проявами, притаманними депресії, апатії, на відміну від ТТДР.

Отримані в ході дослідження дані щодо типів дезадаптивного реагування у студентів ВНМЗ відображають особливості комплексу біологічних, індивідуально-психологічних та соціально-психологічних адаптивних ресурсів особистості.

Список використаної літератури

1. Амбрумова, А. Г. Предупреждение самоубийств / А. Г. Амбрумова, С. В. Бородин, А. С. Михлин. – М.: Изд-во Академии МВД СССР, 1980. – 164 с.
2. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – Л.: Наука, 1988. – 270 с.
3. Завадская Л. Н. Особенности депрессии у студентов, обучающихся по кредитной и линейной системам / Л. Н. Завадская, 2011.
4. Краснова В. В. Социальная тревожность и студенческая дезадаптация / В. В. Краснова, А. Б. Холмогорова // Психологическая наука и образование. – 2011. – № 1.
5. Мингазова Э. Н. Особенности влияния медико-социальных факторов на формирование контингента часто болеющих студентов с учетом гендерных особенностей / Э. Н. Мингазова, А. И. Зиятдинов // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 6.
6. Психология. Словарь / под ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – М.: Политиздат, 1990. – 496 с.
7. Семичов С. Б. Предболезненные психические расстройства / С. Б. Семичов. – Л.: Медицина, 1987. – 184 с.
8. Соловьева С. Л. Тревога и тревожность: теория и практика / С. Л. Соловьева [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – № 6 (17). – URL: <http://medpsy.ru>
9. Сухарев А. Г. Проблемы гигиены профессионального обучения и труда подростков / А. Г. Сухарев // Гигиена и санитария. – 2000. – № 5. – С. 39–41.
10. Чуприков А. П. Глоссарий суицидологических терминов / А. П. Чуприков, Г. Я. Пилягина, В. Ф. Войцех. – Киев, 1999 г.

ИССЛЕДОВАНИЕ ТИПОВ ДЕЗАДАПТИВНОГО РЕАГИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЗАВЕДЕНИЙ

М. В. Коваленко

На основе проведенного анализа комплекса полученных в ходе предыдущих этапов исследования данных выявлено четыре типа дезадаптивного реагирования: тревожный; депрессивный; тип дезадаптивного реагирования с элементами аддитивного поведения; тип дезадаптивного реагирования по принципу «бегство в болезнь». Выделение этих типов дезадаптивного реагирования позволило провести интегральную оценку всего комплекса данных в контексте формирования адаптивных и дезадаптивных стратегий преодоления стресса. В ходе проведенного исследования было выявлено, что для студентов высших учебных медицинских заведений характерны проявления дезадаптации. Среди студентов высших учебных медицинских заведений большинство проявляли типы дезадаптивного реагирования (75,51%). Первое ранговое место по частоте занимал тревожный тип дезадаптивного реагирования (22,55%). Второе ранговое место занимал тип дезадаптивного реагирования по принципу «бегство в болезнь» (22,55%). Третье ранговое место занимал тип дезадаптивного реагирования с элементами аддитивного поведения (15,64%). На четвертом ранговом месте оказался депрессивный тип дезадаптивного реагирования (9,82%). Полученные в ходе исследования данные о типах дезадаптивного реагирования студентов высших учебных медицинских заведений отражают особенности комплекса биологических, индивидуально-психологических и социально-психологических адаптивных ресурсов личности.

Ключевые слова: адаптация, дезадаптация, типы дезадаптивного реагирования, перфекционизм.

RESEARCH TYPES MALADAPTIVE RESPONSES IN STUDENTS OF HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS MENDYCHNYH

M. Kovalenko

Based on the analysis of the complex obtained in previous stages of the research data revealed four types of maladaptive response: anxious type of maladaptive responses; depressive type of maladaptive responses; type maladaptive response with elements of addictive behavior; type maladaptive response to the principle of "flight into illness". Isolation of these types of maladaptive responses allowed for integrated assessment of all complex data in the context of adaptive and maladaptive coping strategy. During the study it was found that students of medical institutions had maladaptive response. Among the vast majority of students of medical institutions showed type of maladaptive responses (75.51%). The first rank place at an alarming rate held to anxious type of maladaptive responses (22.55%). The second place rank occupied type maladaptive response to the principle of "flight into illness" (22.55%). Third place was occupied by type rank maladaptive response with elements of addictive behavior (15.64%). On fourth place was ranked depressive type maladaptive responses (9.82%). Obtained in the study data types maladaptive response to students of higher educational medical institutions reflect the peculiarities of the complex biological, individual psychological and psychosocial adaptive resource of the person.

Key words: adaptation, exclusion, types of maladaptive responses, perfectionism.

І.Г. Бібик

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА ПОШИРЕНOSTІ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ

ДЗ «Запорізька державна академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя
zmapo36@gmail.com

Ключові слова:
рівень захворюваності,
поширеність психічних
розладів, лікар-психіатр.

У статті проаналізовано показники захворюваності та поширеності розладів психіки і поведінки, як в Україні загалом так і в кожному районі Запорізької області за період 2008–2013 рр. Автор зробив припущення про можливі фактори, які зумовили зростання рівня поширеності розладів психіки та поведінки, при зниженні рівня захворюваності на цю патологію у Запорізькій області.

Проблеми психічного здоров'я з плином часу стають все більш актуальними. В останній час серед населення України відмічається зростання захворюваності на психічні розлади, що обумовлено як соціально-економічними перетвореннями в Україні, так і недосконалою організацією надання психіатричної допомоги, насамперед у первинній ланці охорони здоров'я. Прийняття закону України «Про психіатричну допомогу» в 2000 році не розв'язало існуючих проблем у цій сфері [3]. Значне погіршення рівня психічного здоров'я населення розцінюється як основний показник неблагополуччя суспільства. У структурі звернень до лікарів-психіатрів невротичні розлади складають від 20 до 30%, хоча в деяких роботах наводяться більш низькі цифри (15%), що свідчить: пацієнти, які мають дану патологію, не завжди можуть отримати належну допомогу [1]. Реальна кількість осіб, яким необхідна допомога психіатрів, значно більша, ніж свідчать офіційні статистичні дані. Це значна частка осіб працездатного віку із психічними розладами непсихотичного рівня, які перебувають на диспансерному обліку, а також особи, які лікуються у лікарні загальної медичної практики (наприклад, з гіпертонічною хворобою, цукровим діабетом тощо), але потребують також допомоги психіатрів, психотерапевтів, медичних психологів [2]. Навіть у розвинутих країнах, де належно організована система охорони здоров'я, від 44 до 70% хворих з психічними розладами не отримують лікування. Загальними причинами зростання кількості психічних розладів ВООЗ вважає урбанізацію, швидкий розвиток інформаційних технологій, збільшення кількості надзвичайних ситуацій, погіршення фізичного, в тому числі репродуктивного здоров'я, інтенсивне старіння населення планети, низький рівень життя (бідність) та низький рівень освіти [4]. Експерти ВООЗ вважають, що «влада несе таку ж відповідальність за психічне здоров'я, як і за фізичне благополуччя своїх громадян» [6].

За даними епідеміологічних досліджень, кожний третій житель України впродовж життя має психічні розлади, а кожний шостий житель України має психічні розлади протягом року [5].

Метою дослідження було проаналізувати показники рівня поширеності та захворюваності на психічні роз-

лади, оцінити контингент пацієнтів, які перебувають під спостереженням психіатричної служби Запорізької області, для правильної організації роботи лікаря загальної практики/сімейного лікаря щодо профілактики та виявлення розладів психіки та поведінки, а також ефективного налагодження співпраці між лікарем загальної практики/сімейним лікарем та лікарем-психіатром.

Матеріали та методи дослідження

Матеріалом дослідження стали статистичні дані ЛПЗ Запорізької області за 2008–2013 рр. У роботі використано метод експертних оцінок, інформаційно-аналітичний, статистичний методи дослідження.

Результати та їх обговорення

Проведено аналіз рівня захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки загалом у Запорізькій області та у кожному районі окремо, у порівнянні з показниками в Україні. Впродовж всього періоду спостереження показник у Запорізькій області залишався дещо нижчим, ніж загальноукраїнський, різниця коливалася від найменшого – 1,6% у 2008 р., до найбільшого – 16,8% у 2013 році. Рівень захворюваності на розлади психіки та поведінки в Україні за останні роки (2008–2013 рр.) знизився з 24,9 на 10 тисяч населення (в 2008 році), до 22,6 на 10 тисяч населення (в 2013 році), що є на 9,2% менше.

На рисунку представлено динаміку захворюваності на розлади психіки та поведінки у районах Запорізької області у порівнянні з обласними та загальноукраїнськими показниками у 2008, 2010, 2013 рр., ранжування за величиною показника 2013 року.

У Запорізькій області в цілому за останні 6 років рівень захворюваності знизився на 23%, з 24,5 у 2008 році до 18,8 на 10 тисяч населення в 2013 році. Аналізуючи динаміку рівня захворюваності у районах Запорізької області слід зазначити, що показники коливаються, підйоми змінюються падінням, сталих тенденцій не виявлено. У 2008 році високий рівень захворюваності спостерігали в 4 районах Запорізької області. Найвищий показник зафіксовано в Приморському районі – 87,8 на 10 тисяч населення, що в 3,5 раза більше, ніж по області (на

нашу думку, оскільки Приморський район є курортним, то певну кількість вперше виявлених осіб з розладами психіки та поведінки склали пацієнти, які приїздили на відпочинок). Найменший показник був у Вільнянському районі – 2,6 на 10 тисяч населення. У 2009 році лідером за рівнем захворюваності виявився також Приморський район (67,6 на 10 тисяч населення), наступний за рейтингом – Веселівський район (55,8 на 10 тисяч населення). Найменший рівень захворюваності у В.-Білозерському – 5,8 на 10 тисяч населення. У Запорізькій області в 2009 році показник захворюваності становив 20,7 на 10 тисяч населення, а в Україні – 23,2. Порівняно з 2008 роком показник захворюваності у області зменшився на 10,7%. В 2010 році в Запорізькій області рівень захворюваності продовжував знижуватись і залишався нижчим, ніж показники на території України загалом, захворюваність в Запорізькій області становила 19,69 на 10 тисяч населення, а в Україні в цілому – 23,4 на 10 тисяч населення. Найвищий рівень захворюваності спостерігали у Веселівському районі – 37,13 на 10 тисяч населення, а найнижчий – в Мелітопольському районі. Треба зазначити, що в Запорізькій області рівень захворюваності і в 2011 році, і в 2012 році залишався незмінним і становив 19,9 на 10 тисяч населення. Порівняно із загальноукраїнським показником це на 12,3% менше. Район, в якому цей показник був найвищим, також не змінився, це Веселівський район, тут цей показник становив 47,3 і 51,4 відповідно. Найнижчі показники захворюваності в 2011 були в Кам'янко-Дніпровському районі – 7,1, в 2012 році у Велико-Білозерському районі – 6,0 на 10 тисяч населення. У 2013 році показник захворюваності на розлади психіки та поведінки перевищував загальноукраїнський у 3 районах Запорізької області, найвищим він був у Веселівському районі – 58,8 на 10 тисяч населення. Найменший показник захворюваності спостерігали у В.-Білозерському районі – 5,3 на 10 тисяч населення.

На нашу думку, зниження рівня захворюваності на розлади психіки та поведінки в Запорізькій області може свідчити не про зменшення кількості хворих з даною проблемою, а про зниження доступності отримання

ними медичної допомоги (за рахунок скорочення кількості лікарів-психіатрів чи взагалі їх відсутності у деяких районах області, при віддаленості місця проживання пацієнта від місцезнаходження лікаря-психіатра). Так, у районах з найнижчими показниками захворюваності (В. Білозерський, К.-Дніпровський) лікарі-психіатри відсутні.

Рівень поширеності розладів психіки та поведінки в Україні за останні 6 років залишався майже незмінним: у 2008 р. – 254,6 на 10 тисяч населення, а в 2013 р. – 255,3 на 10 тисяч населення.

Якщо проаналізувати рівень поширеності розладів психіки та поведінки по Запорізькій області в цілому за 6 років, то видно подібність ситуації: спостерігається незначне збільшення цього показника (з 245,2 у 2008 році до 265,4 на 10 тисяч населення у 2013 році). Впродовж всього періоду спостереження аналогічні показники у Запорізькій області відрізнялися від загальноукраїнських (як у бік переважання, так і навпаки) на незначну величину, що не перевищувала 5% (від -4,7% до +4%). У 2008 році в Запорізькій області найвищий показник був у Розівському районі, він становив 364,0 на 10 тисяч населення, це на 43% більше, ніж по Україні, і на 49% більше, ніж по Запорізькій області. У п'ятих районах Запорізької області цей показник перевищував середній показник по Україні, а саме: у Розівському районі – 364,0; у Приморському районі – 324,7; у Приазовському районі – 320,7; у Веселівському районі – 306,6 та у Велико-Білозерському районі – 282,0. Найменший рівень поширеності розладів психіки та поведінки був у Оріхівському районі і становив 156,7 на 10 тисяч населення, що на 38% менше, ніж показник по Україні. В 2009 році по Запорізькій області показники чотирьох районів перевищили показник по Україні, серед них Розівський район – 397,0 на 10 тисяч населення, Приморський район – 351,2, Веселівський район – 325,7, Приазовський район – 324,5. Найменший показник поширеності розладів психіки та поведінки спостерігали у Вільнянському районі – 157,9 на 10 тисяч населення, що на 38% менше за загальноукраїнський показник. У 2010 році показник поширеності розладів психіки та поведінки в

Україні становив 255,3 на 10 тисяч населення, по Запорізькій області – 256,7. Показник у шести районах Запорізької області перевищував середній по Україні. З них найбільший рівень поширеності розладів психіки та поведінки виявлено у Розівському районі – 406,65, що на 59% більше, ніж по Україні.

Найменшим рівень поширеності виявився у Вільнянському районі Запорізької області – 164,29 на 10 тисяч населення, що на 36% менше за загальноукраїнський показник. У 2011 році показник поширеності розладів психіки та поведінки по Україні за

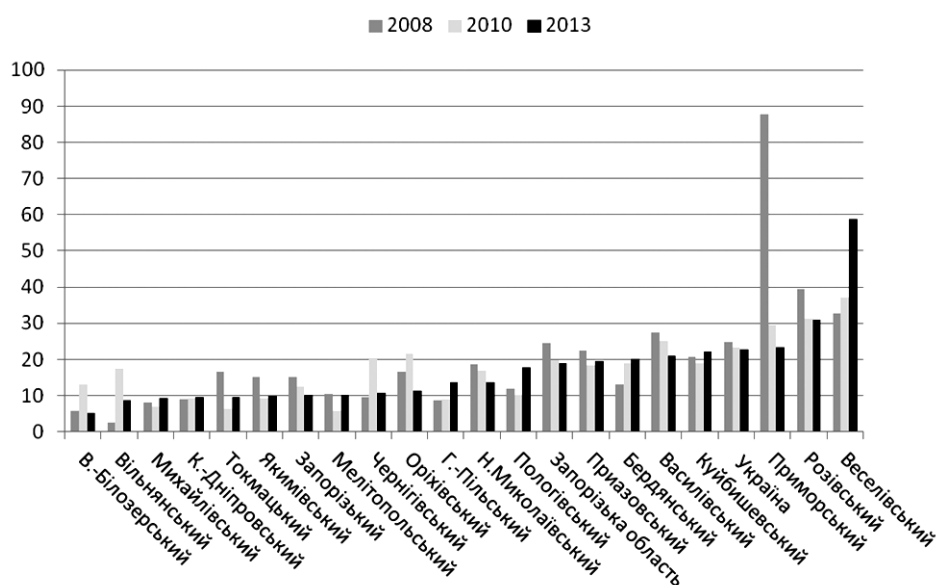


Рисунок. Динаміка захворюваності на розлади психіки та поведінки у Запорізькій області, 2008, 2010, 2013 рр. (на 10 тис. населення)

лом залишався незмінним і становив 255,3 на 10 тисяч населення, але в Запорізькій області цей показник збільшився – 261,9 на 10 тисяч населення. У дев'ятох районах області показник поширеності розладів психіки та поведінки перевищував загальноукраїнський, зокрема у Розівському районі – 383,0 на 10 тисяч населення, що на 50% більше за загальноукраїнський показник. Найменший рівень поширеності спостерігали у Вільнянському районі – 178,0 на 10 тисяч населення. У 2012 році рівень поширеності розладів психіки та поведінки продовжував збільшуватись і становив 267,6 на 10 тисяч населення, а по Україні в цілому залишався незмінним у порівнянні з попередніми роками – 255,3 на 10 тисяч населення. У районах Запорізької області показник поширеності збільшувався і в дев'ятох районах залишався вищим за загальноукраїнський. Так, у Розівському районі він був найбільшим – 393,4 на 10 тисяч населення. Найменшим показник поширеності виявився у Вільнянському районі, але порівняно з 2011 роком він збільшився і становив 189,2 на 10 тисяч населення, що все ж таки менше, ніж загальноукраїнський. Темп зростання поширеності розладів психіки та поведінки у Запорізькій області 2013 року відносно 2008 року склав 9%.

Факторами, які зумовили зростання рівня поширеності розладів психіки та поведінки, а також зниження рівня захворюваності у Запорізькій області можуть бути, на нашу думку, наступні: збільшення кількості хронічно хворих, які перебувають на диспансерному обліку, збільшення тривалості життя хворих на психічні розлади, а також зниження доступності психіатричної допомоги на первинному рівні, насамперед у сільських регіонах, де відсутні лікарі-психіатри.

Висновки

1. Аналіз захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки населення Запорізької області за 2008–2013 рр. показав, що рівень захворюваності на пси-

хічні розлади знизився на 23% (з 24,5 до 18,8 на 10 тис. населення), а рівень поширеності розладів психіки та поведінки, навпаки, збільшився на 9% (з 244,5 до 265,4 на 10 тис. населення відповідно). Зростання останнього показника за період спостереження засвідчує збільшення кількості пацієнтів, які перебувають на диспансерному огляді.

2. Динаміка рівня захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки у Запорізькій області має деякі відмінності, порівняно з загальноукраїнською. Так, показник поширеності розладів психіки та поведінки в країні залишається майже незмінним, тоді як у Запорізькій області цей показник зріс на 9%. Натомість рівень захворюваності на розлади психіки та поведінки, як в Україні, так в Запорізькій області, зменшився упродовж 2008–2013 рр. (на 9,2% та 23% відповідно).

Перспективи подальших досліджень – проведення соціального дослідження серед жителів міста і села стосовно поширеності факторів ризику, які впливають на виникнення захворювань психіки.

Список використаної літератури

1. Динаміка психічного здоров'я населення України 2008–2012 рр. та перспективи розвитку психіатричної допомоги населенню / І. Я. Пінчук, Р. М. Богачев, М. К. Хобзей, О. О. Петриченко // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, № 1 (72). – С. 11–17.
2. Загородній С. М. Медико-соціальне обґрунтування системи збереження психічного здоров'я сільського населення: дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук: 14.02.03 / Загородній Сергій Михайлович – К., 2010. – 183 с.
3. Закон України «Про психіатричну допомогу» / Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 19, ст. 143, із змінами, внесеними згідно із Законами № 1364-IV (1364-15) від 09.12.2003, ВВР, 2004, № 15; ст. 221 № 1033-V (1033-16) від 17.05.2007, ВВР, 2007, № 34; ст. 445, № 4795-VI (4795-17) від 22.05.2012.
4. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения: отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. [Електронний ресурс]. – ВОЗ, 2006 – 199 с. – Режим доступу: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/96454/E87301R.pdf
5. Пінчук І. Я. Распространенность психических расстройств в Украине // Профилактика медицины – 2010. – Т. 16, № 1. – С. 168–176.
6. World health statistics 2011. [Електронний ресурс]: Geneva. World Health Organization 2012 – 171 p. – Режим доступу: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.pdf?ua=1

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ В ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛАСТИ

И.Г. Бибык

В статье проанализированы показатели заболеваемости и распространенности расстройств психики и поведения, как по Украине в целом, так и по каждому району Запорозькой области за период 2008–2013 гг. Автор сделал предположение о возможных факторах, которые обусловили рост уровня распространенности расстройств психики и поведения, а также снижение уровня заболеваемости в Запорозькой области.

Ключевые слова: уровень заболеваемости, распространенность психических расстройств, врач-психиатр.

ANALYSIS INCIDENCE AND PREVALENCE MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN ZAPORZHE REGION

I. Bibyk

This paper examines the incidence and prevalence of mental and behavioral disorders, both in Ukraine as a whole and for each region Zaporozhe region for the period from 2008–2013. The author has made assumptions about factors which led to increase in the prevalence of mental and behavioral disorders, and reduce the incidence of Zaporozhe region.

Key words: incidence, prevalence of mental disorders, a psychiatrist.

М.О. Соловйова

ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ
У СПІВРОБІТНИКІВ ФІНАНСОВО-КРЕДИТНИХ УСТАНОВУкраїнський науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ**Ключові слова:**невротичні розлади,
співробітники
фінансово-кредитних
установ, модель
прогнозування.

У статті представлений аналіз і оцінка ефективності двох моделей прогнозування ризику розвитку невротичних розладів у службовців фінансово-кредитних установ. Їх застосування дає можливість своєчасно виявити серед них групу ризику розвитку даних розладів і надати їм своєчасну психопрофілактичну, а також психотерапевтичну допомогу

Актуальність теми. Охорона психічного здоров'я населення та профілактика психічних порушень залишається дуже актуальним питанням для різних верств суспільства нашої країни. Показник захворюваності на невротичні, пов'язані зі стресом розлади залишається стабільно високим впродовж останніх років.

Згідно з Європейською декларацією з охорони психічного здоров'я, головною метою зусиль визначено «забезпечення більш високого рівня благополуччя та повсякденного функціонування людей, приділяючи основну увагу їх потужним якостям та ресурсам, підвищуючи їх стійкість до зовнішніх негативних впливів та посилення захисних чинників» [4].

Сектор фінансових послуг також зазнав в останні роки значних організаційних змін, у зв'язку з чим значно зріс ризик їх негативного впливу на психічне здоров'я співробітників. Тому виникла необхідність вивчити особливості перебігу пограничних станів у даного контингенту, можливості їх ранньої діагностики та розробити заходи щодо своєчасної психотерапії і психопрофілактики. Серед усіх категорій співробітників фінансово-кредитних установ, найуразливіші ті, хто безпосередньо має справу з клієнтською базою, як найближчі до ризиків розвитку невротичних розладів [1, 2, 5–7, 10]. Своєчасно виявлені значущі стресогенні фактори дозволять розробити систему психогігієнічних та психопрофілактичних заходів, спрямованих на збереження психічного здоров'я та адекватного рівня працездатності даного контингенту.

Таким чином буде досягнуто як поліпшення психічного здоров'я та якості життя співробітників фінансово-кредитних установ, так і підвищення ефективності роботи організації в цілому за рахунок зростання продуктивності праці, адекватної побудови виробничих взаємин в рамках системи «співробітник – клієнт», зменшення виплат за листками непрацездатності.

Для оцінки факторів ризику розвитку невротичних розладів у всіх категорій службовців фінансово-кредитних установ, що мають безпосередній контакт з клієнт-

ською базою, ми використали метод побудови та аналізу нейромережових математичних моделей прогнозування та логістичних регресійних моделей. При їх створенні в якості результуючої ознаки розглядали діагноз невротичного розладу, що включав в себе змішану тривожну і депресивну реакцію (F43.21), змішану тривожну і депресивну реакцію з переважно тривожними симптомами (F43.21), пролонговану депресивну реакцію (F43.21) та неврастенію (F 48.0). Для клінічної верифікації та визначення ступеня вираженості невротичних розладів ми використовували розгорнуте комплексне клінічне структуроване інтерв'ю, відповідно до діагностичних критеріїв МКХ–10, Розділу 4. Психодіагностичне обстеження проводили за допомогою наступних методик: з метою експрес-діагностики невротичних розладів використовували опитувальник невротичності і схильності до невротичного реагування К. Хека – Х. Хесса (шкала скарг (BFB 19) 1975); для визначення стресостійкості та соціальної адаптації застосовували методику «Визначення стресостійкості та соціальної адаптації» Т. Холмса і Р. Райха (США, 1967), вираженість тривожної симптоматики визначали за допомогою шкали реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна (1976). Для скринінгового виявлення депресивної і тривожної симптоматики у службовців використовували Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS, AS Zigmond и RP Snaith, 1983), для визначення наявності та вираженості депресивної симптоматики застосовували методику диференційної діагностики депресивних станів Зунге (в адаптації Т.І. Балашової, 1965).

При проведенні аналізу зв'язку факторних ознак з ризиком розвитку донозологічного невротичного стану були використані методи побудови та аналізу багатфакторних моделей класифікації: логістичних моделей регресії [11] та нейромережових моделей [12].

З метою виявлення факторів, які найбільшою мірою пов'язані з ризиком розвитку невротичних розладів у даного контингенту службовців, використовували «генетичний алгоритм» (ГА) відбору значущих ознак [12].

Для оцінки ступеня впливу факторних ознак був використаний метод побудови логістичних моделей регресії [11]. З метою проведення оцінки сили зв'язку факторних ознак з результируючим розраховували показник відношення шансів (ВШ), а також його 95% ДІ.

При проведенні аналізу результатів дослідження використовували статистичні пакети MedCalc v.14.8.1 (MedCalc Software Inc.) і Statistica Neural Networks v.4.0 C (StatSoft Inc.).

Результати та їх обговорення

При побудові та аналізі моделей позитивний прогноз («норма») відповідав значенню результируючої ознаки $Y=0$, негативний прогноз («розвиток невротичного стану») – $Z=1$.

У якості вхідних ознак аналізували показники, що представляють соціально-демографічну, соціально-побутову, професійну характеристики, об'єктивні і суб'єктивні дані стосовно особливостей професійної діяльності, наявності або відсутності шкідливих звичок. Таким чином було відібрано 56 факторних ознак.

Модель будували за результатами спостереження 270 обстежених, при цьому в 120 (44,4%) випадках нами були виявлені невротичні розлади, а в 150 (59,6%) результат був позитивним.

Для перевірки якості прогнозування моделі всі випадки (з використанням генератора випадкових чисел) були поділені на 3 множини: навчальну, яка застосовувалася для побудови моделі (220 випадків (81,5%)), контрольну – для оптимізації порогу прийняття-відкидання (20 випадків (7,1%)) та підтверджувальна – для перевірки прогностичної здатності моделі на нових даних (30 випадків (11,1%)).

На першому етапі проведення аналізу була побудована лінійна нейромережева модель прогнозування ризику розвитку невротичних розладів на підставі всіх 56 ознак. При оптимізації (на навчальній та контрольній множині) порогу ухвалення рішення моделі було отримано значення $Y_{crit}=0,3203$. У випадку, коли в результаті розрахунків у рамках побудованої моделі значення $Y < Y_{crit}$ прогноз був позитивний, а в іншому – прогнозувався розвиток невротичного розладу. Результати прогнозування в цій моделі наведені в таблиці 1.

Таблиця 1. Результати прогнозування ризику розвитку невротичного розладу (лінійна модель, побудована на повному наборі 56-факторних ознак)

Результати	Навчальна множина		Підтверджувальна множина	
	норма	невротичний розлад	норма	невротичний розлад
Всього випадків	125	95	17	13
Правильний прогноз	101	76	9	9
Неправильний прогноз	24	19	8	4

Чутливість моделі на навчальній множині склала 80,0% (95% ДІ 71,3% – 87,5%), специфічність – 80,8% (95% ДІ 73,4% – 87,3%). На підтверджувальній множині чутливість моделі була 69,2% (95% ДІ 39,6% – 92,1%), специфічність – 52,9% (95% ДІ 28,0% – 77,1%). Слід звернути увагу на низькі значення прогностичних показників цієї моделі на нових даних, що вказувало на високу ймовірність її перенавчання.

З метою виявлення чинників, які найбільшою мірою пов'язані з ризиком розвитку невротичного розладу, було проведено відбір найбільш значущих ознак. Для його проведення використовували генетичний алгоритм (відбору значущих змінних). У результаті застосування алгоритму нами відібрано чотири факторних ознаки: враженість нервово-психічної напруги; прагнення до змін умов праці; рівномірність навантаження протягом місяця; страх штрафних санкцій.

На виділеному наборі ознак була побудована лінійна нейромережева модель прогнозування ризику розвитку невротичного розладу. Після навчання моделі нами проведена оптимізація порогу прийняття-відкидання, для цієї моделі $Y_{crit}=0,401$. Результати прогнозування вищезазначеної моделі наведені в таблиці 2.

Таблиця 2. Результати прогнозування ризику розвитку невротичного розладу (лінійна модель, побудована на наборі 4 найбільш значущих ознак)

Результати	Навчальна множина		Підтверджувальна множина	
	норма	невротичний розлад	норма	невротичний розлад
Всього випадків	125	95	17	13
Правильний прогноз	85	69	13	9
Неправильний прогноз	40	26	4	4

Чутливість моделі на навчальній множині склала 72,6% (95% ДІ 63,1% – 81,2%), специфічність – 68,0% (95% ДІ 59,5% – 75,9%). На підтверджувальній множині чутливість моделі склала 69,2% (95% ДІ 39,6% – 92,1%), специфічність – 76,5% (95% ДІ 52,2% – 93,9%).

Чутливість та специфічність моделі на навчальній та підтверджувальній множині статистично значимо не відрізнялися ($p=0,943$ і $p=0,669$, відповідно, при порівнянні за критерієм χ^2), що свідчить про адекватність моделі.

Для оцінки ступеня впливу виділених факторних ознак на 4 з них була побудована логістична регресійна модель прогнозування ризику розвитку невротичного розладу (модель адекватна, $\chi^2=79,7$, $p<0,001$). Результати аналізу коефіцієнтів цієї моделі наведені в таблиці 3.

Згідно з аналізом логістичної моделі регресії, одним з факторів ризику розвитку невротичного розладу є прагнення до змін умов праці ($p<0,001$). При цьому, за наявності у співробітника прагнення до більш спокійних умов праці в рамках нинішньої професії (v3) ризик вищий, ВШ=3,5 (95% ДІ 1,9 – 6,5) порівняно з співробітниками, які схильні вдосконалювати кваліфікацію та професійне зростання (v1). Це пов'язано насамперед зі зниженням адаптивних резервів особистості в умовах жорстких, але не завжди послідовних вимог керівництва. Під дією стресогенних чинників відбувалася не активізація, а виснаження компенсаторних механізмів і тому виникали перші симптоми захворювання. Не менш важливим чинником ризику розвитку невротичного розладу було нерівномірне, з більшою інтенсивністю на початку місяця (v3) ($p=0,004$) і нерегулярне робоче навантаження (v5) ($p<0,001$), ВШ=9,5 (95% ДІ 2,0 – 44,6) і ВШ=5,4 (95% ДІ 3,1 – 16,8), відповідно, порівняно з рівномірним (v1). Надмірне виснажливе навантаження в поєднанні з необхідністю постійного контролю своєї діяльності призводить до декомпенсації психічного стану. Це свід-

Таблиця 3. Коефіцієнти 4-факторної логістичної моделі прогнозування ризику розвитку невротичного розладу

Факторна ознака	Значення коефіцієнта моделі, $b \pm m$	Рівень значимості відмінності коефіцієнта від 0, p	Показник відношення шансів, ВШ (95% ДІ)
X34 «v2 vs v1»	$-0,57 \pm 0,63$	0,363	–
X34 «v3 vs v1»	$-0,47 \pm 0,73$	0,524	–
X34 «v4 vs v1»	$0,06 \pm 0,65$	0,928	–
X34 «v5 vs v1»	$-1,10 \pm 1,01$	0,277	–
X39 «v2 vs v1»	$-0,72 \pm 0,60$	0,232	–
X39 «v3 vs v1»	$1,25 \pm 0,32$	$<0,001$	3,5 (1,9 – 6,5)
X39 «v4 vs v1»	$1,52 \pm 0,83$	0,065	–
X50 «v2 vs v1»	$0,53 \pm 0,45$	0,242	–
X50 «v3 vs v1»	$2,25 \pm 0,79$	0,004	9,5 (2,0 – 44,6)
X50 «v4 vs v1»	18 ± 3358	0,996	–
X50 «v5 vs v1»	$1,97 \pm 0,43$	$<0,001$	7,2 (3,1 – 16,8)
X50 «v6 vs v1»	19 ± 3358	0,999	–
X56 «v2 vs v1»	$1,23 \pm 0,58$	0,035	3,4 (1,1 – 10,6)
X56 «v3 vs v1»	$2,06 \pm 0,64$	0,001	7,9 (2,3 – 27,3)

чить про необхідність проведення психокорекційної та психопрофілактичної роботи з співробітниками установ у виділений керівництвом час, а також надання їм пропозицій щодо організації гнучкого графіка роботи. З проведеного аналізу також випливає, що страх вчинення фінансової помилки при виконанні професійних дій і наступних за цим штрафних санкцій є істотним стресогенним чинником, що викликає постійну напругу захисних механізмів і тим самим значно посилює ризик розвитку у співробітників невротичних розладів. Зниження адаптаційних можливостей, у свою чергу, призводить до ескалації внутрішньої напруженості і збільшення невротичної симптоматики. При страху, який оцінюється як помірно виражений (v2) і значно виражений, (v3) він вищий ($p < 0,05$), ВШ=3,4 (95% ДІ 1,1 – 10,6) і ВШ=7,9 (95% ДІ 2,3 – 27,3), відповідно, ніж при незначному, що створює необхідність проведення не тільки моніторингу цих осіб, а й говорить про необхідність збільшення обсягу психотерапевтичної та психопрофілактичної допомоги і робить її більш етіологічно спрямованою.

Висновки

Нами була створена модель прогнозування ризику розвитку невротичного розладу, яка побудована на чотирьох факторних ознаках: вираженості нервово-психічної напруги (X34); прагненні до змін умов праці (X39); рівномірності навантаження протягом місяця (X50); страху штрафних санкцій (X56). Модель адекватна. Чутливість її склала 72,6% (95% ДІ 63,1% – 81,2%), специфічність – 68,0% (95% ДІ 59,5% – 75,9%). Це дає можливість при проведенні тестування виявити групу осіб з ризиком розвитку невротичних розладів, яким на даному етапі

необхідне надання певного виду психотерапевтичної допомоги.

Для виявлення наявності нелінійного зв'язку 4 виділених факторних ознак ризику розвитку невротичного розладу нами розроблена нелінійна 4-факторна нейромережева модель прогнозування.

Список використаної літератури

1. Артамонова Л. Н. Организационный стресс у сотрудников банка / Л. Н. Артамонова, А. Б. Леонова // Вестник Московского университета. Серия 14: ПСИХОЛОГИЯ. – 2009. – № 1. – С. 39–52.
2. Барабанщикова В. В. Анализ профессионального стресса банковских служащих / В. В. Барабанщикова // Национальный психологический журнал. – 2010. – № 1 (3). – С. 118–121.
3. Динаміка психічного здоров'я населення України в період 2008–2012 рр. / І. Я. Пінчук, Р. М. Богачев, М. К. Хобзей, О. О. Петриченко // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, № 1 (72). – С. 11–17.
4. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні // **Нейро News: психоневрологія і нейропсихіатрія**. – 2010. – № 5 (24) – <http://neuronews.com.ua/page/stan-psihichnogo-zdorovya-E28099ya-naseleniya-ta-psihiatrichnoyi-dopomogi-v-ukrayini>.
5. Менделевич Д. М. Препринтские психические расстройства у банковских служащих / Д. М. Менделевич, Г. В. Орлов, К. К. Яхин // Практическая медицина. – 2009. – № 38. – С. 60–62.
6. Орлов Г. В. Влияние условий труда банковских служащих на состояние их психического здоровья / Г. В. Орлов // Практическая медицина – 2009. – № 06. – С. 37–39.
7. Охрана труда в цифрах и фактах. Направления совершенствования глобальной культуры охраны труда. – М.: Международная организация труда, 2003. – 32 с.
8. Пинчук И. Я. Распространенность психических расстройств в Украине / (Представлено чл.-кор. НАМН Украины В. В. Безруковым) // Журн. НАМН Украины. – 2010. – Т. 16, № 1. – С. 168–176.
9. Табачников С. И. Фокус: клиника, диагностика, лечение, профилактика: монография / С. И. Табачников, В. С. Первый. – Д.: Арт-пресс, 2005. – 348 с.
10. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions / Work-related stress, 2010 – www.eurofound.europa.eu 10
11. Petrie A., Sabin C. Medical Statistics at a Glance. 2nd ed. Malden, MA: Blackwell Publishing, 2005.
12. S. Haykin. Neural networks. A Comprehensive Foundation. 2nd ed. Prentice Hall, Upper Saddle River, 1999.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СЛУЖАЩИХ ФИНАНСОВО-КРЕДИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

М.А. Соловьёва

В статье представлен анализ и оценка эффективности двух моделей прогнозирования риска развития невротических расстройств у служащих финансово-кредитных учреждений. Их применение дает возможность своевременно выявить среди них группу риска развития данных расстройств и оказать им своевременную психопрофилактическую, а также психотерапевтическую помощь.

Ключевые слова: невротические расстройства, сотрудники финансово-кредитных учреждений, модель прогнозирования.

PREDICTING THE RISK OF NEUROTIC DISORDERS AN EMPLOYEE FINANCIAL AND CREDIT INSTITUTIONS.

M. Solovyova

In the article analyzes and evaluation of the two models to predict the risk of neurotic disorders in employees of financial institutions. Their use makes it possible to quickly identify the risk of developing these disorders and to provide timely assistance to employees in the form of psychotherapy.

Key words: nevroticheskiye disorders, financial and Employees kredytnykh uchrezhdeniy model prediction.

А.В. Кірічак-Борщевська

РАННІ МОДЕЛІ СТОСУНКІВ ЯК ВАГОМИЙ ЧИННИК ПСИХІЧНИХ ДЕФІЦИТІВ У МАЙБУТНЬОМУ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів
angela_kb@ukr.net

*Наше існування починається з самотнього
крику у тривожному очікуванні відповіді.
Ірвін Ялом.*

Ключові слова: психічні
дефіцити, психічне
здоров'я, система
прихильності, стосунки.

Дослідження чинників нездоров'я у стосунках можна здійснювати в контексті психічного здоров'я в цілому. Зацікавленість науки охоплює і ранні витoki відносин з урахуванням прихильності як значимого фактора. Якщо пацієнт у пошуках підтримки звертається до лікаря чи психотерапевта, це свідчить про існування певного збудника, що активував у цієї людини систему прихильності. Опрацювання згаданої системи дає добру нагоду для формування нових акцентів у психопросвіті та налагоджування ефективного комплаєнсу з клієнтом.

Проблема психічного здоров'я є актуальною для всіх країн світу, тому що більше ніж у 25% населення земної кулі розвивається один або декілька психічних розладів [7]. Психічне здоров'я, в свою чергу, є предметом соціальної психіатрії – широкої міждисциплінарної галузі досліджень та практичних застосувань. Соціальна психіатрія інтегрує дані психіатрії, соціології, медичної і соціальної психології та психотерапії. Англійський вчений А. Leighton (1960) постулює 5 положень, що складають суть предмета соціальної психіатрії:

- 1) орієнтація на спільність людей;
- 2) орієнтація на соціокультуральні процеси в суспільстві та використання їх при наданні допомоги психічно хворим;
- 3) більша відповідальність перед суспільством, ніж перед конкретним пацієнтом;
- 4) привнесення клінічних знань у соціальні системи суспільства;
- 5) привнесення у клінічну психіатрію знання суспільних наук про поведінку людини [7].

За даними психологів, понад 30% людей на планеті обирають самотній спосіб життя [4]. І ця тенденція розвивається. «Ми стаємо свідками встановлення нової соціальної реальності» – зазначає американський соціолог Ерік Кляйненберг у своїй книзі «Життя Соло» (Going Solo). Процес цей залишається одним з найменш зрозумілих явищ сучасного світу. Але, очевидно, фінансова незалежність дає автономію у виборі життєвої стратегії. І автономія тим вища, чим глибша урбанізація. Міське життя захищає від зовнішнього втручання. Століттями людина фізично й економічно не здатна була виживати наодинці. Тепер безліч забезпечених громадян у розвинених країнах використовують свої капітали й можливості саме для того, щоб відгородитися одне від одного [8].

Отож, змінюються технології, соціальна мобільність, структура сім'ї; відзначається подовження періоду пошуку партнера, збільшення віку вступу у шлюб, відмова від

формального узаконення стосунків та дітонародження, нетривалість стосунків та низький рівень задоволення ними (Ейдемиллер Е, 2010). Все це також можна вважати проявом дефіциту здатності до формування гармонійних стосунків.

Якщо розглядати процес відходу від стосунків як намагання уникання «ретравматизації», то стає актуальною тема дослідження чинників нездоров'я у стосунках. Останні не можна не розглядати в контексті психічного здоров'я в цілому. Продовжуючи цю ідею, ми поставили за мету проаналізувати динаміку формування стосунків з урахуванням факторів ризику. Об'єктом наших наступних досліджень будуть ранні взаємодії у сім'ї як предиктор наступних психічних дефіцитів.

Останнім часом зріс інтерес до дослідження проблем людських стосунків і прихильності зокрема. Зацікавленість науки охоплює і ранні витoki стосунків «дитина – мати – батько». Труднощі із встановленням психологічної близькості виділяються соціологами, культурологами, медиками, психологами та педагогами у якості ключового чинника таких актуальних явищ нашого часу, як самотність (Ф. Скердеруд, Франциск Р. Вейс); сексуальні перверзії (І. Кон, Е. Гідденс, Дж. Келлі); різні форми адикцій (Є. Ємельянова, Г. Старшенбаум) та деструктивне спілкування (Беррі Уайнхолд, Джерей Уайнхолд, Ц. Короленко, Т. Шпикс, Куніцина).

Сучасна психологія наголошує на тенденції до перебільшення ролі незалежності, свободи і особистих досягнень та зменшення ролі солідарності та прихильності. Методологічна база досліджень прихильності була закладена з кінця 1990-х років наступною групою авторів (М. Ainsworth, J. Bowlby, K. Bartholomew, L. M. Horowitz, R. Bornstein, K. Brennan, Ph. Shaver, N. Collins).

Згідно з баченням одного з апологетів вказаної теорії, D. Bowlby, людина, як і більшість усіх живих істот, володіє біологічно детермінованою «системою прихильності» [1]. Ця система активується при виникненні небезпеки з боку

зовнішніх або внутрішніх чинників. Якщо індивід сам не в змозі подолати цю небезпеку, він починає проявляти так звану «поведінку з ознаками прихильності». Маленька дитина тягнеться до близької особи (переважно матері чи батька), формуючи до них свою, характерну лише для цієї дитини, прихильність. У проявах цієї прихильності віддзеркалюються власні почуття дитини, її сподівання та стратегії поведінки, які виникли з досвіду спілкування з найближчими особами.

Розвиток пренатальної самості починається ще у пренатальному періоді. Онтологічна структура людини, яка закладається у цей період, існує в повному обсязі спочатку у вигляді структури стосунків, а потім – як структура психіки [3]. Отже, пренатальна самість стає, до певної міри, матрицею для засвоєння прижиттєвого досвіду та формування прижиттєвих утворень.

Хоча потенційний простір (за Віннікотом) виникає у (потенційному) фізичному й ментальному просторі між мамою та немовлям, в подальшому стає можливим, в процесі нормального розвитку окремого немовляти, дитини чи дорослого, розвивати свою власну здатність генерувати потенційний простір. Ця здатність відображає досягнення певного рівня розвитку ментального функціонування, що, в свою чергу, сприяє розвитку інших ментальних аспектів.

Ця зона є продуктом *досвідів окремої особи* (немовляти, дитини, підлітка, дорослого) в середовищі, яке трапляється [5].

Потенційний простір водночас об'єднує та відокремлює немовля (дитину чи дорослого) та маму (об'єкт). «Це парадокс, який я приймаю і не намагаюсь вирішити. Сепарація дитини від світу об'єктів досягається тільки через відсутність простору між немовлям та мамою та через присутність потенціалу для простору, що може бути заповнений (ілюзіями, грою та символами)» [5].

Таким чином, модель прихильності, яка формується у процесі звикання дитини до осіб, які здійснюють опіку протягом першого року життя, з плином часу змінюється. Але її основні прояви в більшості випадків залишаються сталими на все життя. Моделі прихильності, які сформувалися в ранньому дитинстві, зберігаються в так званій процесуальній пам'яті людини у вигляді неусвідомлених шаблонів поведінки та спогадів. Проте в подальшому житті вони починають частково проявлятися і згодом стають доступними до рефлексії.

Існують вагомі докази, що те, як турбота проявляється зі сторони батьків певної особи, у великій мірі визначає, чи буде ця дитина рости психічно здоровою. Ключовий момент цієї тези в тому, що існує сильний причинний зв'язок між переживаннями особи з її батьками і наступною здатністю людини встановлювати емоційні контакти та більш тривалі стосунки. Зокрема, катамнестичні дослідження осіб із вказаними дефіцитами виявляють, що ці люди піддавалися впливу хоча б одного з патогенних впливів батьків, а саме – постійна несприйнятливості одного чи обох батьків до малюка, що домагався уваги і/чи активне приниження та відторгнення; переривання батьківського піклування, що відбувалося більш менш часто в зв'язку з перебуванням у лікарні чи дитячих закладах; постійні загрози нелюбові

до дитини зі сторони батьків, що використовувалися як засіб контролю над нею; погрози батьків піти з сім'ї, що використовувалися як метод дисциплінування дитини чи як засіб примушування партнера до стосунків; погрози зі сторони одного з батьків покинути чи навіть убити іншого чи покінчити життя самогубством (кожен з цих чинників зустрічається, на жаль достатньо часто); примушування дитини відчувати себе винною, ствердженням, що поведінка дитини може вплинути на хворобу чи смерть когось із батьків [6].

Будь-яке з цих переживань може приводити дитину, підлітка чи дорослу людину до постійної тривоги стосовно позбавлення фігури прихильності, і як наслідок, до володіння низьким порогом для проявів поведінки прихильності (так званої тривожної прихильності).

У клінічних дослідженнях було встановлено взаємозв'язок між репрезентантами нетривкої прихильності та наступними захворюваннями або симптомами: пограничними розладами особистості, агорафобією, психологічними травмами внаслідок статевого насильства в дитинстві, суїцидальною поведінкою у дорослих, депресією, підвищеною сприйнятливостю до психічних захворювань, шизофренією, психічною патологією у підсудних осіб, спастичною кривошиєю (Atkinson, Buchheim, Brish & Kachele, Woller. Оскільки у деяких дослідженнях було виявлено кореляцію між моделлю прихильності та розладами фізіологічної, імунологічної та нейрогуморальної регуляції, можна також говорити про наявність взаємозв'язку між окремими моделями прихильності та певними психосоматичними захворюваннями (Buchheim & Brish & Kachele, Reite, Straub & Schmidt). Тісну або нетривку прихильність слід радше розглядати в якості чинників ризику або захисту, що впливають на розвиток психопатологічної симптоматики. Тривка прихильності, очевидно, підвищує поріг сприйнятливості до психічних навантажень, а нетривка – знижує його та спонукає до меншої гнучкості.

Крім того, слід пам'ятати, що дорослі без виражених відхилень у проявах прихильності в певних життєвих обставинах втрачають здатність адекватно вирішувати нагальні потреби. Такі особи мають меншу гнучкість поведінки, ніж люди з тривкою прихильністю.

Розвиток прихильності, який починається ще до народження, в жодному випадку не закінчується вже на першому році життя дитини. Прихильність та потяг до пізнання, а також розлука та відокремлення, як протилежні полюси динаміки розвитку особистості, проходять лейтмотивом крізь усе життя людини. Активація прихильності відбувається на кожному життєвому етапі, коли перед особистістю постають особливі за силою вимог завдання. «Можна пересадити навіть старе дерево, якщо знайти потрібний час та належні умови для опрацювання потягу до відокремлення, суму з приводу розлуки та нових можливостей для прихильності та стосунків з іншими людьми» [2]. Тому існування особи, яка забезпечує захист та опіку немовляти, а також прихильність дитини до цієї людини мають життєво важливе значення у майбутньому. Така потреба у «безпечній гавані» (надійної особи) залишається протягом всього життя людини. У дорослих в ситуаціях небезпеки відбувається активація системи прихильності, сформованої

в ранньому дитинстві, що проявляється в їхніх пошуках близькості та захисту стосовно інших людей.

Висновки

Теорія прихильності відображає лише частину динаміки формування особистості, а саме ту, що має вирішальний вплив на «побудову» стосунків. Якщо пацієнт у пошуках підтримки звертається до лікаря або психотерапевта, це вказує на існування певного збудника, який активував у цієї особи систему прихильності. Тому цілком очевидно, що знання різноманітних проявів таких моделей прихильності та передумов для їхнього виникнення є необхідними для лікарів усіх спеціальностей. Це підвищить діагностичну настороженість лікарів до репертуару чинників розвитку психічної патології у пацієнтів. Крім того, опрацювання порушень прихильності дасть добру нагоду для того, щоб під час прицільної розмови з пацієнтом на тему вже усвідомлених ним проблем в контексті прихильності та нового досвіду стосунків змінити неусвідомлені процесуальні шаблони його аномальної поведінки шляхом перенесення. З такими знаннями буде легше налагоджувати ефективний комплаєнс

з пацієнтом, що є вирішальною передумовою успішного лікування, а також фахово керувати психотерапевтичним процесом. Разом з тим, існує можливість плідного застосування постулатів прихильності у таких сферах, як профілактика психічних захворювань, сімейна, дитяча та інші методи індивідуальної та групової психотерапії.

Список використаної літератури

1. Боулби Дж. Создание и разрушение значимых связей / Джон Боулби. – М.: Академический проект, 2004. – 232 с.
2. Бріш К. Г. Розлади прив'язаності від теорії до практики / Карл Гайнц Бріш. – Львів: Кальварія, 2012. – 257 с.
3. Гребінь Л. Деякі аспекти психодинамічної діагностики актуального рівня функціонування структури особистості / Л. Гребінь // Форум психіатрії та психотерапії. – 2012. – Т. 7. – С. 41–60.
4. Казанцева Т. В. Социально-психологические детерминанты межличностной привязанности: дис. на здобуття наукового ступеня канд. психол. наук / Татьяна Валериевна Казанцева – СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет, 2011. – 205 с.
5. Огден Т. Потенційний простір / Т. Огден // Форум психіатрії та психотерапії. – 2015. – Т. 9.
6. Основи психотерапії: навч. посібн. – Полтава: Алчевськ ЦПК, 2013. – 329 с.
7. Психіатрія: навч. посібн. / відп. ред. проф. Долуда С. М. – Харків: Оберіг, 2013. – 568 с.
8. Соколова Л. Жити для себе, або Самотність по-японськи / Л. Соколова // Дзеркало тижня. – 2014. – № 19. – С. 7.

РАННИЕ МОДЕЛИ ОТНОШЕНИЙ КАК ВЕСОМЫЙ ФАКТОР ПСИХИЧЕСКИХ ДЕФИЦИТОВ В БУДУЩЕМ

А.В. Кигичак-Баршчевская

Исследование факторов нездоровья в отношениях можно реализовывать в контексте психического здоровья в целом. Заинтересованность науки охватывает и ранние истоки отношений с учетом привязанности как значимого пускового механизма. Если пациент в поисках поддержки обращается к врачу или психотерапевту, это свидетельствует о существовании определенного возбудителя, активизировавшего у этого человека систему привязанности. Проработка указанной системы дает хорошую возможность для формирования новых акцентов психообразования и налаживания эффективного комплаенса с клиентом.

Ключевые слова: психические дефициты, психическое здоровье, система привязанности, отношения.

EARLY MODELS AS AN IMPORTANT FACTOR RELATIONSHIPS MENTAL DEFICITS IN THE FUTURE

A. Kihichak-Barshchevski

Study factors illness in a relationship can be made in the context of mental health. The interest of science covers the origins and early attachment relationship based on a significant factor. If the patient is in search of support calls to the doctor or psychotherapist, it indicates the existence of a particular pathogen that has enabled this man's attachment system. Working this system provides an opportunity for the formation of new accents in psychoeducation and setting effective compliance with the client.

Key words: mental deficits, mental health, commitment, relationships.

УДК: 616.37-002.1-036.1:316.6

Ю.М. Шевченко

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ТА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ
j_shevchenko@ukr.net

Ключові слова:

соціально-психологічні особливості, гострий панкреатит, хронічний панкреатит, ситуативна тривожність, особистісна тривожність.

У статті наведені результати дослідження соціально-психологічних особливостей хворих на гострий та хронічний панкреатит. Використовували клініко-психопатологічний метод дослідження. Вивчення тривожної та депресивної симптоматики проводили за допомогою шкал самооцінки Спілбергера–Ханіна та Шихана. Виявлені основні психотравмівні фактори у хворих на панкреатит (професійно-економічні проблеми (42,0%), проблеми у сімейному житті (30,5%), смерть близьких людей (13,7%)). Визначено, що вивчення соціально-психологічних особливостей хворих на гострий та хронічний панкреатит має високу значимість при призначенні психокорекційних заходів та дає можливість розробити поетапні диференційні реабілітаційні програми.

Повсякденні стресові події безпосередньо впливають на виникнення різних неспокотичних психічних розладів. Цей факт можна вважати добре підтвердженим емпірично. Група зарубіжних дослідників довела, що різні неспокотичні психічні розлади виникають не через

значні мінливості долі, а з вини дрібних безперервних щоденних стресів [7].

Під повсякденними навантаженнями, які викликають неспокотичні психічні розлади, розуміють фруструючі події в повсякденному житті, які погано позначаються на

самопочутті і сприймаються людиною як загрозові, такі, що обтяжують повсякденні переживання, пов'язані з відповідними оцінками та потребують незвичної адаптації [4].

Значний вплив на наслідки дії стресорів мають особистісні якості людини та виразність особистісної і ситуативної тривожності [7]. В зв'язку з цим найчастіше вивчали таку властивість особистості, як емоційна стабільність. Висока емоційна стабільність є протективним фактором у взаємодії зі стресорами, а порушення поведінки під впливом стресорів легше настає при малій вираженості цього фактора. Однак вплив рівня тривожності та факторів соціально-психологічної травматизації у хворих на гострий та хронічний панкреатит вивчені недостатньо.

Метою нашого дослідження є вивчення соціально-психологічних особливостей хворих на гострий та хронічний панкреатит.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні, за умови інформованої згоди, взяв участь 131 пацієнт, 60 з яких перебували на стаціонарному лікуванні у ДЗ «Інститут гастроентерології НАМН України» (м. Дніпропетровськ) з діагнозом «хронічний панкреатит» (К 81.1. за МКХ–10), та 71 пацієнт, який перебував на стаціонарному лікуванні у КЗ «ДКОШМД» ДОР м. Дніпропетровськ з діагнозом «гострий панкреатит» (К 85.0 за МКХ–10). Критеріями включення у дослідження були: наявність встановленого згідно з критеріями МКХ–10 діагнозу «панкреатит», вік від 21 до 65 років, інформована згода пацієнта. Критеріями виключення стали: вік старше 65 років, інші соматичні захворювання, психічні та поведінкові розлади внаслідок зловживання алкогольними та наркотичними засобами, відмова пацієнта від огляду психіатра. Серед обстежених було 50 (38,2%) чоловіків та 81 (61,8%) жінка, середній вік – $(40,9 \pm 1,1)$ років.

Основним методом дослідження був клініко-психопатологічний. Вивчення тривожної та депресивної симптоматики проводили за допомогою шкал самооцінки Спілбергера–Ханіна та Шихана. При наявності клінічного рівня розладів за застосованими шкалами стан пацієнтів оцінювали згідно з критеріями МКХ–10.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою пакета програм Statistica v.6.1*. Середні показники представлені як середня арифметична та стандартна помилка ($M \pm m$). Для порівняння використовували критерій Стюдента (t) для незалежних вибірок і критерій Хі-квадрат Пірсона (χ^2) [2].

Для визначення соціально-психологічних особливостей хворих на панкреатит в залежності від перебігу захворювання були виділені 2 основні клінічні групи: першу групу склав 71 пацієнт з гострим рецидивуючим панкреатитом, другу – 60 пацієнтів з хронічним рецидивуючим панкреатитом. Далі хворих поділили на підгрупи залежно від стану психічного здоров'я:

- першу (а) клінічну підгрупу склали хворі на гострий рецидивуючий панкреатит, у яких не виявлено не-психотичних психічних розладів або інших психічних розладів – 36 (50,7%) пацієнтів у віці від 22 до 60 років (в середньому $(35,1 \pm 2,0)$ роки), серед них було 20 (55,6%) чоловіків і 16 (44,4%) жінок.
- першу (б) клінічну групу склали хворі на гострий рецидивуючий панкреатит, у яких виявлено не-психотичних психічних розладів – 35 (49,3%) пацієнтів у віці від 21 до 60 років (в середньому $(42,1 \pm 2,0)$ роки), серед них було 14 (40,0%) чоловіків і 21 (60,0%) жінка.

У структурі психічних розладів виділено астено-невротичні розлади (F 48.9) – у 8 (22,8%) пацієнтів, тривожно-депресивні (F 41.2) – у 17 (48,6%), генералізований тривожний розлад (F41.1) – у 10 (28,6%) випадках.

Другу (а) клінічну групу склали хворі на хронічний рецидивуючий панкреатит, у яких не виявлено не-психотичних психічних розладів або інших психічних розладів – 21 (35,0%) пацієнт у віці від 24 до 72 років (в середньому $(45,4 \pm 2,5)$ роки), серед них було 8 (38,1%) чоловіків і 13 (61,9%) жінок.

Другу (б) клінічну групу склали хворі на хронічний рецидивуючий панкреатит, у яких виявлено не-психотичні психічні розлади – 39 (65,0%) пацієнтів у віці від 23 до 71 року (в середньому – $(42,6 \pm 2,1)$ років), серед них було 8 (20,5%) чоловіків і 31 (79,5%) жінка. Структура психічних розладів представлена тривожно-депресивними (F 41.2) – у 29 (74,4%) і астено-невротичними (F 48.9) – у 10 (25,6%) пацієнтів розладами.

Серед всіх обстежених 82,4% пацієнтів мали середню технічну або вищу освіту, працювали 64,9%, переважно за робочими спеціальностями 45,0%, перебували у шлюбі 42,7% (табл. 1). Привертає увагу високий відсоток пацієнтів (50,4%), у яких рівні освіти та професійної підготовки не відповідали соціальному статусу. За даними анамнезу, сімейне обтяження щодо захворювань підшлункової залози відмічалось у 49 (37,4%) випадках. На куріння та побутове вживання алкоголю вказали 87 (66,4%) пацієнтів, переважно чоловіки (92,0%).

Більшість пацієнтів (113 осіб, 86,3%) перенесли впродовж життя (після 18 років) тяжкі психоемоційні стреси, пов'язані з професійно-економічними факторами (42,0%), проблемами у сімейному житті (30,5%), смертю близьких людей (13,7%). Протягом року, який передував дослідженню, більшість пацієнтів (99 осіб, 75,6%) звертались за медичною допомогою з приводу загострення панкреатиту від 2 до 11 разів (в середньому $(3,5 \pm 0,3)$ рази).

Таблиця 1. Соціально-демографічна характеристика пацієнтів, хворих на панкреатит

Показник		Кількість пацієнтів (n=131)	
		Абс.	%
Стать	чоловіча	50	38,2
	жіноча	81	61,8
Освіта	середня	23	17,6
	середня технічна та незакінчена вища	60	45,8
	вища	48	36,6
Сімейний стан	не був у шлюбі	36	27,5
	перебуває у шлюбі	56	42,7
	розлучений/вдівець	39	29,8
Соціальний статус	учень	14	10,7
	робочий	59	45,0
	службовець	26	19,9
	безробітний	22	16,8
	пенсіонер	10	7,6

Результати та їх обговорення

У даному дослідженні повсякденні навантаження у хворих на панкреатит вивчали як фактори соціально-психологічної травматизації, з якими стикалися хворі до початку лікування.

Як показало дослідження, головним психотравмівним фактором у хворих на панкреатит була наявність професійно-економічних проблем (табл. 2). На це вказали 55 (42,0%) пацієнтів, у тому числі 37 (52,1%) хворих на гострий рецидивуючий панкреатит і 18 (30,0%) хворих на хронічний панкреатит ($p<0,05$ між групами).

Інші фактори мали менший вплив на психічне самопочуття цих хворих, проте були взаємопов'язаними. Зокрема, конфліктні ситуації в сім'ї виявлені у 30,5% пацієнтів, переважно у другій клінічній групі (41,7% проти 21,1%, $p<0,05$), здебільшого вони були обумовлені труднощами у взаємовідносинах з дітьми і проблемами матеріального рівня життя.

Істотні відмінності між виділеними підгрупами хворих виявлено за фактором психічного перенапруження, насамперед між підгрупами хворих з відсутністю (1а та 2а групи) і наявністю неспокійних психічних розладів (1б та 2б групи) – 75,4% проти 94,6% ($p<0,01$). Ймовірно, хворі 1б та 2б груп болісніше сприймають в житті будь-які психологічні перевантаження.

У даному дослідженні вивчалися ситуативна і особистісна тривожність, які, на думку різних авторів, прямо

пов'язані з ризиком захворювань підшлункової залози. Основною причиною тривожного синдрому є тривала заклопотаність або побоювання, що супроводжуються безліччю психомоторних, вегетативних і психічних симптомів і відчуттям нещастя, що наближається. Тривожні очікування людини характеризуються підвищеним збудженням; припущенням пацієнта, що майбутні події будуть неконтрольованими і непрогнозованими; зміною спрямованості уваги на внутрішні події, пов'язані з хворобою.

Якщо розглядати високу ситуативну і особистісну тривожність у хворих на панкреатит як один із пускових факторів розвитку неспокійних психічних розладів, то встановлено, що 42 (32,1%) обстежених пацієнти мали помірну ситуативну тривожність і 39 (29,8%) – помірну особистісну тривожність (31–45 балів за методикою Спілбергера–Ханіна).

У більшості пацієнтів з хронічним панкреатитом (51 особа, 85,0%) при надходженні до стаціонару рівень особистісної тривожності, як стійкої риси характеру сприймати широке коло ситуацій як загрозливих для себе, був високим (46 і більше балів) і в середньому становив ($53,0\pm 1,0$) бали (табл. 3). Показники ситуативної (реактивної) тривожності, що характеризують напружений стан людини в конкретний момент або інтервал часу, також в більшості випадків були високими (44 пацієнти, 73,3%), в середньому складаючи ($49,1\pm 1,2$) бали. При цьому слід зазначити, що вираженість особистісної тривоги була достовірно вищою, ніж ситуативної ($p<0,05$).

Таблиця 2. Фактори соціально-психологічної травматизації у хворих на гострий і хронічний панкреатит

Фактор	1 група – гострий панкреатит (n=71)		2 група – хронічний панкреатит (n=60)	
	Абс.	%	Абс.	%
Професійно-економічні проблеми	37	52,1	18	30,0*
Негаразди у сімейному житті	15	21,1	25	41,7*
Смерть близьких	6	8,5	12	20,0
Відсутність психотравм	13	18,3	5	8,3

Примітка. * – $p<0,05$ порівняно з показником 1 групи за критерієм χ^2 .

Таблиця 3. Вираженість показників ситуативної і особистісної тривожності у хворих на панкреатит

Рівень тривожності	1 група – гострий панкреатит (n=71)		2 група – хронічний панкреатит (n=60)		В цілому (n=60)	
	Абс.	%	Абс.		%	
Ситуативна тривожність						
Низький	3	4,2	2	3,3	5	3,8
Помірний	28	39,4	14	23,3*	42	32,1
Високий	40	56,3	44	73,3*	84	64,1
Середній (M±m)	48,4±1,2		49,1±1,2		48,7±0,8	
Особистісна тривожність						
Низький	10	14,1	1	1,7*	11	8,4
Помірний	31	43,7	8	13,3**	39	29,8
Високий	30	42,2	51	85,0**	81	61,8
Середній (M±m)	43,9±1,2		53,0±1,0**		48,1±0,9	

Примітка. * – $p<0,05$ ($p<0,001$) порівняно з показником 1 групи за критеріями χ^2 і t.

Таблиця 4. Середні рівні (M±m) показників ситуативної і особистісної тривожності у хворих на панкреатит (бали)

Тривожність	1а підгрупа (n=36)	1б підгрупа (n=35)	2а підгрупа (n=21)	2б підгрупа (n=39)
Ситуативна	43,6±0,9	49,7±1,5*	39,9±1,5	54,0±0,9*
Особистісна	37,7±1,0	45,4±1,7*	45,4±1,4	57,1±0,9*

Примітка. * – $p<0,001$ порівняно з показником відповідної «а» підгрупи за t-критерієм.

У хворих на гострий панкреатит, навпаки, високий рівень ситуативної тривожності виявили у 40 (56,3%), а особистісної – у 30 (42,2%) пацієнтів. При цьому вираженість особистісної тривожності, під якою розуміють психологічну схильність пацієнтів до болісного сприйняття різних життєвих ситуацій, пов'язаних із високою психоемоційною напругою, обумовленою невдачами або наслідками різних соматичних захворювань, була суттєво вищою у хворих на рецидивуючий хронічний панкреатит ($p < 0,001$).

Порівняльний аналіз рівнів і ступеня вираженості показників тривожності залежно від стану психічного здоров'я показав наявність суттєвих відмінностей показників у 16 та 26 підгрупах, порівняно з іншими ($p < 0,001$). Зокрема, середній рівень особистісної тривожності у хворих на гострий панкреатит із виявленими непсихотичними психічними розладами (підгрупа 16) на 20,4% перевищував такий у пацієнтів без відхилень у психічному здоров'ї ($p < 0,001$) (табл. 4). При хронічному панкреатиті вираженість ситуативної і особистісної тривожності у підгрупі 26 перевищувала відповідні показники групи порівняння (2а) на 35,3 і 25,8% відповідно ($p < 0,001$).

Висновки

1. Головними психотравмівними факторами у хворих на панкреатит були професійно-економічні проблеми та негаразди у сімейному житті – у 37 (52,1%) хворих на гострий рецидивуючий панкреатит і у 18 (30,0%) хворих на хронічний панкреатит ($p < 0,05$ між групами).

2. У хворих на гострий панкреатит був виявлений високий рівень ситуативної тривожності у 40 (56,3%) пацієнтів, а особистісної – у 30 (42,2%) пацієнтів. Середній рівень особистісної тривожності у хворих на гострий панкреатит із виявленими непсихотичними психічними розладами на 20,4% перевищував такий у пацієнтів без

відхилень у психічному здоров'ї ($p < 0,001$). Виразність особистісної тривожності була суттєво вищою у хворих на рецидивуючий хронічний панкреатит ($p < 0,001$).

3. У хворих на хронічний панкреатит рівень особистісної тривожності був високим (46 і більше балів) і в середньому становив ($53,0 \pm 1,0$) бали. Показники ситуативної тривожності також у більшості випадків були високими (44 пацієнти, 73,3%), в середньому складаючи ($49,1 \pm 1,2$) бали. При цьому слід зазначити, що виразність особистісної тривоги була достовірно вищою, ніж ситуативної ($p < 0,05$).

Вивчення соціально-психологічних особливостей хворих на гострий та хронічний панкреатит має високу значимість при виборі психокорекційних заходів та дає можливість розробити поетапні диференційні реабілітаційні програми.

Список використаної літератури

1. Александровский Ю. Психотерапия пограничных психических расстройств / Ю. Александровский, Л. Барденштейн, А. Аведисова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2005. – 250 с.
2. Антомонов М. Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных / М. Ю. Антомонов. – К.: Фірма «Малый Друк», 2006. – С. 381–391.
3. Битенский В. С. Некоторые размышления о формировании невротических расстройств и патологических расстройств личности / В. С. Битенский, М. М. Пустовойт, К. В. Битенский // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2005. – № 2 (8). – С. 7–13.
4. Волошин П. В. Клініко-психопатологічна структура депресії невротичного спектру / П. В. Волошин, Н. О. Марута, І. О. Явдак // Архів психіатрії. – 2004. – № 1 (36). – С. 80–84.
5. Amelang M. Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung (4. Aufl.) / M. Amelang, D. Bartusser. – Stuttgart: Kohlhammer, 1997.
6. Becker P. Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle / P. Becker. – Göttingen: Hogrefe, 1995.
7. Heim E. Krankheitsverarbeitung. Jahrbuch der Klinischen Psychologie. Band 10. / E. Heim, M. Perrez (Hrsg.). – Göttingen: Hogrefe, 1994.
8. Perrez M. Stress, Coping and health. A situation – behavior approach. Theory, methods, applications / M. Perrez, M. Reicherts. – Seattle: Hogrefe and Huber Publishers, 1992.
9. Vollrath M. Streßbewältigung und Persönlichkeit / M. Vollrath // Swiss journal of Psychology. – 1997. – Bd. 56. – S. 3–19.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Ю.М. Шевченко

В статье приведены результаты исследования социально-психологических особенностей больных острым и хроническим панкреатитом. Использовался клинико-психопатологический метод исследования. Изучение тревожной и депрессивной симптоматики проводили с помощью шкал самооценки Spielberga-Hanina и Шихана. Выявлены основные психотравмирующие факторы у больных панкреатитом (профессионально-экономические проблемы (42,0%), проблемы в семейной жизни (30,5%), смерть близких людей (13,7%)). Определено, что изучение социально-психологических особенностей больных острым и хроническим панкреатитом имеет высокую значимость при назначении психокоррекционных мероприятий и дает возможность разработать поэтапные дифференциальные реабилитационные программы.

Ключевые слова: социально-психологические особенности, острый панкреатит, хронический панкреатит, ситуативная тревожность, личностная тревожность.

SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ACUTE AND CHRONIC PANCREATITIS

Y. Shevchenko

The article presents the results of research on the socio-psychological characteristics of patients with acute and chronic pancreatitis. We used clinical and psychopathological research method. The study of anxious and depressive symptoms was performed using self-assessment scale Spielberg Hanina and Sheehan. The basic traumatic factors in patients with pancreatitis (professional and economic problems (42,0%), problems in family life (30,5%), death of loved ones (13,7%)). Determined that the study of social and psychological characteristics of patients with acute and chronic pancreatitis has a high significance in psycho events and gives the opportunity to develop incremental differential rehabilitation programs.

Key words: social and psychological characteristics, acute pancreatitis, chronic pancreatitis, situational anxiety, personal anxiety.

Н.О. Ришківська, В.О. Ришковський

АНАЛІЗ ДИНАМІКИ СУЇЦИДАЛЬНИХ СПРОБ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів
ryshkovska@gmail.com

Ключові слова:
суїцидальні спроби,
суїцидальна поведінка,
динаміка суїцидальних
спроб.

Результати проведеного дослідження засвідчили зростання частоти суїцидів та незавершених суїцидальних спроб серед осіб чоловічої статі працездатного віку. Проведений аналіз ще раз доводить необхідність створення державної програми превенції суїцидів з залученням широкого кола фахівців охорони здоров'я, починаючи з первинної ланки – сімейного лікаря, та завершуючи професійною допомогою психологів, психотерапевтів, психіатрів.

Актуальність теми. Суїцид є актуальною медико-соціальною проблемою в багатьох країнах світу, в тому числі й в Україні. За останні 20 років в Україні невпинно зростає рівень частоти суїцидів, і це лише згідно з офіційними статистичними даними. Офіційних даних щодо кількості незавершених суїцидальних спроб в Україні немає, але відомо, що їх кількість на порядок перевищує кількість завершених суїцидів. Зростання рівня суїцидів та суїцидальних спроб часто пов'язують з складними соціально-економічними показниками. Проте, згідно з даними світової статистики, і в економічно розвинених країнах на сьогоднішній день зберігається високий рівень суїцидів, а отже, існують інші, більш вагомі фактори суїцидального ризику. Згідно з даними літератури відомо, що більше 90% осіб, що скоїли самогубство, мали психічні розлади, з них більше 60% страждали на шизофренію. Треба також зазначити, що на один завершений суїцид при шизофренії припадає 8–10 незавершених суїцидальних спроб. Ризик скоєння суїциду зростає серед тих осіб, що мали в анамнезі суїцидальну спробу. Це ще раз підкреслює важливість вивчення факторів суїцидального ризику при проведенні порівняльного аналізу динаміки суїцидальних спроб з метою запобігання таким спробам.

Фактори підвищеного суїцидального ризику різноманітні – до них зараховують соціально-економічні умови, порушення адаптаційних можливостей, психічне захворювання, успадкування патернів суїцидальної поведінки тощо. Разом з тим, генеалогічні фактори ризику самогубств залишаються поза увагою, хоча найближче оточення – батьки – відіграє дуже важливу роль, а отже, пошук генеалогічних факторів суїцидального ризику стає одним з найактуальніших завдань.

Історичний аспект. Випадки, коли люди скоювали самогубства, відомі з давніх часів. Ще з єгипетської історії (від сьомої до десятої династії – 2000 р. до н. е.) відомий діалог людини зі своєю душею, в якому ведеться суперечка про те, чи можна вбивати себе, чи ні. У ньому людина говорить, що її існування сповнене нестерпним болем та стражданням і серйозно обдумує можливість позбавлення себе життя. У цьому діалозі не відчувається навіть натяку на стримувальний морально-релігійний

страх – єгиптяни не вважали самогубство порушенням духовних принципів чи юридичного кодексу [12].

Інші давні релігійні традиції завжди накладали на самогубство табу. Цей підхід є характерним для іудейської релігії, погляди якої відобразились пізніше у християнстві та ісламі [8]. На знак зневаги тіла самогубців віддавались на поталу; виник звичай поховання їх на роздоріжжях. Іудаїзм суворо засуджував не лише спроби, але й наміри щодо самогубства. Із цього правила іудеї визнавали винятки, коли самогубство могло бути способом уникнення несправедливого або вимушеного страждання. Можна знайти три подібні згадки про суїцид в Книгах Маккавейських (165–37 рр. до н.е.) [6]. Кожна з них пов'язана з випадками мучеництва. Євреї також скоїли масове самогубство в фортеці Масада, коли загроза її захоплення римлянами стала неминучою. Сучасний іудаїзм намагається із розумінням та співчуттям ставитись до тих, хто намагається відняти чи віднімає у себе життя: суїцид не слід засуджувати – його треба розуміти і запобігати йому [3, 8].

Перші християни вважали суїцид можливим, коли гоніння за віру робили їхнє життя нестерпним. Так тривало до того часу, поки Августин Блаженний (354–450 рр. н.е.) не засудив самогубство як гріх. Згодом, однак, самогубців піддавали усе більшому осуду, їм відмовляли у погребальних почестях. Суїцид вважався найбільш відразливим злочином.

В ісламі самогубство також є одним із найтяжчих гріхів. У Корані самогубство заборонено. Тим не менше, акти саморуйнації можуть здійснюватись в ім'я Бога та Батьківщини. Такі вчинки скоювали, головним чином, у стані екстази – стані свідомості, що відрізняється від відчаю, у якому люди, скоюють „звичайне” самогубство [8].

Стоїки – філософська школа античної Греції – вважали, що людині слід жити у відповідності з природою. Тому, коли обставини роблять існування людини нестерпним, можна добровільно піти з життя шляхом самогубства [8].

Епікурійці також вважали, що суїцид є цілком прийнятним вибором для людини. Згідно з поглядами цієї школи, основною метою життя людини є досягнення

задоволення для повного і цілковитого щастя. Коли життя вже більше не приносить щастя, то суїцид стає прийнятною альтернативою: смерть для нас – ніщо; коли ми є, смерті немає; коли смерть є, немає нас [8, 12].

Були у Стародавній Греції і противники таких доктрин. Платон (427–347 рр. до н. е.) у діалозі «Держава» говорив, що функцією розуму є можливість дати особистості істинні принципи поведінки – забезпечити мужність в житті, навіть якщо воно сповнене горя і страждань. Хоча Платон був противником самогубства, однак, в діалозі «Апологія Сократа», він змушений був визнати, що заради збереження гідності, у ситуації несправедливого звинувачення, краще добровільно прийняти смерть (хоча це й не дорівнює самогубству), ніж піти на компроміс та угоду зі злочинцем.

Таким чином, стародавня культура, а також епоха до раннього середньовіччя розглядали самогубство радше як негідний з морально-релігійної точки зору вчинок, одночасно виправдовуючи суїцид в ім'я вищих ідейних або етичних цілей.

З розквітом середньовіччя суспільство почало ставитись до самогубства радше негативно. Фома Аквінський (1225–1274) доводив, що самогубство є пограбуванням, позбавленням суспільства однієї з важливих речей; він стверджував, що людина зобов'язана жити – навіть проти її власних бажань, через зобов'язання перед людьми [12]. Він засуджував самогубство на основі трьох постулатів:

- воно суперечить природним схильностям людини до збереження життя і милосердя до самої себе;
- суїцид є злочином супроти суспільства;
- суїцид є злочином проти Бога, який дав людині життя.

Надалі релігійні заборони відображались у кримінальних і цивільних кодексах деяких країн [1]. В Англії та багатьох інших країнах тогочасної континентальної Європи самогубство довгий час вважалося злочином, і тих, хто скоював спроби самогубства, чекало тюремне покарання. Впродовж останніх десятиліть XX сторіччя кримінальну відповідальність за скоєння самогубств у більшості країн було скасовано.

Філософські течії сімнадцятого сторіччя породили нові погляди на суїцид. У цей час авторитет релігії похитнувся. Джон Донн (1572–1631 рр.), настоятель Собору св. Павла в Лондоні і відомий англійський поет, першим почав боротьбу проти існуючого ставлення церкви до самогубства. Юм, Монтеск'є, Вольтер, Руссо виступали на захист самогубства при певних обставинах і відстоювали право людини на свободу особистості. Етико-релігійні підходи до проблеми суїцидів все більше врівноважувались широкими перспективами соціальних наук [4, 5, 7, 13]. Емануїл Кант (1788) вважав, що самогубство є зневажанням людства [8].

Інші традиції визначали ставлення до суїциду в країнах Далекого Сходу. Найхарактернішим тут є приклад Японії. Самогубство у Японії було поширеним і глибоко вкоріненим у релігійних та національних традиціях. Ситуація, в якій була принижена гідність вільної людини, означала неминучу саморуйнацію – без будь-якого особистого вибору. Особливо яскраво це відображалось в морально-етичному кодексі самураїв, для яких само-

вбивство, тобто добровільне самогубство, було актом найвищої гідності в ситуації, коли самурай був позбавлений будь-якого особистого вибору.

У сучасну епоху суїцид розглядають як мультифакторне явище – медичну, соціальну та біологічну проблему, яку можна і треба вирішувати.

Сьогодні визначення суїциду формулюється наступним чином: суїцид є саморуйнівною дією, яку можна зрозуміти як реакцію на різноплановий патологічний стан людини з невіршальною проблемою та душевним болем, яка не бачить іншого виходу з ситуації. Оскільки факторів, які можуть призвести до такого стану, багато, і для кожної людини вони є різними, стає зрозумілим, що підходи до кваліфікації суїциду та суїцидальної поведінки повинні бути комплексними і включати в себе як клінічні та психодинамічні підходи, так і психологічні та соціальні. Найважливішим, однак, у сучасному підході є факт визнання за більшістю із скоюваних суїцидів психопатологічного підґрунтя, тобто наявності хоча б мінімальних психічних розладів. Саме цей факт і виводить проблему самогубств з виключної прерогативи моральної сфери у сферу різнопланову, чільне місце у якій займає медико-соціальний підхід. Тому останніми десятиліттями зусилля науковців були скеровані на вивчення можливостей ранньої діагностики суїцидального ризику з метою своєчасної превенції суїциду [6, 15]. Створюється багато кризових центрів та служб допомоги в кризових станах, у деяких країнах існують державні програми превенції суїцидів [14].

Короткий історичний нарис домінуючих поглядів на самогубство показує, що посягання на власне життя аж до останніх півтора століть було під доволі суворим, часто суперечливим, суспільно-моральним табу. Це значною мірою «знімало» потребу не лише у передбаченні суїциду, як такої, а й табуїзувало саму тематику самогубства як наукову. Лише з інституалізацією психіатрії як окремої дисципліни (датованої з кінця XVIII століття) можна було вбачати потребу людства розглядати суїцид не лише як заборонену аутоагресію, але й у якості фіксованого патологічного душевного стану. А відтак – виникла можливість прагматичнішого і «оберігаючого» підходу до самогубства.

В історичному аспекті також слід було б зазначити, що, хоча питання предикції самогубств щораз ширше дискутуються (причому в останні 50 років не лише серед психіатрів, а й серед соціологів та психоаналітиків), однак здебільшого, – у так званому індивідуальному плані, тобто з позицій психопатології самого хворого. Якщо ж суїцид і розглядається у сімейному аспекті, то майже завжди винятково із психодинамічних або системно-сімейних позицій [17, 18], коли клінічно-психопатологічні особливості сім'ї інтерпретуються обмежено, а суїцид розглядається як один із симптомів неправильного функціонування сім'ї [17].

З короткого історичного огляду проблеми суїцидів можна бачити, що:

а) у допсихіатричну епоху питання передбачення і запобігання самогубствам практично не дискутувалось, оскільки будь-яке посягання на власне життя розцінювалось як порушення базових суспільно-моральних табу;

б) з розвитком психіатрії виявлення і запобігання суїцидальній поведінці, пов'язаній з психічним стражданням, набуло особливої ваги.

Фахова література, присвячена проблемі суїцидів, сьогодні настільки обширна, що таке специфічне питання як предикція самогубства слід розглядати лише у залежності від теоретичних підходів.

При аналізі літератури можна виділити три основні концептуальні блоки. Кожен з них, у свою чергу, можна поділити на декілька груп (типологічних концепцій).

В основу такого поділу ми поклали традиційні уявлення, згідно з якими суїцид розглядається в трьох методологічних підходах:

1) Психосоціальний підхід:

суїцид як результат конфлікту особистості із навколишнім середовищем.

2) Психодинамічний підхід:

суїцид як боротьба двох базових потягів;

суїцид як вираз прихованої агресії до оточуючих, внаслідок почуття власної неповноцінності;

парасуїцид (латентне бажання самогубства).

3) Медичний підхід:

• суїцид у соматично хворих;

• суїцид як результат особистісної дезадаптації;

• суїцид у психічно хворих.

До офіційної статистики самогубств потрапляють лише явні випадки суїцидів. Тому число реальних самогубств значно перевищує офіційні цифри – вважають, що кожного року скоюють самогубства більш як 4 млн осіб. На думку судових експертів, причиною більшості так званих «смертей від нещасного випадку» (передозування лікарських препаратів, аварії на дорогах, падіння з висоти тощо) насправді є суїцидами. Щорічно 19 млн людей скоюють «невдалі» спроби самогубства. Тільки одна з чотирьох (24%) осіб, які скоїли спробу самогубства і залишилися живими, потрапляє в поле зору професійної системи охорони здоров'я [16].

Число завершених самогубств серед чоловіків в середньому у 4 рази більше, ніж у жінок – цей показник може сильно відрізнятись у різних країнах. З віком (65–85 років) це співвідношення збільшується до 6–9. З іншої сторони, жінки скоюють незавершені спроби самогубства – ті, що не приводять до смерті, – у 4 рази частіше ніж чоловіки [16].

На літо та весну припадає 60% всіх суїцидів. У 70% депресивних пацієнтів виявляють суїцидальні тенденції, а 15% з них скоюють самогубства. Тому проблема самогубств – це також проблема депресій. Прослідковується зв'язок самогубств з віком [16].

Існують етнічні групи, схильні до суїциду. Наприклад, серед угро-фінської групи (мешканці Удмуртії, Угорщини чи Фінляндії) дуже високий рівень самогубств.

Суїцидальний ризик для різних професій (у балах від 1 до 10) виглядає так: на першому місці музикант (8,5 балів), далі – медсестра (8,2); стоматолог (8,2); фінансист (7,2); психіатр (7,2). Завершують список бібліотекар (3,2) та продавець (2,1) [16].

За даними статистики, одружені скоюють самогубства значно рідше, ніж неодружені або розлучені. Люди, які втратили партнера, скоюють самогубства у 3 рази частіше, ніж ті, хто живе у сім'ї.

Близько 80% самогубців попередньо дають знати про свої наміри оточуючим, хоча засоби повідомлення можуть бути завуальовані. В оточенні кожної особи, що покінчила життя самогубством, у середньому залишається 6 осіб, для котрих її самогубство є тяжкою душевною травмою.

Існує пряма залежність між суїцидом та втратою соціального статусу – те, що називають «комплексом короля Ліра». Так, високий рівень самогубств серед демобілізованих офіцерів, молодих солдатів, людей, взятих під варту, недавніх пенсіонерів. Найвищі показники самогубств відмічені серед наркоманів, інвалідів, психічно хворих, а також серед хронічних алкоголіків. Особи з алкогольною залежністю скоюють близько третини всіх завершених самогубств та чверть всіх незавершених суїцидальних спроб.

Самогубства серед молоді. За останнє десятиліття число самогубств серед молоді виросло в 3 рази. Основними причинами є нерозділене кохання, конфлікти з батьками та ровесниками, страх перед майбутнім, самотність. Щорічно кожний дванадцятий підліток у віці 15–19 років скоює спробу самогубства. За абсолютною кількістю підліткових самогубств перше місце займає Росія [16].

Динаміка суїцидальної кривої у колишньому Радянському Союзі. Всі цифри щодо самогубств у Радянському Союзі були засекреченими – Держкомстат опублікував їх тільки у 1989 році. Якщо царську Росію можна було віднести до країн з невисоким рівнем самогубств, то після жовтневої революції і громадянської війни число суїцидів різко зросло. Так, у 1926 році у Москві та Петербурзі рівень самогубств на 100 тисяч населення складав 42 серед чоловіків та 20 серед жінок (і це тільки за офіційною статистикою). Наступні підвищення рівня самогубств були відмічені у 1937 та у 1947 роках. Потім настав деякий спад під час хрущовської «відлиги», з наступним зростанням до 1984 року (39 на 100 тисяч), коли країна займала за числом самогубств друге місце, поступаючись лише Угорщині. Під час перебудови рівень самогубств різко впав (до 23 на 100 тис.). Проте починаючи з 1988 року цей показник знову став зростати, і у 1994 році кількість самогубств зросла майже удвічі.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) поділяє всі країни за показником суїциду на три групи (2011) (таблиця) [16].

Згідно з цими даними, Україна належить до країн із високим рівнем самогубств – 21,2 на 100 тисяч населення. Однак, слід зауважити, що Львів та Львівська область є регіоном з низьким рівнем самогубств, а саме – 7–9 на 100 тисяч населення, що не знімає питання створення програми запобігання суїцидальній поведінці та суїцидам.

Головною метою нашої роботи було проведення порівняльного аналізу динаміки суїцидальних спроб по Львівській області за віковою та гендерною ознаками, порівнюючи дані за період 1991–1995 рр. з даними за період 2008–2012 рр.

Для виконання поставленої мети за спеціально розробленими картами було проведено порівняльний аналіз завершених та незавершених суїцидальних спроб за

Таблиця. Рівні самогубств у різних країнах світу за даними ВООЗ

Рівень самогубств	Країна	Кількість
Високий та дуже високий рівень самогубств	Литва	31,5
	Казахстан	30
	Білорусь	25,3
	Угорщина	24,6
	Японія	23,8
	Латвія	22,9
	Китай	22,2
	Росія	21,4
	Україна	21,2
Середній рівень самогубств	Фінляндія	19,3
	Естонія	18,1
	Молдова	17,4
	Франція	16,3
	Польща	14,9
	Куба	12,3
	США	11,8
	Канада	11,3
Низький рівень самогубств	Австралія	9,7
	Німеччина	9,5
	Великобританія	6,9
	Італія	6,3
	Ізраїль	5,8
	Грузія	4,3
	Греція	3,5
	Вірменія	1,9
	Азербайджан	0,6

матеріалами Головного управління статистики у Львівській області та реанімаційного відділення Комунального закладу «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня».

Встановлено, що загальна кількість завершених суїцидів за період 2008–2012 рр. становить відповідно від 7,4 до 7,9 випадків на 100 тис. населення, що відповідає низькому рівню самогубств (рис. 1). Осіб чоловічої статі було від 75 до 87%, жіночої – від 11 до 23%.

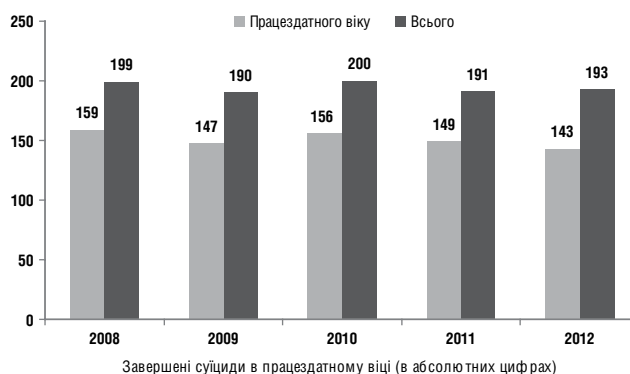
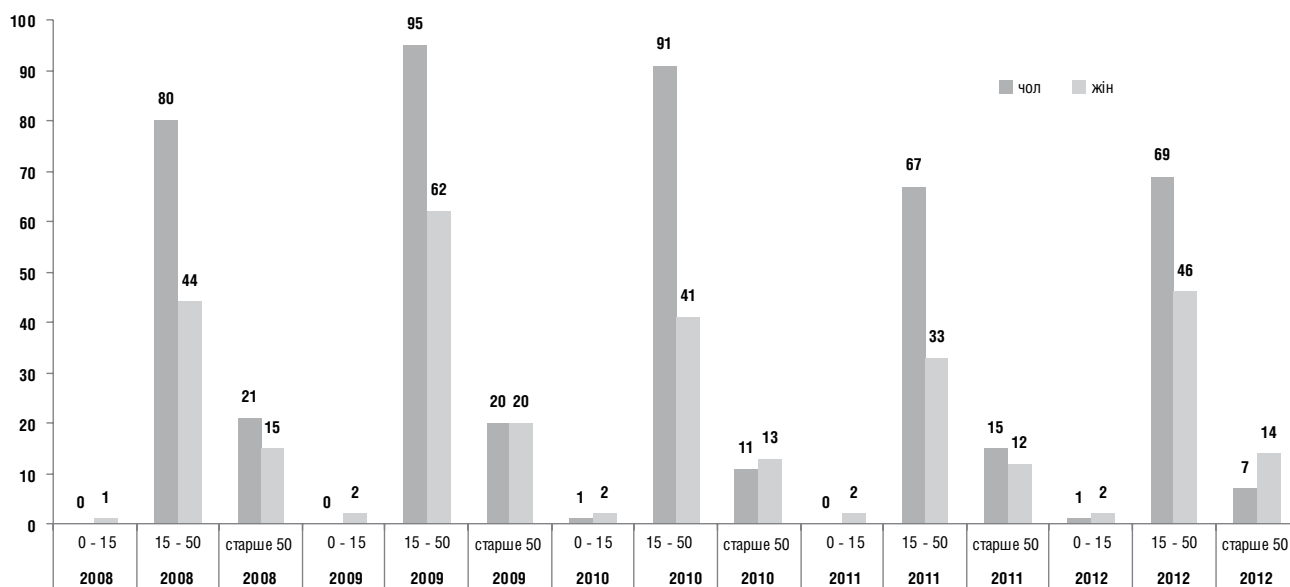


Рис. 1. Закінчені суїциди в працездатному віці (в абсолютних цифрах)

У віковому аспекті кількість завершених суїцидів серед осіб працездатного віку за цей період часу становить в середньому 78%, осіб старшого віку – 20%, дітей (до 15 років) – 2% (рис. 2).

Аналіз даних реанімаційного відділення КЗ ЛОКПЛ за період 2008–2012 рр. про кількість незавершених суїцидальних спроб представлений в таблиці 5. За даними цього аналізу, кількість незавершених суїцидальних спроб у чоловіків за вказаний період становить у середньому 61,7%, у жінок – в середньому 37,9% (рис. 3). Від 1 до 3 випадків незавершених суїцидальних спроб на рік зафіксовано у дітей віком до 15 років.

Частота завершених суїцидів серед чоловіків у період 2008–2012 рр. збільшилась і була у 7,8–8,1 раза більшою, ніж у жінок. У період 1991–1995 рр. ця цифра становила відповідно 7–7,2. Частота незавершених суїцидальних спроб за період 2008–2012 рр. у чоловіків, за даними проведеного аналізу, в середньому у 1,5 раза більша, ніж у жінок, на протиположний періоду 1991–1995рр., коли частота незавершених суїцидальних спроб була у 3 рази більшою



Незавершені суїцидальні спроби у жінок та чоловіків. Порівняння за віковими групами

Рис. 2. Незавершені суїцидальні спроби у жінок та чоловіків. Порівняння за віковими групами

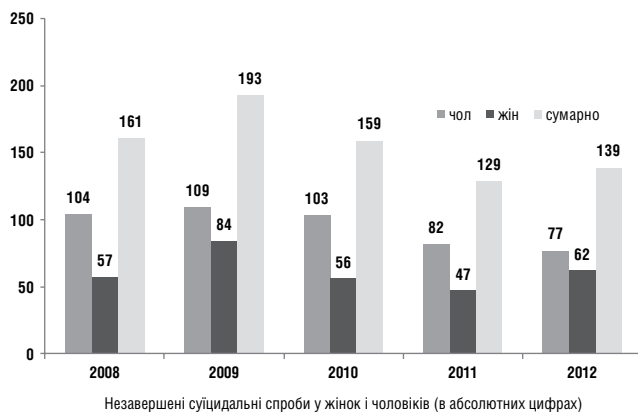


Рис. 3. Незавершені суїцидальні спроби у жінок і чоловіків (в абсолютних цифрах)

у жінок, ніж у чоловіків. Серед осіб працездатного віку незавершені суїцидальні спроби у чоловіків у 2,2 раза перевищують такий показник у жінок. У осіб старшого віку частота суїцидальних спроб серед жінок є вищою у 1,5 раза.

Висновки

Результати проведеного порівняльного дослідження з часовим проміжком у 17 років засвідчили зростання частоти суїцидів та незавершених суїцидальних спроб серед осіб чоловічої статі працездатного віку. Цей факт свідчить про те, що особливої уваги професіоналів, а саме – психологів, психотерапевтів, психіатрів, – потребує саме ця категорія населення. Чоловіки працездатного віку, які потрапили в ситуацію «життєвого краху», найбільш схильні до скоєння самогубств, частота яких у наш час зростає. Окрім цього, слід відзначити збільшення у цієї категорії чоловіків суїцидальних тенденцій та зростання кількості незавершених суїцидальних спроб, які за кількістю перевищують незавершені суїцидальні спроби у жінок. Аналізуючи ці показники можна говорити про

зміну структури особистості та зміну способу реагування осіб чоловічої статі на масивні труднощі та виклики, що постають перед ними в сучасних умовах [9–11]. Проведений аналіз ще раз доводить необхідність створення державної програми превенції суїцидів з залученням широкого кола фахівців охорони здоров'я, починаючи з первинної ланки – сімейного лікаря, та завершуючи професійною допомогою психологів, психотерапевтів та психіатрів.

Список використаної літератури

1. Каннабих Ю. История психиатрии / Ю. Каннабих. – М.: ЦТР МГП ВОС, 1994. – 528 с.
2. Кант И. Сочинения в 6-ти т. / под общей ред. В.Ф. Асмуса. – М.: Мысль, 1965. – Т.4. – С. 123 – 145.
3. Кривелев И. А. История религии / И. А. Кривелев. – М., 1975. – 350 с.
4. Михайлова А. Вольтер. Философские повести : пер. с франц. / А. Михайлова. – М.: Правда, 1985. – 576 с.
5. Монтескье М. Избранные произведения / Под общ. ред. проф. М.П. Баскина / М. Монтескье. – М.: Госполииздат, 1955. – 800 с.
6. Первичная профилактика психических, неврологических и психосоциальных расстройств; пер. с англ. / под ред. А. Н. Моховикова. – М.: Смысл, 2002. – 127 с.
7. Руссо Ж.-Ж. Избранные сочинения в 3-х т.; пер. с франц. / Ж.-Ж. Руссо – М.: Гослитиздат, 1961. – 768 с.
8. Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – М.: Когито-Центр, 2001. – 569 с.
9. Фрейд З. Основные психологические теории в психоанализе. Очерк истории психоанализа / З. Фрейд. – СПб.: Алтейя, 1998. – 178 с.
10. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Теория невроза / К. Хорни – СПб.: Лань, 1997. – 240 с.
11. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ / К. Хорни. – М., 1993. – С. 5 – 200.
12. Хрестоматия по суицидологии / пер. з англ. – К.: А.Л.Д., 1996 – 216 с.
13. Юм Д. Сочинения в 2-х т.; пер. с англ.; под общ. ред. со вступ. стат. И. С. Нарского / Д. Юм. – М.: Мысль, 1965. – Т. 1–2. – С. 5–64.
14. Consultation on strategies for reducing suicidal behavior in the European Region / World Health Organization. – Copenhagen, 1989. (Internet).
15. Diekstra R. The epidemiology of suicide and parasuicide / R. Diekstra // Preventive strategies on suicide. – Leiden : Brill, 1995. – P. 1–34.
16. <http://lossofsoul.com/DEATH/suicide/statistic.htm>
17. Schlippe A. Die Bewältigung chronischer Krankheit im Kontext sozialer Systeme. Göttingen / A. Schlippe, J. Fortmann, St. Theiling. – Zurich, 1994. – S. 45–60.
18. Schlippe A. Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung / A. Schlippe – Göttingen; Zurich, 1996. – S. 248–250.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК

Н.А. Ришковская, В.А. Ришковский

В результате проведенного исследования было выявлено возрастание частоты суицидов и незавершенных суицидальных попыток среди мужчин трудоспособного возраста. Проведенный анализ еще раз подтвердил необходимость создания государственных программ превенции суицидов с привлечением широкого круга специалистов здравоохранения, начиная с первичного звена – семейного врача, и заканчивая профессиональной помощью психологов, психотерапевтов, психиатров.

Ключевые слова: суицидальные попытки, суицидальное поведение, динамика суицидальных попыток.

ANALYSIS OF THE DYNAMICS OF SUICIDE ATTEMPTS

N. Ryshkovska, V. Ryshkovsky

The results of the study comparing showed increased incidence of suicides and unfinished suicide attempts among the group of the males working age. Conducted analysis proves once again the need to create a state program of suicide prevention that would involve a wide range of health care professionals from the family physicians to psychologists, psychotherapists, psychiatrists.

Key words: suicide attempts, suicidal behavior, dynamics of suicide attempts.

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 159.923:616.89-008.48-02:616.248]-052-07

Ю.И. Заседа

КЛИНИКО-ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ПАТОПЕРСОНОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ КОНТИНГЕНТА ПАЦИЕНТОВ,
СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙХарьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков
zasseda@gmail.com**Ключевые слова:**клинико-психо-
феноменологический
метод, психофеномено-
логический профиль,
психосоматоз,
бронхиальная астма.

С целью идентификации степени и характера вариабельности унифицированного психофеноменологического профиля в континууме патоперсоналогической трансформации у контингента пациентов, страдающих бронхиальной астмой (БА), было проведено исследование 60 пациентов, страдающих БА (основная группа), а также 100 условно здоровых людей (группа сравнения) при помощи клинико-психофеноменологического, психодиагностического, клинико-психопатологического и статистического методов, а также методов анализа и синтеза. При этом выявлены неприоритетные, приемлемые и приоритетные в отношении эффекта психотерапии феномены.

Парадигма, довлеющая в современной психиатрической и общемедицинской методологии, представляет психосоматические и соматоформные расстройства как дихотомию, при этом относя первые, в большинстве классификаций, к морфофункциональным соматическим расстройствам, имеющим в патогенезе некий психогенный механизм, вторым же определяя место психопатологических расстройств невротического уровня, имеющих соматическую аранжировку, доминирующую в их клинической картине [1–3, 5, 6].

Подобная демаркация, имея утилитарную клиническую направленность, определяет процесс формализации диагностики и терапии в сфере компетенции широкого спектра медицинских дисциплин, при этом указанная парадигма противопоставляется фундаментальной интегративной методологии, в рамках которой умозрительно представляется последовательное расположение соматоформных и психосоматических расстройств в качестве смежных этапов в едином [психо] патогенетическом континууме трансформации психогенной индукции в морфофункциональные соматические расстройства, вплоть до летальных форм [2, 3, 6].

Так или иначе, обе группы расстройств протекают на унитарном базисе личностного реагирования индивида на широкий спектр экзо- (психо-) и эндогенных s. l. воздействий, детерминирующих его персоналогическую модификацию.

Персоналогическая модификация, рассматриваемая в ракурсе личностных изменений в качестве ответов на болезненные (нозогенные, социогенные и т.д.) индуктивные стимулы, может быть определена как «патомодификация». Комплекс же персоналогических изменений, возникающих в ответ на [психо]терапевтическое и даже ауто[психо]терапевтическое воздействие, по сути,

является «саномодификацией», так как любая клинико-ориентированная методика психотерапии, будучи опосредованной через методоспецифические механизмы, саногенно эквивифинальна, т. е. привносит в персоналогический базис индивида саногенные механизмы [2, 3–6].

Представления о персоналогической пато- и саномодификации выполняющая методологический базис как клинической психотерапии в целом, так и описанной в наших предыдущих исследованиях концепции психофеноменологического профиля как её важнейшего инструмента [2, 6].

Ключевой особенностью клинико-психофеноменологического метода является дескриптивная компетентность в отношении широкого спектра персоналогических, психотехнических, терапевтических, интрапсихических феноменов, что позволяет провести стандартизированную оценку характера персоналогической пато- и саномодификации в ходе компаративно-аналитического исследования контингента пациентов, страдающих данной нозологической формой, в сравнении с контингентом здоровых добровольцев [7, 8].

При рассмотрении бронхиальной астмы, как одной из наиболее распространенных психосоматических нозологических форм, в ракурсе клинико-психофеноменологического метода, в частности посредством анализа групповой вариабельности психофеноменологического профиля, представляется возможной идентификация констелляции интрапсихических механизмов, в отношении которых использование тех или иных методов психотерапевтического воздействия является наиболее приоритетным [9].

Цель данной работы состоит в идентификации степени и характера вариабельности унифицированного психофеноменологического профиля в континууме

патоперсонологической трансформации у контингента пациентов, страдающих бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на протяжении 2009–2014 гг. на базе кафедры психотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования.

В исследование были включены 60 пациентов, страдающих БА, составившие основную группу, средний возраст в которой составил $(31 \pm 0,6)$ лет; а также 100 условно здоровых людей (группа сравнения), средний возраст в группе – $(33 \pm 0,4)$ года. Контингент был однородным по ряду таких социально-бытовых показателей, как социальный статус, семейное и материальное положение, образование с целью устранения погрешности в типах отреагирования пациентов на психотерапевтические вмешательства вследствие этих факторов.

Методы исследования: основным методом исследования являлся клинично-психодиагностический; его дополняли психодиагностический (методика диагностики темперамента Я. Стреляу в адаптации Н.Н. Даниловой, А.Г. Шмелева, теппинг-тест) и клинично-психопатологический методы. Также использовались статистический метод, методы анализа и синтеза.

Использование инструментария, включающего психофизиологические методы исследования, производилось с целью формирования конгруэнтной группы сравнения, максимально приближенной по психофизиологическим характеристикам основному контингенту исследования.

Результаты и их обсуждение

В рамках исследования контингента пациентов была произведена оценка средней групповой эффективности психотерапии в отношении основных механизмов сентенционно-семантической интервенции, в группах пациентов, страдающих бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев.

Квантификация характеристик отдельных феноменов проводилась в рамках оценки динамики активности интрапсихических механизмов, соответствующих выделенным феноменам в препсихотерапевтическом и постпсихотерапевтическом периодах с использованием инструментария экспериментального патопсихологического исследования, методоспецифических проб, психодиагностического интервью, включающего аутодиагностические методики.

При анализе результатов комплексного исследования феномену присваивалась динамическая характеристика, трансформированная в числовое значение от 0 до 3:

- 3 балла соответствовали «выраженному повышению активности» интрапсихического механизма, соответствующего феномену в постпсихотерапевтическом периоде;
- 2 балла соответствовали «умеренному повышению активности» интрапсихического механизма, соответствующего феномену в постпсихотерапевтическом периоде;
- 1 балл соответствовал «незначительному повышению активности» интрапсихического механизма,

соответствующего феномену в постпсихотерапевтическом периоде;

- 0 баллов соответствовали «интактности» интрапсихического механизма соответствующего феномену в постпсихотерапевтическом периоде.

В материалах исследования произведен расчет среднего группового показателя психотерапевтической эффективности в отношении феноменов, формирующих «линейки». Среднее групповое значение:

- < 1 – соответствует низкой эффективности психотерапевтического опосредования сентенционно-семантической интервенции через данный феномен;

1 – 2 – соответствует приемлемой эффективности психотерапевтического опосредования сентенционно-семантической интервенции через данный феномен;

- > 2 – соответствует высокой (приоритетной) эффективности психотерапевтического опосредования сентенционно-семантической интервенции через данный феномен.

Анализируя групповую констелляцию механизмов, имеющих приемлемую и высокую подверженность психотерапевтическому эффекту, представляется возможным методическая селекция наиболее конгруэнтной комбинации психотерапевтических методик по признаку их апеллирования к тем или иным феноменам сентенционно-семантической интервенции.

Сравнительный анализ психотерапевтической эффективности в отношении феноменов, входящих в ассоциативно-идеаторную линейку в группах пациентов, страдающих БА, и здоровых добровольцев представлен в таблице 1, на рисунке 1.

Таблица 1. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов ассоциативно-идеаторной линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	БА N = 60
Изотемпопсихия		1,20±0,89	1,93±1,03
Логичность мышления		1,16±0,54	1,63±1,22
Пластичность мышления		2,40±0,48	1,70±1,07
Последовательность мышления		1,44±0,75	2,0±1,18
Способность к абстрагированию		2,28±1,0	1,76±1,20

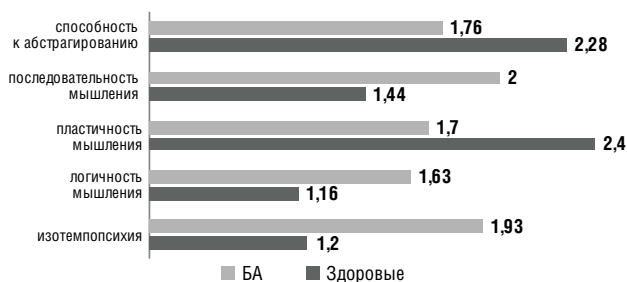


Рис. 1. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов ассоциативно-идеаторной линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в аффективную линейку в группах пациентов, страдающих БА, и здоровых добровольцев представлен в таблице 2, на рисунке 2.

Таблица 2. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов аффективной линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	БА N = 60
Адекватность аффекта		1,78±1,12	1,13±0,93
Аффективная модификация ассоциаций		1,95±0,97	1,93±1,15
Аффектогенная модификация памяти		1,56±1,16	1,70±0,65
Аффектогенная селекция рецепции		0,56±0,99	0,86±1,10
Изопластичность аффекта		1,43±0,58	1,30±1,02
Изотимия		1,60±0,89	2,30±0,95
Интроспективное восприятие аффекта		1,82±0,83	1,4±1,00
Способность к абстрагированию		2,28±1,0	1,76±1,20

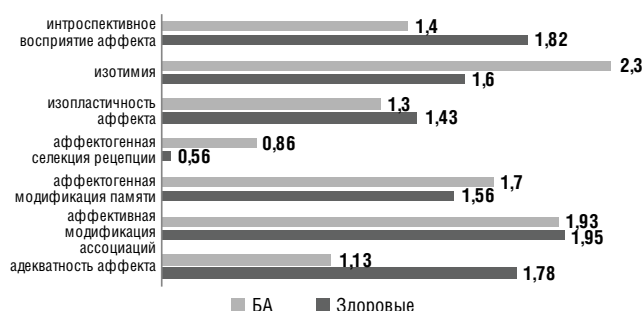


Рис. 2. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов аффективной линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в дефензивную линейку, производился по критерию возможности их нивелирования, преодоления в ходе психотерапевтической интервенции. Данные по дефензивной шкале приведены в таблице 3, на рисунке 3.

Таблица 3. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов дефензивной линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	БА N = 60
Игнорирование		1,78±0,96	1,06±0,77
Интуитивно-аффективный барьер		1,37±1,19	0,76±0,97
Критическое мышление		1,76±0,92	0,56±0,56
Рассредоточение фокуса внимания		1,49±1,02	1,73±0,90
Семантическая подмена		1,05±0,78	1,46±0,62
Скептический настрой		1,84±1,08	1,53±0,73
Смещение фокуса внимания		1,72±0,91	2,13±0,77
Этический барьер		0,70±0,78	0,40±0,56

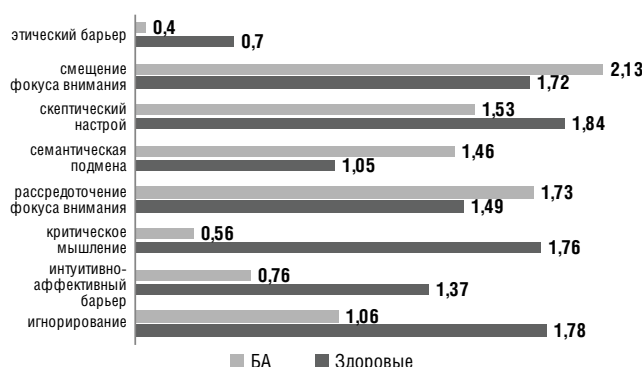


Рис. 3. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов дефензивной линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в индуктивную линейку, производился по степени выраженности феноменов в процессе индукции. Данные по индуктивной шкале приведены в таблице 4, на рисунке 4.

Таблица 4. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов индуктивной линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	БА N = 60
Аутогенная амплификация		0,45±0,80	1,83±1,05
Аффективная контаминация		2,33±0,90	2,03±1,09
Индивидуализация контекста		0,98±0,61	1,66±0,75
Индуктивная обсессивность		0,62±0,87	1,16±0,98
Обратная индуктивность		1,05±0,73	0,93±1,01
Авторизация сентенций		0,62±0,66	1,03±0,92
Прямая индуктивность		0,70±0,50	1,73±1,04
Сверхсистематизация		1,19±0,74	1,13±0,98
Сенсорная индуктивность		1,05±0,78	1,76±0,97

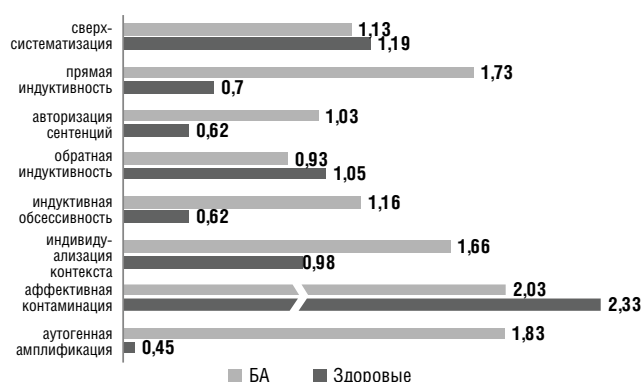


Рис. 4. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов индуктивной линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в катартическую линейку, производился по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапевтической интервенции. Данные по катартической шкале приведены в таблице 5, на рисунке 5.

Таблица 5. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов катартической линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	БА N = 60
Абреакция		1,27±0,96	1,56±1,07
Инсайт		1,23±0,90	1,40±0,81
Катарсис (ассоциативный)		1,05±0,64	2,16±0,98

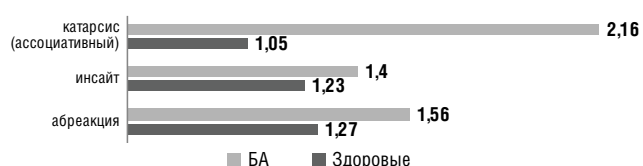


Рис. 5. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов катартической линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в когнитивно-гностическую линейку, производился по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапевтической интервенции. Данные по когнитивно-гностической шкале приведены в таблице 6, на рисунке 6.

Таблица 6. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов когнитивно-гностической линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	БА N = 60
Когнитивная селективность рецепции		1,15±1,18	1,33±0,84
Когнитивная состоятельность		2,09±0,80	1,20±0,76
Обучаемость		1,23±0,81	1,83±0,93
Осознание		1,37±1,05	0,90±0,71
Самообучаемость		1,45±0,94	1,06±0,90
Убеждаемость		1,72±1,07	2,10±1,02

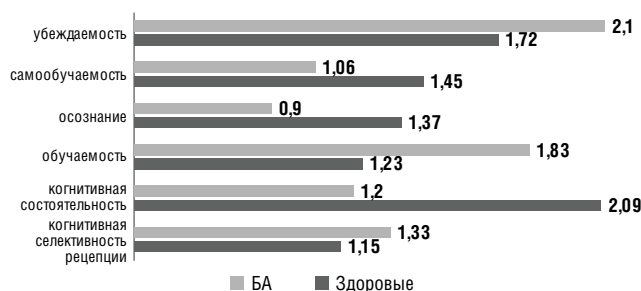


Рис. 6. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов когнитивно-гностической линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в конативную линейку, производился по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапевтической интервенции. Данные по конативной шкале приведены в таблице 7, на рисунке 7.

Таблица 7. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов конативной линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	БА N = 60
Изовалентность		1,72±0,66	1,45±0,62
Изоверсия		0,60±0,85	1,19±1,01
Изомотивационность		2,35±0,89	2,21±1,51
Изо спонтанность		2,11±1,05	1,51±0,88
Морально-этический барьер		1,78±0,67	1,51±0,72
Мотивационная трансформация мышления		1,70±0,96	1,87±0,99
Терапевтический альянс		2,07±0,82	2,06±0,89

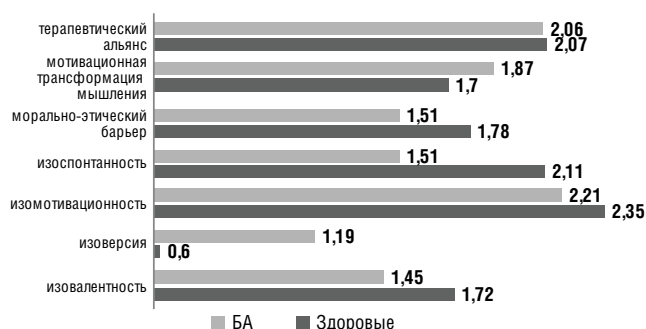


Рис. 7. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов конативной линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в мнестическую линейку, производился по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапевтической интервенции. Данные по мнестической шкале приведены в таблице 8, на рисунке 8.

Таблица 8. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов мнестической линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	БА N = 60
Воспроизведение		1,50±0,72	1,43±1,18
Забывание		1,27±1,00	2,00±0,82
Забывание намерений		1,78±0,70	1,50±1,19
Импринтинг		1,47±0,90	1,90±0,92
Мнестическая квазипотребность		1,56±0,70	1,43±1,24
Непроизвольное запоминание		1,45±0,80	2,09±0,73
Произвольное запоминание		1,64±0,59	1,93±0,94
Сенсорная память		1,84±0,80	2,00±0,87
Узнавание		1,58±0,98	1,81±1,00
Хранение		1,60±0,66	1,93±0,94
Чанкинг		1,62±0,77	1,87±0,90

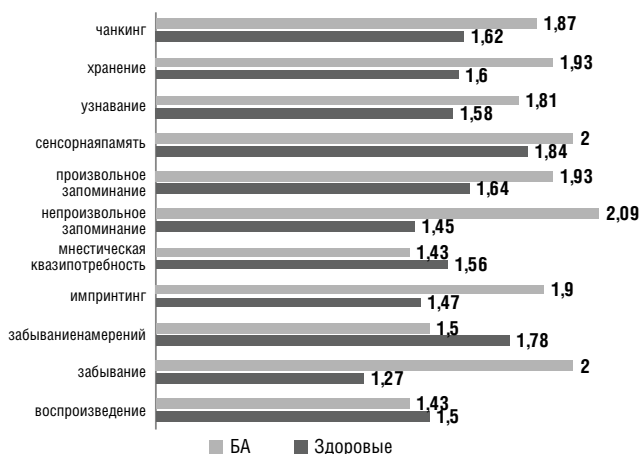


Рис. 8. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов мнестической линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в перцептивно-прозективную линейку, производился по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапевтической интервенции. Данные по перцептивно-прозективной шкале приведены в таблице 9, на рисунке 9.

Таблица 9. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов перцептивно-прозективной линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	БА N = 60
Восприимчивость		1,78±0,94	1,71±0,77
Избирательность восприятия		1,84±0,92	1,50±0,71
Константность восприятия		1,47±0,96	1,56±1,10
Образность восприятия		1,66±1,05	1,31±1,06
Переключаемость		1,78±0,96	1,91±1,06
Плюральность фокуса восприятия		1,68±0,83	1,71±0,85
Фиксация внимания		1,35±1,03	0,96±0,64

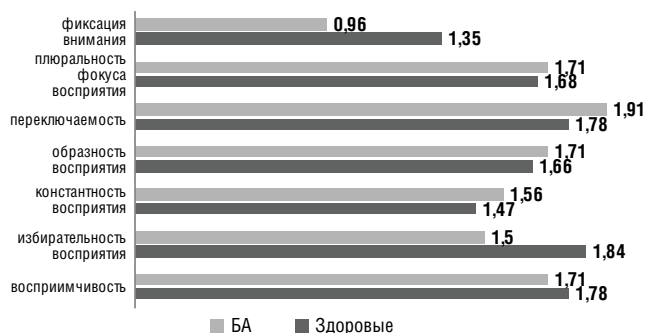


Рис. 9. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов перцептивно-прозективной линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в психодинамическую линейку, производился по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапевтической интервенции. Данные по психодинамической шкале приведены в таблице 10, на рисунке 10.

Таблица 10. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов психодинамической линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Феномены \ Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	БА N = 60
Перенос (трансфер)	1,25±0,82	1,33±0,74
Свободные ассоциации	1,47±0,80	1,23±0,77
Символические проявления	1,58±0,80	2,06±1,12

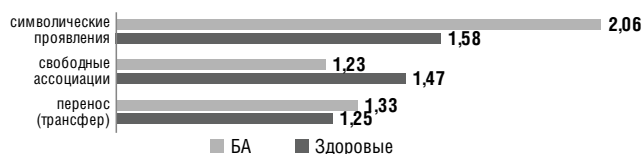


Рис. 10. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов психодинамической линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в суггестивную линейку, производился по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапевтической интервенции. Данные по суггестивной шкале приведены в таблице 11, на рисунке 11.

Таблица 11. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов суггестивной линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Феномены \ Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	БА N = 60
Внушаемость в состоянии бодрствования	1,46±0,73	2,00±0,74
Обратная (парадоксальная) суггестивность	1,02±0,71	1,36±0,85
Прямая суггестивность	1,38±0,66	1,60±0,93

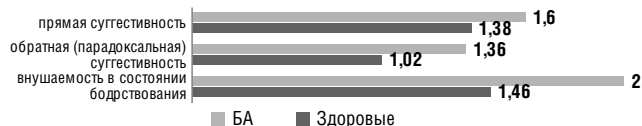


Рис. 11. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов суггестивной линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в трансовую линейку, производился по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапевтической интервенции. Данные по трансовой шкале приведены в таблице 12, на рисунке 12.

Таблица 12. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов трансовой линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	БА N = 60
Внушаемость в состоянии гипноза		1,50±0,70	1,86±0,68
Гипнабельность		1,46±0,81	1,76±1,16
Гипнокатарсис		1,56±0,81	0,96±0,88
Прегипнотический «магический» настрой		1,74±0,77	1,66±0,80
Эбриетативность		–	–

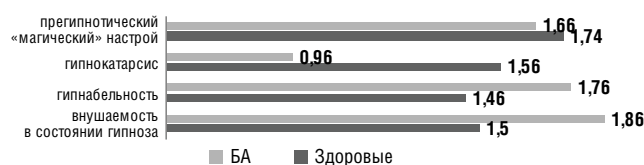


Рис. 12. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов трансовой линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в эндовербальную линейку, производился по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапевтической интервенции. Данные по эндовербальной шкале приведены в таблице 13, на рисунке 13.

Таблица 13. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов эндовербальной линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	БА N = 60
Рецепция антиаддитивных семантических формул	1,23±0,81	0,96±0,88	
Рецепция аффирмаций	1,25±0,82	1,16±0,98	
Рецепция вербального рефрейминга	1,47±0,80	0,93±1,01	
Рецепция десенсибилизирующих семантических формул	1,46±0,81	1,66±0,75	
Рецепция парадоксальных семантических формул	1,15±1,18	1,71±0,77	
Рецепция поддерживающих семантических формул	1,78±0,94	1,50±1,19	
Рецепция усиливающих семантических формул	2,09±0,80	2,00±0,82	



Рис. 13. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов эндовербальной линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в этологическую линейку, производился по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапевтической интервенции. Данные по этологической шкале приведены в таблице 14, на рисунке 14.

Таблица 14. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов этологической линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	БА N = 60
Агрессивное поведение	1,78±0,94	1,10±0,75	
Комфортное поведение	1,84±0,92	1,62±0,87	
Оборонительное поведение	1,20±0,89	0,96±0,76	
Пищевое поведение	1,38±0,66	1,73±0,90	
Репродуктивное поведение	1,16±0,54	1,46±0,62	

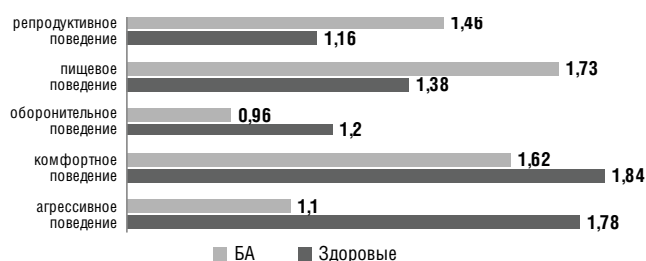


Рис. 14. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов этологической линейки в группе больных бронхиальной астмой и группе здоровых добровольцев

Исходя из полученных в ходе исследования данных, возможно идентифицировать наиболее приоритетные пути опосредования психотерапевтического эффекта в ходе сентенционно-семантической интервенции у контингента пациентов, страдающих БА, формируя систему методов психотерапии в соответствии с их компетенцией

в отношении приоритетных и приемлемых феноменов в качестве точек опосредования и избегая при этом воздействия на феномены, имеющие низкий психотерапевтический ответ.

Выводы

В ходе исследования произведен сравнительный анализ групповой вариативности феноменной части психофеноменологического профиля у контингента пациентов, страдающих бронхиальной астмой, в сравнении с группой здоровых добровольцев, в частности следующих феноменных «линеек»: ассоциативно-идеаторная, аффективная, дефензивная, индуктивная, катартическая, когнитивно-гностическая, конативная, мнестическая, перцептивно-прозектическая, психодинамическая, суггестивная, трансвая, эндовербальная, этологическая.

Выявлены неприоритетные, приемлемые и приоритетные в отношении эффекта психотерапии феномены.

Список использованной литературы

1. Чузунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: [Учебное пособие] / В. В. Чузунов. – Х.: Наука, 2010 – 304 с.
2. Чузунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чузунов. – 2-е изд. стереотипн. – К.: Здоров'я; Х.: Око. – Наука, 2008. – 768 с.
3. Чузунов В. В. Клинико-психофеноменологический метод / В. В. Чузунов, Б. В. Михайлов // Медична психологія. – 2010. – № 2 – С. 3–15.
4. Чузунов В. В. Общая семиология и клиническая семиотика психотерапии и психофеноменологический профиль / В. В. Чузунов, В. А. Курило, Ю. И. Заседа // Здоровье мужчины. – 2011. – № 2. – С. 73–78.
5. Чузунов В. В. Психотерапевтическая феноменология, клинические эффективные синдромы в психотерапии и их коррелят-механизмы / В. В. Чузунов // Архив психиатрии. – 2002. – № 4 (31). – С. 202–206.
6. Чузунов В. В. Теоретичне, клініко-діагностичне, медико-психологічне, психотехнічне та психопатологічне обґрунтування, й оцінка психотерапії психогенно-обумовлених розладів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: 19.00.04. – Харків: Харк., медична академія післядипломної освіти, 2007. – 40 с.
7. Association of anxiety with asthma: subjective and objective outcome / L. Fernandes [et al.] // Psychosomatics. – 2010. – № 51 (1). – P. 39–46.
8. Psychological factors and asthma quality of life: a population based study / R. J. Adams, D. H. Wilson, A. W. Taylor [et al.] // Thorax. – 2004. – № 59. – P. 930–935.
9. The impact of psychological distress on functional disability in asthma / N. Schmitz [et al.] // Psychosomatics. – 2009. – № 50 (1). – P. 42–49.

КЛІНІКО-ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ КОНТИНГЕНТУ ПАЦІЄНТІВ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Ю.І. Заседа

З метою ідентифікації ступеня та характеру варіабельності уніфікованого психофеноменологічного профілю в континуумі патоперсоналогічної трансформації в контингенті пацієнтів, що страждають на бронхіальну астму, було проведено обстеження 60 пацієнтів, що страждають на БА (основна група), а також 100 умовно здорових осіб (група порівняння) за допомогою клініко-психофеноменологічного, психодіагностичного, клініко-психопатологічного і статистичного методів, а також методів аналізу і синтезу. При цьому виявлені неприоритетні, прийнятні та пріоритетні у відношенні ефекту психотерапії феномени.

Ключові слова: клініко-психофеноменологічний метод, психофеноменологічний профіль, психосоматози, бронхіальна астма.

CLINICALLY-PSYCHOPHENOMENOLOGICAL CHARACTERISTIC OF PATHOPERSONOLOGICAL TRANSFORMATION OF CONTINGENT OF PATIENTS SUFFERING FROM BRONCHIAL ASTHMA

Y. Zaseda

To identify the extent and nature of the variability of the unified psychophenomenological profile in pathopersonological transformation continuum in the cohort of patients suffering from bronchial asthma, a study was conducted of 60 patients with asthma, which amounted to a basic group, and 100 apparently healthy individuals (control group) using clinically-psychophenomenological, psychodiagnostic, clinically-psychopathological and statistical methods as well as methods of analysis and synthesis. Non-priority, acceptable and priority phenomena in relation to the effect of psychotherapy were revealed.

Key words: clinically-psychophenomenological method, psychophenomenological profile, somatoform disorders, bronchial asthma.

О.М. Авраменко¹, О.О. Хаустова²

ХВОРОБЛИВА ПОВЕДІНКА У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ

¹Клінічна лікарня «Феофанія», м. Київ²Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ
7974247@gmail.com

Ключові слова:
психічні розлади,
хронічний біль,
депресивний розлад,
тривожний розлад,
больова поведінка.

Актуальність. Формування хворобливої поведінки у пацієнтів з хронічним болем залежить від взаємодії цілої низки біологічних, психологічних і соціальних факторів, серед яких чільне місце посідає психоемоційний стан хворих. Враховуючи багатфакторний суб'єктивний характер сприйняття болю і реагування на нього, у частини пацієнтів з ХБС формується специфічна больова поведінка, що перешкоджає процесу видужання та значно його подовжує.

Метою дослідження була оцінка предикторів формування хворобливої поведінки у пацієнтів з ХБС залежно від наявності супутнього психічного розладу у вигляді депресивного епізоду (ВДР), генералізованого тривожного розладу (ГТР) та тривожно-депресивного розладу (ТДР).

Методи. Було проаналізовано соціально-демографічні характеристики, особливості ХБС 135 пацієнтів з ХБС неонкологічного генезу та НПП. Було проведено обстеження за шкалою DIRE.

Результати. Соціально-демографічні характеристики і окремі риси ХБС істотно не впливали на формування хворобливої поведінки. Наявність НПП (депресивних, тривожних та змішаних) за підшкалою фактора ризику шкали DIRE достовірно ($p < 0,05$) асоційовані з больовою поведінкою. Сумарний бал шкали DIRE в зворотній інтерпретації також вказує на схильність до формування больової поведінки.

Висновки. Необхідно проводити діагностику НПП у пацієнтів з ХБС для виявлення ризику формування хворобливої больової поведінки. Можливе розширення сфери клінічного використання шкали DIRE для визначення схильності до хворобливої поведінки у пацієнтів з ХБС.

Актуальність. М. Lefkowitz ще у 2003 році сформулював характерні ознаки хронічного больового синдрому (ХБС): увага пацієнта постійно прикута до болю; скарги на біль мають постійний характер; пацієнт драматизує больові відчуття, наочно їх демонструючи (зойк, стогін, гримаси, накульгування тощо); використання безлічі різноманітних ліків; часте звертання за медичною допомогою; погіршення сімейних стосунків (чоловік/ жінка відчуває занепокоєння, депресію і страх) [1, 2, 6]. У низки пацієнтів з ХБС формується специфічна больова поведінка, що перешкоджає процесу видужання та значно його подовжує. Частина пацієнтів опановує біль, частково зменшує фіксацію уваги на ньому, починає сприймати його як дещо належне та неминуче, продовжуючи вести звичний спосіб життя з нормальним повсякденним рівнем діяльності. Але у багатьох випадках пацієнти з ХБС стають надмірно «підлеглими» й залежними: вони потребують більшої уваги, відчувають себе надмірно хворими і формують хворобливу обмежувальну поведінку зі зменшенням активності й зняттям з себе відповідальності щодо повсякденних обов'язків [5, 13, 16, 22, 27, 31, 38, 43].

Хронічний біль, на думку різних авторів, у 10–100% випадків поєднується з депресією. Причинно-наслідковий зв'язок ХБС і депресії підтверджується наступними висновками багатьох досліджень: депресія і біль мають певні однакові характеристики, але є різними хворобливими станами; депресія передуює хронічному болю; епізоди депресії перед епізодами хронічного болю є предикторами її розвитку після виникнення болю; де-

пресія є наслідком хронічного болю; дезадаптивні копінг-стратегії сприяють взаємодії депресії і хронічного болю. Причому більшість з дослідників приходять до висновку, що біль та інвалідизація передують депресії [4, 7, 8, 17, 19, 21, 24, 25, 28, 29, 30, 34, 35, 39, 40, 42].

Ще у 1996 році Von Korff & Simon зробили епідеміологічні узагальнення щодо понад 25 тисяч обстежених пацієнтів з НПП і ХБС у загальній медичній практиці, зауваживши, що біль тісно пов'язаний з тривожними й депресивними розладами [18]. На їх думку, залежність інтенсивності та кількості вогнищ болю від життєвих подій є предиктором депресивних і, частково, тривожних розладів. Поєднання болю і депресії супроводжується зниженням життєвого тону, розладами сну і тривогою. Втім, такі пацієнти не демонструють відчуття провини і бажання усамітнитися. Автори також зауважили, що при гострому болю психологічний дистрес і зниження працездатності мають легкий і транзиторний характер, але значно погіршуються при хронізації й ускладненні симптоматики. Причому, саме біль, а не наявність хронічного соматичного захворювання, асоціюється з розвитком депресивного розладу, особливо на тлі плинних підпорогових депресивних симптомів. Найстійкіша кореляція в цьому та низці інших досліджень була визначена щодо тяжкості болю, наявності декількох больових вогнищ і певної локалізації (насамперед шия, а також груди і живіт) [2, 5, 7, 10, 11].

Також відомо про поєднання ХБС з тривожними розладами та порушеннями сну. Низка досліджень щодо факторів ризику рецидиву депресивних і тривожних

розладів підтверджує, що підпорогові депресивні й тривожні симптоми є найпослідовнішими прогностичними факторами появи тривоги і депресії, особливо при приєднанні болю [4, 6–12, 24, 32, 36, 37]. Тривожні і тривожно-депресивні розлади більшою мірою асоційовані із болем кардіореспіраторного генезу, порівняно зі шлунково-кишковим та скелетно-м'язовим болем [2, 10, 14, 15].

Дослідження сканування головного мозку підтвердили наявність спільних патофізіологічних шляхів – перекриття нейронних мереж емоцій і болю, особливо у префронтальних кіркових ділянках мозку [12, 14]. Біль може спричинити такі зміни, як дерегуляція симпато-адреналової осі (збільшення рівня кортизолу) і вегетативної нервової системи (збільшення симпатичної або зменшення парасимпатичної функції), що призводить, насамперед, до нового епізоду депресивного розладу. Попередні депресивні епізоди роблять пацієнта більш уразливим до болю [11, 23, 26]. Рецидиви тривожних розладів не мають таких стійких кореляцій із ХБС, за винятком ПТСР [16]. Але поєднання болю з депресією призводить до збільшення тривожної симптоматики [32, 36].

Багаточисленні дослідження довели, що вдала терапія ХБС негативно впливає на депресію і навпаки [10, 11, 16, 33]. Науковці вважають, що лікування депресії має тривати до повної ремісії, особливо у тих пацієнтів, які зазнають значущого болю, бо вони складають групу підвищеного ризику [2, 10, 11, 23, 41].

Опорними точками терапії хронічного болю, за даними багатьох закордонних і вітчизняних досліджень, є скринінг психічних і наркологічних розладів, уникнення прийому анагетиків та седатиків-гіпнотиків на регулярній основі з підвищенням доз, адекватна фармакотерапія афективних розладів, фізіотерапія, достатній комплаєнс, максимально раннє повернення до роботи, редукуючий вплив родини на хворобливу поведінку [11, 15, 18, 31].

Метою дослідження була оцінка предикторів формування хворобливої поведінки у пацієнтів з ХБС залежно від наявності супутнього психічного розладу у вигляді депресивного епізоду (ВДР), генералізованого тривожного розладу (ГТР) та тривожно-депресивного розладу (ТДР).

Матеріали та методи дослідження

Ми провели скринінг 187 пацієнтів з ХБС (коди стану за МКХ–10 R52.1, R52.2), які проходили лікування у відділенні функціональної неврології Клінічної лікарні «Феофанія» ДУС. За критеріями включення/виключення було відібрано 171 особу, з яких до подальшого аналізу включено 135 осіб, які склали клінічний матеріал дослідження та були поділені на основну (ОГ) та контрольну групу (КГ). Всі пацієнти були обстежені за критеріями МКХ–10 на наявність депресивного епізоду (ВДР), тривожного розладу (ТР) та тривожно-депресивного розладу (ТДР). В основну групу увійшло 99 пацієнтів, які на тлі ХБС мали неспсихотичні психічні розлади тривожно-депресивного спектра, визначені за МКХ–10. За результатами обстеження пацієнтів було поділено на три групи: ОГ1 – ХБС+ВДР (R52.1–2+F32–33) кількістю 32 особи; ОГ2 – ХБС+ТР (R52.1–2+F41.0–1) кількістю 34 особи; ОГ3 – ХБС+ТДР (R52.1–2+F41.2–3,F43.22) кількістю 33 особи. У групу контролю (КГ) увійшли особи з ХБС без

психічних розладів неспсихотичного регістру, їх кількість становила 36 осіб.

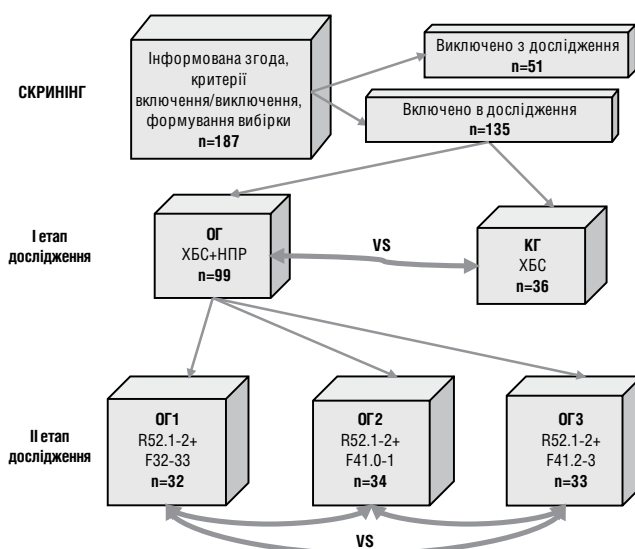


Рисунок. Дизайн дослідження

Серед обстежених пацієнтів було 50 чоловіків (37,1%) і 85 жінок (62,9%), (табл. 1). Розподіл за статтю в усіх досліджених групах достовірно не різнився ($P=0,1032$).

Таблиця 1. Розподіл обстежених осіб за статтю (n=171)

Групи	ОГ1 (n=32)		ОГ2 (n=34)		ОГ3 (n=33)		КГ (n=36)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Чоловіки	11	34,4	13	38,2	12	36,4	14	38,9
Жінки	21	65,6	21	61,8	21	64,6	22	61,1

Вік пацієнтів був у межах 20–75 років, із переважаням осіб старшої вікової категорії в усіх групах (табл. 2). Найбільшу питому частку, до 1/3 усіх обстежених, склали особи вікової категорії 51–65 років (відповідно ОГ1 – 31,3%, ОГ2 – 29,4%, ОГ3 – 33,3%, КГ – 30,6%), причому середній вік в окремих групах достовірно не відрізнявся ($P=0,1086$). Втім, варто відмітити певну тенденцію до накопичення осіб більш старшого віку в групі ОГ1 та молодшого віку в групі ОГ2.

Таблиця 2. Розподіл обстежених осіб за віком (n=171)

Групи	ОГ1 (n=32)		ОГ2 (n=34)		ОГ3 (n=33)		КГ (n=36)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
20–35 т	5	15,6	7	20,6	6	18,2	7	19,4
36–50 т	8	25,0	10	29,4	7	21,2	8	22,2
51–65 т	10	31,3	10	29,4	11	33,3	11	30,6
>65д	9	28,1	7	20,6	9	27,2	10	27,8
Середній вік	57,6±9,8		53,66±10,3		55,8±8,5		56,2±9,6	

Таким чином, досліджувані групи є репрезентативними за віком і статтю, що й передбачалось умовами дослідження.

Був проведений аналіз досліджуваних груп з використанням «Мультимодальної карти обстеження психосоматичного пацієнта з хронічним болем» за соціальними-демографічними (статтю, віком, сімейним станом, ступенем трудової зайнятості), клінічними (соматичною

обтяженістю, окремими характеристиками ХБС) показниками, а також за шкалою DIRE.

В адаптованій клінічній настанові, заснованій на доказах «Контроль болю» (Київ, 2011) зазначено, що оцінка DIRE, як клінічний рейтинг, використовується для прогнозування доцільності й ефективності тривалого застосування опіоїдної аналгезії з приводу ХБС неонкологічного генезу. Вона складається з 4 факторів, які оцінюються окремо, а потім складаються, щоб створити оцінку DIRE: діагностика (D), невіддатливість (I), ризик (R) і ефективність (E). Фактор ризику, в свою чергу, розбивається на чотири підкатегорії, в яких рейтинг визначається окремо; потім бали складаються, щоб отримати сукупний показник. Підкатегорії ризику – це психологічне здоров'я (пз), хімічне здоров'я (хз), достовірність (д) і соціальна підтримка (сп). Кожен фактор оцінюється за шкалою Лікарта від 1 до 3, де 1 відповідає найменш переконливому або найменш сприятливому випадку призначення опіоїдів, а 3 відповідає найбільш переконливому або сприятливому випадку призначення опіоїдів. Загальний показник використовується для визначення того, чи є пацієнт підходящим кандидатом для опіоїдної аналгезії. Результати можуть варіюватися від 7 балів, як найнижчий показник (пацієнт отримує всі 1) до 21 бала, як найвищий показник (пацієнт отримує всі 3). У дослідженні надійності та достовірності більш високі бали (14 або вище) свідчать про більш успішний процес призначення щодо податливості пацієнта та ефективності лікування опіоїдними анальгетиками, а отже – про менший ризик формування хворобливої больової поведінки.

Навпаки, результат DIRE 7–14 балів свідчить, що пацієнту недоцільно призначати довготривалу опіоїдну аналгезію насамперед через велику схильність до формування хворобливої поведінки. Шкала DIRE дозволяє зосередити увагу на значущих проблемах в лікуванні ХБС, а саме: погане самопочуття пацієнта з ХБС на тлі мінімальних об'єктивних даних або відсутності певного діагнозу; зловживання алкоголем, снодійними або іншими ПАР; психічні розлади; комплаєнс і результат попередньої терапії; спосіб життя і ступінь соціальної підтримки тощо.

Результати та їх обговорення

В межах соціально-демографічного методу нами був оцінений сімейний стан пацієнтів з ХБС та ступінь трудової зайнятості в залежності від психічного стану.

Понад половина обстежених відповіли, що проживають у родині (57,0%), 21,5% були розлучені, 5,2% є одинаками, 11,1% – вдівцями / удовами, 5,2% перебували у цивільному шлюбі (табл. 3). Очікувано, найбільша питома частка одружених була серед осіб середньої вікової категорії ($p < 0,05$).

Таблиця 3. Розподіл обстежених осіб за сімейним станом (n=171)

Групи	ОГ1 (n=32)		ОГ2 (n=34)		ОГ3 (n=33)		КГ (n=36)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Одинок (-чка)	2	6,3	2	5,9	2	6,1	1	2,8
Розлучений (-а)	8	25,0	7	20,6	8	24,2	6	16,6
Вдівець (вдова)	4	12,5	4	11,8	5	15,1	2	5,6
Подружжя	17	53,1	19	55,8	17	51,6	24	66,7
Цивільний шлюб	1	3,1	2	5,9	1	3,0	3	8,3

Позитивно оцінити проживання у родині можна лише за умови наявності соціальної підтримки у родині на тлі сприятливого психологічного родинного клімату (табл. 4). Аналіз результатів опитування засвідчив, що більшість пацієнтів оцінює психологічний клімат в своїй родині як сприятливий з більшим (53,5%) або меншим (27,1%) ступенем впевненості, 16,2% не впевнені у своїй оцінці, і лише 3,2% відповіли на питання заперечно.

Таблиця 4. Розподіл обстежених осіб за сімейним благополуччям (n=171)

Сприятливий психологічний клімат у родині	ОГ1 (n=32)		ОГ2 (n=34)		ОГ3 (n=33)		КГ (n=36)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Впевнено так	19	59,4	17	50,0	16	48,9	20	55,6
Скоріше так	8	25,0	10	29,5	8	24,2	11	30,6
Скоріше ні	4	12,5	6	17,6	7	21,2	5	13,8
Впевнено ні	1	3,1	1	2,9	2	6,1	-	-

Переважає більшість пацієнтів в усіх групах працювали (повний робочий день+часткова зайнятість) – відповідно 48,1% та 23,7%, що сумарно складає 71,8%. Причому, частина пенсіонерів також увійшли в групу осіб з повною та частковою зайнятістю (9 осіб, 6,7%).

Таблиця 5. Розподіл обстежених осіб за ступенем трудової зайнятості (n=171)

Групи	ОГ1 (n=32)		ОГ2 (n=34)		ОГ3 (n=33)		КГ (n=36)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Повний робочий день	14	43,8	18	56,3	14	42,4	19	52,8
Часткова зайнятість	7	21,9	8	23,5	9	27,3	8	22,2
Безробітний	1	3,1	2	5,9	1	3,0	3	8,3
Непрацюючий член родини	3	9,4	2	5,9	2	6,1	-	-
Пенсіонер	4	12,5	3	8,9	4	12,1	5	13,9
Інвалід	3	9,4	1	2,9	3	9,1	1	2,8

Пацієнти усіх груп отримували стандартне лікування з приводу спондилолітезу (33 особи, 24,4%), остеохондрозу (48 осіб, 35,6%), артритів (21 особа, 15,6%) і посттравматичних змін (33 особи, 24,4%) (табл. 6).

Таблиця 6. Розподіл обстежених осіб за соматичною обтяженістю (n=171)

Групи	ОГ1 (n=32)		ОГ2 (n=34)		ОГ3 (n=33)		КГ (n=36)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Спондилолітез	8	15,6	9	20,6	8	18,2	8	19,4
Остеохондроз	10	25,0	13	29,4	11	21,2	14	22,2
Артрити (артралгії)	6	31,3	4	29,4	5	33,3	6	30,6
Посттравматичні зміни ОРА	8	28,1	8	20,6	9	27,2	8	27,8

Стаж больового синдрому складав ($13,7 \pm 6,5$) років. Частота загострень становила ($4,9 \pm 2,6$) разів на рік. Кількість вогнищ болю сягала ($1,8 \pm 0,9$). Пацієнти мали хронічний неускладнений больовий синдром з наступними ознаками: біль залежав від фізичної активності (зменшувався після відпочинку); напади були спровоковані фізичним навантаженням; біль мав рецидивуючий характер; локалізація – спина, верхня частина ноги; відсутність загострення неврологічної симптоматики; нормальний соматичний стан. Неврологічно: переважно хронічна вертеброгенна люмбалгія, люмбошіалгія (табл. 7).

Таблиця 7. Розподіл обстежених осіб за характеристиками хронічного больового синдрому (n=171)

Групи	ОГ1 (n=32)		ОГ2 (n=34)		ОГ3 (n=33)		КГ (n=36)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Залежність від фізичної активності	61	61	58	58	11	54	11	72
Рецидивуючий характер	9	96,7	7	92	9	94	10	86
Тривалість болю >90 днів		67		57		72		37
Стаж больового синдрому	15,3±6,6		11,4±5,2		16,1±8,6		12,2±5,5	
Частота загострень	5,2±2,6		4,9±2,6		5,1±2,8		4,2±2,2	
Кількість вогнищ болю	2,2±0,9		1,9±1,2		1,9±0,8		1,2±0,6	

За шкалою DIRE (табл. 8) ми отримали результати, що дозволили вважати її придатною для визначення схильності пацієнта до формування хворобливої поведінки. Показник фактора діагнозу (щодо ХБС) для всіх груп обстежених пацієнтів суттєво не відрізнявся і балансував навколо 2 балів, відображаючи, здебільшого, повільнопрогресуючі стани з помірним болем або фіксовані стани з середніми об'єктивними даними. Як доброякісні хронічні стани з мінімальними об'єктивними даними, так і занедбані стани, асоційовані з сильним болем з об'єктивними даними не мали значущої питомої ваги.

Щодо фактора невіддатливості, була відмічена достовірна різниця між КГ і ОГ1 (відповідно 2,6 VS 1,3; $p<0,05$). Така ж тенденція, яка, втім, не досягла рівня достовірності, простежена між КГ і ОГ3 (відповідно 2,6 VS 1,5). Отже, саме наявність депресії, в тому числі у поєднанні із тривогою, створює певні бар'єри в лікуванні пацієнтів з ХБС і частково визначає пасивну роль пацієнта в лікувальному процесі.

Складний фактор ризику шкали DIRE виявився дуже показовим щодо обстежених груп пацієнтів з ХБС у більшості підкатегорій: психологічне здоров'я (пз), хімічне здоров'я (хз) і соціальна підтримка (сп), за виключенням достовірності (д). Якщо в підкатегорії «пз» достовірність ($p<0,05$) відмінностей між КГ та групами ОГ1, ОГ3 (відповідно 3,0 VS 1,5; 1,4) та наочна тенденція до такої щодо груп КГ і ОГ2 (відповідно 3,0 VS 1,7) була відображенням умов формування досліджуваних груп (наявність розладу психіки в групах ОГ1–3 та їх відсутність в групі КГ), то в підкатегорії «сп» була відзначена достовірна різниця ($p<0,05$) між КГ та групами ОГ1–3 (відповідно 2,9 VS 1,4; 1,5; 1,3). Клінічно це виглядало як зменшення соціальної активності (деяких зв'язків і життєвих ролей) різного ступеня виразності, підтримувальних взаємин сім'ї/близьких родичів

і збільшення соціальної ізоляції попри те, що більшість пацієнтів оцінювала психологічний клімат в своїй родині як сприятливий (табл. 4). Підкатегорія «хз» продемонструвала набагато менші розбіжності, враховуючи те, що пацієнти з НПР вже мають досвід лікування психотропними ліками, додатково до досвіду прийому ліків для знеболювання с приводу ХБС (КГ VS ОГ1–3 відповідно 2,8 VS 1,8; 1,6; 1,7). В підкатегорії комплаєнсу «д» групи пацієнтів з тривогою виявилися більш схильними до порушення режиму лікування (відповідно (ОГ2 – 1,7; ОГ3 – 1,9), порівняно з депресивними пацієнтами (ОГ1 – 1,9) та контрольною групою (2,7), але без ознак достовірності. Останній фактор ефективності лікування продемонстрував достовірну ($p<0,05$) відмінність тільки в порівнянні КГ з ОГ1 (2,8 VS 1,3), групи ОГ2–3 мали чітку, але не достовірну тенденцію до такої відмінності (КГ VS ОГ2–3 відповідно 2,8 VS 1,7; 1,5).

Загальний бал D+I+R+E у всіх групах пацієнтів з НПР виявився меншим за 12 (ОГ1–3 відповідно 11,7; 11,8; 11,3), а в КГ сягнув 19 балів. Враховуючи загальноприйняту в світі інтерпретацію шкали DIRE (прямий відлік) і результати нашого дослідження (зворотний відлік), зауважуємо, що пацієнти з ХБС із КГ придатні до для довготривалої опіоїдної аналгезії та не схильні до формування хворобливої поведінки (бали 14–21). Навпаки, пацієнти з НПР на тлі ХБС (групи ОГ1–3) не придатні для довготривалої опіоїдної аналгезії та мають схильність до формування хворобливої поведінки (бали 7–13), особливо за поєднання тривоги й депресії.

Висновки

Проживання у родині, особливо зі сприятливим психологічним кліматом, є певним запобіжником (тенденція, але не достовірна) НПР у пацієнтів з ХБС. Більш низький рівень трудової зайнятості був асоційований з наявністю депресивних та тривожно-депресивних, але не суто тривожних розладів. Вид соматичної обтяжливості та окремі характеристики ХБС не мали достовірного впливу на формування хворобливої больової поведінки, але стаж больового синдрому, частота загострень і кількість вогнищ болю мали тенденцію до збільшення у пацієнтів з депресивними та тривожно-депресивними НПР.

За шкалою DIRE для пацієнтів з ХБС неонкологічного генезу, в її стандартній інтерпретації: пацієнти з ХБС із КГ придатні для довготривалої опіоїдної аналгезії. Враховуючи загальний бал, а також окремо фактори ризику, невіддатливості та ефективності лікування вони не схильні до формування хворобливої поведінки. Навпаки, пацієнти з НПР на тлі ХБС непридатні для довготривалої опіоїдної аналгезії та мають схильність до формування хворобливої поведінки, особливо за поєднання тривоги й

Таблиця 8. Розподіл обстежених осіб за шкалою DIRE (n=171) (кількість балів)

Групи		ОГ1 (n=32)		ОГ2 (n=34)		ОГ3 (n=33)		КГ (n=36)	
Діагноз		2,1		1,8		2,0		2,2	
Невіддатливість		1,3*		1,8		1,5		2,6*	
Ризик	психологічне здоров'я	7,0	1,5*	6,5	1,7	6,3	1,4*	11,4	3,0*
	хімічне здоров'я		1,8		1,6		1,7		2,8
	комплаєнс (достовірність)		2,3		1,7		1,9		2,7
	соціальна підтримка		1,4*		1,5*		1,3*		2,9*
Ефективність лікування		1,3*		1,7		1,5		2,8*	
Загальний бал		11,7		11,8		11,3		19,0	

Примітка: * $p<0,05$.

депресії. Отримані результати дозволяють рекомендувати розширення сфери клінічного використання шкали DIRE для визначення хворобливої поведінки у пацієнтів з ХБС.

Список використаної літератури

- Берсенева В. Біль у спині / В. Берсенева. – К.: Аверс, 2008. – 158 с.
- Бронштейн А. С. Изучение и лечение боли (обзор литературы и постановка задачи) / В. Л. Ривкин, А. С. Бронштейн // Медицина неотложных состояний. – 2009. – № 2. – С. 29–33.
- Вахнина Н. В. Хроническая пояснично-крестцовая боль: диагностика и лечение / Н. В. Вахнина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2010. – № 3. – С. 30–34.
- Вознесенская Т. Г. Хроническая боль и депрессия / Т. Г. Вознесенская // Фарматека. – 2008. – № 6. – С. 10–15.
- Воробьева О. В. Диагностика и лечение боли в спине / О. В. Воробьева // Нейроновс. – 2010. – № 5. – С. 50–54.
- Голубев В. Л. Психологические установки пациента и переживание боли. Обзор / В. Л. Голубев, А. Б. Данилов // РМЖ. Специальный выпуск «Болевой синдром» – 2009. – С. 11–14.
- Данилов А. Б. Биопсихосоциальная модель и хроническая боль / А. Б. Данилов // Российский журнал боли – 2010. – № 1 (26) – С. 3–8.
- Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія) / Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. [Хобзей М.К., Пінчук І.Я., Марценковський І.А. та ін.] – К., 2014. – 82 с.
- Діагностика афективних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями / О. О. Хаустова, О. В. Бушинська, О. В. Прохорова, С. Г. Сахно // Психіатрична допомога. Інформаційний бюлетень. – 2014. – №1. – С. 24–29.
- Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике: практическое руководство для врачей / Т. Дж. Стайнер и др.; пер. с англ. Ю. Э. Азимовой, В. В. Осиповой; науч. ред. В. В. Осипова, Т. Г. Вознесенская, Г. Р. Табеева. – М.: ООО ОГИ. Рекламная продукция – 2010. – 56 с.
- Контроль болю. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. – Київ, 2011. – 262 с.
- Кузнецова Е. А. Функциональная активность мозга при хронических ежедневных головных болях / Е. А. Кузнецова, Э. З. Якупов // Российский журнал боли. – 2011. – № 2 (31). – С. 30–31.
- Кукушкин М. Л. Механизмы патологической боли / М. Л. Кукушкин, В. К. Решетняк // Медицина неотложных состояний. – 2009. – № 2. – С. 34–39.
- Левада О. А. Нейропсихология боли / О. А. Левада // Нейроновс. – 2011. – № 3. – С. 22–24.
- Махамбетчин М. М. Вторичная болевая реакция – новый параметр болевой чувствительности / М. М. Махамбетчин // Боль. – 2009. – № 2. – С. 19–23.
- Невропатическая боль: клинические наблюдения / под ред. Н. Н. Яхно, В. В. Алексеева, Е. В. Подчуфаровой, М. Л. Кукушкина. – М.: Издательство РАМН. – 2009. – 264 с.
- Оптимізація підходів до надання психіатричної допомоги відповідно до сучасних потреб учасників бойових дій: методичні рекомендації / [Богомолець О. В., Пінчук І. Я., Друзь О. В. та ін.] – Київ, 2014. – 46 с. 16
- Чабан О. С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) [Посібник] / Чабан О. С., Хаустова О. О. – К.: ТОВ "ДСГ Лмд", 2004. – 96 с.
- Arthritis pain and disability: response to collaborative depression care / Lin E. H., Tang L., Katon W. [et al.] // Gen. Hosp. Psychiatry. – 2006. – Vol. 28. – P. 482–486.
- Borsook D. The pain imaging revolution: advancing pain into the 21st century / D. Borsook, S. Sava, L. Becerra // Neuroscientist. – 2010. – Vol. 16. – P. 171–185.
- Campbell L. C. Persistent pain and depression: a biopsychosocial perspective / L. C. Campbell, D. J. Clauw, F. J. Keefe // Biol Psychiatry. – 2003. – Vol. 54. – P. 399–409.
- Chronic pain and pain-related disability across psychiatric disorders in a clinical adolescent sample / Mangerud W. L., Bjerkeset O., Lydersen S., Indredavik M. S. // BMC Psychiatry. – 2013. – Vol. 13. – P. 272.
- Collaborative care for chronic pain in primary care: a cluster randomized trial / S. K. Dobscha, K. Corson, N. A. Perrin [et al.] // JAMA. – 2009. – Vol. 301. – P. 1242–1252.
- 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.
- Depressive episode characteristics and subsequent recurrence risk / Patten S. B., Williams J. V., Lavorato D. H. [et al.] // J. Affect. Disord. – 2012. – Vol. 140. – P. 277–284.
- Elliott A. M. The course of chronic pain in the community: results of a 4-year follow-up study / A. M. Elliott, B. H. Smith, P. C. Hannaford // Pain. – 2002. – Vol. 99. – P. 299–307.
- Grading the severity of chronic pain / Von Korff M., Ormel J., Keefe F. J., Dworkin S. F. // Pain. – 1992. – Vol. 50. – P. 133–149.
- Impact of pain on depression treatment response in primary care / Bair M. J., Robinson R. L., Eckert G. J. [et al.] // Psychosom. Med. – 2004. – Vol. 66. – P. 17–22.
- Impact of pain on the course of depressive and anxiety disorders / Gerrits J. G., Vogelzangs N., van Oppen P. [et al.] // Pain. – 2012. – Vol. 153. – P. 429–436.
- Long-term risk for depressive symptoms after a medical diagnosis / Polsky D., Doshi J. A., Marcus S. [et al.] // Arch Intern Med. – 2005. – Vol. 165. – P. 1260–1266.
- Multimorbidity and quality of life: a closer look / M. Fortin, M. F. Dubois, C. Hudon [et al.] // Health Qual Life Outcomes. – 2007. – Vol. 5. – P. 52.
- Pain interference impacts response to treatment for anxiety disorders / Teh C. F., Morone N. E., Karp J. F. [et al.] // Depress. Anxiety. – 2009. – Vol. 26. – P. 222–228.
- Preacher K. J. Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models / K. J. Preacher, A. F. Hayes // Behav. Res. Methods. – 2008. – Vol. 40. – P. 879–891.
- Psychosocial impairment and recurrence of major depression / Solomon D. A., Leon A. C., Endicott J. [et al.] // Compr. Psychiatry. – 2004. – Vol. 45. – P. 423–430.
- Reciprocal relationship between pain and depression: a 12-month longitudinal analysis in primary care / K. Kroenke, J. Wu, M. J. Bair [et al.] // J. Pain. – 2011. – Vol. 12. – P. 964–973.
- Recurrence of anxiety disorders and its predictors / Scholten W. D., Batelaan N. M., van Balkom A. J. [et al.] // J. Affect. Disord. – 2013. – Vol. 147. – P. 180–185.
- Relationships among pain, anxiety, and depression in primary care / Means-Christensen A. J., Roy-Byrne P. P., Sherbourne C. D. [et al.] // Depress Anxiety. – 2008. – Vol. 25. – P. 593–600.
- Relationships among psychosocial functioning, diagnostic comorbidity, and the recurrence of generalized anxiety disorder, panic disorder, and major depression / Rodriguez B. F., Bruce S. E., Pagano M. E., Keller M. B. // J. Anxiety. Disord. – 2005. – Vol. 19. – P. 752–766.
- Sambamoorthi U. Excess risk of chronic physical conditions associated with depression and anxiety / R. Bhattacharya, C. Shen // BMC Psychiatry. – 2014. – Vol. 14. – P. 10.
- The association of depression and painful physical symptoms—a review of the European literature / A. Garcia-Cebrian, P. Gandhi, K. Demyttenaere, R. Peveler // Eur. Psychiatry. – 2006. – Vol. 21. – P. 379–388.
- The impact of chronic pain in the community / Smith B. H., Elliott A. M., Chambers W. A. [et al.] // Fam. Pract. – 2001. – Vol. 18. – P. 292–299.
- The impact of chronic somatic diseases on the course of depressive and anxiety disorders / Gerrits J. G., van Oppen P. [et al.] // Psychother Psychosom. – 2013. – Vol. 82. – P. 64–66.
- The longitudinal relation between chronic diseases and depression in older persons in the community: the Longitudinal Aging Study Amsterdam / Bisschop M. I., Kriegsman D. M., Deeg D. J. [et al.] // J. Clin. Epidemiol. – 2004. – Vol. 57. – P. 187–194.
- The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA): rationale, objectives and methods / Penninx B. W., Beekman A. T., Smit J. H. [et al.] // Int. J. Methods. Psychiatr. Res. – 2008. – Vol. 17. – P. 121–140.

БОЛЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

О.Н. Авраменко, Е.А. Хаустова

Актуальность. Формирование болевого поведения у пациентов с хронической болью зависит от взаимодействия целого ряда биологических, психологических и социальных факторов, среди которых главное место занимает психоэмоциональное состояние больных. Учитывая многофакторный субъективный характер восприятия боли и реагирования на нее, у части пациентов с ХБС формируется специфическое болевое поведение, которое препятствует процессу выздоровления или значительно его удлиняет.

Целью исследования была оценка предикторов формирования болевого поведения у пациентов с ХБС в зависимости от наличия сопутствующего психического расстройства в виде депрессивного эпизода (БДР), генерализованного тревожного расстройства (ГТР) и тревожно-депрессивного расстройства (ТДР).

Методы. Были проанализированы социально-демографические характеристики, особенности ХБС 135 пациентов с ХБС неонкологического генеза и НППР. Было проведено обследование по шкале DIRE.

Результаты. Социально-демографические характеристики и отдельные черты ХБС существенно не влияли на формирование болевого поведения. Наличие НППР (депрессивных, тревожных и смешанных) по подшкалам фактора риска шкалы DIRE достоверно ($p < 0,05$) ассоциировано с болевым поведением. Суммарный балл шкалы DIRE в обратной интерпретации также указывает на склонность к формированию болевого поведения.

Выводы. Необходимо проводить диагностику НППР у пациентов с ХБС для выявления риска формирования болевого поведения. Возможно расширение сферы клинического использования шкалы DIRE для выявления склонности к болевому поведению у пациентов с ХБС.

Ключевые слова: психические расстройства, хроническая боль, депрессивное расстройство, тревожное расстройство, болевое поведение.

PAIN BEHAVIOR IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN SYNDROMES

O. Avramenko, O. Khaustova

Relevance. Pain behavior formation in patients with chronic pain depends on the interaction of a number of biological, psychological and social factors, among which patients' emotional state is dominated. Based on multifactorial nature of subjective pain perception and response, specific pain behavior is formed in some patients with CPS and interferes with the healing process or significantly extend it.

Aim of the study was to assess predictors of forming pain behavior in patients with CPS, depending on the presence of comorbid psychiatric disorders such as depressive episode (MDD), generalized anxiety disorder (GAD), and anxiety-depressive disorder (TDS).

Methods. Were analyzed by socio-demographic characteristics and pain features in 135 patients with CPS non- cancer genesis and the non-psychotic mental disorders. A survey was conducted on a DIRE scale.

Results. Socio-demographic characteristics and individual CPS features had no significant effect on the formation of pain behavior. The presence of the non-psychotic mental disorders (MDD, GAD TDS) in subscale risk factor of DIRE scale significantly ($p < 0.05$) associated with pain behavior. The total score of DIRE scale in its reverse interpretation also indicates the tendency to the formation of pain behavior.

Conclusions. It is necessary to diagnose the non-psychotic mental disorders (MDD, GAD TDS) in patients with CPS to identify the risk of pain behavior formation. Possible extension of DIRE scale clinical application is to identify the pain behavior propensity in patients with CPS.

Key words: mental disorders, chronic pain, depression, anxiety disorder, pain behavior.

Л.Н. Юрьева, Ю.Н. Завалко, А.И. Мамчур, Я.С. Варшавский, О.А. Дмитриева,
А.А. Дугнистый, М.Г. Корень, А.Н. Лазаренко, Е.О. Латышева, В.А. Малышко,
В.А. Михалёва, В.А. Никоненко, В.И. Ракша

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РИСПЕРИДОНА В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (НАТУРАЛИСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница
Днепропетровского областного совета», г. Днепропетровск

Ключевые слова:
антипсихотическая
терапия, рисперидон,
натуралистическое
исследование.

В статье описаны результаты исследования по изучению эффективности и переносимости рисперидона у больных с психозами в реальной клинической практике. С учетом того, что в мире выполнено большое количество исследований в рамках доказательной медицины 1–2 уровней по изучению эффективности и переносимости рисперидона, уточнению спектра показаний, способов применения и продолжительности лечения и прочее, мы построили свою работу на принципах натуралистического исследования, то есть назначали рисперидон всем тем пациентам которые имели показания и не имели противопоказаний к назначению препарата согласно инструкции к применению.

Рисперидон оказался эффективным и безопасным антипсихотическим средством в медицинской практике для лечения психозов на разных стадиях – активного лечения, стабилизации состояния и для поддерживающей терапии. Прием рисперидона на протяжении нескольких месяцев показал его хорошую эффективность и переносимость для больных с психотическими расстройствами при субхроническом и хроническом применении в качестве монотерапии и, мы надеемся, займет достойное место в практике врача-психиатра.

Современная антипсихотическая терапия предполагает большой арсенал антипсихотиков второго поколения (АП2) как средств первого выбора для лечения психотических расстройств разного генеза и коморбидных аффективных нарушений. Среди них особое место занимает рисперидон – пожалуй наиболее изученный и популярный АП2 [1, 3, 4, 6]. Несмотря на наличие на фармацевтическом рынке рисперидона разных производителей появление в Украине нового рисперидона индийского производителя представляет несомненный клинический и экономический интерес.

Данный препарат – антипсихотическое средство 2 поколения. Оказывает также седативное, противорвотное и гипотермическое действие. Он является селективным моноаминергическим антагонистом с выраженным сродством к серотониновым 5-HT₂- и дофаминовым D₂-рецепторам, связывается также с α₁-адренорецепторами и при несколько меньшей аффинности – с гистаминовыми H₁- и α₂-адренорецепторами. Не обладает тропностью к холинорецепторам. Антипсихотическое действие обусловлено блокадой дофаминовых D₂-рецепторов мезолимбической и мезокортикальной системы. Седативное действие обусловлено блокадой адренорецепторов ретикулярной формации ствола головного мозга; противорвотное действие – блокадой дофаминовых D₂-рецепторов триггерной зоны рвотного центра; гипотермическое действие – блокадой дофаминовых ре-

цепторов гипоталамуса. Снижает продуктивную симптоматику (бред, галлюцинации), автоматизм. Вызывает меньшее подавление моторной активности и в меньшей степени индуцирует каталепсию, чем классические антипсихотики (нейролептики). Сбалансированный центральный антагонизм к серотонину и допамину может уменьшать риск возникновения экстрапирамидных симптомов [5–8].

Целью нашего пострегистрационного исследования было изучение эффективности и переносимости рисперидона у больных с психозами в реальной клинической практике. С учетом того, что в мире выполнено большое количество исследований в рамках доказательной медицины 1–2 уровней по изучению эффективности и переносимости рисперидона, уточнению спектра показаний, способов применения и продолжительности лечения и прочее, мы построили свою работу на принципах натуралистического исследования, то есть назначали рисперидон всем тем пациентам которые имели показания и не имели противопоказаний к назначению препарата согласно инструкции к применению [1, 3, 4–8]. Определяющими для перехода с предшествующей терапии на рисперидон были следующие критерии:

- если позитивные и негативные симптомы не контролировались предшествующей терапией;
- если пациентам не требовалась седация;
- если присутствовали экстрапирамидные нарушения;

- если пациенты страдали от чрезмерного увеличения веса;
- если ухудшались когнитивные функции;
- если пациенты испытывали антихолинергические побочные эффекты.

В исследование включались пациенты с психозами (табл. 1), мужчины (21 чел.) и женщины (9 чел.) в возрасте от 18 до 65 лет.

Таблица 1. Нозологическая принадлежность обследованных больных

Диагноз	Количество обследованных больных
Шизофрения, параноидная форма	18
Острое полиморфное психотическое расстройство	6
Шизоаффективное расстройство	2
Биполярное аффективное расстройство, маниакальный эпизод	2
Органическое бредовое расстройство	2

Психическое состояние больных оценивали клинически и по критериям МКБ-10 [2]. Динамику выраженности клинической симптоматики оценивали по шкалам оценки продуктивной и негативной симптоматики (PANSS) и по шкале общего клинического впечатления (CGI). Пациенты находились на стационарном лечении в отделениях коммунального учреждения «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета» и на амбулаторном поддерживающем лечении. Продолжительность приема рисперидона не менее 1 мес. – 30 человек, не менее 5 месяцев – 7 пациентов.

Рisperидон назначали внутрь однократно вечером с учетом фармакокинетики препарата и собственного опыта назначения рисперидона (период полувыведения рисперидона составляет около 3 ч, 9-гидрокси-рисперидона (основного метаболита с выраженным антипсихотическим действием) и активной антипсихотической фракции составляет 24 ч). Начальная доза препарата составляла 1–2 мг/сут с последующей титрацией в течение 4 дней до 4 мг/сут. В некоторых случаях доза повышалась до 6–8 мг/сут по клиническим показаниям не ранее 1–2 недель от начала лечения. Предшествующую терапию антипсихотиками получали 16 из 30 пациентов, из них

7 – рисперидон других производителей. Для 9 больных проводили постепенную отмену предшествующей терапии (галоперидол, трифлуоперазин, хлорпромазин, клозапин) в течение 2 недель, в том числе и корректоров нейролептической терапии. Для 7 пациентов, применявших рисперидон других производителей, замена препарата проводилась одномоментно в тех же дозах.

Наши исследования показали, что клинически у всех больных была отмечена выраженность симптоматики по шкале PANSS от 70 до 138 баллов, по шкале CGI от 3 до 6 баллов, что позволило разделить их на 3 клинические подгруппы в зависимости от этапа лечения (табл. 2);

Оценку выраженности клинической симптоматики проводили еженедельно с целью коррекции лечения в разных подгруппах. Для окончательного анализа использовали показатели до начала лечения, а также через 4 недели после начала лечения. Наши исследования показали, что фармакотерапия рисперидоном в течение 4 недель оказалась эффективной для 26 пациентов (78%), что потребовало продолжения терапии для тех пациентов, клиническая симптоматика которых оставалась резистентной к проводимой терапии.

В 1 клинической подгруппе (активная терапия) отмечалась редукция средней суммарной выраженности симптоматики в среднем на 37,3% (табл. 3).

При этом наибольшая степень редукции (46,6%) отмечалась среди общих симптомов шкалы, таких как необычное содержание мыслей, напряженность и тревога, загруженность психическими переживаниями, активная социальная отстраненность. Восстанавливалась критичность больных в оценке своего состояния, контроль импульсивности. В наименьшей степени (21,8%) отмечалась редукция негативных показателей за счет уменьшения выраженности так называемых «вторичных негативных симптомов», в том числе за счет отмены предшествующей терапии. Средняя суммарная выраженность по шкале CGI до начала лечения составляла ($5,6 \pm 0,55$) балла, спустя 4 недели – ($4,5 \pm 0,46$) баллов. Следовательно, рисперидон оказался достаточно эффективным антипсихотическим препаратом для лечения на стадии активной психофармакотерапии больных с психозами.

Среди пациентов 2 подгруппы (долечивающая терапия) средняя степень редукции симптомов по шкале

Таблица 2. Распределение больных по клиническим подгруппам

№ подгруппы	Этап лечения	Выраженность по шкале PANSS, баллы	Выраженность по шкале CGI, баллы	Количество больных
1	Активная терапия	Не менее 100	Не менее 5	9
2	Долечивающая терапия (стабилизация состояния)	Не менее 90	Не менее 4	14
3	Поддерживающая и профилактическая терапия	Не менее 70	Не менее 3	7

Таблица 3. Динамика выраженности клинических показателей в процессе фармакотерапии рисперидоном

Показатели PANSS	1 подгруппа, баллы		2 подгруппа, баллы		3 подгруппа, баллы	
	до начала лечения	через 4 недели	до начала лечения	через 4 недели	до начала лечения	через 4 недели
Продуктивные	$31 \pm 0,30$	$21 \pm 0,22$	$23 \pm 0,21$	$16 \pm 0,57$	$15 \pm 0,14$	$11 \pm 0,10$
Негативные	$23 \pm 0,22$	$18 \pm 0,17$	$19 \pm 0,20$	$15 \pm 0,14$	$17 \pm 0,17$	$12 \pm 0,11$
Общие	$58 \pm 0,59$	$31 \pm 0,31$	$48 \pm 0,47$	$23 \pm 0,24$	$39 \pm 0,38$	$16 \pm 0,17$
Сумма	$112 \pm 11,1$	$70 \pm 6,81$	$90 \pm 0,89$	$54 \pm 0,55$	$71 \pm 0,70$	$39 \pm 0,38$

составила 40%, что несколько опережала опережает скорость редукции в 1 подгруппе. При этом степень редукции негативных (21,1%) и продуктивных симптомов (31,5%) была практически сходной с аналогичными показателями у пациентов из 1 подгруппы. Несколько в большей степени имела место редукция общих симптомов (52,1%), что может быть объяснено воздействием на коморбидную психозу аффективную симптоматику на данном этапе лечения. Средняя суммарная выраженность по шкале CGI до начала лечения составляла (4,8±0,49) балла, спустя 4 недели – (3,9±0,37) балла. Следовательно, рисперидон оказался достаточно эффективным антипсихотическим препаратом для лечения на стадии долечивающей психофармакотерапии больных с психозами.

У больных из 3 клинической подгруппы степень редукции продуктивной симптоматики была ниже (26,7%), а негативных (29,4%) и общих симптомов (59%) – выше, чем у больных из 1 и 2 подгрупп, что может быть объяснено более продолжительным лечебным воздействием психофармакотерапии (лечение до начала исследования плюс прием рисперидона). Средняя суммарная выраженность по шкале CGI до начала лечения составляла (3,6±0,34) балла, спустя 4 недели – (4,5±0,46) балла. Следовательно, рисперидон оказался достаточно эффективным антипсихотическим препаратом для лечения на стадии поддерживающей психофармакотерапии больных с психозами.

После окончания 4-недельного курса фармакотерапии рисперидоном часть больных продолжала принимать препарат. У 7 пациентов удалось проследить результаты лечения спустя 5 месяцев. Препарат рисперидон оказался эффективен при субхроническом приеме на протяжении нескольких месяцев, обладал хорошей переносимостью (средняя доза 5,3 мг/сут) в ка-

честве монотерапии. Соматоневрологическое состояние больных оставалось стабильным на протяжении всего исследования, значимых побочных реакций не было.

Выводы

Рисперидон индийского производителя оказался эффективным и безопасным антипсихотическим средством в медицинской практике для лечения психозов на разных стадиях – активного лечения, стабилизации состояния и для поддерживающей терапии. Прием рисперидона на протяжении нескольких месяцев показал его хорошую эффективность и переносимость для больных с психотическими расстройствами при субхроническом и хроническом применении в качестве монотерапии и, мы надеемся, займет достойное место в практике врача-психиатра.

Список использованной литературы

1. Бородин В. И. Сперидан при терапии психических и наркологических заболеваний (по материалам отечественных публикаций) / В. И. Бородин // Русский медицинский журнал; Неврология. – 2007. – Т. 15, № 23. – С. 1–5.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – К.: Факт, 1999. – 270 с.
3. Мосолов С. Н. Основы психофармакотерапии / С. Н. Мосолов – Москва, 1996. – 288 с.
4. Опыт применения препарата рисполепт у больных шизофренией [Текст] / Л. Н. Юрьева, А. И. Мамчур, Ю. Н. Завалко, Ю. В. Никанорова // Архів психіатрії. – 2004. – Т. 10, № 2 (37), додаток. – С. 36.
5. Руководство по клиническим испытаниям лекарственных средств / под ред. член.-корр. АМН Украины Стефанова А. В., д.м.н. Мальцева В. И., к.м.н. Ефимцевой Т. К. – К.: Авицена, 2001. – 426 с.
6. Юрьева Л. Н. Шизофрения. Клиническое руководство для врачей / Л. Н. Юрьева – К.: Изд-во "Новая идеология", 2010. – 244 с.
7. Davis J. M. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. / J. M. Davis, N. Chen, I. D. Glick // Archives of General Psychiatry. – 2003. – № 60. – P. 553–564.
8. Marder S. R. Risperidone in the treatment of schizophrenia / S. R. Marder, R. C. Meibach // American Journal of Psychiatry. – 1994. – № 151. – P. 825–835.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ РИСПЕРИДОНУ В ПСИХІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ (НАТУРАЛІСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)
Л.Н. Юр'єва, Ю.М. Завалко, А.І. Мамчур, Я.С. Варшавський, О.А. Дмитрієва, А.А. Дугністий, М.Г. Корін, А.Н. Лазаренко, Е.О. Латішева,
В.А. Малишко, В.А. Міхальова, В.А. Ніконенко, В.І. Ракша

У статті описані результати дослідження щодо вивчення ефективності та переносимості рисперидону у хворих з психозами в реальній клінічній практиці. З урахуванням того, що в світі виконано велику кількість досліджень в рамках доказової медицини 1–2 рівнів з вивчення ефективності та переносимості рисперидону, уточнення спектра показань, способів застосування та тривалості лікування та інше, ми побудували свою роботу на принципах натуралістичного дослідження, тобто призначали рисперидон всім тим пацієнтам, які мали показання і не мали протипоказань щодо призначення препарату згідно з інструкцією до застосування. Рисперидон виявився ефективним і безпечним антипсихотичним засобом у медичній практиці для лікування психозів на різних стадіях – активного лікування, стабілізації стану і підтримувальної терапії. Прийом рисперидону впродовж декількох місяців показав його хорошу ефективність і переносимість для хворих з психотичними розладами при субхронічному та хронічному застосуванні як монотерапії, та займе, ми сподіваємося, гідне місце в практиці лікаря-психіатра.

Ключові слова: антипсихотична терапія, рисперидон, натуралістичне дослідження.

EXPERIENCE SIZODONA IN PSYCHIATRIC PRACTICE (NATURALISTIC STUDY)
L. Yur'yeva, Y. Zavalko, A. Mamchur, Ya. Varshavsky, O. Dmitrieva, A. Dugnisty, M. Korin, A. Lazarenko, E. Latysheva,
V. Malishko, V. Mihalyova, V. Nikonenko, V. Raksha

The article describes the results of a study on the efficacy and tolerability in patients with sizodon psychosis in clinical practice. Given the fact that the world holds a large number of studies in the framework of evidence-based medicine 1–2 level on the efficacy and tolerability of risperidone, clarifying the spectrum of indications, methods of application and duration of treatment, and so on, we have built their work on the principles of naturalistic research that is assigned sizodon all those patients who had evidence and had no contraindications to the use of the drug according to the instructions for use. Sizodon drug was effective and safe antipsychotic agent in medical practice for the treatment of psychoses at different stages - active treatment, stabilization, and maintenance therapy. Admission sizodon for several months has shown its good efficacy and tolerability for patients with psychotic disorders following subchronic and chronic use as monotherapy and, we hope, will take its rightful place in the practice of a psychiatrist.

Key words: antipsychotic therapy, drug sizodon (risperidone), naturalistic study.

О.В. Прохорова, О.О. Хаустова

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ
З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИМИ ХВОРОБАМИУкраїнський науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ
prokhorova3773@gmail.com

Актуальність. У структурі психічних розладів у осіб похилого віку провідні позиції посідають когнітивні та депресивні розлади. Серед деменційних розладів найпоширеніші хвороба Альцгеймера (ХА) і судинна деменція (СД). Субкортикальна судинна деменція (ССД) – основна форма СД. Розлади виконавчих функцій, будучи відображенням фронтостріарної дисфункції, є компонентом синдрому виконавчої дисфункції у пацієнтів з субкортикальною судинною деменцією. За даними літератури, цей специфічний нейропсихологічний феномен спостерігається у пацієнтів з субкортикальною ішемічною депресією (СІД). Логічно припустити, що пацієнти з СІД повинні входити у групу ризику розвитку субкортикальної судинної деменції.

Метою дослідження є виявлення особливостей афективних розладів у пацієнтів похилого віку з цереброваскулярними хворобами (ЦВХ) залежно від етіопатогенетичних механізмів і локалізації ураження в головному мозку, а також виділення патопсихологічних феноменів субкортикальної ішемічної депресії (СІД).

Методи. Було проаналізовано соціально-демографічні характеристики, патопсихологічні особливості афективних і когнітивних розладів у 82 пацієнтів з ЦВХ в залежності від етіопатогенетичних механізмів та локалізації ураження в головному мозку. Обстеження проведено за шкалами GDS, WS, тестами на семантичну та фонетичну пам'ять, Струпа, ТМТ, МОСА.

Результати. Обстеження пацієнтів з ЦВХ виявило, що наявність субкортикальних ішемічних вогнищ на МРТ головного мозку корелює з характерними нейрофізіологічними феноменами, такими як депресивний розлад легкого ступеня вираженості, порушення зорово-просторового праксису, уваги, фонетичної активності, брадифренії, що свідчить про порушення регулюючих (виконавчих) функцій в результаті розриву «фронтостріарних кругів».

Висновки. Необхідно проводити діагностику афективних розладів у пацієнтів з ЦВХ для виявлення нейрофізіологічних порушень, які є патогномонічними для судинної деменції. Можливість ранньої діагностики таких феноменів дозволить визначитись з прогнозом та своєчасно проводити медикаментозну терапію для запобігання прогресуванню важких розладів.

Ключові слова:

цереброваскулярні хвороби, деменція, судинна депресія, депресія пізнього віку, субкортикальна ішемічна депресія, виконавча дисфункція, когнітивні порушення.

Актуальність. Демографічна ситуація у світі характеризується тенденцією до невинного зростання кількості людей похилого (60–74 роки) і старечого (75 років і старше) віку [1]. В Україні станом на 1 січня 2012 року в загальній чисельності населення частка осіб старше 60 років склала 21,2% [9, 15]. Разом із постарінням населення відбувається і накопичення хвороб, притаманних цій віковій категорії, а саме гіпертонічна хвороба, атеросклероз, цереброваскулярні захворювання. Поширеність психічних розладів серед осіб старших вікових груп у 3–7 разів більша, ніж у загальній популяції населення, і експерти ВООЗ прогнозують подальше збільшення цього показника [9]. В Україні кожна п'ята особа похилого віку перебуває під наглядом психіатра [10]. У структурі психічних розладів перше місце займають органічні, в тому числі симптоматичні розлади психіки (F00-F06) –

69%, серед них лідируючі позиції займають когнітивні та депресивні розлади [10]. За даними різних досліджень, поширеність деменції серед осіб похилого віку коливається від 5 до 12%. За результатами метааналізу 11 європейських популяційних досліджень, поширеність деменції в середньому складає 6,4%, в тому числі 4,4% – хвороба Альцгеймера (ХА) і 1,6% – судинна деменція (СД) [7]. До основних факторів ризику деменції належать генетичний та наявність цереброваскулярних захворювань (гіпертонічна хвороба, атеросклероз, гематологічні та аутоімунні захворювання, цукровий діабет, куріння тощо). СД – друге за частотою після ХА дементуюче захворювання. СД – гетерогенна група дементних синдромів, які виникають внаслідок різноманітних васкулярних причин, мають характерну морфологію ураження мозку і, як наслідок, своєрідні клінічні прояви [4]. Залежно від

локалізації ураження головного мозку СД умовно можна поділити на 3 основні типи: кіркова, підкіркова та кірково-підкіркова. Від типу деменції залежить і специфіка нейропсихологічних порушень та відносно збережених когнітивних функцій (нейропсихологічний профіль) [7]. Субкортикальна судинна деменція (ССД) – основна форма СД, яка пов'язана з мікроvasкулярним ураженням головного мозку [5].

Ризик розвитку СД значно збільшується при наявності депресивних розладів у преморбідному періоді [13]. Це доводять і результати декількох британських досліджень стосовно ризику розвитку деменції у осіб із афективними розладами. Були зроблені висновки, що пізня депресія може бути як передвісником, так і фактором ризику розвитку деменції [12]. Крім того, ризик СД може бути значно вищий, ніж для ХА, у пацієнтів похилого віку з депресією [14].

Взаємовідносини між депресіями пізнього віку та цереброваскулярними хворобами вперше передбачив Gaupp ще у 1905 році. У 1997 році G.S. Alexopoulos запропонував концепцію «vasкулярної депресії», яка в подальшому отримала велику увагу дослідників. Суть теорії в тому, що у пацієнтів похилого віку цереброваскулярні хвороби мають високу коморбідність з депресивними розладами і є фактором предиспозиції для їх розвитку [21]. Вирішальною для діагностики судинної депресії є наявність двох ключових критеріїв: великого депресивного епізоду та цереброваскулярного захворювання (за даними МРТ) [20].

Деякі автори виділяють два типи депресій, пов'язаних із судинною патологією головного мозку:

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

Виділення діагностичних критеріїв СІД було запропоновано у 2003 році: початок депресії після 60 років у пацієнтів з ураженням артерій малого і середнього калібру; асоційованість з депресивною ідеацією, психомоторною ретардацією, відсутністю відповіді на терапію антидепресантами і наявністю когнітивної дисфункції у вигляді підкресленої старанності; на МРТ – підвищення інтенсивності сигналу в глибоких відділах білої речовини фронтальної ділянки і шкарлупі [18]. Залежно від генезу ураження судин головного мозку виникають ішемічні або геморагічні вогнища, макро- або мікроангіопатія, і саме це формує топічну картину зони хронічної ішемії мозку (ХІМ). Магнітно-резонансна томографія (МРТ) є високоінформативним методом діагностики ХІМ. ХІМ гіпертонічного генезу на МРТ характеризується множинними великими вогнищами, переважно субкортикальними, з поширенням їх на базальні ганглії, лейкоареозом дифузно-зливним, з переважанням внутрішньої церебральної атрофії (ЦА). ХІМ атеросклеротичного генезу мала свої відмінні МРТ-ознаки: дрібні вогнища в середній кількості, переважно перивентрикулярні, лейкоареоз локальний, переважає зовнішня ЦА [8]. Переважне ураження підкіркових базальних гангліїв та глибоких відділів білої речовини великих півкуль при ХІМ гіпертонічного генезу обумовлене анатомо-фізіологічними особливостями церебрального кровотоку. Ці

структури знаходяться у так званій водороздільній зоні між каротидним та вертебробазиллярними басейнами, тому є найтипівішою локалізацією «німих» інфарктів і лейкоареозу в результаті мікроангіопатії пенетруючих мозкових артерій при довго існуючій артеріальній гіпертензії (АГ). Ураження глибоких відділів білої речовини головного мозку (ГМ) і базальних гангліїв призводить до функціонального розриву префронтальних субкортикальних зв'язків (феномен роз'єднання), що відіграє провідну роль у формуванні основних клінічних синдромів (когнітивних, емоційних та рухових порушень) [11]. У пацієнтів із СД суттєво порушені процеси уваги та виконавчі функції [16]. Розлади виконавчих функцій, будучи відображенням фронтостріарної дисфункції, найбільш специфічний нейропсихологічний феномен СІД [19]. Цей дисмнестичний синдром є і компонентом синдрому виконавчої дисфункції у пацієнтів із субкортикальною судинною деменцією [6]. Логічно припустити, що у пацієнтів з СІД є загроза розвитку субкортикальної судинної деменції.

На підставі аналізу літературних джерел можна припустити, що нейропсихологічні порушення при депресії у людей похилого віку на тлі цереброваскулярних захворювань також будуть залежати від локалізації ураження головного мозку, а схожість деяких нейрофізіологічних патологічних феноменів при васкулярній депресії, які розгортаються в специфічні когнітивні порушення при СД, можуть виявитися важливим для прогнозу захворювання і надання своєчасної терапії для призупинення процесу.

Метою нашого дослідження є виявлення особливостей та відмінностей афективних розладів у пацієнтів похилого віку з цереброваскулярними захворюваннями в залежності від етіопатогенетичних механізмів і локалізації ураження в головному мозку, а також виділення патопсихологічних феноменів, притаманних СІД.

Матеріали та методи дослідження

Ми провели скринінг 115 пацієнтів із цереброваскулярними захворюваннями (коди стану за МКХ-10 I63.5, I63.8, I67.2, I67.4, G46), які проходили лікування в неврологічному відділенні КМУ «Міська лікарня № 3» м. Краматорська Донецької області. За критеріями включення/виключення було відібрано 98 осіб, 82 з яких включили у вибірку для подальшого аналізу, які склали клінічний матеріал дослідження та були поділені на основну (ОГ) та контрольну групи (КГ) (рисунк). Всі пацієнти були обстежені за критеріями МКХ-10 на наявність афективного розладу (код стану за МКХ-10 F06.3). У основну групу увійшли 58 пацієнтів, які на тлі ЦВХ мали афективні розлади тривожно-депресивного спектра, визначені за критеріями МКХ-10. За результатами обстеження пацієнтів було умовно поділено на дві групи: ОГ1 – (ЦВХ з наявністю субкортикальних гіперінтенсивних вогнищ (СГВ) в ГМ за даними МРТ дослідження + F06.3) кількістю 26 осіб; ОГ2 – (ЦВХ з гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК) або залишковими явищами після перенесеного ГПМК + F06.3) кількістю 32 особи. У групу контролю (КГ) увійшли 24 особи з ЦВХ без суттєвих ішемічних змін на МРТ головного мозку в субкортикальних зонах або корі.

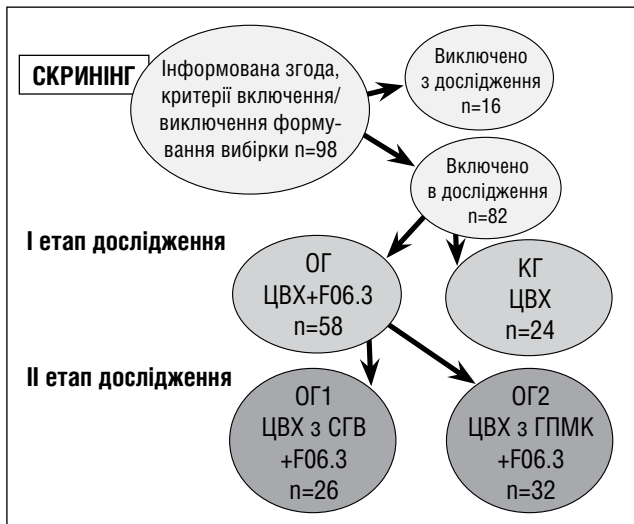


Рисунок. Дизайн дослідження

Серед обстежених пацієнтів було 39 чоловіків (47,6%) і 43 жінки (52,4%), (табл. 1). Розподіл за статтю в усіх досліджуваних групах достовірно не різнився ($p=0,1032$).

Таблиця 1. Розподіл обстежених осіб за статтю (n=82)

Групи	ОГ1 (n=26)		ОГ2 (n=32)		КГ (n=24)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Чоловіки	11	42,3	13	40,6	15	62,5
Жінки	15	57,7	19	59,4	9	37,5

Вік пацієнтів був у межах 60 – 72 роки (табл. 2). Найбільшу питому частку обстежених склали особи вікової категорії 60–65 років (ОГ1 – 31,3%, ОГ2 – 29,4%, КГ – 30,6%). причому середній вік в окремих групах достовірно не відрізнявся ($p=0,1072$). Втім, варто відмітити певну тенденцію до накопичення осіб більш молодшого віку в групі ОГ1.

Таблиця 2. Розподіл обстежених осіб за віком (n=82)

Групи за віком	ОГ1 (n=26)		ОГ2 (n=32)		КГ (n=24)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
60–64	12	46,1	7	21,9	7	29,1
65–70	8	30,8	10	31,2	8	33,3
>70	6	21,4	7	21,9	10	41,6
Середній вік	63,5±3,8		65,66±5,3		66,2±6,6	

Таким чином, досліджувані групи є репрезентативними за віком і статтю, що й передбачалось умовами дослідження.

Проведений аналіз досліджуваних груп з використанням «Алгоритму патопсихологічного дослідження пацієнтів з цереброваскулярними захворюваннями» за соціально-демографічними (статтю, віком, сімейним станом, ступенем трудової зайнятості), клінічними (етіопатогенез ЦВХ, нейрофізіологічний профіль ураження), а також за патопсихологічними шкалами. Діагностичний алгоритм психолого-психіатричного дослідження включає 2 етапи:

I етап – при отриманні згоди пацієнта проводили скринінгове тестування за допомогою самоопитувальника стану здоров'я Patient Health Questionnaire (PHQ–9), який складається із 9 пунктів, зручний у використанні і дозволяє оцінити наявність і вираженість депресії.

II етап – у разі отримання позитивного результату на I етапі та інформованої згоди пацієнтам пропонували

подальше обстеження з використанням діагностичної карти, яка включала в себе клініко-діагностичний блок. Встановлення діагнозу депресії відбувалося згідно з критеріями МКХ–10. Для виявлення вираженості депресивного синдрому, а також окремих патопсихологічних феноменів, характерних для СІД, використовували оціночні шкали: Геріатричну шкалу депресії (Geriatric Depression Scale (GDS)), Шкалу тривожності для літніх пацієнтів (Worry Scale for Older Adults (WS)), тест на семантичну та фонетичну пам'ять, тест Струпа, тест зв'язку символів (Trail Making Test (TMT)), МОСА.

Шкала GDS спеціально розроблена для пацієнтів похилого віку, повний її варіант складається із 30 питань. Її перевагою перед іншими шкалами є відсутність питань про сексуальну активність і питань, відповіді на які можуть бути обумовлені соматичними захворюваннями [3].

WS призначена для виявлення тривожності у пацієнтів похилого віку, має три складових: соціальне і матеріальне функціонування та стан здоров'я [17].

Монреальський когнітивний тест (МОСА-тест) був розроблений як швидкий інструмент для визначення ранніх форм когнітивних порушень. Його чутливість до додементних форм когнітивної дисфункції становить 90%, а специфічність методу – 87%. МОСА-тест оцінює різні аспекти когнітивної діяльності: увагу й концентрацію, пам'ять, «лобні функції» (тест з'єднання літер і цифр, швидкість мови, узагальнення та інше), зорово-просторовий праксис (куб, годинник), абстрактне мислення, рахунок і орієнтацію [2].

Тест на мовну активність (семантична та фонетична опосередковані асоціації) дозволяє оцінити профіль порушень. Зменшення числа семантичних асоціацій (числа тварин чи рослин за 1 хв) – одна з найраніших ознак деменції, що наближається. При переважанні підкірково-лобної дисфункції зменшується кількість фонетичних асоціацій [14].

Тест Струпа складається із завдань різної складності і застосовується для оцінки розподілу уваги та виконавчих функцій. Але основний нейропсихологічний радикал, який перевіряється цим тестом – когнітивний контроль, тобто регуляторна функція. Тому можна вважати цей тест найчутливішим до патології орбітофронтальної кори, яка тісно пов'язана з функцією когнітивного контролю. Водночас цей тест чутливий і до порушень інтелектуальної гнучкості, яка в більшій мірі є функцією дорсолатеральної лобної кори [6].

TMT, або «тест зв'язку символів», дозволяє провести диференційну діагностику між недостатністю концентрації уваги, пов'язану зі зниженням активації кори зі сторони стовбурово-підкіркових структур (збільшується час виконання частини А тесту та частини Б пропорційно нормальному співвідношенню) і брадифренією, пов'язану з порушенням регулюючих функцій (збільшується час виконання частини Б в більшій мірі, ніж частини А) [6].

Результати та їх обговорення

У межах соціально-демографічного методу нами був оцінений сімейний стан пацієнтів, включених у дослідження.

Так, 64,6% обстежених відповіли, що проживають у родині, 20,7% є вдівцями/вдовами, 6,09% є одинаками, 4,9% розлучені, 2,4% перебувають у цивільному шлюбі (табл. 3).

Таблиця 3. Розподіл обстежених осіб за сімейним станом (n=82)

Групи	ОГ1 (n=26)		ОГ2 (n=32)		КГ (n=24)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Одинок (-чка)	1	3,9	4	12,5	1	2,8
Розлучений (-а)	2	7,7	2	6,3	-	-
Вдівець (вдова)	5	19,2	8	25,0	4	5,6
Подружжя	17	65,4	17	53,1	19	66,7
Цивільний шлюб	1	3,9	1	3,1	-	-

Дані розподілу за соціальним статусом були наступними: по 29,2% в усіх групах були пенсіонерами та працювали з частковою зайнятістю майже 22% склали інваліди і 17% пацієнтів працювали повний робочий день (табл. 4).

Таблиця 4. Розподіл обстежених осіб за ступенем трудової зайнятості (n=82)

Групи	ОГ1 (n=26)		ОГ2 (n=32)		КГ (n=24)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Повний робочий день	4	15,4	6	18,8	4	16,7
Часткова зайнятість	6	23	8	25	8	33,3
Безробітний	3	11,5	2	6,25	1	4,1
Пенсіонер	7	27	9	28,1	6	25
Інвалід	6	23	7	21,9	5	20,9

При використанні шкали GDS у досліджуваних були отримані наступні результати: легкий депресивний синдром переважно виявляли в ОГ1 – 88,5% випадків, а тяжкий – у пацієнтів ОГ2 в 59,4 % випадків (табл. 5).

Таблиця 5. Розподіл обстежених осіб за шкалою GDS (n=82)

Групи	ОГ1 (n=26)		ОГ2 (n=32)		КГ (n=24)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Немає депресії	-	-	-	-	15	62,5
Легка депресія	23	88,5	13	40,6	9	37,5
Тяжка депресія	3	11,5	19	59,4	-	-

За шкалою WS були отримані наступні результати: переважна більшість обстежуваних всіх груп показали високий бал стурбованості з приводу стану здоров'я та матеріального становища. Причому, найбільша кількість обстежуваних (88,1%), стурбованих з приводу стану здоров'я, була в ОГ1, в інших групах цей показник становив 87,5%. Найбільша кількість обстежуваних (84,6%) в ОГ1 виявила максимальний бал стурбованості з приводу матеріального становища. Треба зазначити, що в усіх групах досліджених стурбованість з приводу соціального функціонування була найменшою (табл. 6).

Таблиця 6. Розподіл обстежених осіб за шкалою WS (n=82)

Групи	ОГ1 (n=26)		ОГ2 (n=32)		КГ (n=24)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Матеріальне становище						
Більшу частину часу, більше 2 разів на день	22	84,6	19	59,4	19	79,1
Стан здоров'я						
Більшу частину часу, більше 2 разів на день	23	88,1	28	87,5	21	87,5
Соціальне функціонування						
Більшу частину часу, більше 2 разів на день	6	23	8	25	5	20,9

За Монреальською шкалою когнітивної оцінки (МОСА) порушення когнітивних функцій відзначали у 30,4% (25 пацієнтів) віком понад 65 років і у 14,6% (12 пацієнтів) – до 65 років. Причому в ОГ1 відзначали порушення при виконанні завдань на зорово-просторовий праксис, увагу та фонетичну активність. У обстежуваних в ОГ2 було найбільше помилок при виконанні завдань на рахунок, виникали труднощі при відстроченому пригадуванні слів.

Треба зазначити, що у досліджуваних ОГ1 при виконанні тесту Струпа і ТМТ (час виконання частини Б збільшувався в більшому ступені, ніж частини А) виявлено сповільнення виконання завдань у 86,9% випадків. У 76,2% обстежуваних ОГ2 при виконанні ТМТ також спостерігали сповільнення темпів, але час виконання збільшувався пропорційно, як частини А, так і частини В.

Висновки

Обстеження пацієнтів з ЦВХ виявило, що проживання у родині, як один із факторів стресостійкості, є сприятливим для запобігання виникненню певних ускладнень при ЦВХ. Пацієнти з тяжкою депресією виявлялись в групі з наявністю в анамнезі ГПМК – 59,4%, і серед осіб з високим рівнем стурбованості з приводу соціального функціонування – 25%. У пацієнтів з ОГ із субкортикальними ішемічними вогнищами переважно виявляли депресивні розлади легкого ступеня – у 88,5% випадках, але більш виражений тривожний радикал з приводу свого стану здоров'я – у 88,1% пацієнтів. Співвідношення результатів, отриманих досліджуваними при виконанні МОСА, тесту Струпа, ТМТ специфічні розлади (брадифренія) діагностуються у пацієнтів ОГ1, що свідчить про порушення регулювальних (виконавчих) функцій в результаті розриву «фронтостріарних кіл». Продовжується набір матеріалу для подальшої обробки і підтвердження первинних результатів.

Список використаної літератури

- Актуальні питання геронтопсихіатрії: навчальний посібник / [Л. Я. Пінчук, В. В. Чайковська та ін.] – Тернопіль: ТзОВ «Терно-граф», 2010. – 432 с.
- Діагностика несприятливих психічних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями на етапі первинної медичної допомоги: методичні рекомендації / О. О. Хаустова, В. М. Корнацький, О. В. Прохорова [та ін.]. – Київ, 2014. – 42 с.
- Захаров В. В. Нервно-психические нарушения: диагностические тесты / В. В. Захаров, Т. Г. Вознесенская. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 315 с.
- Кошля В. І. Судинна деменція в практиці сімейного лікаря: сучасні підходи до діагностики та лікування: метод. рек. / В. І. Кошля, О. А. Левада, І. А. Пінчук. – Київ, 2010. – 27 с.
- Левада О. А. Нарушения повседневного функционирования на этапах развития субкортикальной сосудистой деменции / О. А. Левада // Архив психіатрії. – 2013. – № 2 (73). – С. 61–67.
- Левада О. А. Особенности дисмнестических нарушений на этапах развития субкортикальной сосудистой деменции по данным time-теста / О. А. Левада // Медична психологія. – 2013. – № 2. – С. 28–35.
- Левин О. С. Алгоритмы диагностики и лечения деменции / О. С. Левин. – М.: «МЕДпресс-информ» – 2011. – 185 с.
- Маджидова Й. Н. Магнітно-резонансна томографія при хронічній ішемії мозку гіпертонічного й атеросклеротичного генезу / Й. Н. Маджидова, Д. Д. Усманова // Международный неврологический журнал – 2014. – № 2 (64). – С. 45–51.
- Пінчук І. Я. Геронтопсихіатрична допомога: сучасні підходи: монографія / І. Я. Пінчук. – Тернопіль: ТзОВ «Терно-граф», 2011. – 244 с.
- Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні. Інформаційно-аналітичний огляд за 2008–2012 рр. – Київ, 2013. – 202 с.
- Таважнянська О. Л. Гіпертонічна енцефалопатія. Роль антигіпертензивної терапії у профілактиці та лікуванні / О. Л. Таважнянська, І. О. Безулова, В. А. Ярош // Международный неврологический журнал – 2014. – № 2 (64). – С. 93–99.

12. *Affective disorders and risk of developing dementia : systematic review / Joaquim da Silva, M. Gonçalves-Pereira, M. Xavier, E. B. Mukaetova-Ladinska // The British Journal of Psychiatry.* – 2013. – Vol. 202 (3). – P. 177–186.
13. *Bowirrat A. Association of depression with Alzheimer's disease and vascular dementia in an elderly Arab population of Wadi-Ara, Israel / A. Bowirrat, M. Oscar-Berman, G. Logroschino // Int. J. Geriatr. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 21, № 3. – P. 246–251.
14. *Breno S. Diniz. Late-life depression and Alzheimer's disease: systematic review and meta analysis of community-based cohort studies / Breno S. Diniz, Meryl A. Butters, Steven M. Albert // B.J.P.* – 2013 – Vol. 202. – P. 329–335.
15. *Khaustova O. O. Depression in elderly patients / O. O. Khaustova // Apxie ncuxiampii* – 2013. – № 3 (74). – С. 68–72.
16. *Rapp M. A. Neuropsychological differences between late-onset and recurrent geriatric major depression / M. A. Rapp, K. Dahlman, M. Sano // Am. J Psychiatry.* – 2005. – Vol. 162, № 4. – P. 691–698.
17. *Raymond W. Lam. Assessment Scales in Depression and Anxiety / Raymond W. Lam, Erin E. Michalak, Richard P. Swinson // Informa healthcare,* 2006. – 194 p.
18. *Remission in depressed geriatric primary care patients: A report from the PROSPECT study / G. S. Alexopoulos, I. I. Katz [et al.] // Am. J. Psychiatry.* – 2005. – № 162. – P. 718–724.
19. *Risk factors for geriatric depression: the importance of executive functioning within the vascular depression hypothesis / B.T. Mast, B. Yochim, S. E. MacNeill, P. A. Lichtenberg // J. Gerontol A Biol Sci Med Sci.* – 2004. – Vol. 59, № 12. – P. 1290–1294.
20. *Steffens D. C. Establishing diagnostic criteria for vascular depression / D. C. Steffens // J. Neurol. Sci.* – 2004. – Vol. 226, № 1–2. – P. 59–62.
21. *Vascular depression hypothesis / G. S. Alexopoulos, B. S. Meyers, R. S. Young [et al.] // Arch Gen Psychiatry.* – 1997. – Vol. 54. – P. 915–922.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ О.В. Прохорова, Е.А. Хаустова

Актуальность. В структуре психических расстройств у лиц пожилого возраста лидирующие позиции занимают когнитивные и депрессивные расстройства. Среди дементивных расстройств наиболее распространены болезнь Альцгеймера (БА) и сосудистая деменция (СД). Субкортикальная сосудистая деменция (ССД) – основная форма СД. Расстройства исполнительных функций, являясь отражением фронтостриарной дисфункции, являются компонентом синдрома исполнительно-дисфункции у пациентов с ССД. По данным литературы, этот специфический нейропсихологический феномен наблюдается у пациентов с субкортикальной ишемической депрессией (СИД). Логично предположить, что пациенты с СИД должны рассматриваться как подпадающие под угрозу развития ССД.

Целью исследования является выявление особенностей аффективных расстройств у пациентов пожилого возраста с цереброваскулярными болезнями (ЦВБ) в зависимости от этиопатогенетических механизмов и локализации поражения в головном мозге, а также выделение патопсихологических феноменов субкортикальной ишемической депрессии (СИД).

Методы. Были проанализированы социально-демографические характеристики, патопсихологические особенности аффективных и когнитивных расстройств у 82 пациентов с ЦВБ в зависимости от этиопатогенетических механизмов и локализации поражения в головном мозге. Было проведено обследование по шкале GDS, WS, тест на семантическую и фонетическую память, тест Струпа, TMT, МОСА-тест.

Результаты. Обследование пациентов с ЦВБ выявило, что наличие субкортикальных ишемических очагов на МРТ головного мозга коррелирует с характерными нейрофизиологическими феноменами, такими как депрессивное расстройство легкой степени выраженности, нарушения зрительно-пространственного праксиса, внимания, фонетической активности, брадифрениа, что свидетельствует о нарушении регулирующих (исполнительных) функций в результате разрыва фронтостриарных кругов.

Выводы. Необходимо проводить диагностику аффективных расстройств у пациентов с ЦВБ с целью выявления нейрофизиологических нарушений, которые являются патогномичными для сосудистой деменции. Возможность ранней диагностики таких феноменов позволит определиться с прогнозом и своевременно проводить медикаментозную терапию для предотвращения прогрессирования более тяжелых расстройств.

Ключевые слова: цереброваскулярные болезни, деменция, сосудистая депрессия, депрессия позднего возраста, субкортикальная ишемическая депрессия, исполнительная дисфункция, когнитивные нарушения.

FEATURES DIAGNOSIS OF AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR DISEASE O. Prokhorova, O. Khaustova

Relevance. The structure of mental disorders in the elderly occupy leading positions cognitive and depressive disorders. Among the most common disorders dementivnyh Alzheimer's disease (AD) and vascular dementia (VD). Subcortical vascular dementia (SVD) – the main form of VD. Disorders of executive dysfunction, as a reflection frontostriatal circles syndrome is a component of executive dysfunction in patients with SVD. According to the literature this specific neuropsychological phenomenon observed in patients with subcortical ischemic depression (SID). It is likely that patients with SID fall under the threat of SVD.

Aim determine the characteristics of affective disorders in elderly patients with cerebrovascular disease (CD) depending on the etiopathogenic mechanisms and location MRI hyperintensities in the brain and the allocation pathopsychological features SID.

Methods Were analyzed by socio-demographic characteristics, features pathopsychological affective and cognitive impairment in 82 patients with CD, depending on etiopathogenetical mechanisms and localization of lesions in the brain. A survey on a scale GDS, WS, test the semantic and phonetic memory, Stroop test, TMT, Moca-test.

Results. Evaluation of patients with CD revealed that the presence of subcortical ischemic lesions on MRI of the brain correlates with specific neurophysiological phenomena such as depression mild degree, violations of visuospatial praxis, attention, phonetic activity, bradifreniya that constitutes a violation of executiv functions as a result of breaking frontostriar circles.

Conclusions. It is necessary to diagnose mood disorders in patients with CD to identify neurophysiological disorders that are pathognomonic for vascular dementia. The possibility of early diagnosis of such phenomena will allow to determine the prognosis and timely conduct drug therapy to prevent progression of more severe disorders.

Key words: cerebrovascular disease, dementia, vascular depression, late-life depression, subcortical ischemic depression, geriatric depression, executive dysfunction, cognitive impairment.

О.А. Левада

НЕЙРОБИОЛОГИЯ ДЕПРЕССИИ: ОТ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ДО МОЛЕКУЛЯРНЫХ МЕХАНИЗМОВ

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»,
г. Запорожье
oleg_levada@ukr.net

Ключевые слова:

большое депрессивное расстройство, анатомо-функциональные механизмы, молекулярные механизмы, генетические предпосылки.

В настоящем обзоре мы рассматриваем современные достижения в изучении нейробиологии большого депрессивного расстройства. Обсуждены имеющиеся анатомо-функциональные данные нейровизуализационных исследований, нарушения в комплексной сигнальной сети, включающей гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось, экспрессию ростовых факторов, микроРНК, выработку провоспалительных цитокинов, нарушение продукции гастроинтестинальных пептидов, а также генетические аспекты данного расстройства.

Большое депрессивное расстройство (БДР) относится к наиболее серьезным и изучаемым проблемам современной психиатрии. Значение его обусловлено как большой распространенностью (16,2% на протяжении жизни), так и существенными медицинскими и социальными последствиями [45]. Урон для здоровья, наносимый депрессией, приравнивается к таковому при других хронических заболеваниях, таких как ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, сахарный диабет [27], а экономическое бремя превосходит ущерб от указанных соматических страданий.

Клинически БДР проявляется не только тяжелыми нарушениями регуляции настроения, но также когнитивной дисфункцией, расстройствами сна и аппетита, утомляемостью, рядом метаболических и эндокринных изменений, что, без сомнения, имеет сложный нейробиологический базис [44, 61].

Целью настоящего обзора было обобщить имеющиеся современные данные относительно анатомо-функциональных аспектов БДР, основанных на достижениях нейровизуализации, а также сведения, касающиеся молекулярных и генетических механизмов данного расстройства. Учитывая сложность предмета исследования, мы намеренно исключили из обзора большую часть данных об изменениях моноаминовых систем мозга при БДР, как хорошо изученных и реализованных в фармакодинамических механизмах современных антидепрессантов.

Анатомо-функциональные аспекты большого депрессивного расстройства

С анатомо-функциональной точки зрения, при БДР нарушена деятельность ряда мозговых систем. К ним относятся: 1) подкорковая система, играющая роль в обработке эмоциональных стимулов и процессах вознаграждения (амигдала, вентральный стриатум); 2) медиальная префронтальная и передняя поясная кора, вовлеченные в обработку эмоциональных стимулов и их автоматическую регуляцию; 3) латеральная префронтальная кор-

ковая система (вентролатеральная и дорсолатеральная префронтальная кора), осуществляющая когнитивный контроль или произвольную регуляцию эмоций [81]. С точки зрения медиаторной принадлежности, данные системы относятся к префронтально-лимбической сети (включает амигдалу, переднюю поясную кору и медиальную префронтальную кору), модулируемой серотониновой нейротрансмиссией [4, 95, 108], и сети вознаграждения, сосредоточенной в вентральном стриатуме и взаимодействующей с орбито-фронтальной и медиальной префронтальной корой, модулируемой дофамином [94].

Исследования с помощью методов функциональной нейровизуализации выявили специфические изменения активности указанных выше областей мозга при БДР (подробно см. обзоры [46, 59]). Согласованные результаты получены относительно функционирования ряда структур, участвующих в обработке эмоциональных стимулов. Они свидетельствуют о повышении активности амигдалы, вентрального стриатума и медиальной префронтальной коры в ответ на негативные эмоциональные стимулы, а также о значительном уменьшении активности вентрального стриатума при позитивной эмоциональной стимуляции, а также во время ожидания позитивных событий и позитивного подкрепления [2, 60, 99]. Эти исследования свидетельствуют о том, что у пациентов с большой депрессией имеет место смещение внимания в сторону негативных эмоциональных стимулов и от позитивной эмоциональной стимуляции [15].

Процессы когнитивного контроля при БДР, осуществляемые префронтальными кортикальными регионами, исследованы значительно меньше [46, 59]. Тем не менее, имеющиеся данные указывают на снижение активности дорзолатеральной и вентролатеральной префронтальной коры, а также передней поясной коры у данного контингента больных [81, 85]. Описанным снижением активности фронто-цингулярных регионов (нарушением систем когнитивного контроля) в настоящее время объясняют такие клинические феномены депрессии как нарушение

концентрации и поддержания внимания, а также повышенную отвлекаемость [46].

Результаты упомянутых исследований хорошо согласуются с данными визуализационной морфометрии о снижении объема серого вещества амигдалы [87], передней поясной коры [28], а также с посмертными гистологическими данными о повреждении нейронов и нейроглии в префронтальной коре [49] при БДР.

На протяжении последнего десятилетия описанная выше статичная нейровизуализационная модель нарушенной активности отдельных мозговых регионов при БДР была дополнена динамической моделью, оценивающей взаимоотношения между основными мозговыми нейрональными сетями, как в состоянии покоя, так и в ответ на определенные стимулы.

Нейрональные сети можно охарактеризовать как набор мозговых регионов (узлов) и связей (контуров), соединяющих эти узлы [99]. Некоторые из этих сетей обеспечивают конкретные виды когнитивных функций (речь, пространственное внимание, рабочая память, исполнительные процессы и проч.) [72]. В то же время ряд других активируется при различных видах мозговой деятельности, формируя крупномасштабные взаимосвязанные нейрональные ассоциации. Они получили название встроенных нейрональных сетей (intrinsic connectivity networks) [25, 31].

Среди множества встроенных нейрональных сетей три играют особенно важную роль в понимании высших когнитивных и аффективных процессов. Их принято считать ключевыми. Это центральная исполнительная сеть, выпуклая сеть и сеть по умолчанию. Нарушения деятельности последней имеют особое значение при депрессии.

Сеть по умолчанию (defaultmode network) в норме инактивируется во время выполнения когнитивных заданий. Она наиболее активна, когда мозг находится в состоянии покоя [1, 47]. Узлы сети по умолчанию локализованы в задней поясной коре, медиальной префронтальной коре (вентромедиальная и дорсомедиальная), медиальной височной доле/гиппокампе и угловой извилине.

Узлы в задней поясной коре, гиппокампе и угловой извилине ассоциируются с процессами извлечения материала из эпизодической памяти [39, 111], процессами автобиографической [29] и семантической памяти [112]. Специфические узлы медиальной префронтальной коры имеют отношение к самоотносительным и социальным когнитивным процессам [7, 100], принятию решений, основанных на значении [86] и регуляции эмоций [40].

В целом, сеть по умолчанию представляет собой интегративную систему для различных аспектов процессов мышления, связанных с решением внутренних задач индивида. При депрессии были выявлены специфические нарушения функционирования данной сети [90]. Визуализационные исследования, основанные на использовании метаболизма глюкозы, показали отчетливые изменения работы как всей сети по умолчанию, так и участка специфического снижения метаболизма в области подкоренной передней поясной коры [71]. У пациентов с депрессивным эпизодом данный участок сети имеет наиболее отчетливое снижение функционирования по сравнению с другими ее узлами. Степень

снижения активности субгенуальной поясной коры положительно коррелирует с длительностью депрессивного эпизода. Наиболее важным является тот факт, что уменьшение активности этого участка поясной коры является уникальным для депрессии.

В нормальных условиях передняя подкоренная поясная кора занимается переводом эмоциональной информации от лимбических регионов мозга к префронтальным кортикальным зонам, мобилизуя последние на формирование адаптивного ответа. Когда стимулы от подкоренной поясной коры достигают префронтальной области, сигнализируя о том, что ситуация должна быть разрешена немедленно, сеть по умолчанию приводится в состояние «выключения». Это дает возможность активироваться центральной исполнительной сети, что, в свою очередь, приводит к разрешению проблемы.

При депрессии данная последовательность событий нарушается. По-видимому, у данных больных сеть по умолчанию не приводится в состояние «выключения». Кроме того, формируется усиленная взаимосвязь подкоренной коры с другими узлами этой сети. В результате эмоциональная информация о печали, тоске, тревоге начинает циркулировать в структурах сети по умолчанию, прежде всего между дорсомедиальной префронтальной и задней поясной корой. Так как сеть по умолчанию является субстратом психических состояний, связанных с саморефлексией, циркуляция негативных эмоциональных стимулов между ее структурами является патофизиологическим механизмом депрессивных руминаций [77, 91].

Выпуклая сеть (salience network) включает контакты между лимбическими регионами, такими как амигдала, вентральный стриатум/nucleus accumbens, гипоталамус и связанные с ними подкорковые области (дорсомедиальный таламус, околосредовое серое вещество, черная субстанция/вентральная тегментальная зона). В дополнение к этому, она имеет богатые связи с паралимбическими регионами: фронтоинсулярная кора, передняя инсулярная кора, дорзальная передняя поясная кора и верхняя височная доля [22, 31, 72]. Дорсомедиальный таламус играет ключевую роль во взаимодействиях паралимбических и субкортикальных структур.

Выпуклая сеть вовлечена в процессы выявления, интеграции и фильтрации interoцептивной, вегетативной и эмоциональной информации [31]. До недавнего времени считалось, что часть структур, входящих в выпуклую сеть (передняя островковая кора вместе с дорзальной передней поясной корой), являются отдельной мозговой системой, играющей ведущую роль в переработке информации, связанной с болью, сопереживанием боли, чувством отвращения [97]. Дорзальная передняя поясная кора наиболее тесно связана с разрешением конфликтных ситуаций и когнитивным контролем над эмоциями [18]. В то же время последние исследования показали, что передняя островковая и дорзальная передняя поясная кора являются частью функциональных кругов, вовлеченных в регуляцию процессов внимания, interoцепции и настроения [73]. Показана ключевая роль выпуклой сети в выявлении гомеостатически значимых стимулов среди различных внутренних и внешних влияний для управления поведением [8, 31, 73, 101]. Таким образом, выпуклая сеть

является главным мотиватором или драйвером адаптивного поведения.

Дисфункция данной нейрональной сети имеет преимущественное значение для тревожных расстройств [79, 55]. В аспекте депрессии следует отметить, что индивиды, склонные к проявлениям негативных эмоций, имеют большую активацию передней островковой коры при принятии решений, даже в тех случаях, если результат такого решения очевиден [43].

Молекулярные механизмы большого депрессивного расстройства

Известные молекулярные механизмы, вовлеченные в патогенез БДР, можно условно разделить на несколько категорий, которые, в общем, представляют собой нарушения работы различных сигнальных сетей: 1) гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси; 2) экспрессии ростовых факторов; 3) выработки микроРНК; 4) продукции провоспалительных цитокинов; 5) высвобождения гастроинтестинальных пептидов [109]. Все перечисленные патогенные факторы модулируют нейрогенез в мозговых сетях, дисфункция которых имеет место при БДР (см. выше), таким способом, что изменения в одном их участке влекут за собой нарушения в функционально связанных регионах [109].

Значительное число клинических и фундаментальных исследований свидетельствуют о том, что БДР связано с нарушением адаптивного ответа на стрессорные стимулы вследствие дисфункции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси [54, 110]. Нарушения динамики стрессорных гормонов являются не только постоянным признаком БДР, но могут быть и его предиктором. К ним относят: нарушения подавления выработки кортизола дексаметазоном, повышение концентрации кортизола в сыворотке, избыточная экскреция кортизола в ответ на психологические стрессоры. Проведение дексаметазонового теста с выявлением подавления экскреции кортизола или кортикотропин-рилизинг-гормона является в настоящее время важным объективным параметром диагностики БДР и ответа на антидепрессивную терапию [23, 24].

Повышенные уровни глюкокортикоидных гормонов нарушают нейрогенез, что вносит свой вклад в развитие БДР [92]. Известно, что сывороточная глюкокортикоид-индуцированная киназа 1 (SGK1) подавляет нейрогенез. Повышение ее активности связывают с апрегуляцией гена глюкокортикоидного рецептора, что подтверждено на животных моделях депрессивного поведения [92]. Кроме того, имеются доказательства, что кортикостероиды модифицируют функцию мозгового нейротрофического фактора BDNF, играющего роль в обеспечении нейрогенеза [47].

Патогистологическими исследованиями было убедительно показано, что при БДР в различных регионах мозга, имеющих отношение к регуляции настроения (особенно в гиппокампе и префронтальной коре), происходит ряд морфологических изменений, снижающих их адаптивный ответ на различные повреждающие стимулы внешней среды [32]. В итоге это привело к раскрытию роли нейротрофинов, играющих существенное значение в выживании нейронов и поддержании нормального функционирования нейрональных сетей при БДР.

Семейство нейротрофинов состоит из 4 отдельно секретируемых ростовых факторов: фактора роста нервов (NGF), мозгового нейротрофического фактора (BDNF), нейротрофина-3 (NT-3) и нейротрофина-4 (NT-4). Они связываются с рецепторами мембраны таргетных нейронов и активируют внутриклеточный каскад реакций, приводящих к трофическим эффектам. Каждый нейротрофин имеет высокое сродство со специфическими рецепторами семейства тирозинкиназы (Trk рецепторы): NGF связывается с TrkA, BDNF и NT-4 – с TrkB, а NT-3 – с TrkC, а также с низкой аффинностью – с другими Trk рецепторами [48, 57].

Исследованиями, проведенными в последнем десятилетии, доказано, что указанные нейротрофины играют ключевую роль в патогенезе депрессии и суицидального поведения [33, 62]. Было установлено, что экспрессия BDNF, а также генов, регулирующих функции BDNF и TrkB рецепторов снижается в посмертных образцах тканей мозга у умерших пациентов с депрессией [21]. У пациентов с БДР отмечено снижение сывороточного уровня BDNF [26, 42], а полиморфизмы гена BDNF признаны возможными предикторами хронификации заболевания [11]. Более того, экспрессия BDNF повышалась как у пациентов с депрессией, так и в экспериментальных моделях при назначении антидепрессантов, электроконвульсивной терапии и повторной транскраниальной магнитной стимуляции [20, 35, 36, 56, 68]. Имеются также сведения о собственной антидепрессивной активности BDNF и NT3, полученные на животных моделях депрессии [9, 19].

Экспрессия TrkB рецепторов BDNF также увеличивается при назначении антидепрессантов и электросудорожной терапии [78]. Однако известно, что антидепрессивные BDNF-зависимые механизмы связаны со структурными вариантами гена TrkB рецепторов. Нормальная активность BDNF связана с длинной изоформой данного гена, короткая же изоформа оказывает негативное влияние на BDNF-сигналинг [33].

Роль других нейротрофинов в патогенезе БДР менее ясна и требует в настоящее время дальнейшего изучения.

С начала нынешнего тысячелетия внимание исследователей привлекли некодирующие малые РНК (микроРНК), которые подавляют активность генов, комплементарно спариваясь с участками мРНК и ингибируя их трансляцию, а также непосредственно взаимодействуя с ДНК в процессе РНК-зависимого метилирования [16]. Прикладное значение микроРНК состоит в следующем: 1) нарушение функционирования специфических микроРНК ассоциируется с рядом заболеваний; 2) сывороточные уровни микроРНК могут быть определены с помощью метода полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией и являться маркерами этих заболеваний; 3) найдены специфические ингибиторы микроРНК, которые в перспективе могут быть исследованы как потенциальные лекарственные молекулы [109].

Стало известно, что микроРНК, как и нейротрофины, вовлечены в процессы выживания нейронов, синаптогенеза, нейрональной пластичности, а их участие в патогенезе психических расстройств интенсивно изучается [34]. Изменения нескольких типов микроРНК обнаружены при БДР: miR-30e, miR-182, и miR-132 [5, 34]. Установлено, что сывороточный уровень miR-132 и miR-182, которые подавляют экспрессию BDNF, повышается у пациентов с

БДР [5]. В преклинических исследованиях также показано, что экспрессия miR-212, имеющей отношение к синтезу BDNF, повышается в зубчатой извилине и сыворотке после электросудорожной стимуляции [93]. Дальнейшие исследования микроРНК должны существенно улучшить понимание механизмов БДР и открыть новые возможности терапии [109].

Доказательства об участии иммунной системы в патофизиологии БДР в настоящее время не вызывают сомнений [69, 70]. Как указывалось выше, БДР характеризуется гиперэкскрецией глюкокортикоидов. Несмотря на их противовоспалительный эффект, у пациентов с БДР регистрируют повышенные уровни провоспалительных цитокинов: интерлейкина-1, интерлейкина-6, фактора некроза опухоли альфа и некоторых растворимых рецепторов интерлейкинов [3, 66]. Провоспалительные цитокины участвуют не только в инициальном иммунном ответе и воспалительных реакциях, но также обладают важными метаболическими и эндокринными эффектами, включая метаболизм нейротрансмиттеров, нейроэндокринные функции и нейропластичность [109].

Отмечено, что введение интерлейкина-6 вызывает депрессивное поведение у экспериментальных животных и нейтрализует антидепрессивный эффект флуоксетина [41]. У пациентов, принимающих провоспалительные цитокины с лечебной целью, такие как альфа-интерфероны, развиваются депрессивные эпизоды, клинически неотличимые от эндогенных БДР [96]. Важно отметить, что у пациентов с БДР экспрессия ряда цитокинов, вовлеченных в механизмы клеточной смерти, увеличена в мозговых регионах, связанных с процессами подкрепления [6]. Вовлечение цитокинов в организацию поведения и различные функции нервной системы подтверждается также наличием специфических рецепторов к ним в гиппокампе и гипоталамических ядрах [53]. Провоспалительные цитокины стимулируют гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось, активируют секрецию гормона роста и ингибируют выработку тиреотропного гормона [63]. Все указанные эффекты имеют место при БДР.

Растет количество доказательств об имеющемся взаимодействии между микробиотой кишечника и функционированием головного мозга (ось мозг – кишечник) [109]. Согласно этой точке зрения, микробиота может влиять на химические изменения в мозге и, соответственно, на поведение. Имеются свидетельства того, что микробиота кишечника у животных с симптомами стресса и депрессии имеет отличия от здоровых животных [30]. Различные сигнальные пептиды, вырабатываемые гастроинтестинальной системой, особенно лептин [98], грелин [37], холецистокинин [89], оказывают прямое влияние на ЦНС, в том числе на нейрогенез, а значит могут вовлекаться в патогенез БДР. В то же время, вопрос о роли дисбаланса кишечной микрофлоры в патофизиологии депрессии далек от своего решения. Не исключено, что эти изменения могут быть вторичными относительно нарушенной кинетики желудочно-кишечного тракта у пациентов с БДР.

Генетические предпосылки большого депрессивного расстройства

Исходно данные о генетическом компоненте БДР были получены с использованием близнецовых и семейных ис-

следований. Согласно одному из последних обзоров, посвященных близнецовым исследованиям, наследуемость рекуррентного БДР составляет 37% [102]. В результате изучения семей было показано, что родственники первой линии пробандов с рекуррентным БДР имеют удвоенный риск заболеть данным расстройством [104].

Согласно современным данным, БДР не является моногенным заболеванием. Его развитие связано с деятельностью нескольких генов во взаимодействии с влияниями внешней среды [105]. Не вдаваясь в подробности методологий генетических исследований (см. подробные обзоры [64, 67]), краткое резюме генетических предпосылок БДР представлено ниже.

В настоящее время наиболее понятными являются результаты исследований генов, продукты деятельности которых играют роль в функционировании мозговых систем регуляции аффективных процессов. Показано, что риски развития БДР ассоциируются с полиморфизмами нескольких генов: гена глюкокортикоидного рецептора NR3C1 [84], гена моноаминоксидазы А типа [75], гена киназы-3β-гликогенсинтетазы (играет ключевую роль в процессах фосфорилирования, регуляции метаболических энзимов и многих факторов транскрипции) [113], гена метаболитного глутаматного рецептора GRM3 [10].

Ряд работ посвящен генетическим вариациям и ответам/резистентности на терапию антидепрессантами. Существенное их число касается функционального инсерционно-делеционного варианта региона промотора белка переносчика серотонина (5HTTLPR) в гене белка переносчика серотонина (SLC6A4). В специальном мета-анализе [74] показаны две важные ассоциации. Первая касается длинного аллеля 5HTTLPR и усиления активности селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) [76] и снижения количества побочных эффектов данных препаратов [58]. Вторая – между коротким аллелем 5HTTLPR и увеличением риска побочных эффектов пароксетина при снижении побочных эффектов миртазапина [38]. Различные единичные нуклеотидные полиморфизмы гена рецептора серотонина 2A типа ассоциируются с неоднозначными исходами лечения СИОЗС [83, 107].

Единичные нуклеотидные полиморфизмы гена мозгового нейротрофического фактора (BDNF) связывают с ответом на прием СИОЗС [65] и дезипрамина [58], а полиморфизмы ряда глутаматергических генов (например, GRIK4) имеют отношение к эффективности и переносимости циталопрама [12, 50].

Генетические вариации FKBP5, гена протеина, регулирующего связывание с глюкокортикоидным рецептором [17], ассоциированы с ответом на антидепрессанты [82, 103], в то время как генетические модификации гена калиевого канала (TREK1), медирующего механизмы действия СИОЗС, – с отсутствием такового [80]. Варианты гена катехоламин-О-метилтрансферазы (КОМТ), нарушающие активность данного фермента, приводят к фармакологической резистентности к различным антидепрессантам [14, 106].

Среди «нетрадиционных» генов-кандидатов предиктором на эффективность антидепрессантов также могут быть вариации генов рецептора кортикотропин-рилизинг-гормона (CRHR1), белка, связывающего корти-

котропин-рилизинг-гормон (CRHBP) [13, 15], уронил-2 сульфотрансферазы и интерлейкина 11 [51].

Интегративные нейробиологические подходы к изучению большого депрессивного расстройства

В последние годы растет необходимость в исследованиях, интегрирующих генетические, молекулярные и визуализационные подходы в изучении БДР [59]. Они призваны идентифицировать взаимоотношения между генетическими предпосылками, молекулярными механизмами, работой нейрональных систем и особенно, клиническими проявлениями у пациентов с БДР. Это должно стать очередным шагом в понимании патофизиологических механизмов, лежащих в основе БДР, и в перспективе определить предикторы ответа на терапию.

Список использованной литературы

1. A default mode of brain function / Raichle M. E., MacLeod A. M., Snyder A. Z. [et al.] // *Proc. Natl. Acad. Sci.* – 2001. – № 98. – P. 676–682.
2. A differential pattern of neural response toward sad versus happy facial expressions in major depressive disorder / Surguladze S., Brammer M. J., Keedwell P. [et al.] // *Biol. Psychiatry.* – 2005. – № 57. – P. 201–209.
3. A meta-analysis of cytokines in major depression / Y. Dowlati, N. Herrmann, W. Swardfager [et al.] // *Biol Psychiatry.* – 2010. – № 67(5). – P. 446–457.
4. A susceptibility gene for affective disorders and the response of the human amygdala // A. R. Hariri, E. M. Drabant, K. E. Munoz [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2005. – № 62. – P. 146–152.
5. Alterations of serum levels of BDNF-related miRNAs in patients with depression / Y. J. Li, M. Xu, Z. H. Gao [et al.] // *PLoS One.* – 2013. – № 8 (5). – P. 332–336.
6. Altered expression of genes involved in inflammation and apoptosis in frontal cortex in major depression / Shelton R. C., Claiborne J., Sidoryk-Wegrzynowicz M. [et al.] // *Mol. Psychiatry.* – 2011. – № 16 (7). – P. 751–762.
7. Amodio D. M. Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition / D. M. Amodio, C. D. Frith // *Nat. Rev. Neurosci.* – 2006. – № 7 (4). – P. 268–277.
8. Anterior insular cortex anticipates impending stimulus significance / K. L. Lovero, A. N. Simmons, J. L. Aron, M. P. Paulus // *Neuroimage.* – 2009. – № 45 (3). – P. 976–983.
9. Antidepressant-like effect of brain-derived neurotrophic factor (BDNF) / Siuciak J. A., Lewis D. R., Wiegand S. J., Lindsay R. M. // *Pharmacol. Biochem. Behav.* – 1997. – № 56 (1). – P. 131–137.
10. Association analysis of group II metabotropic glutamate receptor genes (GRM2 and GRM3) with mood disorders and fluvoxamine response in a Japanese population / Tsunoka T., Kishi T., Ikeda M. [et al.] // *Prog. Neuro. Psychopharmacol. Biol. Psychiatry.* – 2009. – № 33. – P. 875–879.
11. Association between the BDNF Val66Met polymorphism and chronicity of depression / Y. Lee, S. W. Lim, S. Y. Kim [et al.] // *Psychiatry Investig.* – 2013. – № 10. – P. 56–61.
12. Association of GRIK4 with outcome of antidepressant treatment in the STAR*D cohort / Paddock S., Laje G., Charney D. [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 2007. – № 164. – P. 1181–1188.
13. Association of polymorphisms in genes regulating the corticotropin-releasing factor system with antidepressant treatment response / E. B. Binder, M. J. Owens, W. Liu [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2010. – № 67. – P. 369–379.
14. Association of the COMT val158met variant with antidepressant treatment response in major depression / B. T. Baune, C. Hohoff, K. Berger [et al.] // *Neuropsychopharmacology.* – 2008. – № 33. – P. 924–932.
15. Association study of corticotropin-releasing hormone receptor 1 gene polymorphisms and antidepressant response in major depressive disorders / Liu Z., Zhu F., Wang G. [et al.] // *Neuroscience Lett.* – 2007. – № 414. – P. 155–158.
16. Bartel D. P. MicroRNAs: target recognition and regulatory functions / D. P. Bartel *Cell.* – 2009. – № 136 (2). – P. 215–233.
17. Binder E. B. The role of FKBP5, a co-chaperone of the glucocorticoid receptor in the pathogenesis and therapy of affective and anxiety disorders / E. B. Binder // *Psychoneuroendocrinology.* – 2009. – № 34. – P. 186–195.
18. Botvinick M. M. Conflict monitoring and anterior cingulate cortex: an update / M. M. Botvinick, J. D. Cohen, C. S. Carter // *Trends Cogn. Sci.* – 2004. – № 8 (12). – P. 539–546.
19. Brain-derived neurotrophic factor produces antidepressant effects in behavioral models of depression / Y. Shirayama, A. C-H. Chen, S. Nakagawa [et al.] // *J. Neurosci.* – 2002. – № 22 (8). – P. 3251–3261.
20. Brain-derived neurotrophic factor serum concentrations in depressive patients during vagus nerve stimulation and repetitive transcranial magnetic stimulation / U. E. Lang, M. Bajbouj, J. Gallinat, R. Hellweg // *Psychopharmacology (Berl.)*. – 2006. – № 187 (1). – P. 56–59.
21. Brain-derived neurotrophic factor signaling and subgenual anterior cingulate cortex dysfunction in major depressive disorder / Tripp A. O., Oh H., Guilloux J. P. [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 2012. – № 169 (11). – P. 1194–1202.
22. Bressler S. L. Large-scale brain networks in cognition: emerging methods and principles / S. L. Bressler, V. Menon // *Trends Cogn. Sci.* – 2010. – № 14 (6). – P. 277–290.
23. Combined dexamethasone suppression-corticotropin-releasing hormone stimulation test in medication-free major depression and healthy volunteers / L. Sher, M. A. Oquendo, A. K. Burke [et al.] // *J. Affect. Disord.* – 2013. – № 151 (3). – P. 1108–1112.
24. Combined dexamethasone/corticotropin releasing hormone test predicts treatment response in major depression—a potential biomarker? / M. Ising, S. Horstmann, S. Kloiber [et al.] // *Biol Psychiatry.* – 2007. – № 62 (1). – P. 47–54.
25. Consistent resting-state networks across healthy subjects / Damoiseaux J. S. [et al.] // *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* – 2006. – № 103. – P. 13848–13853.
26. Decreased serum brain-derived neurotrophic factor levels in major depressed patients / F. Karege, G. Perret, G. Bondolfi [et al.] // *Psychiatry Res.* – 2002. – № 109 (2). – P. 143–148.
27. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys / S. Mousavi, S. Chatterji, E. Verdes [et al.] // *Lancet.* – 2007. – № 370. – P. 851–858.
28. Depressive symptoms and brain volumes in older adults: a longitudinal magnetic resonance imaging study / V. M. Dotson, C. Davatzikos, M. A. Kraut, S. M. Resnick // *J. Psychiatry. Neurosci.* – 2009. – № 34. – P. 367–375.
29. Differential electrophysiological response during rest, self-referential, and non-self-referential tasks in human posteromedial cortex / M. Dastjerdi, B. L. Foster, S. Nasrullah [et al.] // *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* – 2011. – № 108 (7). – P. 3023–3028.
30. Dinan T. G. Melancholic microbes: a link between gut microbiota and depression? / T. G. Dinan, J. F. Cryan // *Neurogastroenterol. Motil.* – 2013. – № 25. – P. 713–719.
31. Dissociable intrinsic connectivity networks for salience processing and executive control / Seeley W. W., Menon V., Schatzberg A. F. [et al.] // *J. Neurosci.* – 2007. – № 27 (9). – P. 2349–2356.
32. Duman R. S. Pathophysiology of depression: the concept of synaptic plasticity / R. S. Duman // *Eur. Psychiatry.* – 2002. – № 17 (3). – P. 306–310.
33. Dwivedi Y. Brain-derived neurotrophic factor: role in depression and suicide / Y. Dwivedi // *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* – 2009. – № 5 (1). – P. 433–449.
34. Dwivedi Y. Evidence demonstrating role of microRNAs in the etiopathology of major depression / Y. Dwivedi // *J. Chem. Neuroanat.* – 2011. – № 42 (2). – P. 142–156.
35. Effect of treatment on serum brain-derived neurotrophic factor levels in depressed patients / A. S. Gonul, F. Akdeniz, F. Tanelli [et al.] // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* – 2005. – № 255 (6). – P. 381–386.
36. Effects of electroconvulsive seizures and antidepressant drugs on brain-derived neurotrophic factor protein in rat brain / C. A. Altar, R. E. Whitehead, R. Chen [et al.] // *Biol. Psychiatry.* – 2003. – № 54 (7). – P. 703–709.
37. Effects of ghrelin on psychopathology, sleep and secretion of cortisol and growth hormone in patients with major depression / M. Kluge, P. Schüssler, M. Dresler [et al.] // *J. Psychiatr. Res.* – 2011. – № 45 (3). – P. 421–426.
38. Effects of the serotonin transporter gene promoter polymorphism on mirtazapine and paroxetine efficacy and adverse events in geriatric major depression / G. M. Murphy, S. B. Hollander, H. E. Rodrigues [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2004. – № 61. – P. 1163–1169.
39. Episodic memory retrieval, parietal cortex, and the default mode network: functional and topographic analyses / Sestieri C., Corbetta M., Romani G. L., Shulman G. L. // *J. Neurosci.* – 2011. – № 31 (12). – P. 4407–4420.
40. Etkin A. Emotional processing in anterior cingulate and medial prefrontal cortex / A. Etkin, T. Egner, R. Kalisch // *Trends Cogn. Sci.* – 2011. – № 15 (2). – P. 85–93.
41. Evidence for sustained elevation of IL-6 in the CNS as a key contributor of depressive-like phenotypes / Sukoff-Rizzo S. J., Neal S. J., Hughes Z. A. [et al.] // *Transl. Psychiatry.* – 2012. – № 2. – P. 199.
42. Exploration of biological markers of suicidal behavior in major depressive disorder / Kim Y.-K., Won S.-D., Hur J.-W. [et al.] // *Psychiatry Investig.* – 2007. – № 4 (1). – P. 13–21.
43. Feinstein J. S. Anterior insula reactivity during certain decisions is associated with neuroticism / J. S. Feinstein, M. B. Stein, M. P. Paulus // *Soc Cogn. Affect. Neurosci.* – 2006. – № 1 (2). – P. 136–142.
44. Fitzgerald P. J. Gray colored glasses: is major depression partially a sensory perceptual disorder? / Fitzgerald P. J. // *J. Affect. Disord.* – 2013. – № 151 (2). – P. 418–422.
45. For the National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) / R. C. Kessler, P. Berglund, O. Demler [et al.] // *JAMA.* – 2003. – № 289. – P. 3095–3105.
46. Functional brain imaging studies of youth depression: A systematic review / R. Kerestes, C. G. Davey, K. Stephanou [et al.] // *Neuroimage Clin.* – 2014. – № 4. – P. 209–231.
47. Functional connectivity in the resting brain: a network analysis of the default mode hypothesis / M. Greicius, B. Krassnow, A. L. Reiss, V. Menon // *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* – 2003. – № 100. – P. 253–258.
48. Functions of neurotrophins and growth factors in neurogenesis and brain repair / S. L. Oliveira, M. M. Pillat, A. Cheffer [et al.] // *Cytometry A.* – 2013. – № 83 (1). – P. 76–89.
49. GABAergic neurons immunoreactive for calcium binding proteins are reduced in the prefrontal cortex in major depression / Rajkowska G., O'Dwyer G., Teleki Z. [et al.] // *Neuropsychopharmacology.* – 2007. – № 32. – P. 471–482.
50. Genetic and clinical predictors of sexual dysfunction in citalopram-treated depressed patients / R. H. Perlis, G. Laje, J. W. Smoller [et al.] // *Neuropsychopharmacology.* – 2009. – № 34. – P. 1819–1828.
51. Genome-wide pharmacogenetics of antidepressant response in the GENDEP project / Uher R., Perroud N., Ng M. Y. [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 2010. – № 167. – P. 555–564.

52. Glucocorticoid prevents brain-derived neurotrophic factor-mediated maturation of synaptic function in developing hippocampal neurons through reduction in the activity of mitogen-activated protein kinase / E. Kumamaru, T. Numakawa, N. Adachi [et al.] // *Mol. Endocrinol.* – 2008. – № 22 (3). – P. 546–558.
53. Hopkins S. J. Cytokines and the nervous system I: expression and recognition / S. J. Hopkins, N. J. Rothwell // *Trends in Neurosci.* – 1995. – № 18(2). – P. 83–88.
54. HPA-Axis hormone modulation of stress response circuitry activity in women with remitted major depression / L. M. Holsen, K. Lancaster, A. Klibanski [et al.] // *Neurosci.* – 2013. – № 250. – P. 733–742.
55. Increased amygdala and insula activation during emotion processing in anxiety-prone subjects / M. B. Stein, A. N. Simmons, J. S. Feinstein, M. P. Paulus // *Am. J. Psychiatry.* – 2007. – № 164 (2). – P. 318–327.
56. Increased hippocampal BDNF immunoreactivity in subjects treated with antidepressant medication / B. Chen, D. Dowlatshahi, G. M. MacQueen [et al.] // *Biol. Psychiatry.* – 2001. – № 50 (4). – P. 260–265.
57. Jiang C. The role of neurotrophins in major depressive disorder / C. Jiang, S. R. Salton // *Transl. Neurosci.* – 2013. – № 34 (1). – P. 46–58.
58. Kato M. Review and meta-analysis of antidepressant pharmacogenetic findings in major depressive disorder / M. Kato, A. Serretti // *Mol. Psychiatry.* – 2010. – № 15. – P. 473–500.
59. Kupfer D. J. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives / D. J. Kupfer, E. Frank, M. L. Phillips // *Lancet.* – 2012. – № 379 (9820). – P. 1045–1055.
60. Lack of ventral striatal response to positive stimuli in depressed versus normal subjects / J. Epstein, H. Pan, J. H. Kocsis [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 2006. – № 163. – P. 1784–1790.
61. Lang U. E. Molecular mechanisms of depression: perspectives on new treatment strategies / U. E. Lang, S. Borgwardt // *Cell. Physiol. Biochem.* – 2013. – № 31 (6). – P. 761–777.
62. Lee B-H. The roles of BDNF in the pathophysiology of major depression and in antidepressant treatment / Lee B-H., Kim Y-K. // *Psychiatry Investig.* – 2010. – № 7 (4). – P. 231–235.
63. Leonard B. Stress, depression and the activation of the immune system / B. Leonard // *World J. Biol. Psychiatry.* – 2000. – № 1 (1). – P. 17–25.
64. Levinson D. F. The genetics of depression: a review / D. F. Levinson // *Biol. Psychiatry.* – 2006. – № 60. – P. 84–92.
65. Licinio J. Novel sequence variations in the brain-derived neurotrophic factor gene and association with major depression and antidepressant treatment response / J. Licinio, C. Dong, M. L. Wong // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2009. – № 66. – P. 488–497.
66. Liu Y. (IL)-6, tumour necrosis factor alpha (TNF- α) and soluble interleukin-2 receptors (sIL-2R) are elevated in patients with major depressive disorder: a meta-analysis and meta-regression / Liu Y., Ho RC-M., Mak A. // *J. Affect. Disord.* – 2012. – № 139 (3). – P. 230–239.
67. Lohoff F. W. Overview of the Genetics of Major Depressive Disorder / F. W. Lohoff // *Curr. Psychiatry Rep.* – 2010. – № 12 (6). – P. 539–546.
68. Long-term repetitive transcranial magnetic stimulation increases the expression of brain-derived neurotrophic factor and cholecystokinin mRNA, but not neuropeptide tyrosine mRNA in specific areas of rat brain / M. B. Müller, N. Toschi, A. E. Kresse [et al.] // *Neuropsychopharmacology.* – 2000. – № 23 (2). – P. 205–215.
69. Maes M. Depression is an inflammatory disease, but cell-mediated immune activation is the key component of depression / Maes M. // *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.* – 2011. – № 35 (3). – P. 664–675.
70. Makhija K. The role of inflammatory cytokines on the aetiopathogenesis of depression / K. Makhija, S. Karunakaran // *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* – 2013. – № 47. – P. 828–839.
71. Mayberg H. S. Positron emission tomography imaging in depression: a neural systems perspective / H. S. Mayberg // *Neuroimaging Clin. N. Am.* – 2003. – № 13 (4). – P. 805–815.
72. Menon V. Large-scale brain networks and psychopathology: a unifying triple network model / V. Menon // *Trends. Cogn. Sci.* – 2011. – № 15 (10). – P. 483–506.
73. Menon V. Saliency, switching, attention and control: a network model of insulafunction / V. Menon, L. Q. Uddin // *Brain. Struct. Funct.* – 2010. – № 214. – P. 655–667.
74. Meta-analysis of serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) association with selective serotonin reuptake inhibitor efficacy in depressed patients / Serretti A., Kato M., De Ronchi D., Kinoshita T. // *Mol. Psychiatry.* – 2007. – № 12. – P. 247–257.
75. Meta-analysis of the association between the monoamine oxidase-A gene and mood disorders / M. Fan, B. Liu, T. Jiang [et al.] // *Psychiatr. Genet.* – 2010. – № 20. – P. 1–7.
76. Moderation of antidepressant response by the serotonin transporter gene / P. Huez-Diaz, R. Uher, R. Smith [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* – 2009. – № 195. – P. 30–38.
77. Neural correlates of rumination in depression / R. E. Cooney, J. Joormann, F. Eugène [et al.] // *Cogn. Affect. Behav. Neurosci.* – 2010. – № 10 (4). – P. 470–478.
78. Nibuya M. Regulation of BDNF and trkB mRNA in rat brain by chronic electroconvulsive seizure and antidepressant drug treatments / M. Nibuya, S. Morinobu, R. S. Duman // *J. Neurosci.* – 1995. – № 15 (11). – P. 7539–7547.
79. Paulus M. P. Aninsularview of anxiety / M. P. Paulus, M. B. Stein // *Biol. Psychiatry.* – 2006. – № 60 (4). – P. 383–387.
80. Pharmacogenetic analysis of genes implicated in rodent models of antidepressant response: association of TREK1 and treatment resistance in the STAR (*) D study / Perlis R. H., Moorjani P., Fagerness J. [et al.] // *Neuropsychopharmacology.* – 2008. – № 33. – P. 2810–2819.
81. Phillips M. L. A neural model of voluntary and automatic emotion regulation: implications for understanding the pathophysiology and neurodevelopment of bipolar disorder / M. L. Phillips, C. D. Ladouceur, W. C. Drevets // *Mol. Psychiatry.* – 2008. – № 13. – P. 833–857.
82. Polymorphisms in FKBP5 are associated with increased recurrence of depressive episodes and rapid response to antidepressant treatment / E. B. Binder, D. Salyakina, P. Lichtner [et al.] // *Nat. Genet.* – 2004. – № 36. – P. 1319–1325.
83. Polymorphisms in the SLC6A4 and HTR2A genes influence treatment outcome following antidepressant therapy / Wilkie M. J., Smith G., Day R. K. [et al.] // *Pharmacogenomics J.* – 2009. – № 9. – P. 61–70.
84. Polymorphisms of the glucocorticoid receptor gene and major depression / vanRossum E. F., Binder E. B., Majer M. [et al.] // *Biol. Psychiatry.* – 2006. – № 59. – P. 681–688.
85. Price J. L. Neural circuits underlying the pathophysiology of mood disorders / J. L. Price, W. C. Drevets // *Trends. Cogn. Sci.* – 2012. – № 16 (1). – P. 61–71.
86. Rangel A. A framework for studying the neurobiology of value-based decision making / Rangel A., Camerer C., Montague P. R. // *Nat. Rev. Neurosci.* – 2008. – № 9 (7). – P. 545–556.
87. Reduced amygdala volume in newly admitted psychiatric in-patients with unipolar major depression / G. Kronenberg, L. Tebart van Elst, F. Regen [et al.] // *J. Psychiatr. Res.* – 2009. – № 43. – P. 1112–1117.
88. Reduced caudate and nucleus accumbens response to rewards in unmedicated individuals with major depressive disorder / D. A. Pizzagalli, A. J. Holmes, D. G. Dillon [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 2009. – № 166. – P. 702–710.
89. Repeated social defeat-induced depression-like behavioral and biological alterations in rats: involvement of cholecystokinin / C. Becker, B. Zeau, C. Rivat [et al.] // *Mol. Psychiatry.* – 2008. – № 13 (12). – P. 1079–1092.
90. Resting-state functional connectivity in major depression: abnormally increased contributions from subgenual cingulate cortex and thalamus / M. D. Greicius, B. H. Flores, V. Menon [et al.] // *Biol. Psychiatry.* – 2007. – № 62 (5). – P. 429–437.
91. Resting-state functional MRI in depression unmasks increased connectivity between networks via the dorsal nexus / Sheline Y. I., Price J. L., Yan Z., Mintun M. A. // *Proc. Natl. Acad. Sci. U S A.* – 2010. – № 107 (24). – P. 11020–11025.
92. Role for the kinase SGK1 in stress, depression, and glucocorticoid effects on hippocampal neurogenesis / C. Anacker, A. Cattaneo, K. Musaleyan [et al.] // *Proc. Natl. Acad. Sci. U S A.* – 2013. – № 110 (21). – P. 8708–8713.
93. Ryan K. M. Electroconvulsive stimulation alters levels of BDNF-associated microRNAs / Ryan K. M., O'Donovan S. M., McLoughlin D. M. // *Neurosci. Lett.* – 2013. – № 549. – P. 125–129.
94. Schultz W. Behavioral dopamine signals / W. Schultz // *Trends Neurosci.* – 2007. – № 30. – P. 203–210.
95. Serotonin transporter genotype (5-HTTLPR): effects of neutral and undefined conditions on amygdala activation / A. Heinz, M. N. Smolka, D. F. Braus [et al.] // *Biol. Psychiatry.* – 2007. – № 61. – P. 1011–1014.
96. Shelton R. C. Eating ourselves to death (and despair): the contribution of adiposity and inflammation to depression / R. C. Shelton, A. H. Miller // *Prog. Neurobiol.* – 2010. – № 91 (4). – P. 275–299.
97. Singer T. A common role of insula in feelings, empathy and uncertainty / T. Singer, H. D. Critchley, K. Preuschoff // *Trends Cogn. Sci.* – 2009. – № 3 (8). – P. 334–340.
98. Sleep disturbances and depressed mood: a harmful combination associated with increased leptin levels in women with normal weight / S. Häfner, J. Baumert, R. T. Emeny [et al.] // *Biol. Psychol.* – 2012. – № 89 (1). – P. 163–169.
99. Sporns O. Networks of the Brain / O. Sporns. – MIT Press, 2011. 96.
100. Spreng R. N. The common neural basis of autobiographical memory, prospection, navigation, theory of mind, and the default mode: a quantitative meta-analysis / R. N. Spreng, R. A. Mar, A. S. Kim // *J. Cogn. Neurosci.* – 2009. – № 21 (3). – P. 489–510.
101. Sridharan D. A critical role for the right fronto-insular cortex in switching between central-executive and default-mode networks / D. Sridharan, D. J. Levitin, V. Menon // *Proc. Natl. Acad. Sci. U S A.* – 2008. – № 105 (34). – P. 12569–12574.
102. Sullivan P. F. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis / P. F. Sullivan, M. C. Neale, K. S. Kendler // *Am. J. Psychiatry.* – 2000. – № 157. – P. 1552–1562.
103. The FKBP5-gene in depression and treatment response—an association study in the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) Cohort / Lekman M., Laje G., Charney D. [et al.] // *Biol. Psychiatry.* – 2008. – № 63. – P. 1103–1110.
104. The relationship between panic disorder and major depression. A new family study / Weissman M. M., Wickramaratne P., Adams P. B. [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1993. – № 50. – P. 767–780.
105. Uher R. The role of genetic variation in the causation of mental illness: an evolution-informed framework / R. Uher // *Mol. Psychiatry.* – 2009. – № 14. – P. 1072–1082.
106. Variation in catechol-O-methyltransferase is associated with duloxetine response in a clinical trial for major depressive disorder / R. H. Perlis, B. Fijal, D. H. Adams [et al.] // *Biol. Psychiatry.* – 2009. – № 65. – P. 785–791.
107. Variation in the gene encoding the serotonin 2A receptor is associated with outcome of antidepressant treatment / F. J. McMahon, S. Buerenich, D. Charney [et al.] // *Am. J. Hum. Genet.* – 2006. – № 78. – P. 804–814.
108. Variation of human amygdala response during threatening stimuli as a function of 5-HTTLPR genotype and personality style / A. Bertolino, G. Arciero, V. Rubino [et al.] // *Biol. Psychiatry.* – 2005. – № 57. – P. 1517–1525.

109. Villanueva R. *Neurobiology of Major Depressive Disorder* / R. Villanueva // *Neural Plast.* – 2013. – doi: 10.1155/2013/873278.
110. Watson S. *HPA axis function in mood disorders* / S. Watson, P. Mackin // *Psychiatry.* – 2006. – № 5 (5). – P. 166–170.
111. *What goes down must come up: role of the posteromedial cortices in encoding and retrieval* / Vannini P., O'Brien J., O'Keefe K. [et al.] // *Cereb. Cortex.* – 2011. – № 21 (1). – P. 22–34.

112. *Where is the semantic system? A critical review and meta-analysis of 120 functional neuroimaging studies* / J. R. Binder, R. H. Desai, W. W. Graves, L. L. Conant // *Cereb Cortex.* – 2009. – № 19 (12). – P. 2767–2796.
113. *Association between glycogen synthase kinase-3 β gene polymorphisms and major depression and suicidal behavior in a Korean population* / H. K. Yoon, Y. K. Kim // *Prog. Neuro. Psychopharmacol. Biol Psychiatry.* – 2010. – № 34. – P. 331–334.

НЕЙРОБИОЛОГИЯ ДЕПРЕСІЇ: ВІД АНАТОМО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ДО МОЛЕКУЛЯРНИХ МЕХАНІЗМІВ

О.А. Левада

У даному огляді ми розглядаємо сучасні досягнення у вивченні нейробиології великого депресивного розладу. Обговорюються наявні анатомо-функціональні дані нейровізуалізаційних досліджень, порушення у комплексній сигнальній сітці, що включає гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковозалозну вісь, експресію про-тосових факторів, мікроРНК, вироблення прозапальних цитокінів, порушення продукції гастроінтестинальних пептидів, а також генетичні аспекти даного розладу.

Ключові слова: великий депресивний розлад, анатомо-функціональні механізми, молекулярні механізми, генетичні передумови.

NEUROBIOLOGY OF DEPRESSION: FROM ANATOMIC-FUNCTIONAL TO MOLECULAR MECHANISMS

O. Levada

In this review we survey current developments in the neurobiology of major depressive disorder. The anatomic-functional data from neuroimaging studies, alterations of a complex signaling network, which includes the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, the growth factor expression, the production of microRNAs, the expression of proinflammatory cytokines, and the abnormal delivery of gastrointestinal peptides as well as genetic aspects that are relevant for assessment and treatment selection of this disorder are discussed.

Key words: major depressive disorder, anatomic-functional mechanisms, molecular mechanisms, genetic prerequisites.

УДК 616.895.87-008+616.892

Н.А. Дзеружинская

ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ТЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев

dzeruzhinskaya@mail.ru

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) оказывает существенное влияние на различные сферы психической деятельности (эмоциональные и когнитивные проявления), видоизменяя клиническую картину психических расстройств и структуру когнитивных нарушений.

Методы. Для изучения проявлений основного заболевания использованы шкала PANSS (при параноидной шизофрении) и шкала оценки тяжести депрессивного расстройства Гамильтона HDRS (при депрессивных расстройствах). Скрининг наличия когнитивных нарушений проводился с помощью Монреальского когнитивного теста (MoCA), для оценки структуры и степени их выраженности использована соответствующая батарея методик.

Результаты. Выявлены когнитивные нарушения у женщин с депрессивными расстройствами и АГ, касающиеся объема, устойчивости и целенаправленности внимания, умеренного снижения памяти и способности к абстрагированию и обобщению, а также в виде нарушений зрительно-конструктивных и исполнительских навыков. Больные с параноидной шизофренией, сочетанной с АГ, продемонстрировали дефицит в области объема и селективности внимания, а также нарушение исполнительской функции, коррелирующее и с позитивной, и с негативной симптоматикой, дефицит вербальной ассоциативной производительности, связанный с выраженностью негативной симптоматики.

Выводы. АГ, сопутствующая психическим расстройствам (шизофрения, депрессивное расстройство), видоизменяет когнитивную дисфункцию при этих заболеваниях. Своевременное выявление и лечение коморбидной АГ способствует замедлению нарастания когнитивных нарушений и поддержанию хорошего комплаенса между врачом и пациентом.

Ключевые слова:

артериальная гипертензия, психические расстройства, депрессия, параноидная шизофрения, психофармакотерапия.

Актуальность. На современном этапе развития психиатрической науки основными актуальными вопросами по-прежнему остаются течение и прогноз психических расстройств. Особое значение приобретают эти вопросы в связи с появлением новых психофармакотерапевтических средств и изучением коморбидности психических нарушений как в рамках собственно психических

расстройств, так и в виде сочетаний с различными соматическими заболеваниями. Большинство исследований посвящено изучению чистых нозологических форм, однако в реальной практике часто приходится сталкиваться с сочетанной патологией. Результаты исследования САТІЕ (клиническое исследование эффективности применения антипсихотиков) наглядно продемонстри-

ровали, что 58% пациентов имеют как минимум одно, а у 9% диагностированы более 4 тяжелых соматических заболеваний [9]. Отмечается высокая коморбидность шизофрении и соматических заболеваний, наиболее частыми среди них являются артериальная гипертензия (20%), гиперлипидемия (14%) и сахарный диабет (11%) [1, 10]. Пациенты с сердечно-сосудистой патологией демонстрируют высокую психическую коморбидность (79%), из них 52% – с аффективными расстройствами. Отмечена корреляция депрессии с высоким АД [12]. По данным С.Ю. Штарик (2010), среди пациентов с артериальной гипертензией показатель распространенности депрессивных расстройств составил 47,5%. Недооценка коморбидности ведет к недостаточной эффективности терапии психического расстройства, более частым побочным эффектам и даже формированию резистентности к терапии [5].

Артериальная гипертензия (АГ) – одна из самых распространенных форм соматической патологии, встречающаяся у больных с психическими расстройствами. АГ, как цереброваскулярное заболевание, вносит вклад в формирование эмоциональных и когнитивных расстройств. И.И. Влох с соавторами [2] обследовали пациентов психиатрического стационара и выделили три стадии развития психических нарушений при этой сосудистой патологии: начальная, стадия выраженных психических нарушений и деменции. Начальные нарушения психической деятельности представляют собой невротоподобные расстройства с фобическими, астеническими, истероформными и тревожными компонентами. В структуре психических расстройств второй стадии выделялись аффективные (тревожно-депрессивные и депрессивно-обсессивные), бредовые (тревожно-параноидные, депрессивно-параноидные и паранойяльные) синдромы и синдромы нарушения сознания. Деменции возникали преимущественно остро, после инсультов, и проявлялись амнестическими, лакунарными, псевдосенильными и постапоплексическими вариантами.

Ряд публикаций указывают на сложные двусторонние связи между медико-социальными проблемами, соматической патологией [8], когнитивными нарушениями и депрессией [6, 9, 13]. Barnes D.E. et al. [8] отмечают, что депрессивные симптомы у лиц пожилого возраста связаны с повышенным риском развития умеренных когнитивных расстройств независимо от сосудистых заболеваний.

Недостаточная изученность влияния АГ на структуру формирующегося когнитивного расстройства при психических заболеваниях (шизофрения и депрессивное расстройство) послужила основанием для проведения данной работы.

Материалы и методы исследования

Целью нашего исследования было оценить влияние АГ на формирование когнитивных расстройств у пациентов с параноидной шизофренией и с депрессивными расстройствами. Для этого мы провели исследования пациентов с параноидной шизофренией (совместно с Харчуком Е.В.) на базе Киевской городской клинической психоневрологической больницы (КГКПНБ) № 1 и пациентов с депрессивным расстройством (совместно с

Дзюбой А.Н. и Здорик И.Ф.) на базе отделения гипертонической болезни Национального научного центра «Институт кардиологии имени академика Н.Д. Стражеско».

Для исследования применялись общепринятые методы: клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, социально-демографический, статистический.

После верификации диагнозов основных заболеваний соответственно клиническим критериям МКБ–10, для оценки степени тяжести психического расстройства использовались шкала оценки тяжести депрессивного расстройства Гамильтона HDRS (M. Hamilton, 1967) и шкала оценки выраженности позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) при параноидной шизофрении.

Когнитивные нарушения у больных с депрессивными расстройствами, коморбидными с АГ, оценивались с помощью Монреальского когнитивного теста (MoCA), методик «Запоминание 10 слов» А.Р. Лурия, «Таблицы Шульте», «классификация предметов», «исключение лишнего», «толкование пословиц и поговорок», тестов «Шифровка» и «Корректирующая проба».

Для исследования когнитивных функций у больных параноидной шизофренией, коморбидной с АГ, использовали следующие методики: тест связи символов (Trail making test, TMT) (Reitan R.M., Wolfson D., 1993). Часть «А» оценивает динамические параметры внимания – объем и уровень произвольной регуляции, часть «В» – исполнительскую функцию; тест вербальной беглости (Verbal fluency test, VFT) (Lezak M.D., 1995) – для оценки вербальной ассоциативной производительности (буквенная часть) и нарушений лексической системы (категориальная часть); тест Струпа (Stroop color word interference test) (Stroop J.R., 1935) – для оценки селективности внимания; тест Лурия на запоминание 10-ти не связанных по смыслу слов (Лурия А.Р., 1969) – для проверки вербальной памяти; тест визуальной ретенции Бентона (Benton A.L., 1952) – для исследования зрительной памяти. Степень выраженности нарушений оценивали количественно.

Результаты и их обсуждение

Основную группу исследования составили 102 женщины, пациентки Национального научного центра «Институт кардиологии имени академика Н.Д. Стражеско», у которых согласно исследовательских диагностических критериев МКБ–10 был диагностирован депрессивный эпизод. У всех пациентов в качестве сопутствующей патологии отмечалась АГ II ст. Группу сравнения составили 35 женщин с диагнозом АГ II ст. без актуальной психопатологической симптоматики. Средний возраст больных в группах практически не отличался: основная группа – (61,30±7,36) лет, группа сравнения – (60,28±6,46) лет. Больные практически не отличались по уровню образования и профессиональному статусу. Средняя продолжительность АГ также не различалась в группах (10,6±4,2) лет в основной и (10,3±4,5) лет в группе сравнения). Однако наличие в течении заболевания гипертонических кризов явно превалировало в основной группе (60,8% против 42,9% в группе сравнения), что отражало влияние эмоционального состояния на течение АГ.

Депрессивные расстройства, выявленные у пациенток основной группы, были представлены органическим депрессивным расстройством, дистимией, расстройством адаптации и депрессивным эпизодом (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных по нозологическим формам депрессивных расстройств

Шифр МКБ-10	Нозоформа	Количество больных (абс.)	Относительное количество (%)
F 06.32	Органическое расстройство настроения	52	51,0
F 32	Депрессивный эпизод	4	3,9
F 34.1	Дистимия	16	15,7
F 43.2	Расстройства адаптации	30	29,4

Ведущими психопатологическими синдромами оказались тревожно-депрессивный (54,9%), астенодепрессивный (37,3%) и депрессивно-ипохондрический (7,8%) варианты. Степень выраженности депрессивного расстройства соответствовала малому депрессивному эпизоду (средний балл по шкале Гамильтона – (15,41±1,65)). Выявлено, что пациенткам с депрессивными расстройствами, сочетанными с АГ, были свойственны высокие уровни реактивной и личностной тревожности по данным теста Спилберга–Ханина.

При изучении когнитивного функционирования выяснилось, что все женщины в большей или меньшей степени отмечали ухудшение памяти, быструю утомляемость и трудности сосредоточения, периодическую неспособность подобрать верное слово или быстро вспомнить известную фамилию или дату. Когнитивные нарушения выявлены у 90,2% пациенток основной группы (против 60% в группе сравнения): легкие – у 61,8%, выраженные – у 28,4% больных. Выявлена корреляционная связь между уровнем когнитивных функций и уровнем профессиональной занятости ($r=0,39$, $p\leq 0,05$). Результаты исследований по основным когнитивным тестам приведены в таблице 2.

Как видно из данных, приведенных в таблице 2, когнитивные нарушения касались преимущественно снижения объема, устойчивости и целенаправленности внимания, ухудшения способности к его переключению, повышен-

ной отвлекаемости и трудностей при усвоении инструкций к заданиям и нового материала, умеренного снижения памяти и способности к абстрагированию и обобщению. Исследование памяти показало, что субъективная оценка пациентками данной функции не соответствовала объективным данным. Большинство женщин значительно хуже оценивали свою память, чем это выявилось при запоминании 10 слов. Оценка когнитивных функций по монреальскому тесту выявила также, что потеря баллов происходила в основном за счет нарушений зрительно-конструктивных и исполнительских навыков (копирование куба, тест рисования часов), особенно за счет нарушения способности к постановке цели и планированию.

Проведенный корреляционный анализ показал, что выраженность депрессивных проявлений и когнитивной дисфункции коррелировали с кризовым течением АГ ($r=0,34$ и $r=0,37$ соответственно, $p\leq 0,05$) и нарушением врачебных рекомендаций ($r=0,24$ и $r=0,27$ соответственно, $p\leq 0,05$).

В ходе исследования больные с депрессивными расстройствами для осуществления терапевтических мероприятий были разделены на две подгруппы, первая из которых получала комплексное лечение (психотерапия, психокоррекция и тренинг когнитивных функций), вторая же подгруппа получала стандартную психотерапию (монотерапия антидепрессантами группы СИОЗС в средней терапевтической дозировке). Когнитивный тренинг включал серию заданий для улучшения функций внимания, памяти и зрительно-пространственного праксиса. В результате применения комплексного лечения, помимо значительного улучшения эмоционального состояния больных, выявились существенные изменения: уменьшились проявления истощаемости и утомляемости, улучшились процессы запоминания и внимания. Показатели зрительно-пространственного праксиса существенно улучшились у пациенток с адаптационным расстройством и депрессивным эпизодом и в меньшей степени – у больных с органическим расстройством настроения, что отражает большую глубину и иную структуру когнитивных нарушений при этом расстройстве [3].

Таблица 2. Результаты выполнения когнитивных тестов больными с депрессивными расстройствами с и без артериальной гипертензии

Показатель	Тест	Основная группа (n=102)	Группа сравнения (n=35)	p
Общая оценка когнитивных функций	МоСА, общий балл	23,04±1,3	24,5±1,4	p<0,05
Внимание, способность к обучению	Шифровка			
	количество знаков за 90 с	24,9±2,2	30,8±1,8	p<0,05
Внимание и темп сенсомоторных реакций	Таблицы Шульце			
	общее время, с	240,5±16,1	214,9±9,6	p<0,05
	эффективность работы, с	48,15±3,2	42,95±	p<0,05
	степень включения в работу	1,09±0,1	0,98±0,04	p<0,05
	психическая устойчивость	1,16±0,1	1,03±0,05	p<0,05
Внимание	Корректурная проба			
	индекс утомления	0,97±0,2	0,99±0,1	p<0,05
	количество ошибок	5,0±1,7	3,3±1,6	p<0,05
Память	Запоминание 10 слов			
	количество слов через 60 минут	5,4±1,1	6,8±1,2	p<0,05

Примечание. p – достоверность различий показателей между группами.

У 97 пацієнток КГКПНБ №1 согласно исследовательских диагностических критериев МКБ–10 диагностирована параноидная шизофрения, а в качестве сопутствующей патологии отмечалась АГ II ст. (основная группа). Группу сравнения составили 64 женщины с диагнозом параноидная шизофрения без АГ. Средний возраст больных в группах практически несущественно отличался: $(51,08 \pm 6,64)$ лет в основной группе и $(48,65 \pm 6,73)$ лет в группе сравнения.

Средняя продолжительность шизофрении в основной группе составляла $(18,92 \pm 6,78)$ лет, в группе сравнения $(18,17 \pm 6,09)$ лет. Средняя продолжительность АГ в основной группе составила $(7,2 \pm 3,61)$ лет. Среди типов течения шизофрении превалировал непрерывный вариант – у 88,7% больных основной и 95,3% больных группы сравнения.

Выявлено, что в обеих группах преобладала параноидная и галлюцинаторно-параноидная симптоматика – 75,2% и 87,4% соответственно. Галлюцинаторно-параноидная симптоматика в группе сравнения существенно преобладала над другими. В основной группе частота выявления параноидного и галлюцинаторно-параноидного синдромов различалась незначительно (34% и 41,2% соответственно). Частота случаев аффективно-параноидной симптоматики в основной группе оказалась выше, чем в группе сравнения – 14,4% и 9,4% соответственно. Данное синдромальное преимущество обеспечивает большая представленность депрессивно-параноидного синдрома (7,2 %) у пациентов с шизофренией, ассоциированной с АГ. Подобная ситуация наблюдалась и в отношении астено-апатической симптоматики (8,3% и 1,6% соответственно).

При сравнении групп пациентов выявлено, что при превалировании негативной симптоматики в структуре психопатологических расстройств в обеих группах по результатам экспериментально-психологического исследования когнитивных функций была обнаружена межгрупповая разница, заключающаяся в большей выраженности нарушений в области селективности и объема внимания, а также исполнительской функции (табл. 3).

При оценке селективности внимания (вторая часть теста Струпа) разница между группами оказалась существенной – пациенты основной группы с заданием справлялись хуже ($p < 0,05$). Объяснением может служить привнесенная АГ обстоятельство мышления, замедление его темпа, появление ригидности психических

процессов. При предъявлении однотипных стимулов в первой части теста эти особенности существенной роли не играли. В то же время, более сложная задача вызвала большие затруднения у пациентов основной группы в связи с несравнимо большей нагрузкой на функцию переключения внимания и на гибкость психических процессов. Это свидетельствовало об отягощающем влиянии АГ на выраженность когнитивного дефицита в области селективности внимания и когнитивной гибкости. Контрастность стимулов способствовала худшему выполнению тестов относительно условной нормы в обеих группах, однако пациенты основной группы вследствие соматического отягощения ГБ и связанного с ним появления тугоподвижности мыслительных процессов, замедления реакции, ухудшения концентрации внимания с этой задачей справлялись медленнее ($p < 0,05$). Таким образом, сосудистый компонент, внесенный сопутствующей АГ, привел к более выраженным нарушениям в области селективности внимания в основной группе.

Показатели объема внимания, которые определялись с помощью ТМТ-А, имели статистически значимую межгрупповую разницу. Пациенты основной группы с задачей справлялись хуже ($p < 0,01$). Это является свидетельством более выраженного когнитивного дефицита в области внимания. По сравнению с показателем условной нормы, лица обеих групп значительно медленнее выполняли задачи, демонстрируя функциональную недостаточность процессов регулирования данной когнитивной функции.

Исполнительская функция, обеспечивающая процессы программирования и контроля произвольной деятельности, и нарушение которой является специфическим для шизофрении расстройством, оказалась более пораженной в основной группе. Об этом свидетельствует более медленное выполнение задания (ТМТ-В) пациентами с коморбидной АГ ($p < 0,01$).

Функционирование лексической системы, способность к активному поиску в памяти необходимой информации также были нарушены в обеих исследуемых группах, однако статистически значимой разницы между показателями обнаружено не было. Оценка вербальной и зрительной памяти не показала специфичности, ее показатели были примерно одинаковым в обеих группах.

При проведении корреляционного анализа выявлены наиболее значимые связи между группами психопатологических синдромов и показателями когнитивного

Таблица 3. Результаты исследования когнитивных функций у больных параноидной шизофренией с и без артериальной гипертензии

Показатель	Исследованные группы		U-критерий Манна-Уитни
	Основная	Группа сравнения	
	Me (Q)	Me (Q)	
Селективность внимания, (с)	173,8 (118,6–205,9)	139,6 (114,0–168,6)	U = 587,5 ($p < 0,05$)
Функционирование лексической системы (к-во воспроизведенных слов)	22,0 (15,0–28,0)	22,5 (17,0–29,0)	U = 659 ($p < 0,05$)
Вербальная ассоциативная продуктивность (к-во воспроизведенных слов)	24,0 (19,0–29,0)	26,0 (18,0–33,0)	U = 1418 ($p < 0,05$)
Зрительная память (баллы)	5,0 (3,0–6,0)	5,0 (4,0–6,0)	U = 1001 ($p < 0,05$)
Вербальная память (тах к-во воспроизведенных слов)	5,0 (4,0–8,0)	6,0 (5,0–8,0)	U = 1018 ($p > 0,01$)
Объем внимания (с)	78,1 (56,8–102,7)	65,2 (49,2–82,3)	U = 732 ($p > 0,01$)
Исполнительская функция (с)	174,6 (132,4–204,8)	140,5 (119,8–164,7)	U = 569 ($p > 0,01$)

функционирования. Так, позитивные синдромы в обеих исследуемых группах были связаны с дефицитом в области объема и селективности внимания, а также исполнительской функции, определяемые с помощью второй части теста Струпа ($p=0,346142$ при $p=0,000515$ и $p=0,365042$ при $p=0,003018$ соответственно), а также тестами ТМТ-А ($p=0,282250$ при $p=0,005095$ и $p=0,360784$ при $p=0,003404$ соответственно) и ТМТ-В ($p=0,242520$ при $p=0,016692$ и $p=0,372536$ при $p=0,002434$ соответственно).

Негативная симптоматика в обеих группах также коррелировала с показателями теста Струпа-2 ($p=0,276760$ при $p=0,006065$ и $p=0,456241$ при $p=0,000151$ соответственно), а также ТМТ-В ($p=0,229259$ при $p=0,023893$ и $p=0,353979$ при $p=0,004110$ соответственно). Таким образом, и дефицитарные явления образуют положительную корреляционную связь с показателями функций внимания и исполнительской функций. Однако обнаружена и отрицательная корреляция между выраженностью негативных симптомов по шкале PANSS и показателями вербальной ассоциативной производительности, оцениваемыми с помощью буквенной части теста VFT ($p=-0,222751$, $p=0,028305$). Чем более выраженными являются показатели PANSS-N, тем меньше слов по заданному параметру воспроизводят пациенты с параноидной шизофренией, коморбидной с АГ. В группе сравнения подобная корреляция, подтвержденная статистически значимыми связями, выявлена не была. Итак, можно предполагать, что фактор АГ имеет определенное значение в сочетании с выраженностью негативных симптомов в формировании дефицита вербальной ассоциативной производительности. В то же время показатель ТМТ-А коррелировал с негативной симптоматикой по PANSS только в группе сравнения ($p=0,431998$ при $p=0,000365$). Это может свидетельствовать о потере влияния негативной симптоматики на показатель объема внимания в связи с увеличением вклада в формирование когнитивного дефицита фактора АГ.

На основе приведенного анализа выделено 3 группы когнитивных нарушений [4].

Первая группа была представлена нарушениями в области селективности внимания и исполнительской функции, которые связаны с выраженностью как позитивной, так и негативной психопатологической симптоматики в обеих группах. Эти нарушения в основной группе имели большую выраженность, отражая патопластическое влияние АГ на когнитивный дефицит у больных параноидной шизофренией.

Вторая группа включала в себя те нарушения, которые образуют значимые связи с негативной симптоматикой, и была представлена дефицитом вербальной ассоциативной производительности, который коррелирует с выраженностью негативной симптоматики у пациентов с параноидной шизофренией, отягощенной АГ, и дефицитом в области объема внимания, который коррелирует с негативной симптоматикой у пациентов с параноидной шизофренией без данного отягощения. Влияние АГ проявлялось в усилении дефицита вербальной ассоциативной производительности и смягчении воздействия негативной симптоматики на функцию объема внимания.

Третья группа объединяла выраженные когнитивные нарушения, не связанные с психопатологической симптоматикой, у лиц с параноидной шизофренией (когнитивный дефицит в области вербальной, зрительной и семантической памяти). Нарушение этих функций отражало устойчивые изменения когнитивной сферы, которые не зависят от закономерностей динамики клинических проявлений основного заболевания.

В ходе дальнейшего исследования проводилась оценка динамики показателей когнитивных функций под влиянием терапии в условиях стационара. Для терапии использовались как конвенциональные, так и атипичные антипсихотики и антигипертензивные препараты двух типов – ингибиторы АПФ (ИАПФ) и бета-адреноблокаторы (БАБ).

В процессе терапии была отмечена положительная динамика редукции психопатологических нарушений во всех терапевтических подгруппах. В течение первых 2 недель лечения у больных уменьшалась аффективная насыщенность переживаний, ослаблялась тревога, напряженность, нормализовался сон, упорядочивалось поведение. К концу месяца приема терапии значительно уменьшились галлюцинаторно-бредовые явления.

Статистически значимая редукция отмечалась в общем балле шкалы PANSS ($p<0,05$) и в показателе подшкалы позитивной симптоматики ($p<0,05$) независимо от вида принятой больными антипсихотической терапии. Это отражает представление о сопоставимой эффективности типичных и атипичных антипсихотиков при воздействии на продуктивные симптомы.

По признаку обратимости когнитивных расстройств у больных параноидной шизофренией, коморбидной с АГ, выделено 2 типа их динамики под влиянием терапии: обратимый, представленный дефицитом в области объема и селективности внимания, исполнительской функции, которые во всех терапевтических подгруппах проявляли положительную динамику редукции, и стационарный (представленный дефицитом зрительной памяти), который не менялся в процессе терапии во всех терапевтических подгруппах, и связан с устойчивым дефицитом, сложившимся в процессе болезни.

Установлено, что среди исследуемых терапевтических комбинаций наиболее эффективной при коррекции когнитивных нарушений является сочетание атипичных антипсихотиков с ингибиторами АПФ, исходя из оценки редукции когнитивных показателей (селективность и объем внимания, семантическая память, функционирования лексической системы, исполнительская функция), положительного влияния на психопатологическую симптоматику и благоприятного профиля переносимости.

Выводы

1. АГ, сопутствующая протеканию различных психических расстройств (шизофрения, депрессивное расстройство), вносит существенный вклад в формирование когнитивной дисфункции при этих заболеваниях.

2. Депрессивные расстройства, коморбидные с АГ, характеризуются более выраженными нарушениями внимания, памяти, мыслительных функций (способность к обобщению и абстрагированию), а также зрительно-пространственных функций и исполнительских навыков.

3. Сопутствующая АГ является фактором,отягощающим течение параноидной шизофрении, что проявляется ухудшением когнитивного функционирования, в первую очередь показателей объема и селективности внимания, исполнительской функции. Выявлено также, что при коморбидности этих состояний чаще возникает депрессивно-параноидная и астено-апатическая симптоматика.

4. Своевременное выявление и лечение коморбидной АГ способствует замедлению нарастания когнитивных нарушений и поддержанию хорошего комплаенса между врачом и пациентом.

Список использованной литературы

1. Бурлаков А. В. Интегрированное ведение длительно протекающей психической и соматической патологии у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами [Текст] / А. В. Бурлаков // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 2. – С. 54–57.
2. Деякі питання клініки психічних розладів при цереброваскулярних захворюваннях / И. И. Влох, И. Ю. Байса, Л. В. Степаненко, А. В. Костюк // Укр. вісник психоневрології. – 2001. – Т. 9, Вып.1 (26). – С. 13–15.
3. Здорик І. Ф. Когнітивні порушення у жінок з депресивними розладами, поєднаними з гіпертонічною хворобою : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.16 «Психіатрія» / І. Ф. Здорик. – К., 2014. – 20 с.
4. Харчук Є. В. Клініко-психопатологічні та терапевтичні особливості параноїдної шизофренії, коморбідної з гіпертонічною хворобою : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.16 «Психіатрія» / Є. В. Харчук. – К., 2014. – 20 с.
5. Штарик С. Ю. Коморбидность артериальной гипертензии и тревожно-депрессивных расстройств среди взрослого населения крупного промышленного центра Восточной Сибири. : дисс. на соискание ученой степени докт. мед. наук : спец. 14.01.04 «Внутренние болезни» / С. Ю. Штарик. – Красноярск, 2010. – 288 с.
6. Cognitive function and risk for depression in old age: A meta-analysis of published literature / C.Q. Huang, Z.R. Wang, Y.H. Li [et al.] // Int. Psychogeriatr. – 2010. – Vol. 12. – P. 1–10.
7. Depressive symptoms predict incident cognitive impairment in cognitively healthy older women / P. B. Rosenberg, M. M. Mielke, Q. L. Xue [et al.] // Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 2010. – № 18 (3). – P. 204–211.
8. Depressive symptoms, vascular disease, and mild cognitive impairment: Findings from the cardiovascular health study / D. E. Barnes, G. S. Alexopoulos, O. L. Lopez [et al.] // Arch Gen Psychiatry. – 2006. – Vol. 63. – P. 273–279.
9. Interrelationships of psychiatric symptom severity, medical comorbidity, and functioning in schizophrenia [Text] / L. A. Chwastak [et al.] // Psychiatr Serv. – 2006. – № 57 (8). – P. 1102–1109.
10. Physical Illness and Schizophrenia: A Review of the Evidence [Text] / S. Leucht [et al.]. – Cambridge University Press., 2007. – 224 p.
11. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study / K. Jongenelis, A. M. Pot, A. M. Eisses [et al.] // Journal of Affective Disorders. – 2004. – Vol. 83. – P. 135–142.
12. Rosado A. R. Personality traits and basic attitudes in coronary patients / A. R. Rosado, F. R. De Leon, J. Torres // XI World Congress of Psychiatry. – 1999. – Vol. 2. – P. 40.
13. Steffens D. C. Geriatric depression and cognitive impairment / D. C. Steffens, G. G. Potter // Psychological Medicine. – 2008. – Vol. 38. – P. 163–175.

ВПЛИВ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА ПЕРЕБІГ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Н.О. Дзеружинська

Актуальність. Артеріальна гіпертензія (АГ) суттєво впливає на різні сфери психічної діяльності (емоційні і когнітивні прояви), змінює клінічну картину психічних розладів і структуру когнітивних порушень.

Методи. Для вивчення проявів основного захворювання використовували шкалу PANSS (при параноїдній шизофренії) і шкалу оцінки тяжкості депресивного розладу Гамільтона HDRS (при депресивних розладах). Скринінг наявності когнітивних порушень проводився за допомогою Монреальського когнітивного тесту (MoCA), для оцінки структури та ступеня їх виразності використовували відповідну батарею методик.

Результати. Виявлено когнітивні порушення у жінок з депресивними розладами і АГ, які стосуються об'єму, стійкості та цілеспрямованості уваги, помірного зниження пам'яті та здатності до абстрагування та узагальнення, а також у вигляді порушень зорово-конструктивних і виконавчих навичок. Хворі з параноїдною шизофренією, що поєднана з АГ, продемонстрували дефіцит в області об'єму і селективності уваги, а також порушення виконавчої функції, що корелювали і з позитивною, і з негативною симптоматикою, а також дефіцит вербальної асоціативної продуктивності, який пов'язаний з виразністю негативною симптоматикою.

Висновки. АГ, яка супроводжує психічні розлади (шизофренія, депресивний розлад), змінює когнітивну дисфункцію при цих захворюваннях. Своєчасне виявлення та лікування коморбідної АГ сприяє уповільненню зростання когнітивних порушень і підтримці хорошого комплаєнсу між лікарем і пацієнтом.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, психічні розлади, депресія, параноїдна шизофренія, психофармакотерапія.

ARTERIAL HYPERTENSION INFLUENCE ON MENTAL DISORDERS COURSE

N. Dzeruzhynska

Actuality. Arterial hypertension (AH) renders substantial influence on the different fields of psychical activity (emotional and cognitive manifestations), modifying clinical presentation of mental disorders and structure of cognitive impairments.

Methods. For the study of manifestations of basic disease used scale of PANSS (with paranoid schizophrenia) and Hamilton HDRS estimation scale for the depressive disorder. Screening study of presence of cognitive impairments was conducted by means of Montreal cognitive test (MoCA), for the estimation of their structure and manifestation degree the corresponding battery of methodologies is used.

Results. Educated cognitive impairments in women with depressive disorders and AH, that relate to volume, stability and purposefulness of attention, moderate decline of memory and capacity for abstracting and generalization, and also impairments of visually-structural and executive skills. Patients with paranoid schizophrenia comorbid with AH showed a deficit in volume and selectivity of attention, and also impairments of executive function, related to both positive and negative symptomatology, and also the deficit of the verbal associative productivity, related to the degree of negative symptomatology.

Conclusions. AH, concomitant to the mental disorders (schizophrenia, depressive disorder), modifies cognitive dysfunction at these diseases. A timely exposure and treatment of comorbid AH assist with deceleration of growth of cognitive impairments and maintenance of good compliance between a doctor and patient.

Key words: arterial hypertension, mental disorders, depression, paranoid schizophrenia, psychopharmacotherapy.

В.В. Огоренко, С.И. Павленко

ТРАНСФОРМАЦИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПЕРИОДА ПРИ ОНКОПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» ДООС, г. Днепропетровск

Ключевые слова:

опухоли головного мозга, непсихотические психические расстройства, астенические состояния, депрессивные симптомы, тревожные состояния, соматоформные, диссоциативные симптомокомплексы, динамика психопатологических состояний.

Клиническая манифестация психическими расстройствами является причиной поздней диагностики первичных опухолей головного мозга, что оказывает негативное влияние на результаты специализированного лечения, продолжительность жизни и возможности ресоциализации пациентов в дальнейшем. Целью исследования было изучение особенностей динамики клинических проявлений невротических нарушений у больных с различными вариантами опухолей головного мозга с психопатологическим вариантом клинической манифестации. Исследование проводилось с помощью следующих методов: клинического психиатрического, опросника выраженности Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R и методов математической статистики. Выборку составили 188 больных с непсихотическим уровнем психических нарушений как ранних клинических проявлений опухолей головного мозга. Проанализированы особенности динамики астенических тревожных и депрессивных состояний в структуре невротических расстройств, которые сопровождали формирование новообразований головного мозга. Были уточнены дифференциально-диагностические критерии ранней диагностики.

Формирование опухолей головного мозга (ОГМ) в большинстве случаев сопровождается изменениями психического состояния больных. Зачастую психопатологические нарушения становятся первыми и наиболее ранними проявлениями онкологической патологии – формирование опухолей, локализуемых в головном мозге, сопровождается изменениями психического состояния, по данным разных авторов, в 40–100% случаев [5–8]. Одной из причин поздней диагностики является не только низкая нейроонкологическая настороженность врачей-интернистов, психотерапевтов и психиатров, к которым чаще всего в начале заболевания больные обращаются самостоятельно либо направляются на консультацию, но и недостаточная изученность ранних психопатологических проявлений опухолей головного мозга.

Цель исследования – изучить особенности динамики клинических проявлений невротических нарушений у больных с различными вариантами опухолей головного мозга, манифестировавших психическими расстройствами, на различных этапах диагностического процесса.

Материалы и методы исследования

Обследовано 250 больных с психопатологическим вариантом клинической манифестации первичных опухолей головного мозга. Исследование проводилось на догоспитальном и госпитальном этапах дифференциально-диагностического периода, средняя продолжительность которого в целом по группе составила

7,4 – 7,2 месяцев. У всех вошедших в выборку больных на окончательном этапе диагностики первичные супратенториальные интрацеребральные одиночные опухоли лобной, височной и теменной локализаций верифицированы результатами магнитно-резонансной либо эмиссионно-позитронной томографии, а также данными патогистологического исследования операционного материала. При формировании выборки учитывались такие критерии, как отсутствие в преморбиде психических расстройств, сопутствующих болезней нервной системы и соматических заболеваний, вызывающих раннее поражение нервной системы, нарушений сознания. Использовался метод клинического психиатрического (включавшего клинико-анамнестическое) обследования с изучением объективных данных из доступной медицинской документации, с добровольного согласия пациентов. Структурированное интервью содержало стандартные международные критерии психических расстройств по МКБ–10 и оригинальные критерии оценки психических нарушений, разработанные на этапе подготовки исследования и позволяющие уточнять биографические данные, уровень образования, культуральные особенности микросреды, социальный и семейный статус, наличие в течение нескольких лет до возникновения новообразования головного мозга тяжелых стрессовых событий, преморбидные личностные характеристики. В качестве оценочных инструментов использовались стандартизованные диагностические / экспертные шкалы теста-опросника Symptom Check

List-90-Revised-SCL-90-R). Также были использованы методы математической статистики.

Результаты и их обсуждение

Выборку составили 188 больных с непсихотическим уровнем психических нарушений как ранних клинических проявлений опухолей головного мозга, в возрасте от 19 до 59 лет, из них 89 мужчин и 99 женщин (средний возраст $(43,6 \pm 12,5)$ и $(45,7 \pm 11,7)$ года соответственно). В соответствии с гистологическими данными, у 87 больных диагностированы первичные супратенториальные интрацеребральные одиночные злокачественные (ЗНО), у 101 – доброкачественные (ДНО) опухоли головного мозга. На момент диагностики новообразования мозга невротический регистр психопатологических нарушений сохранился у 175 пациентов в возрасте от 21 до 56 лет, из них 81 мужчина и 94 женщины (средний возраст $(41,4 \pm 11,5)$ года и $(44,6 \pm 12,3)$ года соответственно).

Психические нарушения пограничного уровня в периоде клинического дебюта ОГМ явились причиной самостоятельного первичного обращения либо направления врачами-интернистами за консультативной психотерапевтической и психиатрической помощью у 98,4% из числа вошедших в выборку больных. Появление психических нарушений больные связывали с психотравмирующими ситуациями. Отсутствие в клинической картине неврологических нарушений (в частности признаков гипертензионно-дислокационного синдрома), либо их минимальная выраженность, субъективная трактовка больными причин появления психопатологических состояний, особенности клинических проявлений психических нарушений, а также низкая нейроонкологическая настороженность врачей-интернистов явились причинами сложного и продолжительного диагностического маршрута. На начальном этапе клинических проявлений онкологической патологии головного мозга все пациенты исследованной выборки принимали различные виды психотерапевтической и психофармакотерапевтической помощи в амбулаторных условиях; 179 человек (95,2%) из числа обследованных больных госпитализировались в отделения психоневрологического и психиатрического профиля.

Психопатология периода начальных проявлений в изученной выборке была представлена астеническими, неврастеническими и депрессивными компонентами невротических нарушений. 87,8% наблюдений относились к субклиническому уровню. Частотное распределение наблюдений психопатологических компонентов невротических состояний представлено в таблице 1.

При ДНО различной продолжительности четко очерченные астенические состояния, предшествовавшие развитию невротических симптомокомплексов, отмечены во всех наблюдениях (у 101 больного). При ЗНО астенические состояния, как начальные проявления психопатологических нарушений, выявлены у 78 больных (89,6%). В структуре астении при ДНО психалгический компонент отмечен у 18 человек (17,7%), адинамический – у 18 человек (17,7%); у 25 больных в структуре астении отмечен четко представленный

тревожный, у 24 – депрессивный компоненты (23,8 % и 24,8% соответственно из числа всех наблюдений астенических состояний в группе ДНО). При ЗНО выявлены иные пропорции анализируемых компонентов астенических нарушений: отсутствовали наблюдения астении с психалгическим компонентом; преобладали адинамический (30,8%) и депрессивный (25,5%) компоненты; наименее представлены состояния с тревожным компонентом (у 15 больных, 19,3%).

Трансформация астенических реакций в неврастенические и депрессивные симптомокомплексы наблюдалась у 179 больных (97,5%). При ДНО неврастенические состояния ($n=71$) с преобладанием диссомний отмечались у 27 человек (38,0% из числа всех наблюдений неврастенических состояний в группе ДНО), с преобладанием вегетативных симптомов – у 24 (33,8%), с преобладанием сенестопатий – у 20 человек (28,8%). При ЗНО в структуре неврастенических нарушений ($n=35$) преобладали диссомнии – у 45,7%, вегетативные симптомы – у 28,6%, сенестопатии – у 25,7% больных (из числа всех наблюдений неврастенических состояний в группе ЗНО).

Невротические состояния с преобладанием депрессивных нарушений выявлены у 82 больных ОГМ: у 30 пациентов ДНО и 52 – ЗНО. При ДНО преобладали субдепрессивные состояния с тоскливым ($n=13$, 43,3%) и тревожным ($n=11$, 36,7%) компонентами; субдепрессивные нарушения с апатическим компонентом отмечены у 6 человек (20,0% из числа всех наблюдений депрессивных состояний в группе ДНО). При ЗНО субдепрессивные состояния с апатическим компонентом составили 46,1% из числа наблюдений депрессивных расстройств в данной группе; субдепрессивные состояния с тревожным ($n=16$) и тоскливым ($n=12$) компонентами составили соответственно 30,8 и 23,1% из числа всех наблюдений депрессивных состояний в группе ЗНО. Анализируемые субклинические депрессивные на-

Таблица 1. Частотное распределение психопатологических состояний на начальном этапе диагностического периода опухоли головного мозга в группах больных с ДНО ($n=101$) и ЗНО ($n=87$)

Клинические проявления невротических нарушений	% наблюдений	
	ДНО	ЗНО
Астенические состояния		
Астенические	15,8	24,4
Астенические с психалгическим компонентом	17,8	-
Астенические с адинамическим компонентом	17,8	30,8
Астенические с тревожным компонентом	23,8	19,3
Астенические с депрессивным компонентом	24,8	25,5
Неврастенические состояния		
С преобладанием вегетативных симптомов	33,8	28,6
С преобладанием диссомний	38,0	45,7
С преобладанием сенестопатий	28,2	25,7
Депрессивные состояния		
Субдепрессивные с адинамическим компонентом	20,0	46,1
Субдепрессивные с тревожным компонентом	36,7	30,8
Субдепрессивные с тоскливым компонентом	43,3	23,1

рушения как инициальные проявления у 11 больных ЗНО развились без предшествующих астенических состояний.

Как было отмечено, у 175 больных из числа вошедших в выборку на всем протяжении клинко-диагностического периода сохранился пограничный непсихотический регистр психопатологических нарушений, однако симптомокомплексы и их частотные величины во всех случаях претерпевали динамические изменения, нарастала полиморфность, синдромальная незавершенность и атипичность состояний. На основании преобладающих в клинической картине психопатологических нарушений выделены расстройства астенического, тревожного, депрессивного, соматоформного и диссоциативного спектров. Особенности клинических характеристик и частотное распределение наблюдений психопатологических состояний представлены в таблице 2.

Таблица 2. Частотное распределение психопатологических состояний на этапе развернутых клинических проявлений опухоли головного мозга в группах больных с ДНО (n=98) и ЗНО (n=83)

Клинические проявления невротических нарушений	% наблюдений	
	ДНО	ЗНО
Астенические состояния		
Астенические с адинамическим компонентом	26,1	41,4
Астенические с тоскливым компонентом	30,8	19,8
Астенические с депрессивным компонентом	43,1	38,8
Тревожные состояния		
Тревожные с фобическим компонентом	32,5	18,6
Тревожные с ипохондрическим компонентом	38,0	35,7
Тревожные с сенестопатическим компонентом	19,3	45,7
Депрессивные состояния		
Депрессивные с апатическим компонентом	36,2	46,9
Депрессивные с тревожным компонентом	23,7	18,8
Депрессивные с тоскливым компонентом	40,1	34,3
Соматоформные состояния		
Соматоформные с психалгическим компонентом	43,2	38,9
Соматоформные с диссомническим компонентом	56,8	61,1
Диссоциативные состояния		
Диссоциативные с дисфорическим компонентом	31,5	48,9
Диссоциативные с сенестопатиями	38,8	24,2
Диссоциативные с деперсонализационно-дерезализационным компонентом	29,7	26,9

Как следует из приведенных данных, в период развернутых клинических проявлений у больных ОГМ в структуре астении отмечено достоверное ($p<0,05$) увеличение адинамического компонента при ДНО и ЗНО (26,1 и 41,4% соответственно от числа всех наблюдений астенических состояний). У больных ДНО изменились пропорции депрессивного и тоскливого компонентов в астенических состояниях (43,1 и 30,8% соответственно), отсутствовали наблюдения астении с психалгическим компонентом. При ЗНО отмечено увеличение депрессивного компонента (38,8%); наименее представлены состояния с тревожным компонентом (19,8%).

В структуре тревожных состояний при ДНО преобладал ипохондрический компонент (38,0%), на втором месте по частоте отмечены тревожные состояния с фобическим компонентом (32,5%); сенестопатические расстройства составили 19,3% наблюдений. При ЗНО отмечен низкий удельный вес тревожных состояний с фобическим компонентом (18,6%); преобладали сенестопатический и ипохондрический компоненты (45,75 и 35,75% соответственно).

Депрессивные расстройства при ДНО представлены состояниями с тоскливым (40,1%), тревожным (27,3%) и апатическим (36,2%) компонентами. Таким образом, в отличие от инициальных проявлений психопатологических нарушений, отмечен сдвиг в сторону увеличения числа тоскливых и появления апатических компонентов в структуре депрессивных состояний. В структуре депрессивных состояний при ЗНО преобладал апатический компонент (46,9%), на втором месте по частоте отмечены состояния с тоскливым компонентом (34,3%); наименее выражен тревожный компонент депрессивных состояний (18,8% наблюдений).

В период развернутых клинических проявлений у больных ОГМ в структуре психопатологических нарушений выделены соматоформные и диссоциативные симптомокомплексы, также отличавшиеся синдромальной незавершенностью и атипичностью. В структуре соматоформных расстройств выделены состояния с психалгическим и диссомническим компонентами (43,25 и 56,8% при ДНО; 38,95 и 61,1% при ЗНО). Диссоциативные расстройства преимущественно были представлены состояниями с дисфорическим, сенестопатическим и деперсонализационно-дерезализационным компонентами. При ДНО в структуре диссоциативных состояний преобладали сенестопатии (38,8% наблюдений), при ЗНО – дисфорические состояния (48,9% наблюдений).

Выводы

Приведенные данные указывают на значительную динамику психопатологических состояний на протяжении клинко-диагностического периода при различных вариантах опухолей головного мозга, манифестирующих психическими расстройствами. Результаты исследований должны быть использованы для совершенствования диагностики и дифференциальной диагностики онкопатологии головного мозга.

Список использованной литературы

1. Абашев-Константиновский А. Л. Психопатология при опухолях головного мозга / А. Л. Абашев-Константиновский. – М. – 1973.
2. Гринберг Д. Клиническая неврология / Д. Гринберг, М. Аминофф, Р. Саймон. – М., 2004.
3. Доброхотова Т. А. Нейропсихиатрия / Т. А. Доброхотова. – М., 2006.
4. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии / А. Р. Лурия. – М., 1973.
5. Медяник И. А. Ранняя диагностика и комбинированное лечение опухолей головного мозга / И. А. Медяник, А. П. Фраерман // Журнал неврологии и психиатрии. – 2008. – № 12. – С. 71–74.
6. Слезкина Л. А. Клинические особенности опухолей головного мозга / Л. А. Слезкина, Г. А. Евдокимова, Г. М. Лапина // Неврологический вестник. – 2004. – Т. XXXVI, Вып. 1–2. – С. 86–89.
7. Улитин А. Ю. Эпидемиология первичных опухолей головного мозга в Санкт-Петербурге / А. Ю. Улитин, В. Е. Олюшин, И. В. Поляков // Журн. вып. неврохирургии. – 2005. – № 1. – С. 6–12.
8. Long-term outcome of low-grade oligodendroglioma and mixed glioma / J. D. Olson [et al.] // J. Neurol. – 2000. – Vol. 54. – P. 1442–1448.

ТРАНСФОРМАЦІЯ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ НЕПСИХОТИЧНОГО РІВНЯ ПРОТЯГОМ КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНОГО ПЕРІОДУ ПРИ ОНКОПАТОЛОГІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

В.В. Огоренко, С.І. Павленко

Клінічна маніфестація психічними розладами є чинником пізньої діагностики первинних пухлин головного мозку, що негативно впливає на результати спеціалізованого лікування, тривалість життя та можливості ресоціалізації пацієнтів у майбутньому. Метою дослідження було вивчити особливості динаміки клінічних проявів невротичних порушень у хворих на різні варіанти пухлин головного мозку з психопатологічним варіантом клінічної маніфестації. Дослідження проводилось за допомогою наступних методів: клінічного психіатричного, опитувальника Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R та методів математичної статистики. Вибірку склали 188 хворих з неспсихотичним рівнем психічних порушень як ранніх клінічних проявів пухлин головного мозку. Проаналізовано особливості динаміки астенічних, тривожних та депресивних станів у структурі невротичних розладів, що супроводжували формування новоутворень головного мозку. Було уточнено диференційно-діагностичні критерії ранньої діагностики.

Ключові слова: пухлини головного мозку, неспсихотичні психічні розлади, астенічні стани, депресивні симптоми, тривожні стани, соматоформні, дисоціативні симптомокомплекси, динаміка психопатологічних станів.

TRANSFORMATION PSYCHOPATHOLOGICAL STATES OF NON-PSYCHOTIC LEVEL AT CLINICAL AND DIAGNOSTICALLY PERIOD AT ONCOPATHOLOGY OF THE BRAIN

V. Ogorenko, S. Pavlenko

The clinical manifestation of mental illness is the cause of late diagnosis of primary brain tumors, which has a negative impact on the results of specialized treatment, life expectancy and the possibility of resocialization of patients in the future. The aim of the study was to explore the dynamics of clinical manifestations of neurotic disorders in patients with different brain tumors with clinical manifestation of psychopathological option. The study was conducted using the following methods: clinical psychiatric, severity questionnaire Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R and methods of mathematical statistics. The sample included 188 patients with non-psychotic level of mental disorders as early clinical manifestations of brain tumors. The features of the dynamics of asthenic, anxiety and depression in the structure of neurotic disorders that accompanied the formation of tumors in the brain. Refined differential diagnostic criteria for early diagnosis.

Key words: brain tumor, non-psychotic mental disorders, asthenic conditions, depressive symptoms, anxiety, somatoform, dissociative symptom, the dynamics of psychopathological conditions.

УДК 616.89-07-08 (075.9)

Г.М. Вербенко

ДЕЯКІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦІЄНТІВ З БІПОЛЯРНИМ АФЕКТИВНИМ РОЗЛАДОМ ЗАЛЕЖНО ВІД ФАЗИ ЗАХВОРЮВАННЯ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків
vverbenko@mail.ru

Актуальність. Афективні розлади є провідними серед причин інвалідизації і втрати працездатності у працездатного населення.

Метою дослідження було вивчення особливостей клінічної симптоматики на різних стадіях перебігу БАР.

Методи і матеріали. Після отримання інформованої згоди було відібрано 120 пацієнтів з БАР, які були поділені на три групи: 40 пацієнтів (33,3%) з переважанням депресивних симптомів (F 31.3–5, F 31.6), 30 пацієнтів (25,0%) з переважанням маніакальних симптомів (F 31.0–2, F 31.6), 50 пацієнтів (41,7%) в еутимному періоді (F 31.7)).

Результати. Пацієнти з БАР мали приблизно рівний статевий розподіл, найбільша питома частка хвороби була у віковій категорії 31–45 років (відповідно БАР-Д – 45,0%, БАР-М – 43,3%, БАР-Е – 40,0%) із середнім віком у вибірці (45,7±9,7) років. Освітній рівень пацієнтів склав (13,2±2,8) років, без істотної різниці в окремих групах. Близько половини хворих проживали в сім'ї (48,3%), без достовірної різниці за сімейним станом у клінічних групах. Більшість пацієнтів оцінили психологічний клімат у своїй родині як сприятливий. Переважна більшість були працюючими; в групі БАР-М їх кількість була найменшою. Звернення за допомогою у групі БАР-М було найранішим, а з приводу депресії пацієнти зверталися із запізненням, що ускладнювало вихід у ремісію. Кількість пацієнтів із психотичними симптомами в анамнезі достовірно переважала також у групі БАР-М. Недостатнім був прийом тимостабілізаторів у всіх групах (найменше в БАР-Д), причому більше третини пацієнтів з БАР взагалі не отримували тимостабілізаторів, що є відхиленням від міжнародних стандартів терапії і призводить до рецидивів.

Висновки. Основні клінічні характеристики на різних стадіях перебігу БАР залежать від актуальної фази захворювання, а анамнестичні характеристики достовірно не відрізняються. Загальним недоліком є низький показник прийому тимостабілізаторів, що є відхиленням від міжнародних стандартів терапії і основою для рецидивів захворювання

Ключові слова:

біполярний афективний розлад, епізод, маніфестація, перебіг, терапевтична відповідь.

Актуальність проблеми вивчення питань діагностики афективних розладів підкреслює те, що понад 15 млн осіб щорічно втрачають працездатність внаслідок насамперед депресії, що виводить афективні розлади на провідні позиції серед причин інвалідизації та втрати працездатності [4,

13]. Ця проблема не втрачає актуальності і в Україні: рівень захворюваності на БАР в період з 2000 по 2009 роки коливався в межах 10,1–10,3 на 100 тис. населення, причому за десятиріччя кількість неспсихотичних афективних розладів зросла на 58,4%, а психотичних – зменшилась на 65,5% [2].

При клінічній оцінці БАР слід окрему увагу звертати на коморбідність із іншими розладами вісі 1 та 2 (згідно з DSM-V), сімейний анамнез щодо психічних розладів, перебіг захворювання, вік пацієнта на момент дебюту, частоту зміни фаз, наявність змішаних епізодів та сезонність [1, 3, 11].

Коморбідні психіатричні розлади діагностують у близько 30% пацієнтів із БАР. Їх наявність, як демонструють результати досліджень, асоційована із більшою кількістю змішаних і депресивних епізодів, суїцидальних спроб. Крім того, коморбідні психіатричні розлади частіше зустрічаються у осіб із депресивною маніфестацією БАР [4, 6, 7]. Сімейна обтяженість щодо БАР та великого депресивного розладу також має велике прогностичне значення. Так, відповідь на терапію літєм обернено корелює із наявністю великого депресивного розладу [8] та будь-якого афективного розладу [9] у близьких родичів.

Типовий вік початку захворювання складає від 17 до 21 років, показник поширеності серед дорослих становить 1,0% для БАР I, 1,1% для БАР II. Депресивні симптоми, як правило, переважають і проявляються приблизно в 3,5 раза частіше, ніж манія/гіпоманія, при БАР I, і 38,5 раза частіше при БАР II. Крім того, пацієнти з біполярним розладом мають високий ризик суїцидальних думок; від 10 до 15% таких осіб здійснюють суїциди. Біполярний афективний розлад є прогресуючим захворюванням, коли кожний плинний епізод істотно збільшує ризик появи наступного епізоду хвороби. Більше того, подальші епізоди часто більш тяжкі, мають складну клінічну картину, велику тривалість, менш чутливі до звичайної стратегії лікування [6, 10].

Біполярний розлад дійсно може бути складно виявити. Деякі пацієнти хворіють по 10 або більше років, перш ніж їм встановлять правильний діагноз. Причина цього полягає у подвійній природі розладу. В епізодах манії або гіпоманії пацієнти повні енергії і зазвичай почувають себе добре, тому рідко звертаються за медичною допомогою. Однак, вони часто звертаються за медичною допомогою, коли виникає великий депресивний епізод. Причому в цей період вони описують тільки депресивні симптоми. Таким чином, часто неправильно встановлюється діагноз депресії замість біполярного розладу: в 35–60% випадків першим маніфестує депресивний епізод. Пацієнти можуть мати кілька депресивних епізодів до маніакального епізоду, причому багато з них не повідомляють про пережиті епізоди манії/гіпоманії. Тому неправильний діагноз (як правило, депресія), встановлюється у 73% випадків [4, 9]. БАР також має багато ознак і симптомів інших психічних захворювань (тривожні розлади, шизофренія), що ще більше ускладнює діагноз.

Середній розрив у часі між початковими проявами афективних симптомів і першим курсом терапії становить 9,8 року. Велика відтермінованість початку терапії пов'язана з гіршим соціальним функціонуванням, частішими госпіталізаціями, вищими показниками самогубств [5, 12].

Метою дослідження було вивчення особливостей клінічної симптоматики на різних стадіях перебігу біполярного афективного розладу для удосконалення подальшої діагностики, терапії і профілактики таких станів.

Матеріали та методи дослідження

Дизайн дослідження передбачав два етапи: скринінг та етап порівняльного дослідження (рисунок). Зі 150 до-

сліджуваних відмовилися від підписання інформованої згоди 8 осіб; було виявлено в анамнезі ураження ЦНС, що впливали на когнітивне функціонування (перенесені ЧМТ, інсульти, нейроінфекції) у 9 осіб та 13 опитуваних надали менше 75% даних по карті стандартизованого інтерв'ю.

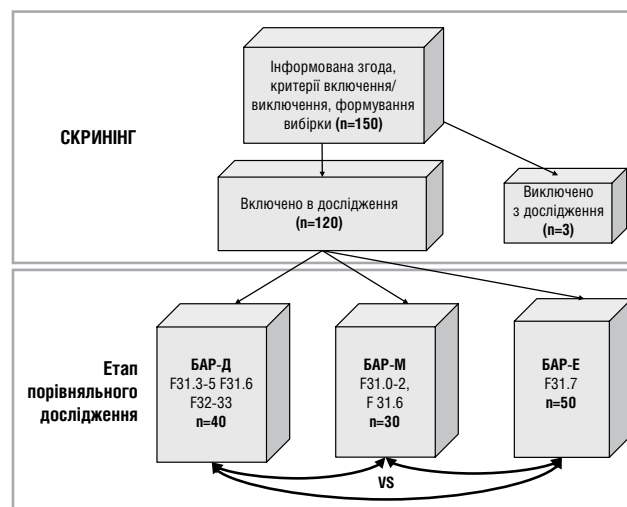


Рисунок. Дизайн дослідження

Для подальшого аналізу, за умови отримання інформованої згоди на порівняльному етапі дослідження, було відібрано 120 пацієнтів з наявністю БАР, які склали клінічний матеріал дослідження та були поділені на три групи: 40 пацієнтів (33,3%) з переважанням депресивних симптомів (F 31.3–5, F 31.6), 30 пацієнтів (25,0%) з переважанням маніакальних симптомів (F31.0–2, F 31.6), 50 пацієнтів (41,7%) в еутимному періоді (F 31.7). Був проведений аналіз досліджуваних груп з використанням «Карти обстеження пацієнта з БАР» за соціально-демографічними (статтю, віком, сімейним станом, ступенем трудової зайнятості), клінічними (соматичною обтяженістю, окремими характеристиками БАР), а також за психометричними шкалами.

Результати та їх обговорення

Серед обстежених пацієнтів було 60 чоловіків (50,0%) і 60 жінок (50,0%), що відповідає типовому розподілу за статтю при БАР (табл. 1). Розподіл за статтю в усіх досліджених групах достовірно не різнився ($P=0,1032$), але була незначна тенденція до переважання жінок як в депресивній (55,0% VS 45,0%), так і в маніакальній фазі (53,3% VS 46,7%).

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

Групи	БАР-Д (n=40)		БАР-М (n=30)		БАР-Е (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	Абс.	%	Абс.
Чоловіки	18	45,0	14	46,7	28	56,0
Жінки	22	55,0	16	53,3	22	44,0

Вік пацієнтів був у межах 18–65 років (табл. 2). Найбільшу питому частку, до 1/3 усіх обстежених, склали особи вікової категорії 31–45 років (відповідно БАР-Д – 45,0%, БАР-М – 43,3%, БАР-Е – 40,0%). Середній вік в окремих групах достовірно не відрізнявся ($P=0,1086$). Втім, варто відзначити певну тенденцію до накопичення осіб старшого віку в групі БАР-Д та молодшого віку в групі БАР-М. Середній вік у вибірці склав $(45,7 \pm 9,7)$ років.

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

Групи	БАР-Д (n=40)		БАР-М (n=30)		БАР-Е (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
15–19	2	5,0	1	3,3	3	6,0
20–30	7	17,5	9	30,0	12	24,0
31–45	18	45,0	13	43,3	20	40,0
>45	13	32,5	7	23,4	15	30,0
Середній вік	47,6±9,8		43,7±10,3		45,8±8,5	

Таким чином, досліджувані групи є репрезентативними за віком і статтю, що й передбачалось умовами дослідження.

Освітній рівень пацієнтів (число років, витрачених на отримання освіти в школі, середніх спеціальних і вищих навчальних закладах) склав (13,2±2,8) року (табл. 3), причому він істотно не відрізнявся в окремих групах пацієнтів.

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

Освіта	БАР-Д (n=40)		БАР-М (n=30)		БАР-Е (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Середня	15	15,6	10	20,6	16	18,2
Сер.-спец.	9	25,0	7	29,4	13	21,2
Вища	14	31,3	12	29,4	18	33,3
2 вищі і більше	2	5,0	1	3,3	3	6,0
Середній рівень	13,6±3,8		12,7±3,3		13,1±3,5	

У межах соціально-демографічного методу ми також оцінювали сімейний стан пацієнтів з БАР та ступінь трудової зайнятості залежно від психічного стану.

Близько половини обстежених відповіли, що проживають у родині (48,3%), 22,5% були розлучені, 5,8% були одинаками, 11,7% – вдівцями/удовами, 11,7% перебувають у цивільному шлюбі (табл. 4). Достовірної різниці за сімейним станом у пацієнтів окремих груп виявлено не було. Очікувано найбільша питома частка одружених була серед осіб середньої вікової групи ($p < 0,05$).

Таблиця 4. Розподіл обстежених осіб за сімейним станом (n=120)

Освіта	БАР-Д (n=40)		БАР-М (n=30)		БАР-Е (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Одинок (-чка)	2	5,0	2	6,7	3	6,0
Розлучений (-а)	9	22,5	7	23,3	11	22,0
Вдівець (вдова)	4	10,0	4	13,3	6	12,0
Подружжя	20	50,0	14	46,7	24	48,0
Цивільний шлюб	5	12,5	3	10,0	6	12,0

Позитивно оцінювати проживання у родині можна лише за умови наявності соціальної підтримки на тлі сприятливого психологічного родинного клімату (табл. 5). Аналіз результатів опитування засвідчив, що більшість пацієнтів оцінює психологічний клімат в своїй родині як сприятливий, з більшим (39,2%) або меншим (37,5%) ступенем впевненості, 16,7% не впевнені у своїй оцінці, лише 6,6% відповіли на питання заперечно.

Таблиця 5. Розподіл обстежених осіб за сімейним благополуччям (n=120)

Сприятливий психологічний клімат у родині	БАР-Д (n=40)		БАР-М (n=30)		БАР-Е (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Впевнено так	15	37,5	9	30,0	23	46,0
Скоріше так	19	47,5	11	36,7	15	30,0
Скоріше ні	4	10,0	7	23,3	9	18,0
Впевнено ні	2	5,0	3	10,0	3	6,0

Переважає більшість пацієнтів в усіх групах були працевлаштовані (повний робочий день+часткова зайнятість) – відповідно 40,0% та 21,7%, що сумарно складає 61,7%. Причому частина пенсіонерів також увійшли в групу осіб з повною та частковою зайнятістю (5 осіб; 4,2%). Найменша кількість працюючих зафіксована у групі пацієнтів БАР-М: повний робочий день+часткова зайнятість сумарно складають 56,7% (табл. 6).

Таблиця 6. Розподіл обстежених осіб за ступенем трудової зайнятості (n=120)

Групи	БАР-Д (n=40)		БАР-М (n=30)		БАР-Е (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Повний робочий день	17	42,5	11	36,7	20	40,0
Часткова зайнятість	9	22,5	6	20,0	11	22,0
Безробітний	6	15,0	5	16,7	7	14,0
Не працює	3	7,5	2	6,6	2	4,0
Пенсіонер	2	5,0	3	10,0	6	12,0
Інвалід	3	7,5	3	10,0	4	8,0

Пацієнти усіх груп отримували стандартне лікування з приводу БАР: тимостабілізатори (33 особи, 24,4%), антидепресанти (48 осіб, 35,6%), антипсихотики (21 особа, 15,6%) та інші психотропні препарати (33 особи, 24,4%) (табл. 7). Враховуючи багатозначний вибір відповідей на це питання, підсумок в кожній групі перевищує 100%. Недостатнім є прийом тимостабілізаторів в усіх трьох групах: навіть в якості підтримувальної терапії в групі БАР-Е їх приймає 32 особи (64,0%). У групах з плинним афективним епізодом їх кількість ще менша (БАР-М – 19 осіб; 63,3% і БАР-Д – 14 осіб; 35,0%). Отже, понад третина пацієнтів з БАР взагалі не отримують тимостабілізаторів, що є відхиленням від міжнародних стандартів терапії і підґрунтям для рецидивів захворювання.

Таблиця 7. Розподіл обстежених осіб за отриманим лікуванням (n=120)

Групи	БАР-Д (n=40)		БАР-М (n=30)		БАР-Е (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Тимостабілізатори	22	55,0	23	76,7	32	64,0
Антидепресанти	34	85,0	4	13,3	11	22,0
Антипсихотики	6	15,0	28	93,3	10	20,0
Інші психотропні препарати	16	40,0	20	66,7	18	36,0
Без лікування	-	-	-	-	12	24,0

Тривалість актуального маніакального епізоду до початку дослідження склала (2,6±1,6) тижнів, депресивного епізоду – (7,8±5,6) тижнів (табл. 8). Тривалість еутимного періоду склала відповідно (25,8±9,6) тижнів. Отже, пацієнти з депресією звертаються за допомогою набагато пізніше, що ускладнює вихід в ремісію. Кількість коморбідних психічних розладів та суїцидальних спроб в анамнезі, загальний стаж хвороби, число епізодів на рік та відсоток часу, проведеного у хворобливому стані, в окремих досліджуваних групах достовірно не відрізняються. Кількість пацієнтів з психотичними симптомами в анамнезі достовірно переважає в групі БАР-М, що обумовлено тим, що ця група складається з пацієнтів тільки з БАР I типу. Групи БАР-Д і БАР-М містять у собі як пацієнтів з БАР I типу, так і БАР II типу.

Висновки

Для обстежених пацієнтів з БАР притаманні приблизно однаковий статевий розподіл, найбільша питома

Таблиця 8. Розподіл обстежених осіб за характеристиками БАР (n=120)

Групи	БАР-Д (n=40)		БАР-М (n=30)		БАР-Е (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Коморбідні психічні розлади		54,1		54,1		57,4
Психотичні симптоми в анамнезі		24,8		53,5		38,9
Суїцидальні спроби в анамнезі		27,3		27,8		20,4
Тривалість епізоду до початку дослідження (тиж.)	7,8±5,6		2,6±1,6		25,8±13,6	
Стаж хвороби (роки)	22,4±12,8		16,5±11,7		25,2±10,5	
Число епізодів на рік	1,2±1,8		0,7±0,8		0,9±0,9	
% часу хворобливого стану на рік	47,2±42,3		37,7±35,4		38,7±30,8	

частка хвороби у віковій категорії 31–45 років (відповідно БАР-Д – 45,0%, БАР-М – 43,3%, БАР-Е – 40,0%) при середньому віці у вибірці (45,7±9,7) років. Освітній рівень пацієнтів в окремих групах істотно не відрізнявся. Близько половини хворих обстежених проживають у родині (48,3%) без достовірної різниці за сімейним станом в клінічних групах. Більшість пацієнтів оцінили психологічний клімат в своїй родині як сприятливий. Переважна більшість хворих працювали, в групі БАР-М кількість працюючих була найменшою.

Тривалість актуального маніакального епізоду до початку дослідження була найменшою ((2,6±1,6) тижнів). З приводу депресії пацієнти звертались із запізненням, через (7,8±5,6) тижнів після початку депресивного епізоду, що ускладнювало вихід в ремісію. Тривалість еутимного періоду складала півроку. Кількість коморбідних психічних

розладів, суїцидальних спроб в анамнезі, загальний стаж хвороби, число епізодів на рік та відсоток часу, проведеного в хворобливому стані, достовірно не відрізнялися в окремих групах. Кількість пацієнтів з психотичними симптомами в анамнезі достовірно переважає в групі БАР-М. Недостатнім є прийом тимостабілізаторів в усіх трьох групах (найменше – в БАР-Д), причому понад третина пацієнтів з БАР взагалі не отримують тимостабілізаторів, що є відхиленням від міжнародних стандартів терапії і підґрунтям для виникнення рецидивів захворювання.

Список використаної літератури

1. Мосолов С. Н. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия / С. Н. Мосолов, Е. Г. Костюкова, М. В. Кузавкова / под ред. С. Н. Мосолова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – С. 15.
2. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні: інформаційно-аналітичний огляд за 2000–2009 рр. – Харків: Арсіс, 2010. – 160 с.
3. Хаустова Е. А. Сезонное аффективное расстройство: проблемы диагностики и терапии / Е. А. Хаустова // Міжнародний неврологічний журнал. – 2012. – № 2 (48). – С. 188–192.
4. Чабан О. С. Биполярная депрессия: проблемы диагностики и терапии / О. С. Чабан, Е. А. Хаустова // НейроNews. – 2011. – №5 (32). – С. 18–22.
5. Bertelsen A. A Danish twin study of manic-depressive disorders / A. Bertelsen, B. Harvald, M. Hauge // Br. J. Psychiatry. – 1977. – Vol. 130. – P. 330–351.
6. Clinical correlates and familial aggregation of age at onset in bipolar disorder / Lin P.-I. McInnis M. G., Potash J. B. [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2006. – Vol. 163. – P. 240–246.
7. Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients / E. Vieta, F. Colom, B. Corbella [et al.] // Bipolar. Disorders. – 2008. – Vol. 3. – P. 253–258.
8. Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder / T. D. C. Carter, E. Mundo, S. V. Parikh, J. L. Kennedy // Journal of Psychiatric Research. – 2003. – Vol. 37. – P. 297–303.
9. Family history and symptom level during treatment for bipolar affective disorder / W. Coryell, H. Akiskal, A. C. Leon [et al.] // Biological Psychiatry. – 2000. – Vol. 47. – P. 1034–1042.
10. Patterns of treatment resistance in bipolar affective disorder / A. J. Cole, J. Scott, I. N. Ferrier, D. Eccleston // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1993. – Vol. 88. – P. 121–123.
11. Phillips M. L. Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions / M. L. Phillips, D. J. Kupfer // The Lancet. – 2013. – Vol. 381. – P. 1663–1671.
12. Sachs G. S. Strategies for improving treatment of bipolar disorder: integration of measurement and management / G. S. Sachs // Acta Psychiatr Scand Suppl. – 2004. – Vol. 422. – P. 7–17.
13. The global burden of disease. – WHO, 2004.

НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАЗЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ Г.М. Вербенко

Актуальность. Аффективные расстройства являются ведущими среди причин инвалидизации и потери работоспособности среди трудоспособного населения. Целью исследования было изучение особенностей клинической симптоматики на разных стадиях течения БАР.

Методы и материалы. После получения информированного согласия было отобрано 120 пациентов с БАР, которые были разделены на три группы: 40 пациентов (33,3%) с преобладанием депрессивных симптомов (F 31.3–5, F 31.6), 30 пациентов (25,0%) с преобладанием маниакальных симптомов (F 31.0–2, F 31.6), 50 пациентов (41,7%) в эутимном периоде (F 31.7).

Результаты. Пациенты с БАР имели примерно равное половое распределение, наибольший удельный вес болезни был в возрастной категории 31–45 лет (соответственно БАР-Д – 45,0%, БАР-М – 43,3%, БАР-Е – 40,0%) со средним возрастом в выборке (45,7±9,7) лет. Образовательный уровень пациентов составил (13,2±2,8) лет без существенной разницы в отдельных группах. Около половины больных проживали в семье (48,3%) без достоверной разницы по семейному положению в клинических группах. Большинство пациентов оценили психологический климат в своей семье как благоприятный. Подавляющее большинство было работающими; в группе БАР-М их количество было наименьшим.

Обращение за помощью в группе БАР-М было самым ранним, а по поводу депрессии пациенты обращались с опозданием, что затрудняло выход в ремиссию. Количество пациентов с психотическими симптомами в анамнезе достоверно преобладало также в группе БАР-М. Недостаточным был прием тимостабилизаторов во всех группах (меньше всего в БАР-Д), причем более трети пациентов с БАР вообще не получали тимостабилизаторов, что является отклонением от международных стандартов терапии и ведет к рецидивам.

Выводы. Основные клинические характеристики на разных стадиях течения БАР зависят от актуальной фазы заболевания, а анамнестические характеристики достоверно не отличаются. Общим недостатком является низкий показатель приема тимостабилизаторов, что является отклонением от международных стандартов терапии и основой для рецидивов заболевания.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, эпизод, манифестация, течение, терапевтический ответ.

SOME CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BAD DEPENDING ON DISEASES PHASE G. Verbenko

Relevance. Affective disorders are the leading causes of disability and incapacitation of the working population.

The aim of the study was to investigate the features of clinical symptoms at BAD different stages

Methods. After obtaining informed consent were selected 120 BAD patients, divided into three groups: 40 patients (33,3%) with a predominance of depressive symptoms (F 31.3–5, F 31.6), 30 patients (25,0%) with a predominance manic symptoms (F31.0–2, F 31.6), 50 patients (41,7%) in euthymic phase (F 31.7).

Results. Patients with BAD had approximately equal sex distribution. The largest share of the disease was in the age group 31–45 years (BAD-D, respectively – 45,0%, BAD-M – 43,3%, BAD-E – 40,0%) with an average age in (45,7±9,7) years. The educational level of the patients was (13,2±2,8) years with no significant difference in separate groups. About half of the patients lived in the family (48,3%) with no significant differences by marital status in the clinical groups. Most of the patients evaluated the psychological climate in the family as favorable. The vast majority were working; group BAR-M was the smallest number.

Asking for help in the group BAD-M was the earliest, and for depression patients treated late, making it difficult to achieve remission. The number of patients with a history of psychotic symptoms in significantly prevailed also in the group BAD-M. Was insufficient intake of mood stabilizers in all groups (least of all in the BAD-D), and more than a third of patients with BAD never received mood stabilizers, which is a violation of international standards of therapy and leads to relapse.

Conclusions. The main clinical characteristics at different BAR stages depends on the actual phase of the disease, and medical history characteristics were not significantly different. A common drawback is the low rate of receiving mood stabilizers, which is a violation of international standards as a basis for therapy and recurrence of the disease.

Key words: bipolar disorder, the episode; manifestation, course, therapeutic response.

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-053.2

I.A. Martsenkovsky¹, I.Ya. Pinchuk¹, D.I. Martsenkovskiy², O.O. Sukhovii¹

MENTAL HEALTH SERVICES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS IN UKRAINE: THE EXISTING PROBLEMS AND DIRECTION OF REFORMS

Ukrainian Research Institute of Social, Forensic Psychiatry and Drug Abuse, Kyiv¹;
O.O. Bohomolets National Medical University, Kyiv²
martsenkovsky_urisfpda@ukr.net

Key words: mental health services for children and adolescents, primary mental health care, specialized mental health care, mental health services in community, psychosocial support, promotion of healthy lifestyle, prevention.

Provision of mental health services for children and adolescents (CAMHS) in Ukraine, born after the collapse of the Soviet Union, has not been a state priority and has been chronically under-funded and now is an urgent need of reform. Four areas of reforms were identified: 1) moving the emphasis from biological treatment to the psychosocial care: healthy lifestyle, specific prevention and inclusion programs; 2) redistributing resources between emergency, primary, specialized and highly specialized psychiatric care; developing services in the community; organizing psychiatric departments within multidisciplinary children's hospitals; 3) bringing care in line with the highest level of scientific achievements; ensuring children's access to medicines and methods of psychological treatment based on the principles of evidence based medicine (EBM); 4) detecting child abuse cases in providing psychiatric, general medical care, social and educational services. Reforming of CAMHS is an integral part of the general health reform and is a part of a new philosophy of government social policy in the field of child and adolescent health in Ukraine. Different legislative acts need to be urgently revised in order to be consistent yet responsive to the views of the service users and general public. It is necessary to create an opportunity for clinicians of these regions to study in Europe, to involve them in international educational and research programs.

Introduction. It is estimated that 20% of children in general population have one or more mental disorders. Current provision of child and adolescent mental health services (CAMHS) is unlikely to meet this need. In this context 40-60% of families fail to engage and many drop out while waiting for the assessment. Mental health care for children (CAMHS) in Ukraine has not been a state priority

and has been chronically under-funded. Ukraine's population in 2013 was 45.372.692 people, including – 7.990.391 of children. Children aged 0-2 years – 1.508.916. 3-6 years – 1.934.892. 7-9 years – 1.246.137. 10-14 years – 1.930.653. 15-17 years – 1.369.793. Over the last 20 years the population of Ukraine has become older, the number of children has decreased (Fig. 1).

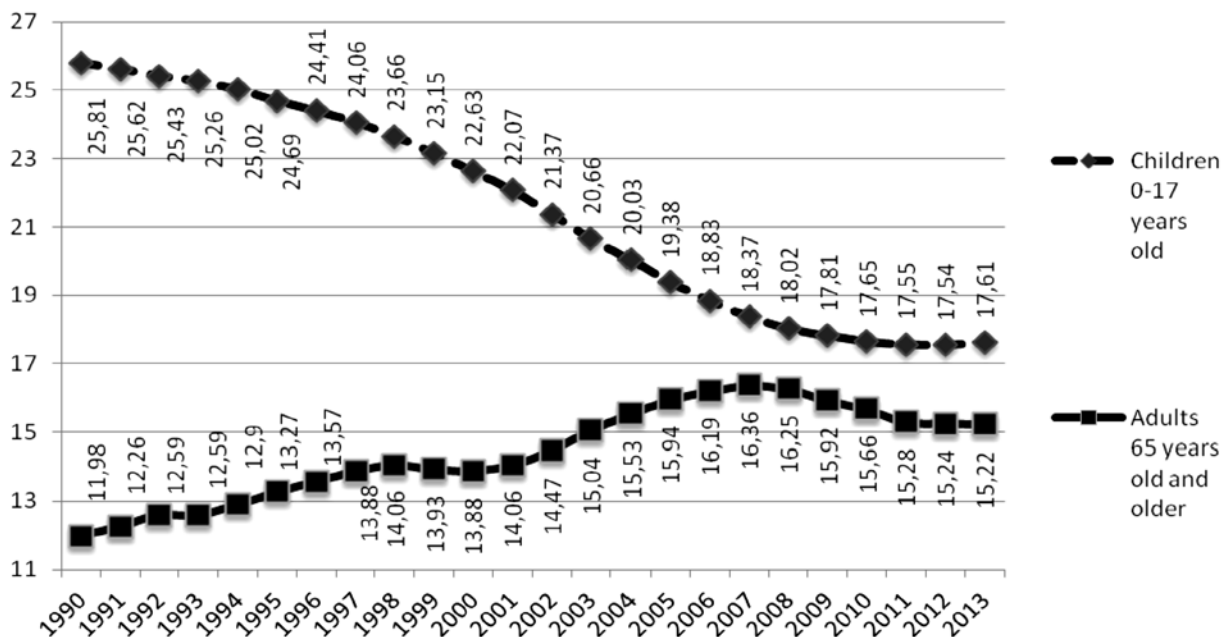


Fig. 1. Distribution of the population of Ukraine by the age (% of the general population)

Over the past 10 years fertility has increased. The increasing birthrate in the last decade has led to an increase in the proportion of the children under 6 years of age with a decrease in the proportion of adolescents (Fig. 2). Over the last 5 years the proportion of children aged 3-9 years has increased, and the number of adolescents aged from 10 to 17 years has reduced (Fig. 2).

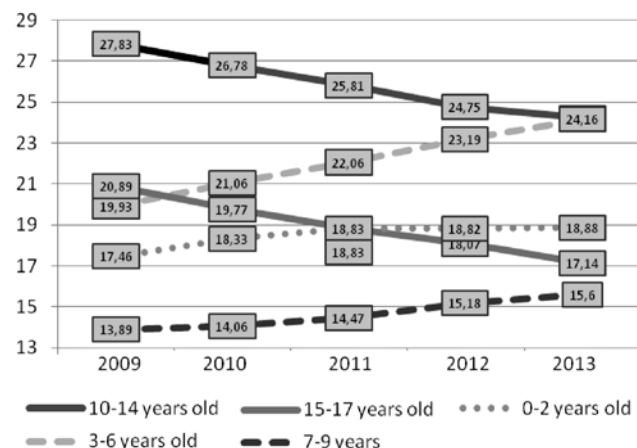


Fig. 2. Distribution of the child population of Ukraine by age (% of child population)

Prevention programs aimed at early school and pre-school children are especially relevant for Ukraine.

The number of diagnosed mental health disorders and the overall prevalence of mental health disorders in children have decreased since 2009 in Ukraine. There is a trend of decreasing in the pediatric population, reducing in the number of child psychiatrists and other professionals working in the field of children's mental health (Fig. 3-4).

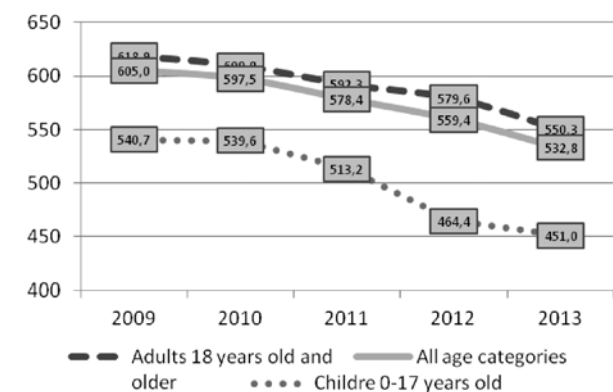


Fig. 3. Morbidity of mental and behavioral disorders. Distribution by age (%)

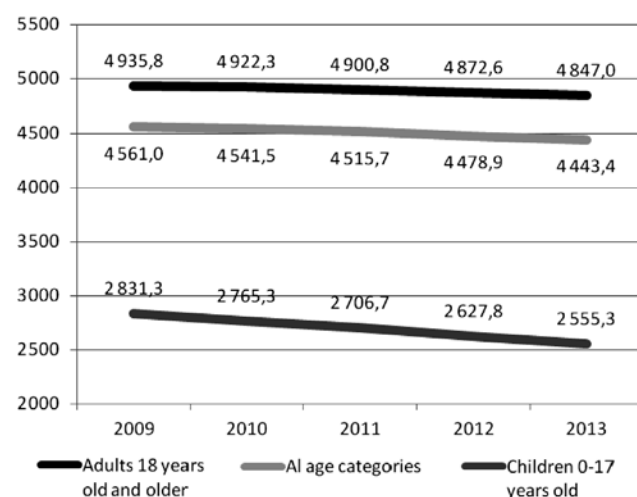


Fig. 4. The prevalence of mental and behavioral disorders. Distribution by age

Mental health care has become less available recently; this situation is especially catastrophic in rural areas of the occupied territory and in the zone of military conflict.

The structure of morbidity is shown in Fig. 5.

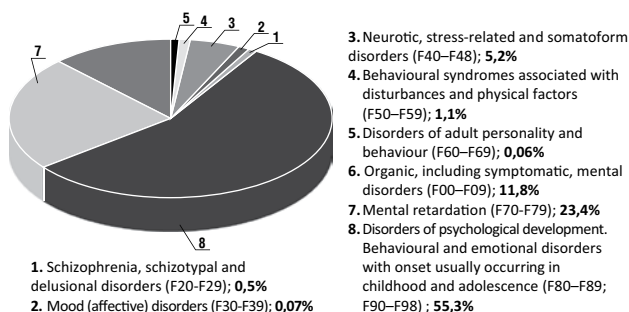


Fig. 5. The structure of the prevalence of mental and behavioral disorders in children

It has not been explained why mental health care for children is mainly delivered in inpatient units of psychiatric hospitals, rather than in outpatient departments, residential units or educational establishments.

Children account for 8.6% of the total disability due to mental disorders. Children's contribution to the total disability is primarily explained by mental retardation and autism spectrum disorders (ASD) (Fig. 6-8). Children with disability numbered 396.6 per 100 000 in 2013 in Ukraine. The number of disabled children has decreased by 16.3% over the past 5 years; disability due to mental retardation decreased by 12.3%, while disability due to ASD has increased in 2.5 times. The reducing of disability is caused by the gradual improvement of medical care, including neurological care for children with organic lesions of the brain in the first year of life. Thus primary psychiatric disability in childhood caused by epilepsy has decreased in 2.3 times since 2005.

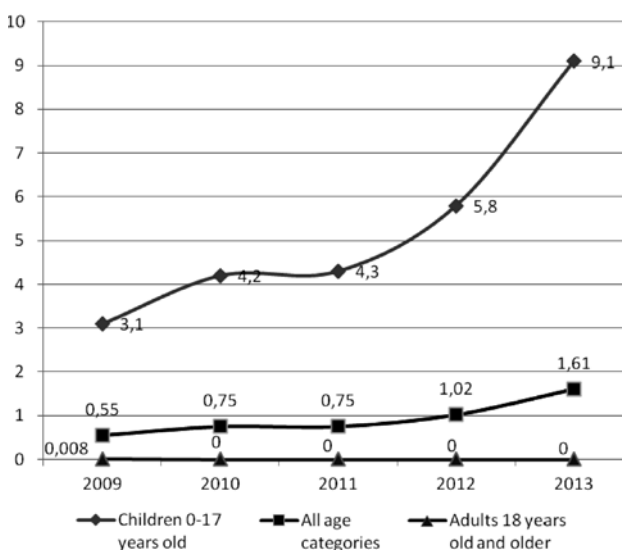


Fig. 6. Autism spectrum disorders (F84.0-F84.9) incidence rates, distribution by age

But there is an opposite dynamic with disability caused by autism spectrum disorders. This is related to late diagnosis and poor development of specialized forms of care: there are no programs for early diagnosis of autism spectrum disorders in children under the age of 3 years, no early

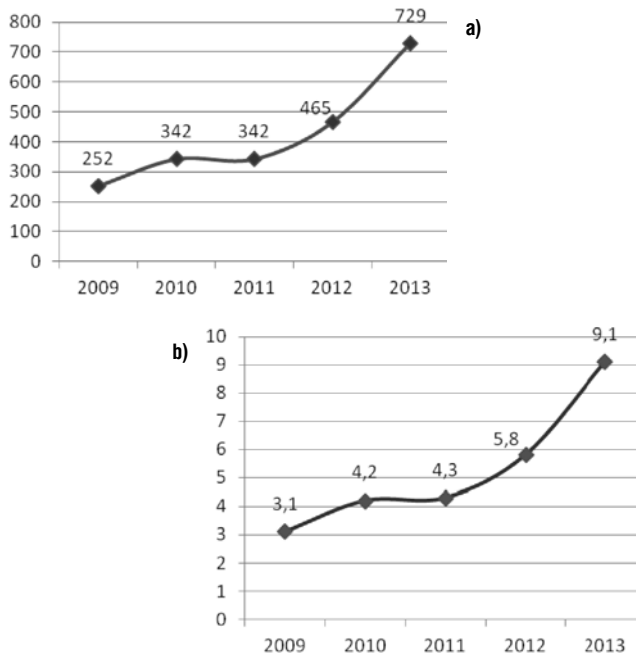


Fig. 7. The prevalence of autism spectrum disorders in children: a) number of patients; b) per 100 000 child population

intervention programs and an insufficient availability of specialized forms of therapy (e.g. applied behavioral analysis; behavioral play therapy and speech and language therapy). Studies conducted by the Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry in 2004–2014 have shown that early diagnosis and early psychiatric care determine the prognosis of disorders of the autism spectrum. If the disorder is diagnosed under the age of three years the application of a specialized therapeutic program based on the principles of behavioral therapy allows to successfully integrate more than half of children to mainstream schools. In case of diagnosis of the disorders at the age of 6–7 about 60% of children already have moderate or severe mental retardation. Severe behavioral disorders make education of these children even in specialized education services problematic. Researchers of the Institute have formulated requirements for the organization of care for children with autism spectrum disorders.

Over the past five years, from 2009 to 2013, the morbidity of ASD, according to official statistics of the Ministry of Health of Ukraine has increased by 194%, from 0.55 to 1.61 per 100 000 of child population. The number of newly diagnosed cases of ASD has increased steadily over the past six years in Ukraine: in 2007 by 28.2%; in 2008 by 32.0%, in 2009 by 27.2%, in 2010 by 35.7%, in 2011 by 21.2% and in 2012 by 25.3%. Prevalence of ASD in the pediatric population over the years has increased in 2.84 times, from 17.0 to 48.2 per 100 000.

Despite the significant increase in the absolute values, the prevalence of ASD in Ukraine is much lower than in the US and in Europe. 53.1% of primary diagnoses of ASD made in 2012 were in Donetsk, Zaporizhzhia, Lviv, Kharkiv regions and the city of Kyiv, while only 13.5% of the cases were diagnosed in Volyn, Zhytomyr, Zakarpattia, Luhansk, Rivne, Sumy, Ternopil, Cherkasy, Chernihiv regions and the city of Sevastopol. This allows to predict a further increase in the prevalence of diagnosed ASD as a result of improvement of diagnosis and the introduction of modern diagnostic procedures into clinical practice.

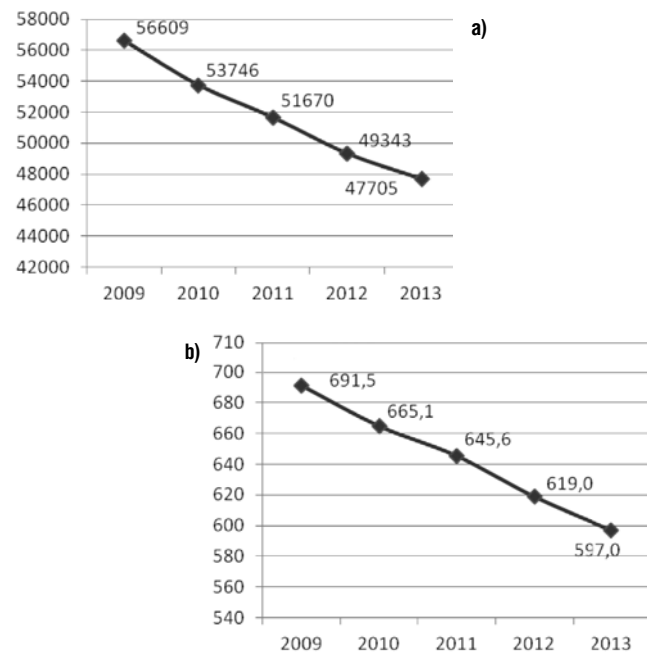


Fig. 8. The prevalence of mental retardation in pediatric population: a) number of patients; b) per 100 000 child population

The developmental assessment of young children and the psychiatric assessment of all children should routinely include questions about ASD symptomatology. Screening should include inquiries about the core symptoms of ASD, including social relatedness and repetitive or unusual behaviors. Special screening instruments have been developed that may be helpful to the clinician. Some of these instruments are completed by clinicians and others by primary caregivers. Screening is applicable to young children and to infants, when the diagnosis may first be considered. In some instances, screening may be relevant to older children, e.g., those who are more intellectually able and whose social disability is therefore more likely to be detected later. If the screening indicates significant ASD symptomatology, a thorough diagnostic evaluation should be performed to determine the presence of ASD. Currently, biological diagnostic markers are not available and diagnosis rests on careful examination of the child. A standard psychiatric assessment should be followed, including interviews with the child and family and a review of past records and historical information. The history and examination should be conducted with careful consideration of DSM-5 diagnostic criteria. Although the DSM-5 criteria are intended to be independent of age and intellect, the diagnosis of autism in infants and very young children is more challenging, and some features (e.g., stereotyped movements) may develop later. Systematic attention to the areas relevant to differential diagnosis is essential. Information on the nature of changes over the course of development, e.g., in response to intervention, is helpful. The history should include a review of past and current educational and behavioral interventions and information regarding family history and relevant psychosocial issues. Consideration of possible comorbid diagnoses is an important focus of assessment. Observation of the child should focus on broad areas of social interaction and restricted, repetitive behaviors. The child's age and developmental level may dictate some modification in assessment procedures. Clinicians should be sensitive to ethnic, cultural, or socioeconomic

factors that may affect assessment. Various instruments for the assessment of ASD have been developed. As a practical matter, all these instruments vary in their usefulness for usual clinical practice. Some require specific training. The use of such instruments supplements, but does not replace, informed clinical judgment. The clinician should help the family obtain appropriate, evidence-based, and structured educational and behavioral interventions for children with ASD. Structured educational and behavioral interventions have been shown to be effective for many children with ASD and are associated with better outcome. Behavioral interventions such as Applied Behavioral Analysis (ABA) are informed by basic and empirically supported learning principles. ABA techniques have been repeatedly shown to have efficacy for specific problem behaviors, and ABA has been found to be effective as applied to academic tasks, adaptive living skills, communication, social skills, and vocational. Communication is a major focus of intervention and typically will be addressed in the child's individualized educational plan in coordination with the speech-language pathologist. Children who do not yet use words can be helped through the use of alternative communication modalities, such as sign language, communication boards, visual supports, picture exchange, and other forms of augmentative communication. There is consensus that children with ASD need a structured educational approach with explicit teaching. Programs shown to be effective typically involve planned, intensive, individualized intervention with an experienced, interdisciplinary team of providers, and family involvement to ensure generalization of skills.

The new major concern for children's mental health care in Ukraine is the war with Russia. Occupation of Crimea, military actions in Donetsk and Luhansk regions resulted in a significant loss of resources: children's general hospitals, psychiatric hospitals, orphanages, and pharmacies were destroyed and looted. More than half of the experts working in the field of mental health have left the region. A huge number of refugees appeared in all regions of the country. According to different estimates, they number between 400 000 and 500 000 people, lots of them are children. Acute stress reaction is observed in 25 - 40% of displaced children according to the experts of The United Nations Children's Fund (UNICEF). In a number of regions (Kharkiv, Odesa) special forces of the Russian Federation continue to destabilize the situation. Psychiatric patients in the East of Ukraine face particularly difficult challenges. Some psychiatric facilities, such

as the psychiatric hospital in Slovyansk, have been wholly or partially destroyed (Pic 1-2). There is an enormous lack of medication and often patients are not fed because food supplies are scarce. The situation is particularly difficult in the areas held by the separatists, so called "Luhansk People's Republic" (LNR) and the "Donetsk People's Republic" (DNR). The leaders of both the LNR and DNR consider patients with mental disorders particularly burdensome; as a result of this attitude patients are left without medicines and food, many are starving or have died during the conflict and others are just pushed across the frontline to the Ukrainian side because the separatists don't want to take care of them.

Ukraine appeared not ready to provide medical and psychological care to the children and families with psychological trauma. There is a huge lack of trained personnel and structures for emergency primary psychological care for the treatment of children with Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Children are often unnecessarily isolated from their families, taken to other regions of the country without their parents, treated with psychotropic drugs excessively and admitted to psychiatric hospitals unnecessarily. In 2014 the majority of children with an acute trauma and mental disorders who lived in the military conflict zone were cared for by volunteers, whom often had no specialist training. We are very grateful to the expert and technical support of specialists from Israel, Lithuania, Poland, Great Britain, USA, Georgia, UNICEF and IACAPAP, who helped to organize training for Ukrainian specialists and to create the necessary framework for the provision of primary and specialized care.

Child psychoneurology is divided into child neurology and child psychiatry in Ukraine. Children's Neurology Service has been developing more dynamically than CAMHS. Pediatric neurologists often function as primary care physicians for children with mental disorders of preschool and early school age. It is given the stigma associated with children's mental health services (CAMHS are provided mainly in inpatient units of psychiatric hospitals for adults). The parents of these children are trying to receive medical assistance from child neurologists wherever possible. Significant proportion of children with neurodevelopmental disorders, elimination disorders, sleep-wake disorders go untreated by child psychiatrists. Until recently it was forbidden for family doctors to provide mental health care, including children's mental health care. Biological interventions have predominated in the provision of mental health care in Ukraine. Applied biological interventions have not always been based on the



Pic. 1-2. Psychiatric hospital in Slovyansk



principles of scientific evidence and the ethical principles promoted by the mental health care guidelines in the EU and the USA. One concern is the widespread use of neuroleptics in the treatment of behavioral disorders, including in children under the age of 6 years, as well as the treatment of mental retardation and specific learning disorders using vascular, nootropic, neurometabolic drugs, including drugs that are extracts from the brains of animals.

Another problem of child psychiatry in Ukraine is the observance of the rights of children in the provision of psychiatric care, special in education and social services. This is the sphere of acute contradictions and discussion of real life practice versus the standards described in the documents aimed at reforming mental health care for children. The rights of orphans and children deprived of parental care are violated particularly often. Such children are often unreasonably diagnosed with disorders that are not recognized in the world classification systems (i.e. ICD-10 and DSM-5), with labels such as "mental retardation," "psycho-organic syndrome" often used. The use of these diagnostic labels creates artificial barriers to adoption and becomes the basis for unnecessary psychiatric hospitalizations of orphans with challenging behavior who live in specialized boarding schools. 987 orphans were hospitalized in 2013 in Ukraine.

Analysis of the structure of disease incidence and prevalence of mental disorders and behavior problems in children in Ukraine indicates that the structure is dominated by mental disorders which should usually be treated on the outpatient basis and by mental retardation, while severe psychiatric disorders occur in fewer than 2% of children. This structure of the incidence and prevalence of mental disorders casts doubt on the expediency of providing specialized psychiatric care to this contingent of patients in psychiatric hospitals.

Children with specific developmental delays and/or mental retardation require behavioral therapy, specialized educational interventions and social support and care. This assistance should be provided directly in the community, rather than in specialized boarding schools, and should involve interagency collaboration of psychiatric services, social services, local government and educational institutions. Over the past few years, a lot has been done for the social inclusion of children with mental retardation and other mental disorders, with fewer children placed in specialized boarding schools and an increased provision of social support in the community.

The East of Ukraine has turned into a war theater recently. "Help the Army" group of volunteers carried out a monitoring visit to the orphanage in the town Druzhkivka of Donetsk region, which provides care to children with mild to moderate mental retardation. There were 430 children in this specialized boarding school, including 230 that had been evacuated from the city of Shakhtarsk. Dr Dennis Ougrin – Consultant Child and Adolescent Psychiatrist from London, who was part of the visiting group has drawn attention to the significant shortcomings in the organization of health and social care for children and young people in Ukraine. This renowned British psychiatrist in particular noted that the treatment of children with mental retardation in Ukraine does not meet the requirements of the scientific evidence; children are often prescribed neuroleptic drugs unnecessarily, including the drugs that are banned for use in children in the West; polypharmacy is common and antipsychotic drugs are prescribed for non-medical reasons.

The expert recommended taking steps to improve the access of children with mental health disorders to modern medicines, including risperidone, aripiprazole and methylphenidate. Also he found it imperative to shift the emphasis from the biological to psychological and social treatments. Unfortunately modern forms of psychological and social care in the institution which was visited by the experts, were hardly used. This was largely due to the lack of appropriate training of the staff.

Regulatory – legal prerequisites of reform of mental health care for children

Reforming the system of child mental health is an integral part of the general health reform and is a part of a new philosophy of government social policy in the field of child and adolescent health in Ukraine.

The basic principles of the common policies in Europe in the field of mental health include: 1) the provision of mental health care for children in non-stigmatizing settings as much as possible – primarily in the places of residence or study (community-based), with due respect to the rights of children, without limitation of communication with parents and preserving children's usual environment; 2) expanding the range and improving the quality of mental health services in primary health care; 3) shifting from biological treatment to psychological (psychotherapeutic) and social forms of assistance; 4) attraction of public organizations to create a network of agencies engaged in supporting of special needs of children associated with health, education and culture [1-5].

The Ministry of Health has developed a new procedure for the provision of mental health care for children. There is no other way than to create a new psychiatric service instead of the old Soviet one in today's Europe-bound Ukraine. Together with experts from the WHO a State target complex program of mental health in Ukraine has been developed as well as its implementation guide.

The primary objective of the health system reform in Ukraine as well as in other post-soviet countries is the development of a functional CAMHS using existing resources in the community and the resources of multidisciplinary acute children's and psychiatric hospitals. The Ministry of Health has developed a new procedure for psychiatric care reform. Four areas of reforms were identified: 1) moving the emphasis from biological treatment to the psychosocial care: promotion of healthy lifestyle, development of specific prevention and inclusion programs; 2) improving CAMHS: redistributing resources between emergency, primary, specialized and highly specialized psychiatric care; to develop services in the community and in primary care; organizing psychiatric departments within multidisciplinary acute children's hospitals; 3) bringing care in line with the highest level of scientific achievements; ensuring children's access to medicines and methods of psychological treatment whose effectiveness is based on the principles of evidence-based medicine; 4) detecting child abuse cases in providing psychiatric, general medical care, social and educational services.

Conclusion

Modernization of CAMHS should be coordinated with the development of primary care. National legislation is one of the driving forces of reforms and different legislative acts need to be urgently revised in order to be consistent

yet responsive to the views of the service users and general public health.

It is needed to develop the psychiatric care directly in community: on the place of study and residence. Social workers, teachers, community organizations created by parents should be involved in organization of such care. It is essential to have tools for monitoring the quality of such care, observance of children's rights. We need to create models and start the research that will prove the effectiveness of such care.

For Ukraine, as the country that was formed after the collapse of the Soviet Union are important several problems: a) Separation of children's mental health care from general psychiatric hospitals for adults, the organization of psychiatric care on the base of multidisciplinary children's hospitals, its integration with pediatric care, the organization of care directly in the community; b) Improvement of the catastrophic situation with training of medical personal. Such situation has developed in the territory of the former USSR. It is necessary to create an opportunity for clinicians of these regions to study in Europe, to involve them in international research programs.

References

1. Lazoryshynets V., Prevention in child psychiatry: the need for a paradigm shift / V. Lazoryshynets, R. O. Moiseenko, V. V. Zaleska, S. F. Gluzman, I. A. Martzenkovskiy, I.

- B. Bikshaeva, // NeuroNews. Psychoneurology and Neuropsychiatry. – 2010. – Vol. 3 (22). – P. 5–12. (Лазоришинець, В. В. Профилактика в детской психиатрии: необходимость смены парадигмы / В. В. Лазоришинець, Р. О. Моисеенко, В. В. Залеская, С. Ф. Глузман, И. А. Марценковский, Я. Б. Бикшаева, В. И. // НейроНовости. Психоневрология и нейропсихиатрия – 2010. – №3 (22). – С. 5–12.) (<http://neuronews.com.ua/page/profilaktika-v-detskoj-psihiatrii-neobhodimost-smeny-paradigmy>)
2. Proceedings of the concept of school medicine reform: from specialized psychiatric care to mental health service / V. V. Lazoryshynets, R. O. Moiseenko, V. V. Zaleska, [et al.] // News of medicine and pharmacy. Psychiatry. – 2010. – Vol. 329. – P. 18–23 (Лазоришинець, В. В. Тези до концепції реформування шкільної медицини: від спеціалізованої психіатричної допомоги до охорони психічного здоров'я / В. В. Лазоришинець, Р. О. Моисеенко, В. В. Залеская, И. А. Марценковский, Я. Б. Бикшаева, В. И. Шинкаренко, В. А. Павлюченко, В. В. Хведчук, О. В. Доленко, Ю. С. Півеска // Новости медицины и фармации. Психиатрия. – 2010. – № 329. – С. 18–23) (<http://www.mif-ua.com/archive/article/13934>)
3. Martzenkovskiy I. A. Concept of improving of mental health care for children (Project) / I. A. Martzenkovskiy // Psychiatrists Association Journal – 2012. – Vol. 1. – P. 8–13 (Марценковский, И. А., Концепція вдосконалення психіатричної допомоги дітям (Проект) // Вестник Ассоциации психиатров, 2012. – № 1. – С. 8–13) (<http://www.mif-ua.com/archive/article/30984>)
4. Martzenkovskiy I. Child abuse: view at the problem on positions of child psychiatry / I. Martzenkovskiy, M. Neterenko // News of medicine and pharmacy. Psychiatry. – 2011. – Vol. 8 (362). – P. 24–26. (Марценковский, Игорь, Нестеренко, Марина. Жестокое обращение с детьми и запущенность: взгляд на проблему с позиций детской психиатрии // Новости медицины и фармации. Психиатрия. – 2011. – № 8 (362). – С. 24–26.) (<http://www.mif-ua.com/archive/article/17327>)
5. The Reforming of Children's Mental Health Care (CHMC) in Ukraine / I. Martzenkovskiy, I. Pinchuk, S. Kazakova, D. Martzenkovskiy // Abstracts book 21st World Congress of Social Psychiatry: Lectures, Symposia, Workshops, Oral Presentations, 29 June – 3 July, 2013. – Portugal, Lisbon, 2013. – P. 261.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В УКРАИНЕ: СУЩЕСТВУЮЩИЕ ПРОБЛЕМЫ И НАПРАВЛЕНИЯ РЕФОРМ

И.А. Марценковский, И.Я. Пинчук, Д.И. Марценковский, А.А. Суховой

Оказание психиатрической помощи детям и подросткам в Украине, образовавшейся после распада Советского Союза, не было государственным приоритетом, хронически недофинансировалось и нуждается в срочном реформировании. Авторы выделяют четыре направления реформ: 1) перенос акцент с биологической терапии на психологическую помощь: пропаганду здорового образа жизни, создание программ целенаправленной профилактики и поддержки социальной инклюзии; 2) перераспределение ресурсов между неотложной, первичной, специализированной и узкоспециализированной психиатрической помощью: развитие психиатрических услуг непосредственно в общине, организацию психиатрических отделений в структуре многопрофильных детских больниц; 3) обеспечение психиатрической помощи в соответствии с самым высоким уровнем научных достижений: обеспечение доступа детей к лекарственным средствам и методам психологического лечения, основанных на принципах доказательной медицины; 4) оказание помощи детям с особыми потребностями в максимально стигматизированных условиях, исключение случаев насилия при предоставлении психиатрической помощи, соблюдение прав при общемедицинском обслуживании, предоставлении социальных и образовательных услуг. Реформирование психиатрической помощи детям и подросткам является неотъемлемой частью общей реформы здравоохранения, новой философии государственной социальной политики в области здоровья детей и подростков в Украине. Различные законодательные акты необходимо срочно пересмотреть, чтобы быть последовательным, чутко реагировать на мнения пользователей услуг и широкой общественности. Необходимо обеспечить возможность для украинских специалистов в сфере охраны психического здоровья детей и подростков учиться в Европе, вовлечь их в международные образовательные и исследовательские программы.

Ключевые слова: службы психического здоровья для детей и подростков, первичная психиатрическая помощь, специализированная психиатрическая помощь, услуги по охране психического здоровья в общине, социально-психологическая помощь, пропаганда здорового образа жизни, профилактика.

ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ДІТЯМ ТА ПІДЛІТКАМ В УКРАЇНІ: НАЙВНІ ПРОБЛЕМИ ТА НАПРЯМКИ РЕФОРМ

І.А. Марценковський, І.Я. Пінчук, Д.І. Марценковський, О.О. Суховій

Надання психіатричної допомоги дітям і підліткам в Україні, що утворилася після розпаду Радянського Союзу, не було державним пріоритетом, відчувало хронічне недофінансування і потребує термінового реформування. Авторів виділяють чотири напрями реформ: 1) перенесення акценту з біологічної терапії на психологічну допомогу: пропаганду здорового способу життя, створення програм цілеспрямованої профілактики та підтримки соціальної інклюзії; 2) перерозподіл ресурсів між невідкладною, первинною, спеціалізованою та вузькоспеціалізованою психіатричною допомогою: розвиток психіатричних послуг безпосередньо в громаді, організацію психіатричних відділень в структурі багатопрофільних дитячих лікарень; 3) забезпечення психіатричної допомоги відповідно до найвищого рівню наукових досягнень: забезпечення доступу дітей до лікарських засобів і методів психологічного лікування, що спираються на принципи доказової медицини; 4) надання допомоги дітям з особливими потребами в максимально стигматизованих умовах, виключення випадків насильства при наданні психіатричної допомоги, дотримання прав при загальномедицинському обслуговуванні, наданні соціальних та освітніх послуг. Реформування психіатричної допомоги дітям та підліткам є невід'ємною частиною загальної реформи охорони здоров'я, нової філософії державної соціальної політики в області здоров'я дітей та підлітків в Україні. Різні законодавчі акти необхідно терміново переглянути, щоб бути послідовним, чуйно реагувати на думки користувачів послуг та широкої громадськості. Необхідно забезпечити можливість для українських фахівців у сфері охорони психічного здоров'я дітей та підлітків вчитися в Європі, залучити їх в міжнародні освітні та дослідницькі програми.

Ключові слова: служби психічного здоров'я для дітей і підлітків, первинна психіатрична допомога, спеціалізована психіатрична допомога, послуги з охорони психічного здоров'я на рівні громади, соціально-психологічна допомога, пропаганда здорового способу життя, профілактика.

С.І. Табачников, Є.М. Харченко, Т.В. Синіцька, А.М. Чепурна, О.В. Кіосєва, О.В. Вороніна
ХАРАКТЕРИСТИКА АДИКТИВНИХ РОЗЛАДІВ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ,
ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ. АЛГОРИТМ НАДАННЯ
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології
 МОЗ України, м. Київ
 tabachnikov1940@ukr.net

Ключові слова:

адиктивна поведінка,
 психоактивні речовини,
 АУДИТ-тести, клінічна
 характеристика,
 алгоритм допомоги.

Проведено дослідження адиктивної поведінки 1374 підлітків, які вживали психоактивні речовини (ПАР) (на ранніх етапах). Виявлено патопсихологічні та психопатологічні особливості адиктивної поведінки (відповідно до ступенів вживання ПАР) та принципи формування залежних станів. Представлено алгоритм надання медико-соціальної допомоги підліткам з адиктивною поведінкою, які вживають ПАР.

Актуальність. Проблема вживання **психоактивних речовин** (ПАР) серед населення різних країн світу, зокрема в Україні, є однією з найбільш значних серед провідних медико-соціальних питань сучасності [1–5, 7, 9, 11–14]. Характерними при цьому є низка особливостей соціально-економічного характеру, та пов'язаних з ними змінами психологічного клімату серед населення. Особливо серйозно ці явища руйнують ще несформовану особистість підлітків та молоді. Негативна варіабельність морально-етичних критеріїв, практична доступність різних видів ПАР (алкоголю, наркотиків, тютюнових виробів) стали реальною причиною активного зростання та поширеності споживання ПАР серед підлітків і молоді. Безумовно, в тій чи іншій мірі ця проблема має схоже підґрунтя у країнах близького та дальнього зарубіжжя, тому і можливості моделі медико-соціальної допомоги в цьому питанні мають спільне коріння. Як свідчать усереднені за останні роки епідеміологічні дані, захворювання на психічні та поведінкові розлади (ППР) внаслідок вживання ПАР у нашій країні стали перевищувати захворюваність на ППР іншого походження [8–11]. Нині наркологічна ситуація в Україні характеризується домінуванням хімічної (насамперед алкогольної та тютюнової) адикції, далі йдуть наркотики та інші психоактивні речовини [1, 2, 5, 7, 11]. Ситуація виглядає ще більш загрозливою у зв'язку з поступовим переважанням серед споживачів ПАР категорій дитячо-підліткового та молодого віку [6, 8, 9, 10, 12]. За даними ВООЗ, алкоголь є найширше вживаною ПАР серед дітей та підлітків в Україні. Кожен четвертий українець, який страждає на алкогольну залежність, є особою у віці до 35 років [9, 10]. За даними ВООЗ, Україна займає перше місце за масштабами розвитку підліткового алкоголізму. Згідно з дослідженнями науковців, серед українських підлітків 13–15 років вживають алкоголь близько 90%; палять тютюн – майже 63%; досвід вживання наркотичних речовин мають понад 14%. Причиною смертності двох третин молоді від 15 до

20 років є отруєння алкогольними напоями або нещасні випадки внаслідок сп'яніння від ПАР [6, 8, 10, 12].

Ризик формування адиктивної поведінки на сьогодні прийнято розглядати з позицій біологічної, психологічної, соціальної (біопсихосоціальної) та духовної моделей, де кожен з факторів або їх поєднання (у тому числі спадковість, особливості характеру, мікро- і макросоціального оточення, зрілість особистості в цілому) беруть участь у формуванні залежної поведінки. У сучасній психіатрії, медичній психології, психофармакології – проблеми адиктології розглядаються в різноплановому ракурсі. Деякі автори відзначають істотний вплив органічної неповноцінності структур головного мозку на формування особистісних аномалій, включаючи адиктивну поведінку [3, 4]. Інші дослідники вважають адикцію «симптомом сім'ї» [3, 4, 8–10, 12]. Проведений аналіз дитячо-батьківських стосунків підлітків виявив, що в сім'ях, де вихованням дітей займалися в основному матері, частіше формується адиктивна поведінка [1–4, 8, 9, 10, 12]. Так, неблагополучні соціально-психологічні стосунки в сім'ї підлітків-наркоманів відзначаються в 69% проаналізованих випадків, часто вони поєднуються із спадковою обтяженістю алкоголізмом або вживанням ПАР [7, 8, 11].

У численних дослідженнях відзначається, що тенденція до вживання ПАР найчастіше формується в осіб з аномаліями характеру [3, 11]. Низька стійкість до стресів, знижена пристосованість до нових складних ситуацій, погана переносимість конфліктів обумовлені нерозвиненістю або недостатністю особистісно-середовищних ресурсів, що часто є причиною звернення підлітків і молоді до психоактивних речовин [10].

Водночас виділяється безліч біологічних, особистісних макро- і мікросоціальних чинників, які описуються окремо один від одного, без урахування їх взаємного системного та динамічного впливу на формування адиктивної поведінки. Все це не дозволяє цілісно і системно оцінювати ризик формування адиктивної поведінки.

Таким чином, особливого значення набуває дослідження факторів ризику адиктивної поведінки, як цілісної динамічної системи їх взаємного впливу.

Недостатньо вивченими є динаміка формування адиктивної поведінки у різні вікові періоди, зокрема в підлітковому і юнацькому віці, а також компенсаторні механізми, що стримують формування залежної поведінки.

Вищевказане обумовлює актуальність виявлення адиктивних розладів у підлітків, що вживають різні види ПАР, особливо на ранньому етапі.

Тому розробка моделі та алгоритму надання медико-соціальної допомоги підліткам з адиктивною поведінкою, що вживають психоактивні речовини, є надзвичайно важливою. На основі подальшого теоретично обумовленого стандартного підходу до даного питання можливе створення відповідної схеми спеціалізованої допомоги вказаному контингенту підлітків.

Мета роботи – розробити нові підходи до профілактики залежних станів при вживанні підлітками ПАР шляхом ранньої діагностики і своєчасної медико-соціальної допомоги.

Задачі дослідження. Встановити характер та ступінь вживання ПАР за допомогою АУДИТ- методології в процесі дослідження та після проведення медичних заходів.

Дослідити патопсихологічні і психопатологічні особливості формування адиктивної поведінки при вживанні ПАР в підлітково-юнацькому віці.

Вивчити характеристику психічних та поведінкових розладів при вживанні ПАР даними особами.

Розробити та провести адекватні заходи медико-соціальної допомоги підліткам на ранніх етапах вживання ПАР.

Теоретично обґрунтувати своєчасні заходи терапії у ранньому періоді вживання ПАР та засоби їх профілактики.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводили серед учнів старших класів шкіл, коледжів та студентів молодших курсів ВНЗ Києва, Вінниці, Умані.

Загальна кількість досліджених становила 1500 осіб, з них було відібрано 1374 (91,6%) особи, які вживали ПАР (алкогольні напої, тютюнові вироби, канабіноїди, психостимулятори, опіати (опіоїди), галюциногени).

Методами дослідження були уніфікована карта, система АУДИТ-подібних тестів (І.В. Лінський з співавт., 2012) для виявлення характеристики вживання ПАР підлітками, методики визначення особистісно-характерологічних акцентуацій (Г. Шмішека, 1970), тривоги (Ч.Д. Спілберґера – Ю.Л. Ханіна, 1966), депресії (М. Гамільтона, 1959) та ін.

Результати та їх обговорення

Серед загального числа обстежених, що вживають ПАР (1374 осіб (91,6%)) найбільший обсяг склали група осіб, які вживали алкогольвмісні речовини – 92,3%. Переважно це були напої з малим вмістом алкоголю (пиво, різні слабоалкогольні, тонізуючі напої, модні в сучасному молодіжному середовищі), проте вживалися систематично у великих дозах.

Як видно з таблиці 1, значна частина обстежених вживали тютюн – 68,7%, причому як юнаки, так і дівчата. Великий відсоток склали категорія осіб, які вживали психостимулятори – 18,6%. Вживання інших ПАР було значно меншим за обсягом: так, канабіноїди склали 4,5%; опіати (опіоїди) – 0,1%. Слід сказати, що більшість обстежених поєднували ПАР, так звані «змішані форми» вживання, що склали 98,7%. Переважно це було поєднанням алкогольвмісних напоїв та тютюну.

Характеризуючи стиль вживання тих чи інших ПАР обстеженими, виходячи з класифікації тяжкості різних ступенів (1 – «А» – відносно безпечно; 2 – «В» – небезпечно вживання; 3 – «С» – зі шкідливими наслідками; 4 – «D» – залежні стани) нами виявлено наступне (табл. 1).

Таблиця 1. Результати вживання психоактивних речовин у досліджених групах до проведення комплексних медико-соціальних заходів (первинне дослідження)

Кількість осіб, що вживали ПАР (n=1374); види ПАР	%, (M±m), 91,6±1,2	Ступінь вживання ПАР* «А», «В», «С», «D» (%)
Алкоголь	92,3±1,5	A – 51,2; B – 37,3; C – 12,1; D – 0,0
Тютюн	68,7±1,3	A – 33,4; B – 38,2; C – 22,5; D – 7,3
Психостимулятори	18,6±1,4	A – 48,3; B – 32,4; C – 15,4; D – 5,5
Канабіноїди	4,5±0,9	A – 38,5; B – 57,3; C – 5,6; D – 0,0
Галюциногени	0,1	A – 18,2; B – 82,1; C – 0,0; D – 0,0
Опіати (опіоїди)	0,9±0,05	A – 68,0; B – 23,2; C – 9,3; D – 0,0
Змішані форми	98,7±0,07	A – 27,2; B – 42,0; C – 31,4; D – 0,0

Примітки: * Ступінь вживання ПАР: 1 – «А» – відносно безпечно (1 – 7 балів); 2 – «В» – шкідливе вживання (8 – 15 балів); 3 – «С» – зі шкідливими наслідками (16 – 20 балів); 4 – «D» – залежні стани (>20 балів).

Процентне співвідношення прийому ПАР за тестами:

- на алкоголь – у більшості респондентів переважав стиль щодо безпечного вживання (1–7 балів) – 51,2%, небезпечно вживання (8–15 балів) склали 37,3%, зі шкідливими наслідками – 12,1%, залежні стани практично не спостерігалися (0,0%);
- тютюнопаління – стиль щодо безпечного вживання виявлений у 33,4% випадків, небезпечно вживання – у 38,2%, зі шкідливими наслідками – у 22,5%, залежні стани склали 7,3%;
- психостимулятори, відповідно: 48,3%, 32,4%, 15,4% і 5,5%, тобто, досить широкий ступінь варіацій – від ступеня «А» (безпечної) до ступеня «D» (залежні стани);
- канабіноїди – стиль щодо безпечного вживання склав – 38,5%, небезпечно вживання – 57,3%, зі шкідливими наслідками – 5,6%, залежних станів не було;
- опіати (опіоїди) – стиль щодо безпечного вживання відповідав 68,0%, небезпечно вживання – 23,2%, зі шкідливими наслідками – 9,3%, залежних станів виявлено не було – 0%;
- галюциногени – результати були наступними: 18,2%, 82,1%, залежних станів виявлено не було;
- «змішані форми» – стиль щодо безпечного вживання склав – 27,2%, небезпечно вживання – 42,0%, зі шкідливими наслідками – 31,4%, залежності не виявлено (0%).

Виходячи з отриманих результатів дослідження можна охарактеризувати тенденції вживання ПАР підлітками та молоддю наступним чином.

Велика частина підлітків при прийомі різних ПАР знаходяться переважно в зоні «безпечного вживання» (1–7 балів) або «небезпечного вживання» (8–15 балів), але ще без шкідливих наслідків або станів залежності.

Однак, при найпоширеніших видах ПАР (алкоголь-вмісні напої, тютюн) частина респондентів переходила в більш важкі форми вживання ПАР, а саме: «зі шкідливими наслідками» або «залежними станами». За даними дослідження, при тютюнопалінні вищевказаний перехід йде більш інтенсивно. Серед інших ПАР рівень «зі шкідливими наслідками» частіше спостерігається при вживанні психостимуляторів – 15,4% і 5,5%; відповідно опіатів (опіоїдів) – 9,3%; канабіноїдів – 5,6%.

Обтяжує стан прийому ПАР «змішані форми», коли додаткове потенціювання індивіда різними хімічними речовинами призводить, природно, до більш тяжких психосоматичних наслідків.

Крім того, результати проведеного нами дослідження серед студентів початкових курсів ВНЗ дозволяють прогнозувати поступове посилення тенденції прийому ПАР на наступний період при відсутності своєчасної профілактичної, а при необхідності – лікувальної допомоги.

Робота з досліджуваними респондентами мала переважно психотерапевтичний характер. Ми використовували як індивідуальну, так і групову психотерапію (аутогенне тренування, раціональну, емоційно-стресову, когнітивно-біхевіоральну, сімейну тощо). Групова терапія проводилася з особами, які вживають як різні види ПАР, так і монотипи. У ряді випадків (при 3 і 4 ступенях вживання ПАР) ми застосовували відповідні медикаменти, частіше груп СІОЗ, у малих стандартних дозах – переважно для купірування тривожно-депресивних симптомів. Загальна тривалість вказаних медико-соціальних заходів становила 1,5–2 місяці. У цілому пропонується допомога досліджуваними особами сприймалася позитивно, тому що не була для них обтяжливою і становила певний пізнавальний інтерес (розширення компетенції в обсязі дії ПАР, їх тяжких наслідків, в цілому розуміння медико-соціальних питань, пов'язаних з даною проблемою).

Повторне дослідження з використанням АУДИТ-тестів було проведено у тих же респондентів через 3 місяці

після початку роботи з ними. Отримані дані наведені в таблиці 2.

Як видно з цієї таблиці, спостерігалася значне загальне зниження прийому ПАР респондентами – з 91,6% (1374) до 51,9% (702 особи). Диференційовано: вживання алкогольвмісних напоїв склало 64,3% (скорочення на 28,0%); тютюну відповідно – 35,4% (33,3%); вживання психостимуляторів – 8,3% (10,3%); канабіноїдів – 1,3% (30,2%); галюциногенів – 0%; опіатів (опіоїдів) – 0,2%; змішаних форм – 57,6% (41,1%). Отримані результати відрізнялися високим рівнем достовірності ($p < 0,05$; $< 0,01$).

Серед обстеженого контингенту осіб, більш схильних до активного вживання ПАР, нами виявлена значна частина акцентуованих особистостей. Найпоширенішим при цьому був емотивний (нестійкий) тип – 32,3%. Значущими були збудливий тип – 21,5%; істероїдний – 16,4%; конформний – 13,0%.

Серед усіх досліджених виявлена категорія осіб з прихованими депресіями (9,6%) непсихотичного рівня, в основному в рамках патохарактерологічних особливостей, які найчастіше належали до нестійкого типу акцентуації. Відповідно до ступеня вживання ПАР, більшість обстежених перебували на початкових етапах – 55,2%; ряд осіб на субклінічному – 31,3% і 15,6% – на клінічному рівнях.

Субклінічні дезадаптивні прояви класифікувалися нами як різні типи варіантів: астенічні – 11,7%; астено-вегетативні – 36,16%; обсесивно-фобічні – 15,45%; тривожні – 26,15% і змішані – 8,16%. У свою чергу, досліджувані, що знаходилися в ступені залежності, поділялися на дві підгрупи: субклінічний рівень – значно більше за обсягом – 87,6 (компенсований) і некомпенсований – 12,4% – що вимагає лікування. У даній категорії обстежених спостерігалася переважно перша стадія залежного стану.

У зв'язку з проведеним дослідженням вживання респондентами різних видів ПАР і превалювання в загальному об'ємі алкогольвмісних речовин, в основу концептуального підходу була покладена дана адикція. Однак, при цьому ми виходили з поняття, що співвідношення пристрастей та залежностей якісно різноманітного походження, можливе лише в тому випадку, коли їх оцінка надається в мірному масштабі з використанням єдиного

Таблиця 2. Результати вживання психоактивних речовин у досліджених групах після проведення комплексних медико-соціальних заходів (повторне дослідження)

Кількість осіб, які вживали ПАР (n=1374); види ПАР	Кількість осіб, які вживали ПАР, %	Стиль (ступінь) вживання ПАР* «А», «В», «С», «Д», (%)	Дані первинного дослідження, M±m, %**	Дані повторного дослідження, M±m, %**
7,02	51,9±0,9	-	91,6±1,2	51,9±0,9
Алкоголь	64,3±1,0	A – 88,1; B – 9,0; C – 3,2; D – 0,0;	92,3±1,5	64,3±1,0
Тютюн	35,4±1,1	A – 75,0; B – 16,3; C – 8,4; D – 1,2;	68,7±1,3	35,4±1,1
Психостимулятори	8,3±1,2	A – 89,1; B – 7,3; C – 4,2; D – 0,0;	18,6±1,4	8,3±1,2
Канабіноїди	1,3±0,5	A – 83,2; B – 16,3; C – 1,4; D – 0,0;	4,5±0,9	1,3±0,5
Галюциногени	0,0	A – 0,0; B – 0,0; C – 0,0; D – 0,0;	0,1±0,05	0,0
Опіати (опіоїди)	0,2±0,04	A – 92,1; B – 6,2; C – 2,0; D – 0,0;	0,9±0,07	0,2±0,04
Змішані форми	57,6±1,3	A – 73,2; B – 15,3; C – 12,1; D – 0,0;	98,7±1,6	57,6±1,3

Примітки: * Ступінь вживання ПАР: 1 – «А» – відносно безпечно (1 – 7 балів); 2 – «В» – шкідливе вживання (8 – 15 балів); 3 – «С» – зі шкідливими наслідками (16 – 20 балів); 4 – «Д» – залежні стани (>20 балів); ** достовірність $p < 0,01$.

поняттєвого апарату. Окресливши тест на алкогольвмісній речовині [8] як координаційний, що регламентував необхідну точність оцінок, незалежно від віку, рівня культури респондента [1, 7, 13], ми його адаптували для концептуального розподілу 3^{-х} розділів (доменів), які обумовлюють усі стадії формування залежних станів, від донозологічних форм до клінічно виражених проявів вживання ПАР.

Таким чином, проведене дослідження довело наступне.

Представлена 4-ступенева модель розподілу контингенту адиктів, які приймають ПАР, з окресленням відповідної клініко-діагностичної характеристики кожного ступеня, що дає можливість диференційованого підходу до спеціалізованої медичної допомоги даним особам в дійсному періоді; визначення позитивної чи негативної динаміки, а також прогнозування на майбутнє.

Розроблений алгоритм медико-соціальної допомоги конкретизував співвідношення клінічної характеристики та рекомендованих заходів:

- ступінь «А» – відносно безпечне вживання ПАР – психопрофілактичні та психогігієнічні заходи, що включали:
- просвітницьку роботу стосовно вживання ПАР та його наслідків;
- медико-психологічне забезпечення професійної та навчальної діяльності;
- консультативну допомогу при дезадаптивних формах поведінки (навчання навичкам ефективного спілкування, прийняття рішень, вироблення життєвої позиції);
- вироблення та розвиток навичок протидії різноманітним факторам ризику;
- формулювання навичок регуляції емоцій, вирішення конфліктів;
- спільну роботу 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.
- ступінь «В» – небезпечне вживання ПАР – психоко-рекційна та психотерапевтична допомога:
- самомоніторинг – виділення і реєстрація вузького аспекту поведінки, яку необхідно змінити;
- самопідкріплення – підкріплення адаптивної поведінки;
- методика контролю стимулу – контроль оточення і стимулів, що запускають неадаптивну поведінку, самоінструктування;
- терапія, сфокусована на вирішенні проблем – допомога адикту в знаходженні адекватного вирішення проблем;
- стрес-прищеплювальна терапія;
- тренінг самоінструктування – підготовка адикта до зіткнення з важкими стресовими ситуаціями за рахунок володіння навичками самоконтролю (копінг-стратегії);
- позитивне аутоінструктування, що підвищує здатність володіння проблемою.
- ступінь «С» – вживання ПАР зі шкідливими наслідками – психотерапевтична і соціально-психологічна допомога:

- 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 самоспостереження, самоорганізації, впорядкування власного життя, фрустраційної толерантності, включення адикта до суспільно-корисної трудової діяльності, підвищення загального фону настрою шляхом опосередкованого впливу;
- робота з комунікативною сферою – формування навичок конструктивного спілкування та їх узгодження з комунікаційними потребами та навичками особистості до конструктивного спілкування, формування здатності до адекватного сприйняття оточуючих, розвиток емпатії, психокорекція сімейних стосунків;
- робота з когнітивною сферою – розвиток самосвідомості, формування адекватної самооцінки та реалістичного світосприйняття, конструктивне завершення психотравмуючих гештальтів, вияв ірраціональних когніцій і невірних цілей та заміна їх конструктивними, зміна стереотипів сприйняття когнітивних реакцій та атитюдів;
- робота з ціннісно-сисловою сферою – усвідомлення та перебудова власної системи цінностей, свідоме засвоєння системи вищих цінностей, що надають сенсу людському існуванню в будь-яких умовах;
- робота з моральною сферою особистості – формування внутрішнього локусу контролю, моральної свідомості як чинника моральної саморегуляції поведінки, моральних ставлень людини до оточуючих, здатності до морального вибору в проблемних ситуаціях.
- ступінь «D» – залежність – психо- та фармакотерапія:
- фармакологічна корекція (антидепресанти, анксіолітики);
- індивідуальна психотерапія (раціональна, особистісно-орієнтована реконструктивна, когнітивно-поведінкова, «психотерапія через розуміння»), навчання самоконтролю (самоспостереження, самокритика, самостійна релаксація), аутогенне тренування в комплексі з аутосугестією;
- групова психотерапія з використанням вправи «на зворотний зв'язок», «рольова гра», «обмін ролями», «психодрама», сімейна психотерапія з вправами «сімейні ролі», «визначення сімейних правил», «сімейна хронологія».

Висновки

1. Проведене дослідження виявило певні характерні особливості прийому ПАР в підлітково-юнацькому віці, які можуть бути виявлені за допомогою АУДИТ-тестів, що дають можливість отримання характеристики ступеня вживання ПАР, оцінки патопсихологічних та клініко-психопатологічних особливостей певного прогнозування станів на майбутнє.

2. Виходячи з загальноклінічної, а також розробленої нами якісної 4-рівневої характеристики ступеня вживання ПАР, визначається наступне: при переважному

характері прийому ПАР в підлітково-юнацькому віці в категоріях: «відносно безпечне вживання»; «небезпечне вживання»; «вживання зі шкідливими наслідками» і «залежні стани» – можна домогтися достатнього позитивного результату з загального скорочення і зменшення ступеня тяжкості прийому ПАР підлітками шляхом пропонування комплексних лікувально-корекційних заходів.

3. Предиспонуєчим фактором вживання ПАР є нервово-психічна нестійкість, акцентуації характеру (емотивний, збудливий, істероїдний, конформність та інші типи); своєрідність поведінкових реакцій в підлітковому віці (протесту, групування, емансипації тощо) та інші особливості підліткового періоду.

4. Клініко-динамічними особливостями можна вважати переважання високого рівня особистісної та ситуативної тривожності з надцінною ідеєю вживання ПАР, з порушенням можливості контролю дози наркотичної речовини і своєї поведінки в цілому. Характерними є явища тривожно-депресивного спектра, риси емоційної нестійкості (у вигляді підвищеної дратівливості), формальність суджень, нерідко визнання своєї провини і показне каяття. У клінічній динаміці даних розладів виділяються дві стадії: субкомпенсована і некомпенсована. 1 – умовно контрольована, характеризується формальною впорядкованістю поведінки (критичною оцінкою) з прогностичною можливою відмовою від прийому ПАР; 2 – неконтрольована, при якій в індивіда відсутнє усвідомлення хворобливого розладу. Встановлено, що в клінічному плані динаміка симптомів адиктивної поведінки має високу кореляцію зі специфічними мотивами вживання ПАР (комунікативні, гедоністичні, компульсивні). Виявлені особливості генетичних, патофизиологічних і психопатологічних характеристик адиктивної поведінки підлітків, які вживають ПАР, дають можливість більш професійно підходити до раннього субклінічного періоду виявлення даної патології у осіб та надання їм своєчасної кваліфікованої медико-соціальної допомоги.

5. Використання АУДИТ-методології у виявленні прийому ПАР (як метод експрес-діагностики) доцільне для виявлення загальної характеристики, динаміки та прогнозування даних адиктивних розладів.

6. Вирішення питань допомоги при адиктивних розладах підлітків та молоді, які вживають ПАР, характеризується наступним. Психологічні та психотерапевтичні заходи повинні бути спрямовані на біосоціальні, особистісні та поведінкові фактори ризику, а також патогенетичні механізми реалізації адикцій. Відповідно, необхідне здійснення максимального контролю за поведінкою цих осіб у групах ризику (враховуючи ім-

пульсивність їх поведінки, неадекватність самооцінки, погану переносимість фрустрації, порушення адаптації тощо). Психотерапевтичними мішенями повинні стати афективні, когнітивні, вольові та поведінкові функції адикта. Пропонується психотерапевтична корекція даних адиктивних розладів (у вигляді специфічних методик: когнітивно-біхевіоральної, емоційно-стресової, раціональної, аутогенної, а також сімейної психотерапії, що проводиться індивідуально і в групі за певною схемою), показала значущий позитивний результат, підтверджений катамнезом.

7. Дані, отримані при вивченні ефективності запропонованих заходів, дають можливість окреслити відповідний медичний доказовий ефект запропонованої моделі та алгоритму надання спеціалізованої медико-соціальної допомоги підліткам, які вживають ПАР, і можуть стати основою ефективної реалізації профілактичного напрямку в охороні здоров'я.

Список використаної літератури

1. Деминда Е. Индивидуальное консультирование наркозависимых / Е. Деминда, Дж. В. Мерсер / пер. с англ. – Одесса, 2001. – 228 с.
2. Метод комплексной оценки адиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії. – 2009. – № 2 (16). – С. 56–70.
3. Про затвердження Загальнодержавної програми «Здоров'я-2020: український вибір» / [Проект Закону України] / Електронний ресурс / Режим доступу: http://toz.gov.ua/ua/portal/Pro_20120316_1.html#2
4. Про схвалення Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011–2015 роки / [Розпорядження КМ України від 13.09.2010 р. № 1808-р]. – Урядовий кур'єр № 175 від 22.09.2010 р.
5. Психотерапия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2000. – 544 с.
6. Руководство по аддиктологии / под ред. проф. В. Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
7. Свядоц А. М. Психотерапия: пособие для врачей / А. М. Свядоц – СПб.: Питер, 2000. – 288 с.
8. Сидоров П. И. Наркологическая превентология / П. И. Сидоров. – М.: Генуус, 2005. – 796 с.
9. Сирота Н. А. Эффективные программы профилактики зависимости от наркотиков и других психоактивных веществ / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский // Вопросы наркологии. – 2008. – № 3. – С. 93–104.
10. Сосин И. К. О наркологической ситуации в Украине / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чувей // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т 18, Вип. 3 (64). – С. 174.
11. Стандарты наркологической помощи: пособие для врачей / Г. А. Ливанов, М. Л. Калмансон, С. М. Тихомиров А. Г. Софронов. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – СПб., 2003. – 96 с.
12. Ялтонский В. М. Профилактика адиктивного поведения: проблема, требующая обсуждения и решения / В. М. Ялтонский // Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация. – С. 45–48.
13. Lobjoie C. Efficacy of a cognitive-behavioral group therapy in patients with fear of blushing / C. Lobjoie, A. Pélissolo // Encephale. – 2012. – № 38 (4). – P. 345–350. Електронний ресурс / Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22980476>
14. Robertson E. B. Preventing drug use among children and adolescents / [A research-based guide for parents, educators, and community leaders] / [NIDA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration] / E. B. Robertson, S. L. David, S. A. Rao – U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health. – 2003. – 49 p.

ХАРАКТЕРИСТИКА АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА. АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

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

Проведено исследование аддиктивного поведения 1374 подростков, которые употребляли психоактивные вещества (ПАВ) (на ранних этапах). Выявлены патопсихологические и психопатологические особенности аддиктивного поведения (в соответствии со степенью употребления ПАВ), и принципы формирования зависимых состояний. Представлен алгоритм медико-социальной помощи подросткам с аддиктивным поведением, употребляющих ПАВ.

Ключевые слова: аддиктивное поведение, психоактивные вещества, АУДИТ-тесты, клиническая характеристика, алгоритм помощи.

CHARACTERISTIC OF ADDICTIVE DISORDERS ADOLESCENT BEHAVIOR WHO USE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES. ALGORITHM PROVIDING HEALTH AND SOCIAL CARE

S. Tabachnikov, E. Kharchenko, T. Sinitska, A. Chepurina, O. Kioseva, O. Voronina

A study of addictive behaviors in 1374 adolescents who use psychoactive substances. Identified pathopsychological and psychopathological features of addictive behavior (in accordance with the degree of psychoactive substances use), and the principles of the dependent states. Granted the algorithm of medical and social care for adolescents with addictive behavior, who use psychoactive substances.

Key words: addictive behavior, psychoactive substances AUDIT tests, clinical characteristics, the algorithm assistance.

О.В. Чернишов

ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІНІКО-ПАТОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПІДЛІТКІВ ПРИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ, ОБТЯЖЕНИХ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ
stramosliab@rambler.ru

Ключові слова:

підлітковий вік,
больовий синдром,
непсихотичний
психічний розлад,
клініко-патологічні
симптоми.

В статті автор приводить результати дослідження клініко-патологічних характеристик підлітків при непсихотичних психічних розладах, обтяжених больовим синдромом, а саме: розподіл за превалюючим видом болю, інтенсивністю хронічного больового синдрому та визначення основних патологічних симптомів, що зустрічалися в даній категорії підлітків.

Актуальність. В Україні останніми роками спостерігається значна тенденція до зростання поширеності непсихотичних психічних розладів (НПР) серед осіб підліткового віку, і ця закономірність є більш достовірною, ніж зростання кількості психічних та поведінкових розладів серед підлітково-дитячої популяції загалом [1, 4]. Феноменологія непсихотичних психічних розладів у підлітків описана в працях багатьох фахівців в галузі підліткової психіатрії, побудовано теоретичні концепції, які обґрунтовують клінічні особливості зазначеної патології в даній віковій групі [1, 3]. Також існує чимало наукових праць, які стосуються терапії та профілактики непсихотичних психічних розладів у підліткового контингенту пацієнтів [2, 6]. Як вказують чимало дослідників, клініко-морфологічні прояви непсихотичної психічної патології на початкових етапах захворювання максимально поліморфні і можуть в подальшому реалізуватися в порушеннях сенсорної або рухової сфери, визначаючи появу неспецифічного соматичного синдрому, зокрема, больового [3, 4, 6].

Матеріали та методи дослідження

Дослідження клініко-патологічних особливостей було проведено в групі підлітків: 174 дівчини і 130 юнаків

віком 16–17 років, які мали подвійний діагноз згідно з критеріями включення в дослідження: соматоформні розлади (F 45.0), соматоформна вегетативна дисфункція серця і серцево-судинної системи (F 45.30), соматоформна вегетативна дисфункція верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (F 45.31) – група Г1; тривожно-фобічні розлади (F 40), інші тривожні розлади (F 41), панічний розлад (F 41.0) – група Г2; легкий депресивний епізод із соматичними симптомами (F 32.01) – група Г3. У кожного випробуваного разом з основним психічним розладом був наявний додатковий діагноз, який залежав від локалізації болю (цефалгія, абдоміналгія, кардіалгія, міалгія і арталгія).

Результати та їх обговорення

Дослідження включало розподіл обстежених за видом болю, який превалював; оцінку інтенсивності хронічного больового синдрому та визначення основних патологічних симптомів, що зустрічалися в обстежених підлітків. Інтенсивність болю оцінювали за допомогою шкали вербальних оцінок (ШВО) [5].

Розподіл досліджуваних за видом болю, який превалював, наведено в таблиці 1.

Таблиця 1. Розподіл досліджуваних за видом болю, який превалював

Вид болю	Досліджені групи				Всього в підгрупах
		Г1	Г2	Г3	
Цефалгія	юнаки	7 (15,2)	6 (14,6)	11 (25,6)	24 (18,5)
	дівчата	9 (15,3)	20 (35,1)**	18 (31,0)	47 (27,0)
Кардіалгія	юнаки	16 (34,8)	12 (29,3)	11 (25,6)	39 (30,0)
	дівчата	19 (32,2)	16 (28,1)	14 (24,1)	49 (28,2)
Абдоміналгія	юнаки	14 (30,4)	17 (41,5)	13 (30,23)	44 (33,9)
	дівчата	17 (28,8)	13 (22,8)	16 (27,6)	46 (26,4)
Міалгії/артралгії	юнаки	9 (19,6)	6 (14,6)	8 (18,6)	23 (17,7)
	дівчата	14 (23,7)	8 (14,0)	10 (17,2)	32 (18,4)
Всього за статтю	юнаки	46 (43,8)	41 (41,8)	43 (46,2)	130 (42,8)
	дівчата	59 (56,2)	57 (58,2)	58 (53,8)	174 (57,2)
Всього		105 (34,5)	98 (32,3)	101 (33,2)	304 (100)

Примітки: * – $p < 0,05$ при порівнянні груп дослідження між собою або при порівнянні за гендерною ознакою;

** – $p < 0,05$ при порівнянні груп дослідження між собою та при порівнянні за гендерною ознакою.

Аналізуючи загальні результати щодо локалізації больових відчуттів можна стверджувати, що найчастіше визначався абдомінальний вид болю (юнаки – 33,9%, дівчата – 26,4%). Також у юнаків з Г2 абдомінальний біль зустрічався у найбільшій кількості досліджених загальної вибірки (41,5%). За показником «цефалгія» у групі Г2 виявлено статистично достовірну різницю залежно від гендерної належності (юнаки – 14,6%, дівчата – 35,1%). Цефалгії в групах дівчат з Г2 (35,1%) та Г3 (31,0%) зустрічались удвічі частіше, порівняно з дівчатами з Г1 (15,3%), у юнаків цефалгія була частішою в Г3 (25,6%), проти Г1 (15,2%) та Г2 (14,6%). Найменша кількість хворих характеризувалась наявністю міалгій/артралгій серед дівчат з Г2 (14,0%). Кардіалгії переважали у групі досліджених Г1 (юнаки – 34,8%, дівчата 32,2%).

Інтенсивність хронічного болю оцінювали за 5-бальною шкалою вербальних оцінок (ШВО): 0 – болю немає, 1 бал – слабкий біль, 2 бали – помірний біль, 3 бали – сильний біль, 4 бали – найсильніший біль (рисунок). Вербальна рейтингова шкала дозволяє оцінити інтенсивність вираженості болю шляхом якісної словесної оцінки. Із запропонованих вербальних характеристик пацієнти вибирали ту, яка найкраще відображала больові відчуття, що у них виникали. Словесні характеристики опису болю пацієнти представляли в довільному порядку. Це заохочувало підлітків до того, щоб вибрати саме ту градацію болю, яка заснована на семантичному вмісті [5]. Дані за шкалою наведено на рисунку.

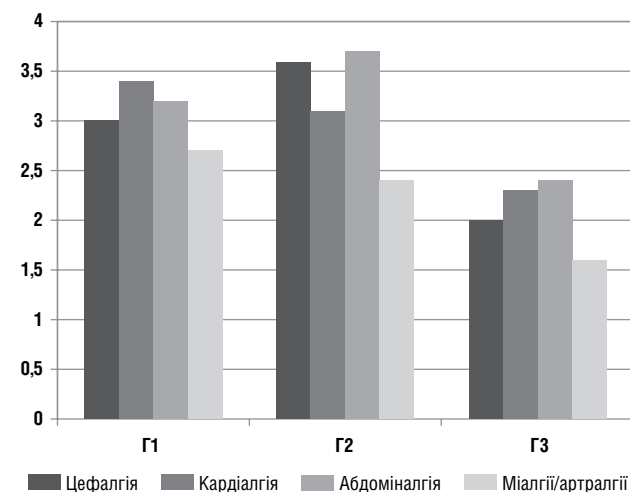


Рисунок. Розподіл досліджених у групах за ступенем вираженості різних видів болю

Основна риса больового синдрому – скарги на біль при відсутності фізичних розладів або скарги на біль, який набагато сильніший, ніж це могло б бути обумовлено фізичним станом. Найвиразнішими були болі в Г2 за показниками «цефалгія», «абдоміналія» та «кардіалгія» (3,6 бала, 3,7 бала та 3,1 бала відповідно), а також у Г1 за показниками «кардіалгія» та «абдоміналія» (3,4 та 3,2 бала). Найменш виразними були показники за різними видами болю в Г3 в цілому, при цьому найменшими були бали за показниками «міалгії/артралгії» (1,6 бала) та цефалгії (2,0 бали). За видами болю найменші бали отримано за показником «міалгія/артралгія» (1,6 – 2,7 бала).

Клініко-патологічні симптоми, характерні для досліджених підлітків, наведено у таблиці 2.

Для усіх груп були характерні наступні симптоми: сильна стомлюваність після легкого навантаження (Г1 – 38,1%, Г2 – 33,7%, Г3 – 42,6%), відчуття пустоти в голові, труднощі концентрації уваги (Г1 – 59,0%, Г2 – 60,2%, Г3 – 53,5%), ускладнене дихання (Г1 – 41,9%, Г2 – 40,8%, Г3 – 39,6%).

Досліджуваним з Г1 та Г2 були притаманні сухість у роті, почервоніння обличчя (Г1 – 39,0%, Г2 – 32,7%), дискомфорт в епігастральній ділянці, нудота (Г1 – 42,9%, Г2 – 43,9%), аерофагія, гикавка, відчуття печії в грудях (Г1 – 45,7%, Г2 – 39,8%), підвищена частота сечовипускання або дизурія (Г1 – 60,0%, Г2 – 58,2%), скарги на посилену перистальтику шлунка, синдром подразненої кишки, діарею, метеоризм (Г1 – 42,9%, Г2 – 37,8%), нейроциркуляторна дистонія або синдром зусилля (Г1 – 47,6%, Г2 – 43,9%), тремтіння або тремор (Г1 – 33,3%, Г2 – 28,6%), припливи жару або ознобу (Г1 – 40,9%, Г2 – 40,8%), почуття оніміння або поколювання (Г1 – 35,2%, Г2 – 32,7%), м'язова напруга, неможливість розслабитись (Г1 – 36,2%, Г2 – 43,9%), прояви агресії, гніву, роздратування (Г1 – 35,2%, Г2 – 40,8%), відчуття грудки в горлі або ускладнення при ковтанні (Г1 – 44,8%, Г2 – 46,9%).

Приблизно з однаковою частотою у досліджуваних з Г2 та Г3 зустрічались наступні симптоми: порушення харчової поведінки (Г2 – 68,4%, Г3 – 71,3%), помітна зміна ваги (Г2 – 65,3%, Г3 – 65,3%), почуття відчаю та безпорадності (Г2 – 39,8%, Г3 – 45,5%).

Специфічними для досліджених з Г1 були наступні симптоми: серцебиття, синдром Да Кости (40,0%), невроз шлунка, або печія у шлунку (46,7%) (різниця між Г1 та іншими групами дослідження є достовірною, $p \leq 0,05$).

Запаморочення, нестійкість, слабкість (50,0%), страх смерті (39,8%), складнощі засинання, поверхневий, чутливий сон (52,0%) були характерні переважно підліткам з Г2 (різниця між Г2 та іншими групами дослідження є достовірною, $p \leq 0,05$).

Підлітки, які входили до складу Г3, мали наступну низку симптомів: втрата інтересу до звичної діяльності (67,3%), відсутність адекватної емоційної реакції (67,3%), психомоторна загальмованість або ажитація (67,3%) (різниця між Г3 та іншими групами дослідження є достовірною, $p \leq 0,05$).

Висновки

У підлітків, які входили до складу груп дослідження, нами було визначено місце локалізації больових відчуттів, інтенсивність болю, основні симптоми захворювання.

Серед специфічних для груп дослідження видів болю виділено наступні: в Г1 найчастіше зустрічалась кардіалгія (юнаки – 34,8%, дівчата – 32,2%) та абдоміналія (юнаки – 30,4%, дівчата – 28,8%). Для досліджених в Г2 специфічними були цефалгія у дівчат (35,1%) та абдоміналія у юнаків (41,5%). В Г3 найчастіше зустрічались цефалгія у дівчат (31,0%) та абдоміналія у дівчат і юнаків (юнаки – 30,23%, дівчата – 27,6%). Найвиразнішими за інтенсивністю були болі в Г2 за показниками «цефалгія», «абдоміналія» та «кардіалгія» (3,6, 3,7 та 3,1 бала відповідно), а також у Г1 за показниками «кардіалгія» та «абдоміналія» (3,4 та 3,2 бали).

Таблиця 2. Основні патологічні симптоми, які зустрічалися в обстежених підлітків

Симптоми	Стать	Досліджені групи			Всього в підгрупах
		Г1	Г2	Г3	
Серцебиття, синдром Да Кости	юнаки	19 (41,3)	15 (36,6)	13 (30,2)	47 (36,2)
	дівчата	23 (39,0)	16 (28,1)	15 (25,9)	54 (31,0)
Пітливість	юнаки	17 (37,0)	18 (43,9)*	9 (20,9)	44 (33,6)*
	дівчата	14 (23,7)	17 (29,8)	6 (10,3)	37 (21,3)
Сухість у роті	юнаки	20 (43,5)	17 (41,5)	11 (25,6)	48 (36,9)*
	дівчата	21 (35,6)	15 (26,3)	8 (13,8)	44 (25,3)
Почервоніння обличчя	юнаки	25 (54,4)	22 (55,7)	14 (32,6)	61 (46,9)
	дівчата	28 (47,5)*	20 (35,1)	16 (27,6)	64 (36,8)
Невроз шлунка, або печія у шлунку	юнаки	27 (58,7)	26 (63,4)*	19 (44,2)*	72 (55,4)*
	дівчата	22 (37,3)	23 (40,4)*	12 (20,7)	57 (32,8)
Дискомфорт в епігастральній ділянці, нудота	юнаки	21 (45,7)	20 (48,8)	16 (37,2)	57 (43,9)
	дівчата	24 (40,7)	23 (40,4)	17 (29,3)	64 (36,8)
Задишка або гіпервентиляція	юнаки	13 (28,3)	18 (43,9)	12 (27,9)	43 (33,1)
	дівчата	15 (25,4)	20 (35,1)	11 (19,0)	46 (26,4)
Сильна стомлюваність після легкого навантаження	юнаки	18 (39,1)	16 (39,0)	20 (46,5)	54 (41,5)
	дівчата	22 (37,3)	17 (29,8)	23 (39,7)	62 (35,6)
Аерофагія, гикавка, або почуття печії у грудях	юнаки	23 (50,0)	20 (48,8)	13 (30,2)	56 (43,1)
	дівчата	25 (42,4)	19 (33,3)	14 (24,1)	58 (33,3)
Скарги на посилену перистальтику шлунка, синдром подразненої кишки, діарею, метеоризм	юнаки	25 (54,4)*	21 (51,2)**	8 (18,6)	54 (41,5)*
	дівчата	20 (33,9)*	16 (28,1)*	5 (8,6)	41 (23,6)
Підвищена частота сечовипускання або дизурія	юнаки	30 (65,2)*	26 (63,4)	14 (32,6)	70 (53,7)
	дівчата	33 (55,9)*	31 (54,4)*	17 (29,3)	81 (46,6)
Нейроциркуляторна дистонія (синдром зусилля)	юнаки	24 (52,2)	20 (48,8)	16 (37,2)	60 (46,2)
	дівчата	26 (44,1)	23 (40,4)	18 (31,0)	67 (38,5)
Тремтіння або тремор	юнаки	19 (41,3)*	16 (39,0)	9 (20,9)	44 (33,9)*
	дівчата	16 (27,1)*	12 (21,05)	7 (12,1)	35 (20,1)
Ускладнене дихання	юнаки	20 (43,5)	18 (43,9)	17 (39,5)	55 (42,3)
	дівчата	24 (40,7)	22 (38,6)	23 (39,7)	69 (39,7)
Запаморочення, нестійкість, слабкість	юнаки	16 (34,8)	21 (51,2)	15 (34,9)	52 (40,0)
	дівчата	20 (33,9)	28 (49,1)*	18 (31,0)	66 (37,9)
Страх смерті	юнаки	13 (28,3)	18 (43,9)*	8 (18,6)	39 (30,0)
	дівчата	16 (27,1)	21 (36,8)	10 (17,2)	47 (27,0)
Страхи божевілля, втрати самоконтролю	юнаки	11 (23,9)	15 (36,6)	9 (20,9)	35 (26,9)
	дівчата	14 (23,7)	17 (29,8)*	6 (10,3)	37 (21,3)
Дереалізація та деперсоналізація	юнаки	1 (2,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)
	дівчата	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,72)	1 (0,6)
Припливи жару або ознобу	юнаки	19 (41,3)	18 (43,9)	10 (23,3)	47 (36,2)
	дівчата	24 (40,7)	22 (38,6)	11 (19,0)	57 (32,8)
Відчуття оніміння або поколювання	юнаки	18 (39,1)	16 (39,0)	11 (25,6)	45 (34,6)
	дівчата	19 (32,2)	16 (28,1)	12 (20,7)	47 (27,0)
М'язова напруга, неможливість розслабитись	юнаки	17 (37,0)	19 (46,3)*	10 (23,3)	46 (35,4)
	дівчата	21 (35,6)	24 (42,1)*	13 (22,4)	58 (33,3)
Відчуття відчаю та безпорадності	юнаки	13 (28,3)	17 (41,5)	20 (46,5)	50 (38,5)
	дівчата	16 (27,1)	22 (38,6)	26 (44,8)	64 (36,8)
Прояви агресії, гніву, роздратування	юнаки	17 (37,0)	19 (46,3)	12 (27,9)	48 (36,9)
	дівчата	20 (33,9)	21 (36,4)	14 (24,1)	55 (31,6)
Відчуття грудки в горлі або ускладнення при ковтанні	юнаки	20 (43,5)*	21 (51,2)*	9 (20,9)	50 (38,5)
	дівчата	27 (45,8)*	25 (43,9)*	11 (19,0)	63 (36,2)
Відчуття пустоти в голові, труднощі концентрації уваги	юнаки	28 (60,9)	27 (65,9)	25 (58,1)	80 (61,5)
	дівчата	34 (57,6)	32 (56,1)	29 (50,0)	95 (54,6)
Складнощі при засинанні, поверхневий, чутливий сон	юнаки	17 (37,0)	23 (56,1)	18 (41,9)	58 (44,6)
	дівчата	22 (37,3)	28 (49,1)	23 (39,7)	73 (42,0)
Втрата інтересу до звичної діяльності	юнаки	9 (19,6)	10 (24,4)	31 (72,1)**	50 (38,5)
	дівчата	8 (13,6)	11 (19,3)	37 (63,8)**	56 (32,2)
Відсутність адекватної емоційної реакції	юнаки	4 (8,7)	5 (12,2)	32 (74,4)**	41 (31,5)
	дівчата	6 (10,2)	7 (12,3)	36 (62,1)**	49 (28,2)
Психомоторна загальмованість або ажитація	юнаки	7 (15,2)	4 (9,8)	30 (69,8)**	40 (30,8)
	дівчата	6 (10,2)	3 (5,3)	38 (65,5)**	47 (27,0)
Порушення харчової поведінки	юнаки	21 (45,7)	30 (73,3)*	32 (74,4)*	83 (63,9)
	дівчата	26 (44,1)	37 (64,9)*	40 (69,0)*	103 (59,2)
Помітна зміна ваги	юнаки	23 (50,0)	29 (70,7)	30 (69,8)	82 (63,1)
	дівчата	28 (47,5)	35 (61,4)	36 (62,1)	99 (56,9)
Всього за статтю	юнаки	46 (43,8)	41 (41,8)	43 (46,2)	130 (42,8)
	дівчата	59 (56,2)	57 (58,2)	58 (53,8)	174 (57,2)
Всього		105 (34,5)	98 (32,3)	101 (33,2)	304(100)

Примітка. * – $p < 0,05$ при порівнянні груп дослідження між собою або при порівнянні за гендерною ознакою.

Такі симптоми, як сильна стомлюваність після легкого навантаження (Г1 – 38,1%, Г2 – 33,7%, Г3 – 42,6%), відчуття пустоти в голові, труднощі концентрації уваги (Г1 – 59,0%, Г2 – 60,2%, Г3 – 53,5%), ускладнене дихання (Г1 – 41, 9%, Г2 – 40,8%, Г3 – 39,6%) були характерні для усіх груп дослідження.

Список використаної літератури

1. Андрющенко А. В. Психические расстройства у пациентов общесоматической сети (клинико-эпидемиологические аспекты, психосоматические соотношения) / А. В. Андрющенко, Д. А. Бескова // Психиатрия. – 2011. – № 02 (50). – С. 13–24.

2. Битенский В. С. Возвращаясь к проблеме общей концепции патогенеза психических расстройств / В. С. Битенский // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2012. – № 1 (21). – С. 5–25.
3. Булахова Л. О. Детская психоневрология / Л. О. Булахова, О. М. Саган, Зинченко С. Н.; под ред. Л. О. Булаховой. – К.: Здоровье, 2001. – 496 с.
4. Иовчук Н. М. Современные проблемы диагностики в детской психиатрии / Н. М. Иовчук // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2013. – № 2 (13). – С. 30–35.
5. Морган Д. Э. Клиническая анестезиология. Кн. 2 / Д. Э. Морган, М. С. Михаил; пер. с англ. [под ред. А. А. Бунятына, А. М. Цейтлина]. – М.: БИНОМ; СПб.: Невский Диалект, 2000. – 366 с.
6. Руководство по психиатрии / под ред. А. С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – Т. 1. – 712 с. с ил.

ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКО-ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПОДРОСТКОВ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ, ОТЯЖОЩЕННЫХ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

А.В. Чернышев

В статье автор приводит результаты исследования клинико-патологических характеристик подростков при непсихотических психических расстройствах, отяжощенных болевым синдромом, а именно: распределение по преобладающим видам боли, интенсивности хронического болевого синдрома и определения основных патологических симптомов, встречающихся у данной категории подростков.

Ключевые слова: подростковый возраст, болевой синдром, непсихотическое психическое расстройство, клинико-патологические симптомы.

STUDY OF CLINIC-PATHOLOGY CHARACTERISTICS ADOLESCENTS WITH NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS, BURDENED PAIN SYNDROME

O. Chernyshev

In the article, the author leads the research results of clinical and pathological characteristics of adolescents with non-psychotic mental disorders, burdened with pain, namely distribution prevalent type of pain intensity of chronic pain and defining the basic pathological symptoms that occurred in this category adolescents.

Key words: adolescence, pain, non-psychotic mental disorder, clinic-pathology symptoms.

УДК: 616.89-053.2

Я.Б. Бикшаева

НАПРАВЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

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

Ключевые слова: расстройства из спектра аутизма, ранняя медико-социальная реабилитация, лечебно-реабилитационные программы, дети.

Учитывая то, что расстройства из спектра аутизма в большинстве случаев приводят к инвалидизации и ограничению социального функционирования ребенка и его семьи, основные поиски лечения, реабилитации и обучения опираются на возможность раннего вмешательства у детей группы риска (с выявленными отдельными нарушениями развития) и детей с диагностированными РСА до 3-летнего возраста. Объектом исследования были 172 ребенка в возрасте от 2 до 9 лет, у которых в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, были диагностированы расстройства из спектра аутизма (F84). Оценка состояния больных РСА детей в ходе открытого контролируемого лонгитудинального исследования включала оценку симптоматики аутизма с помощью полуструктурированного интервью с родителями ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised), оценку психологического возраста и профиля психомоторного развития ребенка с помощью шкалы PEP-R (психообразовательный профиль, модифицированный). В результате исследования были установлены корреляционные взаимосвязи между всеми показателями шкал PEP-R и ADI-R, что позволяет говорить о взаимном влиянии компонентов психики (включая ИПР) в процессе выполнения лечебно-реабилитационных программ с детьми, больными аутизмом.

Ранняя диагностика и терапия расстройств психики и поведения у детей является сложной проблемой, тесно связанной с дестигматизацией психиатрической помощи, успешностью психообразовательных проектов на микросоциальном (семейном) и макросоциальном (персонал учебных заведений, социальных служб, врачи общей практики) уровнях. Именно ранняя диагностика и помощь в значительном числе случаев определяют прогноз течения психических заболеваний у детей и их социальные последствия [1–4, 6].

Расстройства из спектра аутизма (РСА) – один из самых распространенных видов расстройств психического развития у детей, который характеризуется нарушениями в сферах социального развития ребенка, способности к коммуникации, стереотипным и ограниченным поведением [9]. Распространенность РСА в мире быстро растет и, по оценкам ВОЗ, приближается к 1% детской популяции. По оценкам Всемирной ассоциации детской

и подростковой психиатрии, до 2020 года аутизм станет ведущей причиной детской психиатрической инвалидности в Европейском регионе [8].

Заболеваемость РСА в г. Киеве за последние 5 лет выросла в 2,2 раза и в 2014 году составила 562 ребенка. Впервые в течение 2014 года диагноз аутизм был установлен 124 детям Киева. Приведенная цифра не отображает реальную распространенность РСА в Киеве.

Если расстройства спектра аутизма диагностируются в возрасте до трех лет, специальные программы, построенные на принципах поведенческой терапии, а также своевременная психофармакотерапия поведенческих расстройств, начатая еще в дошкольном возрасте, позволяют в более чем 50% случаев успешно интегрировать этих детей в общеобразовательные учебные заведения. При несвоевременных диагностике и начале лечения у значительного количества детей в дальнейшем диагностируются умеренная или тяжелая умственная отсталость, а также

тяжелые поведенческие расстройства, препятствующие их учебе даже в специальных учебных заведениях. Тем не менее, даже при своевременной диагностике в 2-летнем возрасте, дети с РСА не редко до 3-х лет не получают специализированной детской психиатрической помощи: не имеют доступа к специальным мероприятиям медико-социальной реабилитации [1, 2, 5–7].

Учитывая указанные тенденции можно предположить, что главной причиной психиатрической детской первичной инвалидности в ближайшие пять лет в Украине станут расстройства из спектра аутизма.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования были 172 ребенка в возрасте от 2 до 9 лет, у которых, в соответствии с диагностическими критериями МКБ–10, были диагностированы расстройства из спектра аутизма (F84). Диагностику РСА проводили с помощью открытого контролируемого лонгитудинального исследования, которое включало: а) оценку симптоматики аутизма с помощью полуструктурированного интервью с родителями ADI – R (Autism Diagnostic Interview – Revised); б) оценку психологического возраста и профиля психо моторного и речевого развития ребенка с помощью шкалы PEP – R (психообразовательного профиля).

Преимущества использования полуструктурированного интервью с родителями ADI – R заключаются в его полном соответствии диагностическим критериям МКБ–10, F84 (общие нарушения развития). Нами была использована ADI – R – короткая версия, применяемая для исследования детей в возрасте от 2-х лет и с когнитивным развитием – не меньше 18 месяцев. Полученная информация позволяет оценить функционирование ребёнка в трех ключевых областях: 1) социальное взаимодействие; 2) коммуникация и речь; 3) повторяющиеся и стереотипные формы поведения. Длительность интервью составляет 1,5–2 часа.

Шкала PEP – R предназначена для оценки уровня функционирования ребёнка по отношению к его ровесникам. Она содержит 131 пробу, касающуюся 7 сфер развития: 1) подражания; 2) перцепции; 3) мелкой моторики; 4) крупной моторики; 5) зрительно-моторной координации; 6) познавательных функций; 7) речевой коммуникации. Тест используется для детей в возрасте от 6 месяцев до 7 лет. Если ребёнок старше (до 12 лет), то тест позволяет получить информацию о функциях, соответствующих уровню развития ребенка в возрасте меньше 7 лет.

С помощью шкалы PEP – R оценивали актуальный уровень развития (АУР), а также зону ближайшего развития (ЗБР) вышеперечисленных семи психических сфер. АУР представляет собой возраст развития психической функции в настоящее время и в актуальных социальных условиях, а именно: способность ребенка выполнять тестовые задания без специально созданных условий (т.е. навык автоматизирован). ЗБР – возраст развития психической функции в специально созданных условиях, а именно: способность ребенка выполнять тестовые задания либо спонтанно (только по собственному желанию), либо на привычном материале (отсутствует перенос опыта на другие задания теста) и в специально созданных условиях (т.е. навык не автоматизирован).

Психиатрическое обследование каждого ребенка включало тщательный сбор анамнеза заболевания, анализ и учет доступных данных медицинской документации (эпикриз, консультативные выводы, результаты интервью с родителями ребенка). Мы также анализировали длительность симптомов аутизма до начала лечения, как важный индикатор тяжести инвалидизации и прогноза эффективности лечения РСА. В отличие от других факторов, которые коррелируют с повышенным риском инвалидизации детей (генетической уязвимостью, возрастом начала заболевания), длительность симптомов аутизма до лечения потенциально может быть не только предиктором повышенного риска инвалидизации детей с РСА, но и объектом вмешательства при проведении программ раннего вмешательства (реабилитационных интервенций) в целенаправленных группах риска.

Для определения средних величин количественных параметров, их стандартных ошибок, достоверности различий, взаимосвязей использовали методы математической статистики: дисперсионный, корреляционный, регрессионный анализ с расчетом на ПЭВМ с помощью программ «SPSS 15.0» и «Excel» из пакета «Microsoft Office 2003».

Результаты и их обсуждение

Проведено сплошное обследование 172 детей с аутизмом, среди них было 114 (83,72 %) мальчиков и 28 (16,27 %) девочек, в возрасте (на момент обращения) от 21 до 112 месяцев. Их средний возраст составил $50,11 \pm 0,49$ мес., и достоверно не различался в зависимости от пола. В то же время, возраст их родителей находился в пределах от 23 до 45 лет для матерей ($\Sigma_{cp} = 32,63 \pm 0,05$ года) и от 24 до 52 лет ($\Sigma_{cp} = 35,11 \pm 0,05$ лет) для отцов (достоверные различия по данному признаку у девочек и мальчиков также не выявлены).

В связи с однородностью групп мальчиков и девочек по социально-демографическим показателям в дальнейшем анализировали результаты обследования по шкалам ADI-R и PEP-R в объединенной группе детей с аутизмом.

Появление симптомов аутизма у обследованных были замечены родителями в возрасте от 12 до 48 мес. ($\Sigma_{cp} = 21,94 \pm 0,05$ мес.), а обращение к психиатру и лечение детей родители начинали в возрасте от 21 до 112 мес. ($\Sigma_{cp} = 50,11 \pm 0,49$ мес.). Средняя длительность течения симптоматики аутизма без вмешательств специалистов медицинского, психологического и педагогического профилей составила $28,16 \pm 0,54$ месяцев ($\min = 0$ мес., $\max = 109$ мес.).

Наибольшая величина отклонения среднего категориального результата по данным ADI-R зафиксирована по отношению к качественным нарушениям социального взаимодействия ($19,55 \pm 0,49$ баллов, $s = 6,36$). Далее в порядке убывания разброса значений относительно Σ_{cp} (рассеяние значений, s) шли: качественные нарушения общения ($12,48 \pm 0,49$ баллов, $s = 8,49$), ограниченные, повторяющиеся стереотипные паттерны ($7,72 \pm 0,054$ баллов, $s = 0,71$) и нарушения развития в возрасте до 36 мес. ($4,64 \pm 0,054$ балла, $s = 0,71$). Текущий эпилептический процесс зарегистрирован у 13 детей.

Средние значения уровня (возраста) развития различных психических сфер у детей с аутизмом по шкале PEP-R представлены в таблице 1.

Таблица 1. Средние значения уровня (возраста) развития различных психических сфер у детей с аутизмом по шкале PEP-R

Уровень функционирования	Возраст развития психических сфер, мес							ИПР, %
	П	Пц	ММ	КМ	ЗМК	ПФ	РК	
Актуальный уровень развития (АУР)	28,25±1,09	41,12±1,42	31,65±0,95	34,98±1,10	34,72±1,05	29,38±1,13	22,28±0,10	58,74± 1,66
Зона ближайшего развития (ЗБР)	38,40 ± 1,33	47,77±1,24	43,62±1,28	44,10±1,16	45,08±1,09	38,69±1,05	27,84±1,16	
Потенциал развития психических функций (ЗБР-АУР)	10,15	6,64	11,98	9,12	10,36	9,31	5,56	

Примечание. В таблице использованы следующие сокращения П – подражание, Пц – перцепция, ММ – мелкая моторика, КМ – крупная моторика, ЗМК – зрительно-моторная координация, ПФ – познавательные функции, РК – речевая коммуникация, ИПР – интегративный показатель развития.

Сопоставление средних величин уровня (возраста) развития различных психических сфер у детей с аутизмом по шкале PEP-R на момент обращения (см. табл. 1) свидетельствует о более низком уровне развития сферы речевой коммуникации (22,28±0,10 месяца), способности к подражанию (28,25±1,09 месяцев), познавательных функций (29,38±1,13 месяца), при меньшем снижении значений моторных функций – мелкой моторики (31,65±0,95 месяцев), зрительно-моторной координации (34,72±1,05 месяцев) и крупной моторики (34,98±1,10 месяцев).

Уровень психического функционирования обследованных (интегративный показатель развития, ИПР) составил в среднем ~ 59% от биологической нормы, регистрируемой у их здоровых ровесников.

С целью разработки оптимальных подходов к реабилитации детей с аутизмом нами был введен термин «потенциал развития» психических функций, который представляет собой разность уровня (возраста) зоны ближайшего развития и актуального уровня развития одной из тестируемых психических сфер, что также, по сути, является и «реабилитационным потенциалом» ребенка с аутизмом.

Среди психических сфер, имеющих наибольший «потенциал развития», можно выделить (в порядке убывания) следующие – мелкой моторики (11,98 месяцев), зрительно-моторной координации (10,36 месяцев), подражания (10,15 месяцев), а наименьший – речевой коммуникации (5,56 месяцев), перцепции (6,64 месяцев), что возможно, указывает на меньшую онтогенетическую (естественную) пластичность этих функций и соответственно требует более интенсивных и специальных реабилитационных подходов.

Нами также были оценены сила и количество корреляционных связей между различными показателями использованного инструментария.

Выявлено отсутствие связи возраста родителей с показателями симптоматики аутизма по всем доменам шкалы ADI-R, показателями уровней развития различных психических сфер по шкале PEP-R, в том числе, ИПР ребенка. Прямая средней силы корреляционная связь установлена только между возрастом отца и матери ($r=0,63$).

Обнаружена сильная прямая корреляция между возрастом обследуемого на момент обращения, длительностью основного заболевания и началом лечения ($r=0,87$), а также обратная слабая отрицательная связь – с ИПР ребенка по шкале PEP-R ($r=-0,31$). Последняя связь закономерно свидетельствует о негативной динамике уровня функционирования детей с аутизмом при позд-

нем выявлении заболевания и несвоевременном начале медико-социальной реабилитации.

Возраст обследуемого ребенка на момент обращения, длительность основного заболевания и начало лечения прямо коррелировали (связь средней силы) с: актуальным уровнем развития (АУР) и зоной ближайшего развития (ЗБР) мелкой моторики ($r=0,45$, $r=0,43$ соответственно); АУР и ЗБР зрительно-моторной координации ($r=0,43$, $r=0,42$ соответственно); АУР и ЗБР крупной моторики ($r=0,41$, $r=0,42$ соответственно); АУР и ЗБР подражания ($r=0,40$, $r=0,41$ соответственно).

Кажущееся противоречие между более поздним обращением за психиатрической помощью, началом лечения и более высоким уровнем развития моторных функций (что подтверждено положительными корреляциями этих признаков) можно объяснить их онтогенетическим (естественным) созреванием, а также пластичностью данных сфер психики. В свою очередь, как уже было сказано выше, двигательная сфера у обследованных детей страдала в меньшей степени, чем другие функции, и, кроме того, вносила меньший вклад в уровень ИПР, который оценивали по силе корреляционной связи (табл. 2).

Таблица 2. Корреляционные связи между интегративным показателем развития детей с аутизмом и уровнем развития отдельных психических сфер (в порядке убывания значений коэффициента корреляции)

Сферы психики	Возраст развития одной из психических сфер, мес.	Значение коэффициента корреляции, r
Познавательные функции	актуальный уровень развития	0,65
Подражание	актуальный уровень развития	0,60
Речевая коммуникация	актуальный уровень развития	0,59
Познавательные функции	зона ближайшего развития	0,58
Речевая коммуникация	зона ближайшего развития	0,57
Подражание	зона ближайшего развития	0,56
Перцепция	актуальный уровень развития	0,53
Мелкая моторика	актуальный уровень развития	0,52
Зрительно-моторная координация	актуальный уровень развития	0,48
Мелкая моторика	зона ближайшего развития	0,46
Зрительно-моторная координация	зона ближайшего развития	0,45
Перцепция	зона ближайшего развития	0,44
Крупная моторика	актуальный уровень развития	0,43
Крупная моторика	зона ближайшего развития	0,32

Как видно из таблицы 2, ИПР – уровень психического развития ребенка с аутизмом в большей степени коррелировал с их познавательными функциями, способностью к подражанию и речевой коммуникацией. Сказанное подтверждает тот факт, что среди показателей ADI-R качественные нарушения социального взаимодействия были связаны с качественными нарушениями общения ($r=0,59$ – прямая средней силы корреляция) и ИПР ($r=-0,48$ – обратная средней силы корреляция). То есть, низкий уровень социального взаимодействия обследованных детей сочетался с низким уровнем их коммуникации, и наоборот, а наличие качественных нарушений социального взаимодействия и общения препятствовало общему развитию ребенка с аутизмом (ИПР).

Таблица 3 иллюстрирует связь между актуальным уровнем развития и зоной ближайшего развития разных психических сфер у детей с аутизмом.

Данные таблицы демонстрируют тесные взаимосвязи между всеми показателями шкалы РЕР-R, что, с одной стороны, свидетельствует о ее высокой валидности и надежности, а с другой – позволяет судить о взаимном влиянии компонентов психики (включая ИПР) в процессе выполнения лечебно-реабилитационных программ с детьми, больными аутизмом.

Так, например, выявлены сильные прямые корреляции АУР подражания с речевой коммуникацией (ЗБР и АУР), познавательными функциями (АУР и ЗБР), мелкой моторикой (АУР и ЗБР), зрительно-моторной координацией (ЗБР). В свою очередь, АУР крупной моторики сильно связан только с АУР зрительно-моторной координации, а с остальными показателями установлены связи средней силы.

Интерпретация данных относительно этих показателей указывает на то, что при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий больным аутизмом основное внимание следует уделять развитию сфер подражания, мелкой моторики и познавательных функций. В этом случае терапия будет способствовать улучшению функционирования нескольких психических сфер, связанных с ними сильными положительными корреляционными связями.

Исходя из того, что в процессе лечения, а также формирования высших психических функций, ЗБР со временем переходит в АУР, разница их значений, по нашему мнению, характеризует реабилитационный потенциал ребенка и прогноз заболевания. Поэтому нами проанализированы связи между «потенциалом развития» отдельных сфер психики (см. табл. 1) и другими признаками, влияющими на ИПР.

Таблица 3. Корреляционные связи между актуальным уровнем развития и зоной ближайшего развития разных психических сфер у детей с аутизмом

Возраст развития одной из психических сфер	Коэффициенты корреляции														
	Подражание АУР	Подражание ЗБР	Перцепция АУР	Перцепция ЗБР	Мелкая моторика АУР	Мелкая моторика ЗБР	Крупн. мотор. АУР	Крупн. мотор. ЗБР	Зрит.-мотор. Корд.АУР	Зрит.-мотор. коорд. ЗБР	Познавательные функции АУР	Познавательные функции ЗБР	Речевая коммуникация АУР	Речевая коммуникация ЗБР	ИПР
Подражание АУР	1,00														
Подражание ЗБР	0,91	1,00													
Перцепция АУР	0,69	0,70	1,00												
Перцепция ЗБР	0,63	0,64	0,85	1,00											
Мелкая моторика АУР	0,75	0,75	0,74	0,63	1,00										
Мелкая моторика ЗБР	0,73	0,73	0,70	0,64	0,85	1,00									
Крупная моторика АУР	0,64	0,62	0,69	0,62	0,73	0,66	1,00								
Крупная моторика ЗБР	0,59	0,62	0,68	0,67	0,63	0,70	0,80	1,00							
Зрительно-моторная координация АУР	0,69	0,66	0,75	0,65	0,78	0,71	0,71	0,62	1,00						
Зрительно-моторная координация ЗБР	0,72	0,69	0,73	0,66	0,72	0,72	0,67	0,64	0,88	1,00					
Познавательные функции АУР	0,84	0,82	0,77	0,65	0,82	0,77	0,68	0,59	0,79	0,76	1,00				
Познавательные функции ЗБР	0,81	0,79	0,70	0,66	0,72	0,75	0,61	0,61	0,71	0,75	0,90	1,00			
Речевая коммуникация АУР	0,84	0,80	0,64	0,59	0,71	0,67	0,61	0,55	0,66	0,66	0,83	0,77	1,00		
Речевая коммуникация ЗБР	0,86	0,83	0,64	0,60	0,72	0,71	0,61	0,57	0,65	0,67	0,84	0,78	0,94	1,00	
ИПР	0,60	0,56	0,53	0,44	0,52	0,46	0,43	0,32	0,48	0,45	0,65	0,58	0,59	0,57	1,00

Примечание. Сильные корреляционные связи выделены заливкой серого цвета, средние – белого, слабые – курсивом.

Установлены статистически достоверные корреляционные связи средней силы только между ИПР и «потенциалом развития» сферы перцепции и познавательных функций. Они и были выбраны для дальнейшего регрессионного анализа.

В результате получены статистически достоверные регрессионные зависимости (рис. 1, 2)

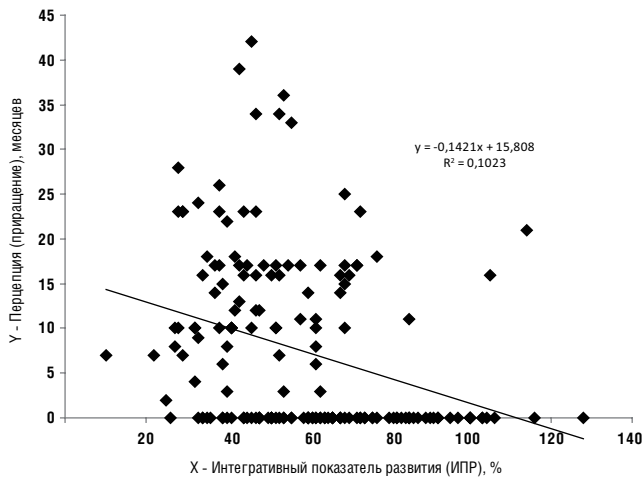


Рис. 1. Регрессионная зависимость между «потенциалом развития» сферы перцепции и интегративным показателем развития детей с аутизмом

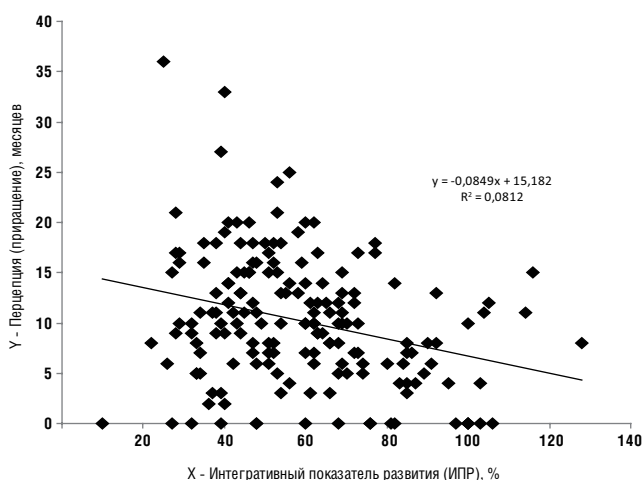


Рис. 2. Регрессионная зависимость между «потенциалом развития» сферы познавательных функций и интегративным показателем развития детей с аутизмом

Проведенный корреляционный анализ позволил установить следующие статистически значимые регрессионные зависимости уровней ИПР от «потенциалов развития» перцепции и познавательных функций. На этой основе разработаны математические модели для прогнозирования его величины в зависимости от этих показателей:

$$\text{«потенциал развития» перцепции} = -0,1421 \text{ ИПР} + 15,809 \text{ (1)}$$

$$\text{«потенциал развития» познавательных функций} = 0,0849 \text{ ИПР} + 15,182 \text{ (2)}$$

Предложенные регрессионные модели позволили разработать прогноз уровня психического развития ребенка с аутизмом (ИПР) в зависимости от значений показателей «потенциала развития» в сферах перцепции и познавательных функций при помещении ребенка с аутизмом в «особые условия» (специальные лечебно-

реабилитационные программы). Величины ИПР в зависимости от значений «потенциала развития» указанных функций представлены в таблице 4.

Интерпретацию данных таблицы (учитывая положительную регрессионную зависимость) следует проводить следующим образом.

При поступлении ребенка для консультации в связи с РСА, проводится оценка АУР и ЗБР перцепции и познавательных функций с помощью РЕР-Р. Величина разницы этих показателей (потенциал развития = ЗБР – АУР) представляет собой реабилитационный потенциал больного с аутизмом. Прогноз успешности его функционирования определяется следующим образом. Если величина «потенциала развития» составляет, например, 6,86 мес., значит, по окончании этого периода при применении специальных лечебно-реабилитационных мероприятий ребенок достигнет уровня ИПР 63% (см. табл. 4, строка 8). С другой стороны, графики, представленные на рисунках 1 и 2, также свидетельствуют о снижении реабилитационного потенциала («потенциала развития») функции при увеличении величины ИПР, и стремятся к нулю при ИПР = 116 – для перцепции и ИПР = 160 – для познавательных функций. Это означает нецелесообразность проведения лечебно-реабилитационных программ для детей с таким уровнем развития. Иными словами, чем меньше уровень ИПР, тем больше потенциал развития указанных функций у ребенка, и наоборот (см. рис. 1, 2, табл. 4).

Выводы

1. Анализ анамнестических данных детей с аутизмом указывает на позднее обращение их родителей к специалистам медицинского профиля ($\Sigma_{cp} = 50,11 \pm 0,49$ мес.) при достаточно ранней выявляемости родителями проблем, связанных с развитием ($\Sigma_{cp} = 21,94 \pm 0,05$ мес.), что обуславливает длительное ($\Sigma_{cp} = 28,16 \pm 0,54$ мес.) течение симптоматики аутизма без терапевтических вмешательств.

2. В результате корреляционного анализа между различными показателями использованного нами инструментария – шкал ADI-R и РЕР-Р, установлено отсутствие корреляционных связей между возрастом родителей с показателями симптоматики аутизма по всем доменам шкалы ADI-R, показателями уровней развития различных психических сфер по шкале РЕР-Р, в том числе ИПР ребенка.

3. Выявлена сильная прямая корреляция между возрастом обследуемого на момент обращения и длительностью основного заболевания ($r = 0,87$), а также обратная слабая отрицательная связь – выше представленных показателей с ИПР ребенка по шкале РЕР-Р ($r = -0,31$), что закономерно свидетельствует о негативной динамике уровня функционирования детей с аутизмом при позднем выявлении заболевания и несвоевременном начале медико-социальной реабилитации.

4. Установлено, что у детей с аутизмом по шкале РЕР-Р на момент обращения наиболее низкие уровни развития следующих психических функций: речевой коммуникации ($\Sigma_{cp} = 22,28 \pm 0,10$ месяца), способности к подражанию ($\Sigma_{cp} = 28,25 \pm 1,09$ месяцев), познавательных функций ($\Sigma_{cp} = 29,38 \pm 1,13$ месяца), при меньшем снижении значений моторных функций.

Таблица 4. Прогноз уровня психического развития ребенка с аутизмом (ИПР) в зависимости от значений показателей «потенциала развития» в сферах перцепции и познавательных функций при проведении лечебно-реабилитационных программ

ИПР, %	«Потенциал развития» в сфере перцепции, мес	ИПР, %	«Потенциал развития» в сфере перцепции, мес	ИПР, %	«Потенциал развития» в сфере познавательных функций, мес	ИПР, %	«Потенциал развития» в сфере познавательных функций, мес
X	Y	X	Y	X	Y		
70	5,86	34	10,98	70	9,24	34	12,30
69	6,00	33	11,12	69	9,32	33	12,38
68	6,15	32	11,26	68	9,41	32	12,47
67	6,29	31	11,40	67	9,49	31	12,55
66	6,43	30	11,55	66	9,58	30	12,64
65	6,57	29	11,69	65	9,66	29	12,72
64	6,71	28	11,83	64	9,75	28	12,80
63	6,86	27	11,97	63	9,83	27	12,89
62	7,00	26	12,11	62	9,92	26	12,97
61	7,14	25	12,26	61	10,00	25	13,06
60	7,28	24	12,40	60	10,09	24	13,14
59	7,42	23	12,54	59	10,17	23	13,23
58	7,57	22	12,68	58	10,26	22	13,31
57	7,71	21	12,82	57	10,34	21	13,40
56	7,85	20	12,97	56	10,43	20	13,48
55	7,99	19	13,11	55	10,51	19	13,57
54	8,13	18	13,25	54	10,60	18	13,65
53	8,28	17	13,39	53	10,68	17	13,74
52	8,42	16	13,53	52	10,77	16	13,82
51	8,56	15	13,68	51	10,85	15	13,91
50	8,70	14	13,82	50	10,94	14	13,99
49	8,85	13	13,96	49	11,02	13	14,08
48	8,99	12	14,10	48	11,11	12	14,16
47	9,13	11	14,24	47	11,19	11	14,25
46	9,27	10	14,39	46	11,28	10	14,33
45	9,41	9	14,53	45	11,36	9	14,42
44	9,56	8	14,67	44	11,45	8	14,50
43	9,70	7	14,81	43	11,53	7	14,59
42	9,84	6	14,96	42	11,62	6	14,67
41	9,98	5	15,10	41	11,70	5	14,76
40	10,12	4	15,24	40	11,79	4	14,84
39	10,27	3	15,38	39	11,87	3	14,93
38	10,41	2	15,52	38	11,96	2	15,01
37	10,55	1	15,67	37	12,04	1	15,10
36	10,69	0	15,81	36	12,13	0	15,18
35	10,83			35	12,21		

5. Установлено, что двигательная сфера у обследованных детей с РСА страдала в меньшей степени, чем другие психические функции, и вносила меньший вклад в уровень развития ребенка (ИПР), что может быть объяснено онтогенетическим (естественным) созреванием и пластичностью данной сферы психики.

6. Установлено, что ИПР – уровень психического развития ребенка с аутизмом, в большей степени коррелирует с познавательными функциями, способностью к подражанию и речевой коммуникацией.

7. Нами с целью разработки оптимальных подходов к реабилитации детей с аутизмом был введен термин «потенциал развития» психических функций – разности уровня (возраста) зоны ближайшего развития и актуального уровня развития одной из тестируемых психических сфер, что также, по сути, является и «реабилитационным потенциалом» ребенка с аутизмом, так как в процессе лечения (реабилитации) ЗБР со временем становится АУР, что обусловлено установленной нами тенденцией к функциональной

связи между ними (сильные корреляционные связи, приближающиеся к 1,00).

8. Установлено, что на момент обращения среди психических сфер, имеющих наибольший «потенциал развития», можно выделить (в порядке убывания) следующие сферы: мелкой моторики, зрительно-моторной координации, подражания, а наименьший – речевой коммуникации и перцепции, что, возможно, указывает на меньшую онтогенетическую (естественную) пластичность этих функций и соответственно требует более интенсивных и специальных реабилитационных подходов.

9. Установлены корреляционные взаимосвязи между всеми показателями шкалы РЕР-R, что, с одной стороны, свидетельствует о ее высокой валидности и надежности, а с другой – позволяет судить о взаимном влиянии компонентов психики (включая ИПР) в процессе выполнения лечебно-реабилитационных программ с детьми, больными аутизмом.

10. При проведении лечебно-реабилитационных мероприятий больным аутизмом основное внимание

следует уделять развитию сфер подражания, мелкой моторики и познавательных функций, так в этом случае терапия будет способствовать улучшению функционирования нескольких психических сфер, связанных с ними сильными положительными корреляционными связями.

11. На основе регрессионных зависимостей разработаны математические модели прогноза уровня психического развития ребенка с аутизмом (ИПР) в зависимости от значений показателей «потенциала развития» в сфере перцепции и познавательных функций:

$$\text{«потенциал развития» перцепции} = -0,1421 \text{ ИПР} + 15,809;$$

$$\text{«потенциал развития» познавательных функций} = 0,0849 \text{ ИПР} + 15,182.$$

12. Данные математические модели следует применять для прогноза успешности лечебно-реабилитационных программ и оценки их эффективности (степени приближенности результата терапии к прогнозируемому).

Список использованной литературы

1. Клінічний протокол надання медичної допомоги дітям із гіперкінетичними розладами та розладами загального розвитку / І. А. Марценковський, В. С. Підкоритов, С. Є. Казакова [та ін.]. – 51 с.
2. Марценковський І. А. Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами зі спектру аутизму / І. А. Марценковський, Я. Б. Бікшаєва, О. В. Ткачова : методичні рекомендації, 2009. – 46 с.
3. Мэш Э. Нарушение психики ребёнка / Э. Мэш, Д. Вольф. – СПб. : Прайм-Еврознак; М. : Олма-Пресс, 2003. – С. 336–339.
4. Франческа Анне. Введение в психологическую теорию аутизма / Анне. Франческа. – М. : Теревинф, 2006. – С. 35–38.
5. Clinical Practice Guideline: The Guideline Technical Report. Autism/Pervasive Developmental Disorders. Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years). – Washington, 1999. – 434 p.
6. Early indicators of autism spectrum disorders in the second year of life / A. M. Wetherby, J. Woods, L. Allen [et al.] // J. Autism. Dev. Disord. – Vol. 34. – P. 473–493.
7. Sallows G. O. Intensive Behavioral Treatment for Children With Autism: Four-Year Outcome and Predictors / G. O. Sallows, N. D. Graupner // American Journal of Mental Retardation. – 2005. – № 110. – P. 417–438.
8. The Developmental Neurobiology of Autism Spectrum Disorder / E. DiCicco-Bloom, C. Lord, L. Zwaigenbaum [et al.] // The Journal of Neuroscience. – 2006. – Vol. 26 (26). – P. 6897–6906.
9. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines (CDDG). – Geneva, WHO. – 1992. – 376 p.

НАПРЯМКИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ

Я.Б. Бікшаєва

З огляду на те, що розлади із спектра аутизму в більшості випадків призводять до інвалідизації та обмеження соціального функціонування дитини та її родини, основні пошуки лікування, реабілітації та навчання дітей спираються на можливість раннього втручання у дітей групи ризику (з виявленими окремими порушеннями розвитку) та дітей з діагностованими РСА до 3-річного віку. Об'єктом дослідження були 172 дитини у віці від 2 до 9 років, у яких відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10, було діагностовано розлади зі спектра аутизму (F.84). Оцінювання хворих на РСА дітей у ході відкритого контрольованого лонгітудинального дослідження включало оцінку симптоматики аутизму за допомогою напівструктурованого інтерв'ю з батьками ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised), б) оцінку психологічного віку і профілю психомоторного розвитку дитини за допомогою шкали PEP-R (психоосвітній профіль, модифікований). У результаті дослідження були встановлені кореляційні взаємозв'язки між усіма показниками шкал PEP-R і ADI-R, що дозволяє судити про взаємний вплив компонентів психіки (включаючи ИПР) в процесі виконання лікувально-реабілітаційних програм з дітьми, хворими на аутизм.

Ключові слова: розлади із спектра аутизму, рання медико-соціальна реабілітація, лікувально-реабілітаційні програми, діти.

DIRECTIONS MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH AUTISM

Y. Bikshaieva

Given that the disorders of the autism spectrum (DAS) in most cases lead to disability and limitations of social functioning of the child and her family, mostly in shuky treatment, rehabilitation and education of children based on the possibility of early vtru the studies in children at risk (with identified individual disabilities) and children diagnosed with RSA to 3 years of age. A research object were 172 children in age 9 from 2 to in that, in accordance with diagnostic criteria after MKX- 10, disorders were diagnosed from the spectrum of autism (F.84). Evaluation of patients with DAS children in public lonhytudinalnoho controlled studies included: assessment of symptoms of autism using polustrukturovanoho interview with parents ADI-R (Autism Diagnostic Interview - Revised), b) assessment of psychological age profile and psychomotor development of children using the scale PEP- R (psyhoosvitniy profile, modified). The study was the correlation relationship between all indexes scale PEP-R and ADI-R, to judge the mutual influence of the components of the psyche (including IPA) in the course of treatment and rehabilitation programs for children with autism.

Key words: disorders of autism spectrum, early medical and social rehabilitation, treatment and rehabilitation programs, children.

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895.8-082.4/6:340.63-039.76

А.М. Кушнір

ЮРИДИЧНИЙ КРИТЕРІЙ СУСПІЛЬНОЇ НЕБЕЗКИ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З РІЗНИМИ МЕХАНІЗМАМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕЛІКТУ

ДЗ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України», м. Дніпропетровськ
urbsn@optima.com.ua

Ключові слова:

шизофренія, юридичний критерій неосудності, суспільно небезпечні діяння проти життя особи, механізм реалізації особливо небезпечних діянь.

У статті наведено результати популяційної оцінки суспільної небезпеки пацієнтів з шизофренією, які скоїли особливо небезпечні діяння за різними механізмами їх реалізації, за юридичним (психологічним) критерієм неосудності. Оцінена можливість використання ознаки «здатність давати звіт про свої дії та керувати ними» як диференційно-діагностичної для розмежування психопатологічного механізму реалізації СНД, а також прогностичної щодо ризику повторних правопорушень у даного контингенту.

Актуальність. Одним з ключових понять судово-психіатричної практики є суспільна небезпека психічно хворих. Системний підхід до оцінки її ступеня передбачає урахування численних факторів, загальний масив яких включений до так званої формули неосудності, а саме: юридичного (психологічного) та медичного критеріїв неосудності [2, 3, 5, 7].

Встановлення взаємозв'язків між цими характеристиками є доволі складною проблемою. Вирішення її передбачає урахування результатів інтегративного аналізу за кожною з них, тобто визначення суспільної небезпеки як діяння, так і психічного захворювання. Інакше неможливе проведення профілактики суспільно небезпечних діянь (СНД) психічно хворих, зокрема пацієнтів з шизофренією [6].

Ми провели порівняльний аналіз складових юридичного критерію неосудності (ЮКН) на популяції хворих на шизофренію, які вчинили особливо тяжкі СНД за різними механізмами їх реалізації.

Мета дослідження. Встановити ступінь суспільної небезпеки хворих на шизофренію з різними механізмами реалізації СНД за юридичним (психологічним) критерієм неосудності.

Матеріали та методи дослідження

На базі психіатричної лікарні з суворим наглядом проведено популяційне дослідження хворих на шизофренію, які вчинили СНД проти життя особи (ПЖО). Критерії включення: інформована згода на участь у дослідженні; діагноз F20.xx за МКХ-10; скоєння хворим СНД, передбаченого ч. 2 ст. 121, чч. 1, 2 ст. 115 розділу II «Злочини проти життя та здоров'я людини» Кримінального кодексу України (ККУ); перебування на лікуванні у психіатричній лікарні з суворим наглядом на момент

проведення дослідження; вік старше 14 років на момент вчинення СНД (ст. 22 ККУ). Критерій виключення – жіноча стать (введений для досягнення максимальної однорідності груп).

Усього обстежено 511 хворих на шизофренію, що скоїли СНД ПЖО у віці від 16 до 76 років (середній вік $39,72 \pm 0,50$ років). Серед них переважну кількість склали пацієнти з параноїдною шизофренією (F20.0) (95,30%). У більшості випадків зареєстрований безперервний перебіг захворювання. У 33,46% обстежених спостерігали розвиток дефектних станів (головним чином – психопатоподібний і параноїдний дефекти особистості).

За ознакою психопатологічних МР СНД сформовані 2 групи порівняння. До I групи увійшов 251 хворий з продуктивно-психотичним (П-П) МР СНД, до II – 127 пацієнтів з негативно-особистісним (Н-О) МР СНД. При цьому 21 хворий виключений з дослідження у зв'язку з невідповідністю критеріям включення, а у інших 112 пацієнтів був встановлений змішаний МР СНД, тому на даному етапі дослідження вони виведені за його межі.

Слід додати, що обстежений контингент є вичерпно повною (репрезентативною) вибіркою хворих на шизофренію, які вчинили тяжкі і особливо тяжкі СНД, за суттю тотожною їх генеральній сукупності в Україні [4].

У процесі виконання цієї роботи, крім загальноприйнятого клініко-психопатологічного методу, який використовували для ідентифікації МР СНД, проводили ретельний збір даних стосовно судово-психіатричних аспектів СНД (модуль И «Карти комплексного обстеження хворого (F 20), який вчинив суспільно небезпечне діяння (СНД)»).

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. Для всіх ознак, частота яких у групах порівняння була вірогідно відмінною, розраховували діагностичні коефіцієнти (ДК) та міри інформативності Кульбака (МІ) [1].

Результати та їх обговорення

У зв'язку з неосудністю досліджених хворих на шизофренію, провідною характеристикою їх суспільної небезпеки за юридичним критерієм неосудності постала спрямованість вчинених СНД, а саме: проти здоров'я особи, що спричинило смерть потерпілого та проти життя особи. Тобто, ці діяння кваліфікуються як тяжкі та особливо тяжкі, а пацієнти, за своїм психічним станом та характером діянь, становлять особливу небезпеку для суспільства.

Важливим чинником оцінки ступеня небезпеки діяння є характер психічного ставлення особи до нього (вина). Відомо, що в СНД неосудних ця суб'єктивна сторона небезпеки відсутня через неспроможність усвідомлювати власні дії (інтелектуальна ознака ЮКН) та неможливість керувати ними через вольові порушення (вольова ознака ЮКН). І якщо за ознаками патології волі достовірних відмінностей між хворими з різними МР СНД встановлено не було*, то у структурі інтелектуальної ознаки ЮКН виділені наступні вірогідні розбіжності. При порівняльному аналізі хворих з різними МР СНД за цією ознакою враховували дві складові: характер усвідомлення соціального сенсу та значення свого діяння.

Питома частка осіб, які взагалі не усвідомлювали ані соціальний сенс, ані значення діяння, була в 1,25 раза вищою серед хворих з П-П МР СНД (39,4% осіб проти 31,5%, $p=0,029$ та 33,9% осіб проти 25,9%, $p=0,028$), вони складали більш ніж третину обстежених. Вірогідних розбіжностей між пацієнтами з П-П та Н-О МР СНД за ознакою формального відчуття вини виявлено не було, а їх частка відповідала практично половині від усіх піддослідних у кожній з груп (48,6%, 53,5% та 51,3%, 46,4% осіб відповідно при $p>0,05$).

Слід зазначити, що хоча групи були однорідними за показником «знижене усвідомлення соціального сенсу СНД» (9,9% осіб з П-П МР СНД та 12,6% – з Н-О МР СНД, $p>0,05$), обстежені з Н-О психопатологічним механізмом демонстрували зниження усвідомлення значення свого діяння в 2 рази частіше (23,62% проти 11,95% осіб з П-П МР СНД, $p=0,002$). У поодиноких випадках спостерігали наявність відчуття вини з розумінням соціального сенсу та значення СНД (1,20% і 0,79% осіб, $p>0,05$ та 1,59% і 1,57% осіб, $p>0,05$ в I та II групах відповідно).

Таким чином, розподіл обстежених з різними МР СНД за частотою усвідомлення вчинку є наступним: близько 1/3 хворих взагалі не усвідомлювали соціальний сенс та значення діяння, практично 1/2 – усвідомлювали його формально та близько 1/6 – мали знижене його усвідомлення.

При цьому, частка пацієнтів з П-П МР СНД в 1,25 раза перевищувала частку піддослідних з Н-О МР СНД за ознакою «відсутність усвідомлення СНД», що, на наш погляд, обумовлено суттєвим внеском дефіцитарної

симптоматики їхньої пізнавальної сфери (за винятком продуктивної патології сприйняття та мислення). Натомість серед хворих з Н-О психопатологічним механізмом у 2 рази частіше зареєстровано «знижене усвідомлення значення делікту» через наявний емоційно-вольовий дефект, інверсію моральних спонукань та моральне огрубіння в структурі процесуальних психопатоподібних змін.

Найінформативнішою ознакою (за частотою ознаки у пацієнтів з різними механізмами реалізації делікту), що характеризує суспільну небезпеку дослідженої когорти за ЮКН, виявилось «знижене усвідомлення значення діяння (вчинку)» у хворих з Н-О МР СНД (ДК=2,96, МІ=0,17 при $P_{\text{ТМФ}}=0,0019$). У свою чергу, МІ за складовими ЮКН у пацієнтів I групи не досягали граничного значення ($МІ_{\text{min}}=0,1$), і, відповідно, жоден з них не був маркером суспільної небезпеки.

Висновки

1. Популяція хворих на шизофренію, які вчинили СНД проти життя особи і перебувають на лікуванні в психіатричній лікарні з суворим наглядом у зв'язку із застосуванням до них примусових заходів медичного характеру, є практично однорідною групою за спрямованістю СНД та характером їх психічного відношення до вчинку.

2. Пацієнти з негативно-особистісним механізмом реалізації делікту відрізняються від хворих з продуктивно-психотичним психопатологічним механізмом лише за складовою інтелектуальної ознаки юридичного критерію неосудності, що стосується характеру усвідомлення значення діяння, а саме: знижене його усвідомлення.

3. Показник «знижене усвідомлення значення делікту» є маркером суспільної небезпеки хворих на шизофренію з негативно-особистісним механізмом реалізації СНД та, по-суті, мішенню соціальної реабілітації даного контингенту.

4. Застосування заходів соціальної реабілітації, що спрямовані на підвищення усвідомлення значення вчинку, може сприяти зниженню рівня суспільної небезпеки та профілактиці повторних деліктів у хворих на шизофренію з негативно-особистісним механізмом реалізації СНД.

Список використаної літератури

1. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е. В. Гублер. – М.: Медицина, 1978. – 294 с.
2. Дмитриева Т. Б. Агрессия и психическое здоровье / Т. Б. Дмитриева, Б. В. Шостакович. – СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2002. – 464 с.
3. Кондратьев Ф. В. Судьбы больных шизофренией: клинико-социальный и судебно-психиатрический аспекты / Ф. В. Кондратьев [под ред. В. С. Ястребова]. – М.: Изд-во ЗАО «Юстицинформ», 2010. – 402 с.
4. 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.
5. Мальцева М. М. Опасные действия психически больных / М. М. Мальцева, В. П. Котов. – М.: Медицина, 1995. – 256 с.
6. Первомайский В. Б. Судово-психиатрична експертиза: статті (1989–1999) / В. Б. Первомайський. – К.: Сфера, 2001. – 184 с.
7. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе и меры профилактики общественно опасных действий психически больных // Общая психиатрия [ред. Туганов А.С.]. – НЦПЗ. – Режим доступа: <http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/28/chapter/114>

ЮРИДИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ
РЕАЛИЗАЦИИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ

А.Н. Кушнир

В статье приведены результаты сравнительного анализа составляющих юридического критерия невменяемости (ЮКН) у больных, представляющих особую общественную опасность и совершивших деликты по разным психопатологическим механизмам. На примере исчерпывающей популяции таких больных в Украине описаны направленность ООД, интеллектуальная и волевая составляющие ЮКН в группах пациентов с негативно-личностным и продуктивно-психотическим механизмами реализации ООД. Оценена возможность использования указанных составляющих ЮКН в лечебно-реабилитационном процессе, а также в качестве прогностических показателей риска повторных правонарушений у данного контингента больных.

Ключевые слова: шизофрения, юридический критерий невменяемости, общественно опасные действия, механизм реализации ООД.

THE JURISTIC CRITERIA OF CRIMINAL INSANITY DUE SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH DIFFERENT MECHANISM
OF REALIZATION ESPECIALLY DANGEROUS ACTS

A. Kushnir

Article provides results of comparative analysis the constituents of juristic criterion of criminal insanity (JCCI) for patients presenting the special public danger and accomplishing delicts on different psychopathological mechanisms. An example of such patient's exhaustive population in Ukraine are described the orientation of public dangerous acts (PDA), intellectual and volitional constituents of JCCI (in the groups of patients with the negatively-personality and productively-psychotic mechanisms of PDA realization).

The possibilities of wide use the indicated constituents of JCCI in a curatively-rehabilitation process is appraised, and also as prognostic indexes the repeated crimes risk at this contingent were evaluated.

Key words: schizophrenia, juristic criterion of criminal insanity, public dangerous acts against person's life and health, mechanism of realization the especially dangerous acts.

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 616.895–615.851

Л.Р. Нікогосян

ВИКОРИСТАННЯ ПСИХОДРАМИ ДЛЯ РОБОТИ З СІМ'ЄЮ, В ЯКІЙ ОЧІКУЮТЬ ДИТИНУ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Ключові слова:
вагітність, психодрама,
групові заняття,
особистісна
тривожність.

Метою даної роботи була організація психологічного супроводу родині, яка очікує дитину, що включає групові заняття з використанням психодрами, а також перевірка її ефективності. У нашому дослідженні взяли участь 147 вагітних жінок та їх чоловіків, з яких було сформовано дві групи залежно від наявності загрози переривання вагітності. До першої групи (Г1) увійшли 87 жінок із загрозою переривання вагітності. Другу групу (Г2) склали 60 жінок з вагітністю, яка перебігає нормально. Заняття в наших групах тривали впродовж двох місяців. У ході роботи відмічається, що психодрама є більш успішною в реалізації поставленої мети, ніж інші підходи, пов'язані з розумінням вагітності як фізіологічного процесу, які виривають жінку з контексту її соціальних зв'язків і значущих відносин. Психотерапевтична групова робота допомогла знизити рівень особистісної тривожності в Г1 з 50 до 34%.

Актуальність роботи. Незважаючи на широке коло проблем, які розглядаються в рамках психології вагітності, недостатньо обговорювалося питання про роль стосунків жінки з батьком виношуваної дитини й вплив цих стосунків на перебіг вагітності, пологів та дитячо-батьківську взаємодію в діаді мати-дитя. Зараз, коли дітонародження не є єдиною сферою самореалізації жінки, важливо зрозуміти, яким є внутрішній зміст переживання вагітності, сенс і мета народження дитини для сучасної жінки [2, 3].

Мета дослідження. Метою даної роботи була організація психологічного супроводу родині, яка очікує дитину, що включає групові заняття з використанням психодрами, а також перевірка її ефективності.

Матеріали та методи дослідження

У нашому дослідженні взяли участь 147 вагітних жінок та їх чоловіків, з яких було сформовано дві групи, залежно від наявності загрози переривання вагітності. До першої групи (Г1) увійшло 87 жінок із загрозою переривання вагітності. Другу групу (Г2) склали 60 жінок з вагітністю, яка перебігає нормально. Заняття в наших групах відбувалися впродовж двох місяців, проходили один раз на тиждень і тривали 2 години. Обов'язковою умовою було відвідування занять обома майбутніми батьками.

Результати та їх обговорення

Обоє майбутніх батьків відчувають певну тривожність перед народженням дитини. Але якщо вагітність перебігає з ускладненнями, це створює додаткове напруження у родині.

Психодрама – це метод психотерапії, в якому клієнти продовжують і завершують свої дії за допомогою театралізації, рольової гри, драматичного самовираження. Використовується як вербальна, так і невербальна комунікація.

Розігруються сцени з життя суб'єкта або його фантазії, сни. Ролі можуть брати на себе інші учасники групи [1].

Психотерапевтична робота дозволяє змінювати зміст особистісних конфліктів, прориватися крізь механізми захисту до капсульованих травм і переживань, активізувати процеси особистісного розвитку та дозрівання. Вона проходила у декілька етапів.

На першому етапі відбувався підбір актуальних тем для обговорення в групі. Кожен раз, звертаючись до нової для групи теми, ми проводимо роботу з нею, поступово змінюючи форму роботи від групових ігор та вправ до психодрами, спрямованої на групу, де розглядаються специфічні проблеми вагітних та сімей, які очікують дитину. В рамках цього етапу робота в групі відбувається у вигляді соціодрам, і лише потім ми переходимо до психодрами, центрованої на індивіді (робота з індивідуальними проблемами).

Послідовність тем групової роботи вибудована відповідно до загальних принципів розвитку терапевтичного сеансу «від периферії до центру», що дозволяє поступово долати опір терапії, і з урахуванням тих виділених нами факторів, впливають на перебіг вагітності і формування материнства.

Першу тему нашої роботи можна позначити як соціальну адаптацію до вагітності. На цьому етапі ми звертаємося до відомих традицій, ритуалів і повір'їв, що існували у минулому в різних культурах, які збереглися до наших днів у спотвореному або беззмістовному вигляді, щодо вагітності, знайомства батьків з дитиною, введення її в сім'ю. За вибором групи ми розігруємо один з ритуалів у вигляді групової гри. У процесі подальшого обговорення отриманого в ході гри досвіду ця тема трансформується в тему соціальної адаптації вагітної та

її чоловіка, їхнього самопочуття в новій соціальній ролі. Потім це обігрується в соціодрамі, де учасники діють в ролях, які найповніше відображають різні соціальні позиції по відношенню до материнства, вагітності та батьківства. Іноді вже на цьому етапі групової роботи виникає бажання розіграти власну життєву ситуацію, актуалізували в процесі групової соціодрами. Таким чином кожен крок дослідження заявленої теми приводить до її все більш індивідуального осмислення і з'єднання з особистим досвідом учасника.

Другою темою для обговорення в наших групах є робота з образом дитини і ставленням до нього кожного з батьків. Тут ми використовуємо вправи, які актуалізують пренатальний і ранній дитячий досвід у самих батьків, однак робимо це у непрямій формі, а починаємо, як завжди, з периферії, групових ігор, обговорюючи отриманий досвід у групі. У деяких випадках на цьому етапі у когось з членів групи виникає потреба психодраматично розіграти сцени, перед її народженням, де представлені почуття і очікування батьків, а також її власні переживання в утробі. Сцена може закінчуватися психодраматичною розмовою з батьками.

Іноді на цьому ж етапі роботи ми просимо батьків написати лист своїй дитині, у якому б вони розповіли їй про себе, які почуття вони відчують до неї, про її місце в сім'ї та її життя. Ці вправи є досить ефективними для роботи з жінками, у яких наявна загроза переривання вагітності. Паралельно з психотерапевтичною роботою на даному етапі ми переглядаємо в групі відеофільми про внутрішньоутробний розвиток дитини.

Наступним кроком нашої роботи є оптимізація стосунків між вагітною та її чоловіком. На цю тему ми витрачаємо значну кількість групового часу, бо розуміємо її важливість. Тут можна виділити ряд проміжних тем. Першою необхідно назвати прояв ставлення до зміни зовнішнього вигляду вагітної жінки. На початку роботи над цією темою ми даємо різні гімнастичні комплекси з підготовки до пологів і рекомендації щодо харчування вагітних. Потім переходимо до розмови щодо турботи про своє тіло та міфів і символів, пов'язаних з тілом вагітної жінки, які існують у будь-якій культурі. Після цього ми пропонуємо групі вправи на актуалізацію і прояв ставлення до тіла вагітної жінки у кожного члена сімейної пари. Прикладом пропонованих вправ може служити наступне: «створення тіла жінки». Жінки лягають на підлогу, на спину і закривають очі. Їхні партнери впродовж певного часу намагаються «виліпити» тіло жінки з уявного матеріалу шляхом дотиків. Пари працюють мовчки. Потім група обмінюється враженнями та почуттями.

Чоловічі, жіночі, материнські і батьківські ролі в сім'ї – наступна тема групової роботи. Робота з цієї теми розкриває взаємні очікування, фантазії учасників групи щодо свого партнера, що дозволяє встановити більш реалістичні стосунки в парі. Тут можна використовувати ігри та вправи, які дозволяють особистісно проживати існуючі соціальні установки та стереотипи щодо чоловічих і жіночих сімейних ролей. Найбільше для даної мети підходять соціодрами на тему сім'ї.

Другим етапом нашої роботи стала допомога в інтеграції та посиленні дорослого Я обох батьків, прийняття відповідальності за власне життя і життя дитини.

Використовувані терапевтичні засоби і прийоми можуть варіюватися залежно від ступеня готовності групи, але основний фокус уваги концентрується на процесах відділення від внутрішніх образів батьків і, головне, від образу «поганої матері» вагітної жінки.

Третім етапом психотерапевтичної групової роботи стала розмова про пологи. Завдання, що стоять на цьому етапі, наступні:

- Формування адекватного уявлення:
 - а) про процес пологів;
 - б) про тривалість пологів;
 - в) про роль жінки;
 - г) про медичну допомогу.
- Формування довірливого ставлення до власного тіла і до природи пологів.
- Мотивація на прийняття і проживання досвіду пологів в єдності трьох складових: радості, роботи, випробування.
- Формування у майбутньої мами установки на приєднання до дитини в пологах.
- Формування готовності прийняти емоції в пологах в їх амбівалентності і свої почуття до дитини в їх становленні та розвитку.
- Знайомство з можливостями і формами участі майбутнього тата в пологах, умовами успішного перебігу сімейних пологів, бажання тата брати участь у пологах, відпрацювання навичок взаємодії в пологах на практиці та отримання зворотного зв'язку.
- Установка на прийняття болю в пологах та формування навичок взаємодії з болем в пологах.
- Формування навичок варіантів поведінки в пологах:
 - а) пози в різних періодах;
 - б) техніки дихання в різних періодах пологів;
 - в) техніки релаксації та візуалізації;
 - г) прийоми знеболювання за допомогою масажу;
 - д) взаємодія з партнером в пологах;
 - е) взаємодія з дитиною відразу після пологів – фаза возз'єднання.
- Формування позиції персональної відповідальності за свої пологи і вибір медичного закладу і лікаря.

Пологи є важливою і важкою роботою в житті жінки, як щодо навантажень на її тіло, так і в тій мірі активності зусиль, самовіддачі, які вимагаються від породіллі. Причому в першому періоді найважливішою є душевна робота, пов'язана з необхідністю пасивно зазнавати біль, емоційно приєднуватися до дитини, зберігати спокій, перебуваючи в ситуації тимчасової невизначеності. У другому періоді пологів важлива саме фізична складова цієї роботи. Самовіддача, подолання втоми і болю, активне сприяння народженню дитини, взаємодія з нею.

Ми вважаємо, що жінки, яким вдалося відчути в пологах граничні переживання, сприймають пологи як точку їх особистісного зростання, подію, яка побудила до переорієнтації із зовнішніх на внутрішні опори, відчувають глибоку емоційну задоволеність пологами, що є додатковим стабілізуючим і оптимізуючим фактором у наступних дитячо-батьківських і подружніх стосунках, якщо батько дитини допомагав жінці в цей момент. При негативному емоційному забарвленні переживань,

пов'язаних з пологами, жінки схильні відчувати почуття неуспіху і провини перед дитиною, яке може виявлятися в різних прихованих формах, таких як депресивні переживання, встановлення великої дистанції з дитиною, обмеження тілесного контакту і негативних почуттів до себе, дитини, пологів, небажання мати ще дітей. У зв'язку з цим ми розглядаємо емоційну задоволеність пологами як важливий показник самооцінки жінки і фактор, що впливає на подальше дитячо-батьківське ставлення.

Крім обговорення фізіології пологів, перегляду відеофільмів, в рольових іграх ми розігруємо різні етапи пологів, навчаючи обох членів сімейної пари, що необхідно робити на кожному етапі пологів, приділяємо велику увагу опрацюванню страхів перед пологами, як з боку жінок, так і чоловіків, присутніх у групі. На даному рівні групового розвитку ми можемо досить відкрито обговорювати почуття учасників, пов'язані з майбутніми пологами і безпосередньо переходити до індивідуальної роботи.

Останній, четвертий етап роботи в групі, можна назвати «Ми як батьки». Він спрямований на усвідомлення життєвих сценаріїв і роботу з особистісними смислами і цінностями, пов'язаними з батьківством. Прикладом вправ, пропонує на цьому етапі групової роботи, може служити розігрування віньєток такого змісту кожним з учасників.

Спочатку батьки складають списки того, що одночасно не можна дозволяти дитині і що потрібно від неї вимагати. Потім ми просимо позначити ті «не можна» і «потрібно», які були прийняті в їх батьківській сім'ї. Після цього можна перейти до розігрування сцен з ди-

тинства членів групи із застосуванням до них зазначених у списку заборон і вимог (з обов'язковим обміном ролями батько-дитина). Завершуємо цю роботу побудовою психодраматичної скульптури власних життєвих цінностей і усвідомленням того, які з них ми хочемо передати нашим дітям і яким чином це можна реалізувати. Можна запропонувати розіграти сцени розмови з дитиною чи інші можливі життєві ситуації.

Висновки

1. Психологічна робота психодрами, націленої на підготовку до пологів і батьківства, ґрунтується на розумінні вагітності як життєвої події, актуалізує цілющі сили міжособистісної взаємодії і передбачає особистісну рефлексію соціокультурних цінностей, установок і стереотипів, що стосуються материнства і батьківства, в процесі реальної взаємодії подружжя. Вона виявляється більш успішною в реалізації поставленої мети, ніж інші підходи, пов'язані з розумінням вагітності як фізіологічного процесу, які виривають жінку з контексту її соціальних зв'язків і значущих відносин.

2. У ході роботи виявилось, що психотерапевтична групова робота допомогла знизити рівень особистісної тривожності в Г1 з 50 до 34%.

Список використаної літератури

1. Александров А. А. Современная психотерапия. Курс лекций / Артур Александрович Александров – СПб.: Академический проект, 1997 – 335 с.
2. Брутман В. И. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов / В. И. Брутман, Г. Г. Филипова, И. Ю. Хамитова // Вопросы психологии. – 2002. – № 1. – С. 59–69.
3. Васильева О. С. Групповая работа с беременными женщинами: социально-психологический аспект / О. С. Васильева, Е. В. Могилевская // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22, № 1. – С. 82–89.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОДРАМЫ ДЛЯ РАБОТЫ С СЕМЬЕЙ, В КОТОРОЙ ОЖИДАЮТ РЕБЕНКА

Л.Р. Никогосян

Целью данной работы была организация психологического сопровождения семье, ожидающей ребенка, которое включает групповые занятия с использованием психодрамы, а также проверка ее эффективности. В нашем исследовании приняло участие 147 беременных женщин и их мужей, из которых были сформированы две группы по наличию угрозы прерывания беременности. В первую группу (Г1) вошли 87 женщин с угрозой прерывания беременности. Вторую группу (Г2) составили 60 женщин с беременностью, которая протекает нормально. Занятия в наших группах продолжались в течение двух месяцев. В ходе исследования выявлено, что психодрама оказывается более успешной в реализации поставленной цели, чем другие подходы, связанные с пониманием беременности как физиологического процесса, которые вырывают женщину из контекста ее социальных связей и значимых отношений. Психотерапевтическая групповая работа помогла снизить уровень личностной тревожности в Г1 с 50 до 34%.

Ключевые слова: беременность, психодрама, групповые занятия, личностная тревожность.

USING OF PSYCHODRAMA TO WORK WITH A FAMILY, WHO EXPECTS A BABY

L. Nykogosyan

The goal of this work was the organization of psychological support of the family, expecting a baby, which includes group session using psychodrama, and checking of its effectiveness. In our study it was involved 147 pregnant women and the ir husbands, who were for med into two groups according to the presence of threatened abortion. The first group (G1) included 87 women with threatened miscarriage. The second group (G2) were 60 women with pregnancy, which occurs normally. Things in our group continued for two months. The study revealed that psychodrama is more successful than other approaches related to the understanding of pregnancy as a physiological process, which pull the woman out of the context of her social relationships and meaningful relationships. Psychotherapeutic group work helped to reduce the level of personal anxiety in G1 from 50 to 34%.

Key words: pregnancy, psychodrama, group classes, личностная anxiety.

В.В. Баранова

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ЖІНОК З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА РЕПРОДУКТИВНИМИ ВТРАТАМИ В АНАМНЕЗІ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ

baranova-v.v@mail.ru

Ключові слова:

вагітність, серцево-судинні захворювання, психологічний, емоційний стан, репродуктивні втрати.

У статті наведено дані щодо психологічного стану вагітних з патологією серцево-судинної системи і репродуктивними втратами в анамнезі та їх вплив на перебіг вагітності. За допомогою психологічних методик визначено основні показники для оцінки емоційного стану таких жінок та порівняння їх з жінками, що не мають репродуктивних втрат в анамнезі. Визначено основні напрямки розвитку психологічної допомоги даній когорті пацієнток.

Актуальність. На сьогоднішній день захворювання серцево-судинної системи у вагітних посідають перші рангові місця в материнській захворюваності, інвалідизації та смертності. Саме тому вагітних з вадами серця та серцевою недостатністю відносять до групи високого ризику з материнської та перинатальної смертності за рахунок виникнення тяжких серцевих подій (аритмія, прогресування серцевої недостатності, тромбоемболічних порушень) [3, 7]. За останні двадцять років досягнення у кардіохірургії та фармакології дозволили пацієнткам із серцево-судинною патологією не лише досягти репродуктивного віку, а й реалізувати дітородну функцію. На окрему увагу заслуговують жінки, які були прооперовані в дитячому та підлітковому віці з приводу вродженої вади серця (ВВС) [7].

Психологічні проблеми, які виникають у дітей, прооперованих з приводу вроджених вад серця, зокрема таких, що потребують поетапних оперативних втручань, за останні два десятиліття достатньо вивчені [2]. Однак досі немає досліджень, які б відображали психологічний стан вагітних з ВВС та СН, хоча жінка з ВВС, за винятком декількох умов, може вагітніти, виношувати та народжувати дитину під пильним наглядом мультидисциплінарної команди лікарів, яка включає акушера-гінеколога, кардіохірурга, кардіолога, перинатального психолога.

На сьогодні створено протоколи медичного супроводу такої вагітності, але питання психологічного супроводу таких жінок не розроблені.

Більшість жінок із вродженими вадами серця також мають негативний репродуктивний досвід, тобто втрату вагітності в анамнезі за медичними показаннями, що має психотравмуючі наслідки, які відображаються на перебігу наступної вагітності [1, 4]. Слід звернути увагу на особливості психологічного статусу при вадах серця, тому що у таких жінок існує підґрунтя для підвищеної депресивності, іпохондричності, а також побоювання за своє життя та благополуччя дитини. Також пацієнтки зіштовхуються із соціально-психологічними проблемами, які супроводжують захворювання ССС. У ХХ сторіччі В.В. Ковальов вивчав психічні порушення пацієнтів із

вродженими вадами серця, він виділяв у них астенічні стани, неврозоподібні та невротичні порушення, стани інтелектуальної недостатності та патологічне формування особистості. Він встановив, що когнітивні порушення більш виражені при вадах «синього» типу.

Мета дослідження. За допомогою методів психологічного спостереження, інтерв'ю, анкетування визначити основні показники психологічного та емоційного стану вагітних з серцево-судинними захворюваннями та репродуктивними втратами в анамнезі та їх вплив на перебіг вагітності на фізіологічному рівні. Порівняти отримані дані зі здоровими жінками. На основі отриманих даних визначити основні напрямки розвитку психологічної допомоги даній групі вагітних.

Матеріали та методи дослідження

У відділенні акушерських проблем екстрагенітальної патології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України» обстежено 30 вагітних (основна група) з серцевою недостатністю на фоні вроджених вад серця та репродуктивними втратами в анамнезі, та 20 жінок (група порівняння) з фізіологічним перебігом вагітності, без патології серцево-судинної системи, але з репродуктивними втратами в анамнезі. Термін вагітності у жінок складав 18–28 тижнів. Вік жінок склав 24–35 років. Обстеження жінок для чистоти результатів проводили в другому триместрі, адже саме в цей період спостерігається найбільший психологічний спокій у жінок із нормальною вагітністю та без екстрагенітальної патології. Для обстеження використовували методики психологічного інтерв'ю, психологічного спостереження, тест РНҚ 9 для скринінгового дослідження депресивності, тест Ч.Д. Спілбергера для визначення рівня тривожності, тест відношення вагітної І.В. Добрякова. Усі жінки як основної групи, так і групи порівняння, є першонароджуючими.

Результати та їх обговорення

Показники репродуктивних втрат по групах розподілилися наступним чином (табл.1):

Таблиця 1. Розподіл репродуктивних втрат

Втрата	Основна група	Група порівняння
Самовільне переривання вагітності	9	6
Переривання за медичними показаннями	12	-
Завмерла вагітність	8	2
Аntenатальна загибель плода	2	-

Як свідчать дані, наведені в таблиці, основною репродуктивною втратою в основній групі є переривання вагітності за медичними показаннями, тоді як в групі порівняння – самовільне переривання вагітності.

Використовуючи метод спостереження та психологічного інтерв'ю були отримані наступні дані: у 90% жінок (27 жінок) основної групи був знижений фон настрою, плаксивість, що здебільшого можна пояснити довготривалим перебуванням у стаціонарі, некритичне сприйняття захворювання спостерігається у 40% (12 жінок), навіть при постійному пояснюванні лікарів щодо стану вагітної та плода. Привертає увагу постійне перебування родичів біля жінки 20% (6 жінок), що підтверджує виховання за типом гіперопіки. У жінок відмічається нестійкість настрою, емоційна лабільність та дитяча реакція на правила або відмову, що проявляється плачем, бажанням втекти, сховатися. Часто відмічається конфліктність із співрозмовниками при обговоренні побутових проблем.

Досліджуючи рівень тривожності ми виявили, що для групи здорових вагітних характерне підвищення рівня реактивної тривожності при нормальному рівні особистісної тривожності. Підвищений рівень реактивної тривожності у здорових жінок можна пояснити медичними процедурами та загальним занепокоєнням щодо перебігу вагітності та розвитку дитини. Для жінок основної групи характерне підвищення як реактивної, так і особистісної тривожності, що можна пояснити довготривалим психологічним дистресом, пов'язаним з основним захворюванням (табл. 2).

Таблиця 2. Рівень тривожності у жінок основної та контрольної груп

	Основна група		Група порівняння	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Особистісна тривожність	18	60	4	20
Реактивна тривожність	12	40	16	80

З даних таблиці видно, що рівень тривожності у жінок з вродженою вадою серця значно підвищений, як особистісної, що вказує на тривожність як рису людини, незалежно від ситуації, так і реактивної, що проявляється в психологічно несприятливих ситуаціях. Досліджуючи наявність депресивності ми звернули увагу, що у 76,6% (17 жінок) мають підвищені показники депресивності за тестом PHQ-9, а 13,3% (4 жінки) мають пограничні значення. Жінки цієї групи були обстежені більш глибоко та направлені на консультацію психолога для проведення психокорекції або психотерапії. Порівнюючи з контрольною групою вагітних значно підвищені показники депресивності, у здорових жінок у 15% виявлено пограничні значення депресивності.

У 63,3% вагітних основної групи (19 жінок) спостерігали виражений астеничний синдром, який проявлявся

підвищеною стомлюваністю, зниженням працездатності, погіршенням пам'яті, порушенням сну, постійними скаргами на дискомфорт, який жінка часто не може пояснити конкретно, порушення сну.

При аналізі типу прийняття вагітності встановлено, що у 70% жінок основної групи переважає тривожне сприйняття вагітності, у 20% – амбівалентне, у 10% – адекватне. У жінок групи порівняння переважає адекватне сприйняття вагітності – 85%, тривожне – 15%.

При зіставленні результатів тривожного сприйняття вагітності та перебування в стані дистресу з частотою виникнення акушерських ускладнень доведено, що така частота підвищена у жінок основної групи (табл.3)

Таблиця 3. Порівняння частоти ускладнень вагітності у жінок досліджуваних груп

	Основна група		Група порівняння	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Загроза переривання вагітності	6	20%	2	10
Загроза передчасних пологів	3	10	0	0
Дистрес плода в стадії компенсації	9	30	3	15

Як видно з таблиці, стан емоційної сфери має певний вплив на перебіг вагітності на фізіологічному рівні.

Висновки

У вагітних з вродженими вадами серця та репродуктивними втратами в анамнезі має місце низка психологічних особливостей, зокрема, зміни у психології вагітної, психології пацієнтки з серцево-судинними захворюванням, а також наслідки фізичної та психологічної залежності від близьких, оскільки дитина з вродженою вадою серця впродовж всього життя перебуває під пильним наглядом лікарів та часто виховується в умовах гіперопіки. Тому в багатьох випадках доросла жінка поводить як дитина, що також впливає на її материнську компетенцію. Успіх лікування, виношування та позитивне завершення вагітності залежать не тільки від медикаментозного супроводу, а й від психологічного настрою пацієнтки та підтримки близьких.

Фізіологічний стан вагітної залежить не тільки від клінічних показників, а й від психологічного стану пацієнтки. Якщо жінка довгий час перебуває в хронічному стресовому стані або стані постійної тривоги – у неї спостерігається ряд фізіологічних ускладнень вагітності, які, в свою чергу, знову призводять до стану напруження та тривоги. Найбільший страх жінок – це неможливість виносити вагітність або народити здорову дитину.

Захворювання серцево-судинної системи мають свої психологічні особливості, оскільки впливають на якість життя пацієнта. Поєднуючись з фізіологічним та психологічним станом під час вагітності ССС можуть викликати стан постійної тривоги.

Підхід до ведення вагітності має бути комплексним та всебічним, включати мультидисциплінарний нагляд. Такі жінки потребують особливої уваги спеціалістів та розробку програми психологічного супроводу усієї вагітності. Підготовка таких жінок до пологів не може проводитися у загальних групах, оскільки вагітність

жінок з серцево-судинними захворюваннями має свої особливості перебігу та ведення.

Список використаної літератури

1. Добряков І. В. Перинатальна психологія / І. В. Добряков. – СПб.: Питер, 2010.
2. Менделевич В. Д. Клиническая (медицинская) психология / В. Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2008.

3. Оценка уровня мозгового натрийуретического пептида у беременных с сердечной недостаточностью на фоне врожденных пороков сердца Давыдова Ю.В., Воронков Л.Г. [и соавт.] // Украинський кардіологічний журнал. – 2013. – № 6.
4. Філінова Г. Г. Психология материнства / Г. Г. Філінова, М., 2002.
5. http://www.pediatricjournal.ru/files/upload/mags/298/2009_3_2405.pdf
6. Snellen M. Mental illness and antenatal care // M. Snellen & M. Galbally // Obstetrics and Gynaecology. – 2006. – № 7 (4).
7. Susanne S. Pedersen Psychological Factors and Heart Disease / Susanne S. Pedersen – № 4.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ

В.В. Баранова

В статье приведены данные психологического состояния беременных с патологией сердечно-сосудистой системы и репродуктивными потерями в анамнезе и их влияние на течение беременности. С помощью психологических методик определены основные показатели для оценки эмоционального состояния таких женщин и сравнение их с женщинами, не имеющими репродуктивных потерь в анамнезе. Определены основные направления развития психологической помощи данной группе пациенток.

Ключевые слова: беременность, сердечно-сосудистые заболевания, психологическое, эмоциональное состояние, репродуктивные потери.

PSYCHOLOGICAL AND EMOTIONAL STATE OF WOMEN WITH CARDIOVASCULAR DISEASE AND REPRODUCTIVE LOSSES IN ANAMNESIS

V. Baranova

The article presents data psychological state of pregnant women with pathology of the cardiovascular system and reproductive losses in history and their influence on the course of pregnancy. With the help of psychological techniques identified key indicators of the emotional state of these women and their comparison with women without a history of reproductive losses. The main directions of development of psychological care of this group of patients.

Key words: pregnancy, cardiovascular disease, psychological, emotional state, reproductive losses.

УДК 616.89–008.442

К.В. Аймедов

РОЛЬ ЕКЗОГЕННИХ ФАКТОРОВ У СТРУКТУРЕ ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕСИЙ

Одесский национальный медицинский университет, м. Одеса

psyhotip@gmail.com

Ключевые слова:

эндогенная депрессия, экзогенный wpływ, внешние факторы, стрессоры, спадковость, лечения эндогенной депрессии.

У статті розглядається проблема ролі екзогенних факторів у структурі ендогенних депресій. Ендогенна депресія є серйозним захворюванням, яке обмежує соціалізацію людини, заподіює страждання хворому і його близьким людям. У одних людей стресові фактори мобілізують душевні і фізичні сили, тоді як у інших викликають депресію. Здатність переносити стрес може бути зумовлена генетично. При цьому хвороба може з'явитися навіть при повному благополуччі або через дрібні неприємності. Головна причина розвитку ендогенної депресії – дефіцит певних речовин у головному мозку, проте екзогенні фактори відіграють у її розвитку не останню роль.

Актуальність. Чума двадцятого першого століття – саме так називають депресію засоби масової інформації. Депресія стала настільки поширеним явищем, що один психіатр навіть описав її як «абсолютно нормальну» реакцію, за умови, звичайно, що вона «не заважає нашим щоденним справам». На сьогоднішній день депресія є однією з найпоширеніших причин звернення за психологічною допомогою [7].

Ендогенна депресія є однією з найтяжчих різновидів депресивних розладів, оскільки тримається, як правило, тривало, стійко і мало реагує на зовнішні подразники. Більше того, ендогенна депресія часто виникає не тільки без видимих зовнішніх причин, а й на тлі повного життєвого благополуччя [5].

Проблема виникнення ендогенної депресії є мало вивченою. Ця хвороба зумовлена генетично і пусковим механізмом може стати будь-яка дрібна стресова ситуація, яка для інших людей пройшла б досить не помітно. Слід зазначити, що загальною принциповою позицією психоаналітиків є визнання всіх видів депресії екзоген-

ним розладом, які виникли у відповідь на психотравмуючі події [4]. Все вищесказане свідчить про актуальність даної проблематики.

Викладення матеріалу. Ендогенна депресія – психічне порушення, класичними проявами якого є знижений настрій, рухова загальмованість і уповільнене мислення. Цей психічний розлад дуже важко переноситься хворими. Основні симптоми ендогенної депресії називають триадою Крепеліна. Симптоми захворювання настільки виражені, що кардинально порушують звичний спосіб життя людини. Слід зазначити, що ендогенна депресія може бути як самостійним захворюванням, так і однією з фаз в рамках маніакально-депресивного психозу (біполярного розладу особистості) [4].

Ендогенну депресію відносять до так званих хвороб схильності. В її виникненні істотне значення має генетичний фактор. Той факт, що депресія виникає в окремих сім'ях, вказує, що певні люди мають генетичну схильність до таких порушень. Спадково передаються знижені адаптаційні можливості людини, порушення регуляції певних

речовин в організмі, таких як серотонін, норадреналін, дофамін. При ендогенній депресії відзначається нестача цих речовин в організмі. Якщо організм виробляє їх у недостатній кількості, то людина починає сильно переживати з приводу і без нього, відчуває пригнічення, сильну апатію, нікчемність свого існування тощо. Достовірний факт, що ендогенна депресія у багатьох випадках була успішно лікувана препаратами, які впливають на хімічні процеси у мозку, а також те, що багато людей впадають у депресію без жодних видимих причин, підтверджує, що ця хвороба пов'язана із хімічним дисбалансом в мозку [1, 9].

Проте причиною ендогенної депресії є не лише патологія певних генів. Навіть при наявності таких генів людина, яка живе в сприятливих психоемоційних умовах, може і не страждати депресією. Насправді ендогенна депресія має також і зовнішні причини. Вона може виникати у будь-якому віці, а різноманітні негаразди і труднощі можуть стати поштовхом до захворювання. Розвиток ендогенної депресії пов'язаний із стресовими впливами, які постійно діють на людину. Стресові екзогенні фактори відіграють особливу роль у її структурі. Пусковим механізмом для розвитку захворювання може стати зовнішній вплив – психотравматична ситуація, захворювання внутрішніх органів, прийом деяких медикаментів, неврологічні патології тощо [3].

Смулевич А.Б. вказує на те, що ендогенні депресії нерідко провокуються екзогенними факторами, тоді як зовнішні фактори чинять патопластичний (вторинний) вплив на певних стадіях розвитку ендогенних депресій. Таким чином, неможливо однозначно визначити внесок ендогенних і екзогенних факторів у розвиток депресії: найяскравіше цей умовивід ілюструється тим фактом, що реактивна депресія, як і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), розвивається після переживання стресу або травми далеко не у всіх людей [8].

Може бути і так, що серйозні зміни в житті людини, ініційовані не нею самою, а несприятливими обставинами, заганяють її в депресію. Не всім легко під тиском навколишнього світу змінювати своє життя і усталені звички, тим більше тоді, коли людину в житті все влаштовувало.

Втрата роботи, конфліктні взаємини, вихід на пенсію, стихійні лиха, проблеми з законом, а також смерть у сім'ї є факторами ризику розвитку ендогенної депресії [2, 11].

Крім того, екзогенним стресовим фактором може стати фізичний стан людини, наявність неврологічних та соматичних захворювань. Затяжна хронічна хвороба також може бути стресовим чинником, який призводить до депресії. Якщо депресія супроводжує загрозливе для життя захворювання, вона може перешкоджати одужанню [4].

Ендогенна депресія може бути викликана прийомом деяких специфічних препаратів. В інструкції такий побічний ефект обов'язково описують. Зазвичай лікарі, призначаючи препарат, який здатний серйозно вплинути на психічний стан пацієнта, виписують також засіб, що компенсує цей неприємний побічний ефект [8].

У жінок, які мають генетичну схильність до депресії, пусковим механізмом можуть бути гормональні зміни в організмі, клімакс, пологи. При цьому гормональні зміни, що відбуваються в організмі внаслідок депресії, відображаються таким чином, що людина починає дуже повільно мислити і говорити. Такі хворі за жодних умов

не здатні думати або говорити швидше (будь-то пожежа, аварія тощо) [2].

Також спровокувати початок депресії цілком спроможні оточуючі, що ставлять до людини підвищені вимоги, які вона не в змозі задовольнити, або намагається відповідати їм ціною дуже значних зусиль. Крім цього, якщо хворі на ендогенну депресію впевнені у власній нікчемності, винності, можуть страждати від маревних ідей самозвиначення (людині здається, що якщо у близьких щось не виходить, то це все через неї), гріховності (хворий вважає себе величезним грішником), іпохондричності (хворому з депресією здається, що він страждає на смертельну недугу, наприклад рак). При ендогенній депресії можуть виникати своєрідні бачення, уявлення, в яких людина робить якісь жахливі дії, наприклад, ненавмисно завдає ударів ножем дитині або чоловікові [5, 8].

Іноді на тлі рухової загальмованості у хворого може виникнути збудження, в ході якого людина може нанести собі ушкодження, вчинити суїцид. Суїцидальні думки і навіть дії є наслідком маячних ідей винності. Таким чином людина хоче захистити своїх близьких від себе, позбавити їх від турбот. Щоб уникнути таких негативних наслідків необхідне не тільки своєчасне лікування, а й підтримка близьких [6, 9].

Проте в подальшому ендогенна депресія, розвиток якої і запустив зовнішній фактор, може загострюватися самостійно, без видимої зовнішньої причини. Таке спостерігається, наприклад, при осінніх депресіях, які виникають внаслідок зміни пір року і супроводжуються гормональними змінами в організмі. Якщо хворий не отримає необхідної допомоги, то хвороба може перейти в хронічну форму або ж людина може зробити суїцидальну спробу [3].

До групи ризику потрапляють люди з певною сукупністю рис характеру: надмірно сумлінні, відповідальні, з загостреним почуттям обов'язку, тривожні, невпевнені в собі, які не вміють приймати самостійні рішення, а також особи, чиї родичі страждали або страждають на ендогенну депресію або інші психоемоційні розлади. Людям, схильним до даного психічного розладу, необхідно уникати надмірного навантаження на психіку, роботи в нічний час, не зловживати спиртними напоями, вести здоровий спосіб життя [2, 8].

Причина хвороби лежить всередині організму людини, тому вплинути на перебіг хвороби не так вже й просто. Основою лікування ендогенної депресії є застосування медикаментів. Найчастіше застосовують антидепресанти. Вибір лікарського засобу ґрунтується на вираженості наявних симптомів. На тлі прийому антидепресантів відбувається зворотний розвиток симптомів, проте раптове припинення прийому препаратів загрожує поверненням симптомів хвороби.

Психотерапія при ендогенній депресії застосовується тільки як доповнення до медикаментозного лікування. Сеанси психотерапії сприяють вирішенню наявних проблем, конфліктів, але без антидепресантів ліквідувати порушення обміну речовин, що виникає при ендогенній депресії, неможливо [6, 9].

Слід зазначити, що ендогенна депресія дуже добре піддається лікуванню, і при своєчасній та грамотній допомозі людина повертається до повноцінного життя. Лікувати її повинен тільки кваліфікований психіатр або

психотерапевт, самолікування неприпустиме, оскільки може мати сумні наслідки [10].

Висновки

Причини ендогенної депресії полягають у нестачі в головному мозку так званих медіаторів центральної нервової системи, тобто речовин, які регулюють настрій: серотоніну, норадреналіну і дофаміну. Якщо організм виробляє їх занадто мало, в мозку відбувається порушення обміну біологічно активних речовин, що неминуче призводить до прояву депресивного розладу.

Як правило, описана проблема має генетичну схильність. Наявність хворих серед родичів людини значно збільшує ризик захворіти на ендогенну депресію.

Зазвичай ендогенна депресія виникає без видимих причин, внаслідок незначного стресу, зумовленого екзогенними факторами. Однак стрес при даному захворюванні не може бути першопричиною – він лише виконує роль пускового фактора хвороби і має певну роль у структурі ендогенної депресії. Також ендогенна депресія може виникнути і на тлі повного благополуччя.

Основне лікування ендогенної депресії – медикаментозне, в комплексі, як допоміжний засіб, застосовують методи психотерапії. Психотерапевтичні методи

потрібні, в основному, для профілактики загострень і формування стійкості до життєвих стресів, які можуть стати провокуючим фактором для рецидивів хвороби.

Список використаної літератури

1. Аксенов В. Г. Клинические проявления затяжной эндогенной депрессии / В. Г. Аксенов // Аффективные расстройства (диагностика, лечение, реабилитация). – Л., 1998. – С. 75–77.
2. Баранов П. А. Эндогенные анестетические депрессии (психопатология и терапия): учебное пособие / П. А. Баранов. – М.: РМАПО МЗ РФ, 2000. – 27 с.
3. Бобров А. С. Эндогенная депрессия / А. С. Бобров – Иркутск: Папирус, 2010. – [2-е изд., доп. и перераб.] – 370 с.
4. Гаранян Н. Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований / Н. Г. Гаранян // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19, Вып. 1, Ч. 1. – С. 79–89.
5. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение) / [А. М. Вейн, Т. Г. Вознесенская, В. Л. Голубев, Г. М. Дюкова]. – М.: МИА, 2002. – 160 с.
6. Евсегнеев Р. А. Распознавание и лечение депрессий в общей медицинской практике: учебно-методическое пособие / Р. А. Евсегнеев. – Минск [Б. у.], 2002. – С. 105–107.
7. Ковалев Ю. В. Депрессия: клинический аспект / Ю. В. Ковалев, О. Н. Золотухина. – М.: Мед. кн.; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001. – 141 с.
8. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей. / А. Б. Смулевич. – М.: МИА, 2007. – 256 с.
9. Смулевич А. Б. Лечение резистентных затяжных эндогенных депрессий / А. Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – № 4. – С. 128–132.
10. Хиршфельд П. А. Депрессия: хроническое пожизненное заболевание / П. А. Хиршфельд // WPA бюллетень по депрессии. – 2000. – Т. 4, № 19. – С. 7–10.
11. Bartolomucci A. Stress and Depression. Preclinical Research and Clinical Implications / A. Bartolomucci, R. Leopardi // PLoS ONE. – 2009. – Vol. 4, J.1 – P. 42.

РОЛЬ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ В СТРУКТУРЕ ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ

К. В. Аймедов

В статье рассматривается проблема роли экзогенных факторов в структуре эндогенных депрессий. Эндогенная депрессия является серьезным заболеванием, которое ограничивает социализацию человека и причиняет страдания и больному, и его близким людям. У одних людей стрессовые факторы мобилизуют душевные и физические силы, тогда как у других вызывают депрессию. Способность переносить стресс может быть обусловлена генетически. При этом данный вид болезни может появиться даже при полном благополучии или через мелкие неприятности. Главная причина развития эндогенной депрессии – дефицит определенных веществ в головном мозге, однако экзогенные факторы играют в его развитии не последнюю роль.

Ключевые слова: эндогенная депрессия, экзогенное влияние, внешние факторы, стрессоры, наследственность, лечение эндогенной депрессии.

THE ROLE OF EXOGENOUS FACTORS IN THE STRUCTURE OF ENDOGENOUS DEPRESSION

K. Aymedov

In this article considers the problem of the role of exogenous factors in the structure of endogenous depression. Endogenous depression is a serious medical condition that limits human socialization and causes suffering and patient, and his loved ones. Some people stressors mobilize mental and physical strength, while others cause depression. Ability to tolerate stress may be genetically determined. Moreover, this type of the disease can occur even in the complete well-being, or through minor troubles. The main reason for the development of endogenous depression – lack of certain substances in the brain, but exogenous factors play in its development role.

Key words: endogenous depression, exogenous influence, external factors, stressors, family history, treatment of endogenous depression.

УДК 618.3:616.34-07:616.89-008.19

В.М. Тудай, В.В. Баранова, Ю.В. Давидова

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ТА КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ У ВАГІТНИХ З СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ

baranova-v.v@mail.ru

Ключові слова:

вагітні жінки,
диспепсичні явища,
патологія кишечника,
психологічний та
емоційний стан.

У статті наведені власні спостереження і дослідження евакуаторно-моторної дисфункції кишечника на тлі вагітності, що виникають внаслідок патофізіологічних та функціональних порушень, а також психологічних та емоційних особливостей, які у результаті, створюють передумови для розвитку патологічних станів фізіологічного перебігу вагітності. Визначено основні напрямки розвитку психологічної та медичної корекції.

Актуальність. У наш час, коли на людину, зокрема на вагітну жінку, щоденно впливають стресові та психотравмуючі ситуації, які не минають безслідно, все більшої актуальності набувають хвороби, пов'язані з психікою.

Саме психосоматичні прояви та соматизована депресія спостерігається в клініці соматичної патології. Вагітність є лакмусовим папірцем для соматичних та психологічних проблем, які турбували жінку ще до гестації, саме своєю

лабільністю та зміщенням тривоги в бік материнства. Однією з таких проблем є так званий синдром подразненого кишечника.

Термін «синдром подразненого кишечника» (СПК) використовується для позначення проявів, пов'язаних з функціональними розладами товстої кишки. Вони включають симптоми різного ступеня вираженості: абдомінальний біль, відчуття розпирання, метеоризм, діарею (проноси) і запори з їх чергуванням, наявність слизу у калі. За визначенням W.A. Thompson (1992), «синдром подразненого кишечника – функціональний розлад, при якому абдомінальний біль поєднується з порушеннями дефекації та кишкового транзиту». Синонімами СПК в літературі є такі визначення, як спастичний кишковий коліт, слизова колька, дискінезія товстого кишечника, спастичний кишковий синдром та ін. [9, 12]. Нарешті, не можна не згадати вислів В.Т. Івашкіна і А.А. Шептуліна [6]: «Дуже ймовірно, що СПК є і не патологією шлунково-кишкового тракту, і не захворюванням центральної нервової системи або психічної сфери, а швидше за все, це якийсь новий біоенейропсихосоціальний стан людини, що формується в екстремальних соціальних умовах і проявляється гіперсприйняттям і гіперреактивністю організму.

Синдром подразненого кишечника у більшості випадків є своєрідною формою неврозу, при якому основними клінічними симптомами є кишкові розлади, тобто це психосоматичне захворювання, в основі якого лежить розлад нервової регуляції моторики тонкої та товстої кишок. Також одну з важливих ролей у розвитку СПК відводять особливостям психологічної та емоційної сфери людини, до яких належать істеричні, агресивні реакції, депресія, різні фобічні стани. Депресію та інші невротичні реакції відзначають приблизно у 80% таких хворих, тобто наявний міцний функціональний зв'язок між центральною нервовою системою та шлунково-кишковим трактом (ШКТ). В умовах стресу ендогенні опіоїди та катехоламіни діють на секреторно-моторні функції ШКТ [1, 5].

У патогенезі СПК відіграють роль зміни характеру харчового раціону (зниження вмісту харчових волокон), ендогенні розлади, лікарські засоби, які широко і безконтрольно вживаються чи призначаються для лікування симптоматики, що супроводжує інші захворювання, особливо при використанні міогенних спазмолітиків для лікування загрози переривання вагітності. Необхідно враховувати суттєві індивідуальні відмінності їх ефективності, відсутність селективності ефектів (діють практично на всю гладку мускулатуру, включаючи сечостатеву систему, кровеносні судини тощо), призводять до розвитку гіпомоторної дискінезії і гіпотонії сфінктерного апарату травного тракту, особливо при тривалому застосуванні. Таким чином, СПК слід вважати поліетіологічним захворюванням. У кожного пацієнта можна виявити який-небудь провідний компонент, що спричинив СПК, а особливо на тлі вагітності [3, 11, 14].

Хворіють на СПК частіше особи молодого віку, причому жінки удвічі частіше, ніж чоловіки, а особливо даний стан виникає у вагітних. Хворі скаржаться на слабкість, знижений апетит, дратівливість та ін. Найхарактернішими ознаками захворювання є порушення

дефекації, біль у нижніх відділах живота та метеоризм, що викликають неабияке занепокоєння у майбутніх мам [10, 12]. Значне поширення цього захворювання під час вагітності обумовлене фізіологічними зрушеннями у системі травлення і її регуляції у гестаційному періоді.

Захворювання характерне для пацієнтів молодого віку. Прояви СПК поділяють на фізіологічні (на рівні соми) та психологічні (на рівні емоційного стану). Фізіологічні включають біль внизу живота, нудоту, метеоризм, зниження апетиту, частий головний біль, часте сечовипускання, часте незначне підвищення температури тіла. Психологічні симптоми: порушення сну, емоційна лабільність, швидка втомлюваність, дратівливість, агресивність, знижений фон настрою.

На фоні вагітності порушення роботи шлунково-кишкового тракту обумовлено, в першу чергу, високим рівнем прогестерону, що впливає на всю гладку мускулатуру організму і сприяє її розслабленню, у тому числі й на кишечник. У другій половині вагітності до цього також приєднується фізіологічне порушення внаслідок здавлення та зміщення його маткою, що росте. При цьому виникає венозний застій в судинах малого таза, що частково порушує кровотік і, відповідно, впливає на функцію кишечника. Виникають утруднення евакуаторно-моторної здатності організму: перистальтика стає млявою, посилюються процеси бродіння і метеоризму, виникають запори [2, 13].

Під час вагітності особливе місце займає стан ШКТ, оскільки змінюється характер харчування, що впливає на доставку поживних речовин до плода.

Діяльність кишечника регулюється центральною і вегетативною нервовою системами. Активними агентами нейрогуморальної регуляції, що впливають на секреторну та рухову функції, є серотонін, ацетилхолін та гістамін.

Моторна функція шлунково-кишкового тракту визначається активністю гладком'язових клітин, що знаходиться в прямо пропорційній залежності від концентрації цитозольного Ca^{2+} . Іони кальцію, активуючи внутрішньоклітинні біоенергетичні процеси (фосфорилювання білків, перетворення АТФ в цАМФ та ін.), сприяють з'єднанню ниток актину і міозину, що забезпечує скорочення м'язового волокна. Однією з умов, необхідних для скорочення м'язового волокна, є висока активність фосфодієстерази, яка бере участь у розщепленні цАМФ та забезпеченні енергією процесів з'єднання актину з міозином [6].

У регуляції моторики шлунково-кишкового тракту істотну роль грає серотонін. Виділяють кілька підтипів серотонінових рецепторів (5-МТ1-4), однак найбільш вивчені 5-МТ3 і 5-МТ4. Зв'язування серотоніну з 5-МТ3 сприяє розслабленню, а з 5-МТ4 – скороченню м'язового волокна [4, 8].

Механізм моторних порушень може бути представлений таким чином: порушення взаємин центральної регуляції з ентєральною нервовою регуляцією → підвищена збудливість і скорочувальна активність кишкової мускулатури → прискорений пасаж кишкового хімусу → порушення розщеплення вуглеводів → мікробне зброджування вуглеводів → розвиток дисбактеріозу → посилення бродильних процесів → скупчення органічних кислот і осмотично активних речовин → подразнення

кишкової стінки → збільшення обсягу вмісту → подразнення кишкової стінки → надмірне газоутворення → збільшення обсягу вмісту → розтягнення стінки кишки → посилення перистальтики (гіперкінезія кишки) → діарея → чергування з запором внаслідок періодичної дисрегуляторної гіпокінетичної дискінезії кишечника [7, 14].

Надлишкове газоутворення підвищує внутрішньопорожнинний тиск у товстому кишечнику, що стає додатковим фактором подразнення барорецепторів кишкової стінки та призводить до посилення впливу перезбудженого кишечника на вагітну матку. Все це призводить до підвищення базальної і постпрандіальної біоелектричної активності товстого кишечника і, як наслідок, сприяє формуванню моторної і тонусної дисфункції [2, 11].

У вагітних, внаслідок підвищення порогу збудливості рецепторів до біологічно активних речовин, виникає ослаблення автоматичної ритмічної діяльності кишечника. Активізується його діяльність простагландінами, що впливають на тонус гладкої мускулатури. Однак під час вагітності він стає толерантним до звичайних фізіологічних подразників. Це біологічно виправдано, так як при наявності загальної з маткою іннервації будь-яке надмірне підвищення перистальтики кишечника збудило б скоротливу діяльність матки, викликавши загрозу переривання вагітності. Прогестерон, що має розслаблювальну дію на гладком'язову тканину, відповідає за зниження тонусу гладких м'язів кишечника, а під час вагітності його секреція збільшується. Н.В. Мун і співавт. за допомогою електроколографії встановили, що під час вагітності виникає зниження моторної функції товстого кишечника, яка клінічно виражається запорами і метеоризмом [4, 14].

Матеріали і методи дослідження

Під нашим спостереженням у відділенні акушерських проблем екстрагенітальної патології ДУ «ІПАГ НАМН України» перебували 107 вагітних жінок на різних етапах гестації. Основні скарги: біль внизу живота різної інтенсивності, диспепсичні розлади у вигляді нудоти, діареї або запору, зниження апетиту. **Вік пацієнток становив** від 18 до 42 років. Було виділено дві групи пацієнток – основна та контрольна. В основну групу увійшло 57 вагітних, яким було запропоновано лікування, що включало в себе:

- дотримання дієти (вживання рідини до 2 л на добу, супів, овочів, кисломолочних та рослинних продуктів);
- мукофальк 4 рази на добу впродовж 20 днів (безпосередньо перед вживанням вміст 1 пакетика розвести 150 мл води кімнатної температури);
- лактожиналь 1 раз на добу впродовж 14 днів;
- седативний препарат рослинного походження.

Контрольну групу склали 50 жінок, яким призначалася дієта, симптоматична і зберігаюча вагітність терапія.

При надходженні в стаціонар всім включеним у дослідження було проведено комплексне обстеження, яке передбачало оцінку їх клінічного стану: збір анамнезу, скарг, зовнішнього і огляду в дзеркалах; кольпоскопію, бактеріального посіву виділень, кольпоцитологічне, бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження вагінальних виділень, УЗД.

Також жінкам основної групи було запропоновано методику психологічної релаксації, що включали комплекс дихальних вправ, медитативні методи, арт-терапію, елементи раціональної та позитивної психотерапії.

Контроль лікування проводили кожні 10 днів від початку лікування.

Отримані цифрові дані обробляли методом варіаційної статистики за допомогою програми Microsoft Excel із застосуванням парного критерію Стюдента.

Результати та їх обговорення

Досліджувані групи були подібні за віком, соматичним та гінекологічним анамнезом. Середній вік обстежених жінок був (33±5,5) років.



Графік вікового розподілу вагітних жінок

Всі жінки, що увійшли до груп дослідження були на різних термінах гестації і розподілялися наступним чином: I триместр – 9 жінок основної групи і 10 жінок – контрольної групи; II триместр – 33 вагітних основної групи, 29 – контрольної групи; III триместр – 24 вагітних основної групи, 21 – контрольної групи.



Графік розподілу вагітних жінок згідно з терміном гестації

Усі вагітні, яких ми спостерігали, скаржилися на виникнення внизу живота болю ниючого чи спастичного характеру, який супроводжувався дискомфортом (табл. 1).

Таблиця 1. Основні симптоми, які турбували жінок

Симптом	Основна група		Контрольна група	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Запори	39	68,42	32	64
Здуття живота	23	40,3	27	54
Нудота	41	71,9	39	78
Гіркота у роті	38	66,6	27	54
Відрижка	36	63,1	29	58
Утруднення відходження газів	11	19,2	7	14

Всі вищеперераховані прояви жінки контрольної групи розцінювали, як загрозу переривання вагітності,

їм призначали зберігаючу терапію, яка включала в себе спазмолітики.

Після призначеного лікування отримано наступні результати: біль та дискомфорт у животі через 10 днів від початку лікування залишилися у 3 (5,26%) жінок основної групи, а в подальшому ці прояви не виникали зовсім, чого не було у вагітних контрольної групи – через 10 днів картина не змінилася, через 20 днів лише 1 (2%) жінка відмітила відсутність даного симптому і в подальшому, а у решти жінок симптоматика відновлювалася після припинення зберігаючої терапії.

Тривалість запорів у жінок основної групи під час прийому запропонованої нами терапії змінювалася і після 15–20 дня лікування випорожнення набувало регулярного фізіологічного характеру та в подальшому не порушувалося, і лише у 3 (5,26%) жінок нормалізації випорожнень вдалося домогтися на 30 день терапії. У жінок контрольної групи запори на тлі зберігаючої терапії посилювалися і вже через 10 днів від початку лікування почали змінюватися проносами, які, в свою чергу, змінювалися запорами, що викликало появу болю та дискомфорту, а також підсилювало тривогу даного контингенту вагітних.

Скарги на здуття живота через 7–10 днів залишалися у 9 (15,79%) жінок основної групи, що взагалі перестало їх турбувати уже через 15 днів від початку терапії, в контрольній групі ці скарги у вагітних не припинялися, а лише періодично зникали, а після 3-тижневого лікування все ж залишилися у 11 жінок, що становить 22%.

Нудота в основній групі значно знизилася на 5 день лікування, а в 19 пацієнток (33,33%) зникла взагалі, у решти жінок її прояви припинилися через 20 днів терапії, в контрольній групі – через 10 днів зникла у 3 (6%), через 20 днів ще у 9 (18%), у решти обстежуваних періодично минала, але при відміні середників виникала знову хоча і з меншою інтенсивністю, чого не відмічалось після припинення запропонованої нами терапії.

Гіркота в роті та відрижка в основній групі купірувалися до першого контролю у всіх жінок, у контрольній ж групі ця симптоматика зберігалася у 18 (36%) пацієнток і після останнього контрольного огляду, у решти вагітних цієї групи при найменшій погрішності у дієті симптоми з'являлися знову.

Утруднення відходження газів нівелювалося у всіх жінок основної групи до першого контрольного огляду, в контрольній групі ці скарги не полишали вагітних, а лише періодично зникали, а після 3-тижневого лікування залишилися у 11 жінок, що становить 22%.

Чітко також простежувалося зниження рівня серотоніну в крові досліджуваних до лікування та значне підвищення його рівня після прийому запропонованого нами лікування у вагітних основної групи, чого не було в контрольній групі (табл. 2).

Таблиця 2. Рівень серотоніну в крові до та після лікування

Рівень серотоніну (N=40–80 мкг/л)	Основна група (n=57)	Контрольна група (n=50)
До лікування (мкг/л)	29±14,3	31±12,4
Після лікування (мкг/л)	52,5±15,7	36,9±14,3

Під час обстеження досліджуваних жінок нашу увагу привернула їх психоемоційна сфера. Жінки часто

скаржилися на появу відчуття тривоги, сльозливість, головний біль, порушення сну та апатію, що значно знизило якість життя, призводить до субдепресивних, депресивних та іпохондричних станів. Наявність різнобічних непостійних скарг, що змінюють одна одну, пов'язана з проявами так званої соматизованої депресії.

Депресія виникає в результаті того, що серотонін просто не може дістатися до рецепторів і виконувати свої функції. Клітини мозку не регенеруються на належному рівні, і виникає відчуття підвищеної тривожності, дискомфорту, гніву, з'являються незрозуміле занепокоєння і паніка без видимих причин (панічні атаки). Часто в такі моменти жінки тягнуться до солодкого, адже швидке підвищення рівня цукру в крові дає миттєве почуття задоволення. Звідси випливає зв'язок депресії і компульсивного переїдання та посилення перерозтягнення кишечника, яке, в свою чергу, підсилює зниження рівня серотоніну в крові вагітних внаслідок порушень евакуаторно-моторної функції ШКТ, а також поглиблює прояви СПК.

Для оцінки психологічного та емоційного стану використовували наступні методики: опитувальник Бека, тест визначення тривожності Спілбергера–Ханіна, психологічне інтерв'ю та спостереження за пацієнтками.

Опитувальник депресії Бека складається з 21 запитання та не потребує надмірних затрат часу. Оцінка проводиться на основі 3 шкал: загальний бал, когнітивно-афективні та соматичні прояви депресії.

Оцінка проводиться за сукупністю балів: 0–9 – відсутність депресивних симптомів; 10–15 – легка депресія (субдепресія); 16–19 – помірна депресія; 20–29 – виражена депресія (середньої тяжкості); 30–63 – тяжка депресія. Градуально оцінюється вираженість 21 симптому депресії: пункти 1–13 – когнітивно-афективна субшкала (C–A); пункти 14–21 – субшкала соматичних проявів депресії (S–P).

Ми визначили, що до призначення лікування жінки наших груп коливалися в межах помірної та вираженої депресії, ця симптоматика знижувалася прямо пропорційно до зниження вираженості симптомів СПК, що відображено на рисунку 1.

Внаслідок запропонованого нами лікування відбувалася ліквідація симптомів порушень з боку ШКТ, що забезпечувало нівелювання СПК та не лише приводило до покращення клінічної картини, але й забезпечувало покращення психоемоційного стану жінок основної групи.

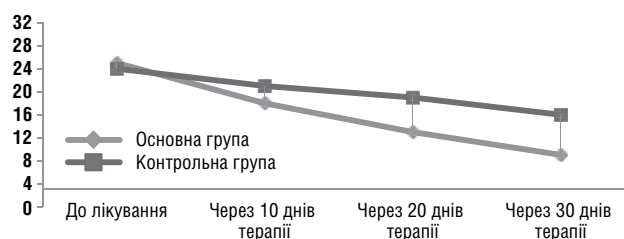


Рис. 1. Ступені вираженості депресивності в обстежуваних жінок

Під час психологічного інтерв'ю та спостереження виявлено інші симптоми емоційної складової СПК (табл. 3).

Таблиця 3. Емоційні розлади у жінок з синдромом подразненого кишечника

№	Симптом	Всі досліджувані	
		Абс. число	%
1	Астенічний симптом	68	63,5
2	Порушення сну	73	68,2
3	Дратівливість	84	78,5
4	Плаксивість	63	58,8

При використанні опитувальника для визначення тривожності спостерігали деяке небажання жінок заповнювати анкету, тобто на перше місце виступала нетерпимість та механізм психологічного захисту. Результати визначення рівня тривожності наведено у таблиці 4.

Таблиця 4. Рівень тривожності у жінок з синдромом подразненого кишечника (в балах)

	Вся когорта жінок		
	Бали	Абс. число	%
Особистісна тривожність	До 30 (низька)	16	14,9
	31–40 (помірна)	58	54,2
	45 і більше (висока)	33	30,8
Реактивна тривожність	До 30 (низька)	12	11,2
	31–40 (помірна)	46	42,9
	45 і більше (висока)	49	45,7

Як видно з даних таблиці 4, у вагітних із СПК підвищений рівень реактивної тривожності, тобто тривожності, яка виникає при попаданні в стресову ситуацію та характеризується суб'єктивним дискомфортом, вегетативними проявами та напруженістю, що може підсилювати або провокувати прояви СПК.

Під час контрольного обстеження жінок відмічалася позитивна динаміка зниження рівня тривожності у жінок основної групи.

Можна стверджувати, що психоемоційний стан вагітних жінок прямо пропорційно залежить від вираженості проявів СПК, які підсилюються тривогою за майбутнє потомство.

Висновки

Все вищевикладене дозволяє стверджувати необхідність комплексного підходу до лікування вагітних, які страждають порушеннями з боку ШКТ. Підхід до лікування має бути комплексним та всебічним, оскільки СПК є і клінічним, і психологічним захворюванням. Відмічено достовірне покращення психологічного та емоційного стану вагітних (поліпшення сну, підвищення фону настрою, зниження тривоги тощо), пропорційно з покращенням їх фізичного стану.

Купірування СПК у вагітних жінок займає важливе місце в практичному акушерстві. Отримані результати показали високу ефективність запропонованої нами комплексної терапії у жінок із диспепсичними явищами, яка забезпечує не лише усунення клінічної картини, але й психоемоційну стабільність, яка, в свою чергу, впливає на евакуаторно-моторну роботу кишечника.

Слід чітко розмежовувати виникнення загрози переривання вагітності та симптоматику, що маскується під загрозу переривання вагітності, яка на тлі призначення спазмолітичної та зберігаючої терапії не лише провокує її виникнення, але й створює умови для ще більшого пригнічення функціонування ШКТ.

Препарати, запропоновані нами для лікування СПК, можна застосовувати під час вагітності у всіх триместрах вагітності.

Зручність використання, безпечність та хороша переносимість забезпечують високу комплаєнтність хворих та дозволяють нормалізувати роботу ШКТ, не лише покращити загальний стан жінки, знімаючи загрозу переривання вагітності, а й запобігти розвитку депресії.

Список використаної літератури

- Баранская Е. К. Боль в животе: клинический подход к больному и алгоритм лечения. Место спазмолитической терапии в лечении абдоминальной боли / Е. К. Баранская // Фарматека. – 2005. – № 14. – С. 1–8.
- Бельмер С. В. Метеоризм: проблема, причины, устранение / С. В. Бельмер // Чаша здоровья. – 2005. – № 1 (9). – С. 5–7.
- Вегетативные расстройства. [Руководство для врачей]. / под ред. проф. А. М. Вейна. – М., 1998. – 234 с.
- Гаспарян Н. Д. Современные представления о механизме регуляции сократительной деятельности матки / Н. Д. Гаспарян, Е. Н. Карева // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2003. – Т. 3, № 2. – С. 9–15.
- Ивашкин В. Т. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. Римские критерии / В. Т. Ивашкин, В. М. Нечаев // Болезни органов пищеварения. – 2000. – Т. 2, № 2. – С. 20–22.
- Ивашкин В. Т. Избранные лекции по гастроэнтерологии / В. Т. Ивашкин, А. А. Шептулин. – М.: Медпресс, 2001. – 82 с.
- Мун Н. В. Состояние моторной функции толстой кишки у женщин во время беременности / Н. В. Мун, А. Л. Бейлин, А. П. Тупикина – Здравоохр. Казахстана, 1985. – 250 с.
- Сидорова И. С. Физиология и патология родовой деятельности / И. С. Сидорова. – М.: МЕДпресс, 2000. – 230 с.
- Шептулин А. А. Синдром раздраженного кишечника / А. А. Шептулин // Рус. мед. журн. – 1977. – № 5 (22). – С. 5–12.
- Шехтман М. М. Болезни органов пищеварения и крови у беременных / М. М. Шехтман, Г. М. Бурдули. – М.: Триада-Х, 1997.
- Clinical Gastroenterology and Hepatology / C. J. Kahi, T. F. Imperiale, B. E. Juliar, D. K. Rex – 2009. – Vol. 7. – P. 770–775.
- Evaluation of the usefulness of dimethicone and/or senna extract in improving the visualization of abdominal organs / W. Heldwein, T. Sommerlatte, J. Hasford [et al.] // Journal of Clinical Ultrasound. – 2000. – Vol. 15. – P. 8–455.
- Leung A. K. Infantile colic: a review / A. K. Leung, J. F. Lemay // JR. Soc. Health. – 2004. – Vol. 124 (4). – P. 162–166.
- Nyrop K. A. Costs of health care for irritable bowel syndrome, chronic constipation, functional diarrhea and functional abdominal pain / K. A. Nyrop, O. S. Pallsson, R. L. Levy // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2007. – Vol. 26, № 2. – P. 237–242.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

В.Н. Тудай, В.В. Баранова, Ю.В. Давыдова

В статье приведены собственные наблюдения и исследования эвакуаторно-моторной дисфункции кишечника на фоне беременности, возникающей вследствие патофизиологических и функциональных нарушений, а также физиологических и психологических особенностей, которые впоследствии создают предпосылки для развития патологических состояний физиологического течения беременности. Определены основные направления развития психологической и медицинской коррекции.

Ключевые слова: беременные женщины, диспепсические явления, патология кишечника, психологические и эмоциональные особенности.

PECULIARITIES EMOTIONAL STATE AND CLINICAL MANIFESTATIONS IN PREGNANT WOMEN WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME

V. Tuday, V. Baranova, Yu. Davydova

This article presents data evacuation-motor dysfunction of the intestine on a background of pregnancy that occur due to pathophysiological and functional disorders, as well as physiological and psychological characteristics, which subsequently create the preconditions for the development of pathological conditions of physiological pregnancy based on their own observations and research. The main directions of development of psychological and medical correction.

Key words: pregnant women, dyspepsia, bowel pathology, psychological and emotional peculiarities.

О.П. Венгер

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЕМІГРАНТІВ ТА РЕЕМІГРАНТІВ

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

or_venger@mail.ru

Ключові слова:
депресивні розлади,
емігранти, реемігранти.

Метою дослідження було вивчення особливостей психоемоційного стану емігрантів та реемігрантів і встановлення основних характеристик та відмінностей, асоційованих з фактором еміграції (рееміграції). Для цього було обстежено 198 емігрантів, 196 реемігрантів та 191 неемігрантів з використанням опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R). У емігрантів виявлено більшу ураженість тривожно-депресивними розладами і більш виражені ознаки стеночного реагування, що проявлялося у збільшенні показників за шкалами соматизації, обсесивно-компульсивних розладів та ворожості (меншою мірою). У реемігрантів більшою мірою виражені депресивні та астено-депресивні прояви, тенденція до астеночного типу реагування, що виявляється збільшенням показників за шкалами депресії та міжособистісної чутливості. У цілому хворим із психогенними депресивними розладами притаманний більш тісний зв'язок змін у психоемоційній сфері з фактором еміграції (рееміграції), порівняно з хворими на ендогенні та органічні депресії. Одержані дані можуть бути використані для розробки адресних профілактичних та лікувально-реабілітаційних заходів щодо депресивних розладів у емігрантів та реемігрантів.

Проблема еміграції та рееміграції в Україні входить до числа найактуальніших державних та суспільних проблем. Еміграція є одним із наймасовіших соціальних процесів у світі та останніми роками має очевидну тенденцію до зростання. За різними даними, кількість українських мігрантів оцінюється у 6,5–7 млн осіб; однак, з урахуванням великої кількості нелегальних мігрантів, ці дані можуть бути значно заниженими [1, 4]. Самостійну соціальну, медико-психологічну та психіатричну проблему являє собою рееміграція, масштаби якої зіставні з масштабами еміграції. Хоча проблема еміграції та рееміграції має значну соціальну та медичну значущість в Україні, її дослідженню та вирішенню не приділяється належної уваги.

Актуальність. Депресивні розлади є однією з найпоширеніших та найнебезпечніших психічних патологій. Ураженість населення афективними розладами сягає 5–10%; депресія вже сьогодні є частою причиною непрацездатності, а до 2020 року, за експертними оцінками, стане найпоширенішим захворюванням, обігнавши серцево-судинні та інфекційні захворювання [5, 6]. Міграція з сучасних наукових позицій розглядається як один з факторів, що негативно впливає на стан психічного здоров'я, спричинює трансформацію особистісного реагування та дезадаптацію особистості, провокує маніфестацію або екзацербацию ендогенних психічних захворювань [10, 11, 12]. Рядом досліджень встановлено наявність негативних особистісних змін, асоційованих з міграцією: емоційної нестійкості, тривожності, фрустрованості, психічної дезадаптації, депресивних розладів [2, 7, 8].

Незважаючи на певну активізацію досліджень останніми роками, наукові дані щодо структури і поширеності психічних розладів серед емігрантів є недостатніми і вкрай суперечливими. Практично не вивчені клінічні особливості депресивних розладів у емігрантів з урахуванням різного їх генезу, не досліджено особистісні та соціальні особливості мігрантів, які страждають на депресивні розлади, не встановлено структуру цих розладів, не розроблено ефективних методів їх прогнозування, лікування та профілактики. Наукові дослідження депресивних розладів у реемігрантів взагалі відсутні, в Україні проблемі їх психічного здоров'я уваги практично не приділялося. Розв'язання проблеми адекватної психологічної адаптації емігрантів та реемігрантів, і профілактики у них депресивних розладів неможливе без ґрунтового дослідження особливостей психоемоційного стану, що базується на використанні сучасних валідних та інформативних психодіагностичних методик.

Дослідження особливостей психоемоційного стану емігрантів та реемігрантів є важливим елементом встановлення закономірностей патогенетичних механізмів депресивних розладів, становить основу для розробки профілактичних, лікувальних та реабілітаційних заходів і має вагомe суспільне та медичне значення.

Мета дослідження – вивчити особливості психоемоційного стану емігрантів та реемігрантів, встановити основні характеристики та відмінності, асоційовані з фактором еміграції (рееміграції).

Матеріали та методи дослідження

Для виконання поставлених завдань, за допомогою опитувальника виразності психопатологічної симп-

томатики Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R [9], ми досліджували 585 хворих із різними формами депресивних розладів, які перебували на лікуванні у Тернопільській обласній психоневрологічній лікарні за період 2010 – 2014 рр., у яких остаточний клінічний діагноз депресивного розладу встановлено відповідно до критеріїв МКХ-10 [3] (таблиця). Для встановлення закономірностей впливу фактора еміграції (реєміграції) на клініко-психопатологічні особливості депресивних розладів ми сформували наступні клінічні групи: 1) особи, які постійно (щонайменше впродовж останнього року) проживали за межами України, на момент обстеження тимчасово прибули в Україну і планували найближчим часом повернутися за кордон (емігранти) – загальною чисельністю 198 чол.; 2) особи, які не менше року мешкали за межами України і впродовж останнього року повернулися для постійного проживання в Україні (реємігранти) – 196 чол.; 3) особи, які постійно проживають в Україні та ніколи не виїжджали за її межі для тривалого проживання (неємігранти) – 191 чол.

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

Результати та їх обговорення

У хворих на психогенні депресивні розлади були виявлені значущі відмінності у виразності психопатологічної симптоматики залежно від фактора еміграції (реєміграції). Так, показник за шкалою соматизації, що відображає дистрес внаслідок неприємних соматичних відчуттів (соматовегетативний компонент), є найвищим у емігрантів – (0,87±0,53) балів проти (0,66±0,40) балів у реємігрантів та (0,51±0,34) балів у неємігрантів. Розбіжності значущі при порівнянні груп неємігрантів та емігрантів ($p<0,01$), неємігрантів та реємігрантів ($p<0,05$), емігрантів та реємігрантів ($p<0,05$). Аналогічні закономірності виявлені при дослідженні виразності обсессивно-компульсивних розладів: найвищий показник за цією шкалою був у емігрантів ((1,43±0,77) балів), дещо менший – у реємігрантів ((1,13±0,44) балів), і найменший – у неємігрантів ((0,98±0,48) балів). Розбіжності значущі при порівнянні груп неємігрантів та емігрантів ($p<0,01$), неємігрантів та реємігрантів ($p<0,1$), емігрантів та реємігрантів ($p<0,05$). Найбільшою мірою група

емігрантів відрізняється за показниками тривожності – (1,73±1,07) балів проти (1,32±0,84) балів у реємігрантів та (1,07±0,98) балів у неємігрантів. Значущі розбіжності виявлені для груп неємігрантів та емігрантів ($p<0,01$), неємігрантів та реємігрантів ($p<0,05$) і емігрантів та реємігрантів ($p<0,05$). Також у емігрантів були виявлені дещо вищі показники за шкалами ворожості (що включає думки, почуття або дії, що є проявами негативного афективного стану злості – агресію, дратівливість, гнів та обурення): (0,72±0,92) балів, порівняно з реємігрантами ((0,60±0,85) балів) та неємігрантами ((0,57±0,90) балів), однак значущі розбіжності ($p<0,1$) виявлені лише при порівнянні емігрантів та неємігрантів. Аналогічні закономірності виявлені при аналізі показників фобічної тривожності (стійка реакція страху на певних людей, місця, об'єкти або ситуації, що характеризується як ірраціональна і супроводжується поведінкою уникання): у неємігрантів вони є найнижчими (0,61±0,39 балів), у реємігрантів – помітно вищими (0,68±0,29 балів), а у емігрантів – найвищими (0,74±0,54). Натомість, у реємігрантів найбільш вираженими були показники, що характеризують депресивні та астенічні тенденції. Так, показник депресії у цій групі склав (2,98±0,35) балів (у емігрантів (2,61±0,59) балів, у неємігрантів (2,40±0,45) балів), розбіжності значущі при порівнянні груп неємігрантів та емігрантів ($p<0,05$), неємігрантів та реємігрантів ($p<0,01$), і емігрантів та реємігрантів ($p<0,01$). Показник міжособистісної сенситивності (відчуття власної неадекватності або неповноцінності, особливо при порівнянні себе з іншими) у реємігрантів склав (1,24±0,33) балів, що значуще ($p<0,05$) більше, ніж у емігрантів ((1,15±0,35) балів) та неємігрантів ((0,95±0,29) балів). Очевидно, що підвищення показників за цими шкалами є відображенням найбільшої виразності фрустраційних тенденцій серед реємігрантів та переживанням власної неповноцінності та неспроможності як під впливом депресивних переживань, так і внаслідок усвідомлення об'єктивних проблем і труднощів. Показники паранойяльності та психотизму, що є відображенням порушень мислення та проявів психозу, нетипові для депресивних розладів, і у дослідженого контингенту виражені слабко (0,1 – 0,5 балів), без значущих розбіжностей між групами емігрантів та реємігрантів.

Загальний показник за даними опитувальника SCL-90 є найбільшим у емігрантів ((1,25±0,51) балів), дещо мен-

Таблиця. Нозологічна структура депресивних розладів у емігрантів та реємігрантів, порівняно з неємігрантами

Нозологія	Неємігранти	Емігранти	Реємігранти
Психогенні депресивні розлади			
Пролонгована депресивна реакція, зумовлена розладом адаптації (F43.21)	38	33	29
Змішана тривожна та депресивна реакція, зумовлена розладом адаптації (F43.22)	31	35	38
Всього	69	68	67
Ендогенні депресивні розлади			
Біполярний розлад, поточний епізод депресії (F31.3, F31.4)	15	18	19
Депресивний епізод (F32.1, F32.2)	17	12	11
Рекурентний депресивний розлад (F33.1, F33.2)	33	36	33
Всього	65	66	63
Депресивні розлади органічного генезу			
Органічні афективні розлади (F06.3)	64	62	61

шим – у реемігрантів ($(1,21 \pm 0,33)$ балів), і найнижчим – у неемігрантів ($(0,99 \pm 0,38)$ балів). Значущі розбіжності виявлені при порівнянні груп неемігрантів та емігрантів ($p < 0,01$), неемігрантів та реемігрантів ($p < 0,01$).

Індекс прояву симптоматики (кількість пунктів, на які дана позитивна відповідь – від 1 до 4 балів) також є найвищим у емігрантів – ($44,87 \pm 11,40$) балів проти ($43,64 \pm 8,72$) балів у реемігрантів та ($38,77 \pm 10,33$) балів у неемігрантів. Значущі розбіжності виявлені при порівнянні груп неемігрантів та емігрантів ($p < 0,01$), неемігрантів та реемігрантів ($p < 0,01$).

Натомість, індекс виразності дистресу є найвищим у реемігрантів ($(2,45 \pm 0,23)$ балів), дещо меншим – у емігрантів ($(2,40 \pm 0,42)$ балів), і найменшим – у неемігрантів ($(2,25 \pm 0,29)$ балів). Розбіжності значущі при порівнянні груп неемігрантів та емігрантів ($p < 0,05$) та неемігрантів і реемігрантів ($p < 0,01$).

Таким чином, для реемігрантів типовою є більша виразність депресивних та астено-невротичних проявів, тоді як для емігрантів – тривожних, фобічних та соматизованих розладів.

Для хворих на ендогенні депресивні розлади характерні більш глибокі зміни у афективній і пов'язаних з нею сферах. При цьому особливості психопатологічної симптоматики у них мають як спільні риси з хворими на психогенні депресії, так і певні відмінності. Зокрема, виразність проявів соматизації є найбільшою у емігрантів (середній показник $(1,17 \pm 0,83)$ балів), меншою – у реемігрантів ($(0,83 \pm 0,48)$ балів), і найменшою – у неемігрантів ($(0,77 \pm 0,70)$ балів). Значущі розбіжності виявлені при порівнянні груп неемігрантів та емігрантів ($p < 0,01$), неемігрантів та реемігрантів ($p < 0,05$), емігрантів та реемігрантів ($p < 0,05$). Аналогічні закономірності виявлені для розладів тривожного спектра: тривожності (показники відповідно $(1,90 \pm 1,10)$ балів, $(1,47 \pm 0,97)$ балів та $(1,14 \pm 1,01)$ балів, розбіжності значущі для груп неемігрантів та емігрантів ($p < 0,01$), неемігрантів та реемігрантів ($p < 0,05$), емігрантів та реемігрантів ($p < 0,05$), обсесивно-компульсивних розладів (відповідно $(1,54 \pm 0,66)$ балів, $(1,34 \pm 0,52)$ балів та $(1,07 \pm 0,44)$ балів, розбіжності значущі для груп неемігрантів та емігрантів ($p < 0,01$), неемігрантів та реемігрантів ($p < 0,01$), емігрантів та реемігрантів ($p < 0,1$), та фобічної тривожності (відповідно $(0,76 \pm 0,44)$ балів, $(0,68 \pm 0,23)$ балів та $(0,67 \pm 0,40)$ балів, розбіжності значущі при порівнянні неемігрантів та емігрантів ($p < 0,1$), неемігрантів та реемігрантів ($p < 0,05$). Показник ворожості незначно більшим є у неемігрантів, ніж у емігрантів (відповідно $(0,66 \pm 0,82)$ балів, $(0,59 \pm 0,87)$ балів та $(0,58 \pm 0,90)$ балів, однак розбіжності між групами, на відміну від психогенної депресії, є незначущими. Також незначущими є розбіжності за показниками психотизму та паранойяльних симптомів. Щодо проявів депресії, то вони є найбільш вираженими у реемігрантів ($(3,18 \pm 0,26)$ балів), дещо меншими – у емігрантів ($(2,79 \pm 0,42)$ балів) і найменшими – у неемігрантів ($(2,63 \pm 0,30)$ балів). Розбіжності значущі при порівнянні показників усіх груп ($p < 0,01$). Показник міжособистісної сенситивності також є найвищим у реемігрантів ($(1,36 \pm 0,45)$ балів), однак, друге місце займають неемігранти ($(1,10 \pm 0,32)$ бали), і найнижчий показник виявлений у емігрантів ($(1,07 \pm 0,49)$ балів). Значущі розбіжності виявлені при

порівнянні груп неемігрантів та реемігрантів ($p < 0,01$) і емігрантів та реемігрантів ($p < 0,01$). Таким чином, прояви міжособистісної сенситивності (у хворих на депресивні розлади вона проявляється насамперед відчуттям власної неповноцінності та неспроможності) у емігрантів є найменш вираженими, що, на наш погляд, є відображенням специфічного соціального-психологічного статусу емігрантів, які мають більші можливості для заробітку і позбавлені ряду актуальних проблем, притаманних сучасному українському суспільству. Реемігрантам, які з тих чи інших причин не змогли реалізувати себе під час роботи за кордоном і змушені повернутися на батьківщину, притаманна найнижча самооцінка і найвищі рівні міжособистісної сенситивності, що також, на наш погляд, є адекватним наслідком психологічної переробки ситуації депривації, необхідності адаптуватися до складних реалій та фрустраційних проявів.

Інтегральний показник серед хворих на ендогенні депресивні розлади є найбільшим у емігрантів ($(1,38 \pm 0,47)$ балів), незначно меншим – у реемігрантів ($(1,34 \pm 0,35)$ балів), і суттєво нижчим – у неемігрантів ($(0,77 \pm 0,70)$ балів). Значущі розбіжності виявлені при порівнянні груп неемігрантів та емігрантів ($p < 0,01$), неемігрантів та реемігрантів ($p < 0,01$).

Аналогічно, найвищий індекс прояву симптоматики виявлений у емігрантів – ($47,82 \pm 11,08$) балів, менший – у реемігрантів ($(46,05 \pm 9,88)$ балів), і найменший – у неемігрантів ($(44,51 \pm 12,75)$ балів). Розбіжності виявлені лише при порівнянні груп неемігрантів та емігрантів ($p < 0,1$).

Індекс виразності дистресу є найвищим у реемігрантів ($(2,60 \pm 0,16)$ балів), дещо меншим – у емігрантів ($(2,53 \pm 0,34)$ балів), і найнижчим – у неемігрантів ($(2,30 \pm 0,28)$ балів). Розбіжності значущі при порівнянні груп неемігрантів та емігрантів ($p < 0,01$) і неемігрантів та реемігрантів ($p < 0,01$).

Депресивні розлади органічного генезу є більш ригідними у плані психопатологічної симптоматики. Однак, фактор еміграції (рееміграції) чинить певний вплив на особливості психопатологічних проявів і у цій групі хворих. Так, значущі розбіжності у показниках між усіма групами (емігрантів, реемігрантів та неемігрантів) були виявлені за соматизацією (відповідно $(1,33 \pm 0,68)$ балів, $(0,93 \pm 0,32)$ балів та $(0,91 \pm 0,64)$ балів), тривожністю (відповідно $(1,99 \pm 0,67)$ балів, $(1,68 \pm 0,60)$ балів та $(1,43 \pm 1,03)$ балів), фобічною тривожністю ($(0,91 \pm 0,45)$ балів, $(0,75 \pm 0,31)$ балів та $(0,66 \pm 0,39)$ балів). Як видно з таблиць, для усіх цих шкал найвищі показники виявляються у емігрантів, найнижчі – у неемігрантів, а показники реемігрантів займають проміжне положення. Натомість, показники за депресією та міжособистісною сенситивністю є найвищими у реемігрантів (відповідно $(3,16 \pm 0,48)$ балів та $(1,43 \pm 0,40)$ балів), меншими у емігрантів (відповідно $(2,92 \pm 0,41)$ балів та $(1,21 \pm 0,34)$ балів), і найменшими – у неемігрантів (відповідно $(2,66 \pm 0,51)$ балів та $(1,11 \pm 0,38)$ балів). Значущі розбіжності між групами неемігрантів та емігрантів, емігрантів та реемігрантів виявлені також за обсесивно-компульсивними розладами (відповідно $(1,10 \pm 0,63)$ балів, $(1,49 \pm 0,51)$ балів та $(1,25 \pm 0,61)$ балів). За рештою показників значущих розбіжностей не виявлено.

Інтегральний показник значуще ($p < 0,01$) відрізняється у групах неемігрантів ($(1,22 \pm 0,40)$ балів) та емігрантів

((1,47±0,36) балів), а також неемігрантів та реемігрантів ((1,40±0,30) балів), як і індекс прояву симптоматики ((44,72±10,91) балів, (51,31±7,97) балів та (50,23±5,98) балів відповідно).

Індекс виразності дистресу є значуще вищим у емігрантів ((2,55±0,27) балів), порівняно з неемігрантами ((2,42±0,32), $p<0,05$), у реемігрантів він займає проміжне положення (2,49±0,33).

Висновки

Проведене дослідження виявило ряд важливих особливостей у психоемоційному стані хворих на депресивні розлади різного генезу емігрантів та реемігрантів. Було встановлено найбільш виражені прояви депресивних та астено-депресивних розладів, а також ознак дистресу у реемігрантів, а атипових (соматизованих, obsесивно-компульсивних) форм – у емігрантів. При цьому найбільший вплив фактора еміграції (рееміграції) виявлений у групі психогенних депресивних розладів, а найменший – органічних. Виявлені закономірності свідчать про більшу ураженість реемігрантів депресивними розладами, що може розглядатися як наслідок інтрапсихічної переробки актуальної соціально-психологічної ситуації фрустрації, розчарування та зневіри. Натомість, більша поширеність тривожно-депресивних розладів (з переважанням стеничного компонента реагування) у емігрантів може бути наслідком об'єктивної оцінки реальної ситуації з побоюваннями щодо можливості продовження роботи за кордоном у зв'язку із психічним захворюванням. Водночас, слід враховувати також специфічні особистісні риси емігрантів, що також можуть мати певний вплив на актуальний психоемоційний стан.

Перспективи подальших досліджень у цій сфері, на нашу думку, слід пов'язувати із комплексною оцінкою

патологічних змін психоемоційної сфери емігрантів та реемігрантів у контексті всієї повноти клінічних та соціальних факторів, а також розробкою на підставі цих даних нових підходів до лікування та профілактики депресивних розладів у емігрантів та реемігрантів.

Список використаної літератури

1. Міграція в Україні: факти і цифри / Міжнародна організація з міграції. – Київ: Представництво МОМ в Україні. – 2011. – 7 с.
2. Кириленко Я. Інтердисциплінарні аспекти міграції [Електронний ресурс] / Я. Кириленко, Е. Чуманська // Архів Національної бібліотеки ім. В. Вернадського. – 2011. – Т. 15, № 2 (55). – С. 52 – 53. Режим доступу: http://archive.nbuv.gov.ua/portal/chem_biol/Tzhp/2011_2/pdf/52-53.pdf
3. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятый пересмотр). – Женева: Всемирная организация здравоохранения. – 1995. – С. 313–393.
4. Щорічна Доповідь про стан дотримання та захисту прав і свобод людини в Україні Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини: Постанова Верховної Ради України від 05.04.2011 року № 3194-VI // Голос України. – 2011. – № 35. – С. 23–29.
5. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицинской практике / А. Б. Смулевич. – М.: Берг, 2000. – С. 7–12.
6. Депрессия: информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения № 369. – Женева: Всемирная организация здравоохранения. – 2012. – С. 1–3.
7. Некоторые особенности психологической адаптации мигрантов [Электронный ресурс] / В. Б. Колянова, В. П. Борjak, Н. В. Барнаш, Л. В. Михайленко // Режим доступу: http://migrocenter.ru/publ/konfer/kavkaz/m_kavkaz030.php
8. Иванова М. В. Психическое здоровье мигрантов (клинический, социально-психологический и реабилитационный аспекты): дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: 14.01.18 / Марина Владимировна Иванова; Государственное учреждение Научно-исследовательский институт психического здоровья Сибирского отделения Российской Академии Медицинских наук. – Томск, 2007. – 205 с.
9. Derogatis L. R. The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Primary Care / L. R. Derogatis, K. L. Savitz // M. E. Maruish, ed.: Handbook of psychological assessment in primary care settings. – 2000. – Vol. 236. – P. 297–334.
10. Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to the Netherlands / J. P. Selten, N. Veen, W. Feller [et al.] // British Journal of Psychiatry. – 2001. – № 178. – P. 367–372.
11. The mental health of migrants / B. E. Gavin, B. D. Kelly, A. Lane [et al.] // Irish Medical Journal. – 2001. – Vol. 94. – P. 229–230.
12. Lauber C. Patterns of Psychiatric Inpatient Care in Migrants: Results from Switzerland / C. Lauber, B. Lay, W. Rossler // Swiss Medical Weekly. – 2006. – № 135. – P. 50–56.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭМИГРАНТОВ И РЕЭМИГРАНТОВ

Е.П. Венгер

Целью исследования было изучение особенностей психоэмоционального состояния эмигрантов и реэмигрантов, и установление основных характеристик и различий, ассоциированных с фактором эмиграции (реэмиграции). Для этого было обследовано 198 эмигрантов, 196 реэмигрантов и 191 неэмигрантов с помощью опросника выраженности психопатологической симптоматики Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R). У эмигрантов выявлены большая выраженность тревожно-депрессивных расстройств и более явные признаки стенического реагирования, что проявлялось в увеличении показателей по шкалам соматизации, obsесивно-компульсивных расстройств и враждебности (в меньшей степени). У реэмигрантов в большей степени выражены депрессивные и астено-депрессивные проявления, тенденция к астеническому типу реагирования, что проявляется увеличением показателей по шкалам депрессии и межличностной чувствительности. В целом больным с психогенными депрессивными расстройствами присуща более тесная связь изменений в психоэмоциональной сфере с фактором эмиграции (реэмиграции), по сравнению с больными эндогенными и органическими депрессиями. Полученные данные могут быть использованы для разработки адресных профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий при депрессивных расстройствах у эмигрантов и реэмигрантов.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, эмигранты, реэмигранты

FEATURES OF A PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF EMIGRANTS AND RE-EMIGRANTS

O. Venger

The aim of the study was to investigate the characteristics of immigrants emotional state and re-emigrants, and establishing the main characteristics and differences associated with emigration factor (re-emigration). This was examined 198 immigrants, 196 re-emigrants and 191 not immigrants with help of severity of psychopathology Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R). For most immigrants prevalence of anxiety-depressive disorders and more pronounced signs sthenic response that was manifested in the increase in the scales of somatization, obsесive-kompulsivn frustration and hostility (at least) was found. For re-emigrants depressive and asthenic-depressive manifestations, tendency to asthenic type of response, manifested increase in the scales of depression and interpersonal sensitivity are more pronounced. In general, patients with psychogenic depressive disorders inherent closer link changes in the field of psycho-emotional factor emigration (re-emigration) compared with patients with endogenous depression and organic. The resulting data can be used to develop targeted prevention and treatment and rehabilitation measures for depressive disorders for immigrants and re-emigrants.

Key words: depressive disorders, immigrants, returnees

О.В. Вороніна

**ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ НА ТЛІ
ТЮТЮНОКУРІННЯ ТА ТЮТЮНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ (ДІАГНОСТИКА, КЛІНІКА,
ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА)**

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

Ключові слова:

студенти-медики,
непсихотичні психічні
та поведінкові розлади,
тютюнокуріння,
тютюнова залежність,
особи молодого
віку, психогігієна,
психопрофілактика,
психотерапія,
комплексне лікування,
ефективність.

Стаття присвячена вивченню проблеми психічних і поведінкових розладів на тлі тютюнопаління та тютюнової залежності в осіб молодого віку. Комплексне психодіагностичне дослідження дозволило встановити гендерні особливості формування тютюнової залежності, а також мотиваційну структуру початку куріння і рецидиву тютюнової залежності, проаналізувати тип поведінки тютюнозалежних, ступінь ніотинової залежності і дезадаптивні характеристики особистості на її ініціальному етапі формування. Оцінено вплив психічних і поведінкових розладів у осіб молодого віку на ініціацію куріння і їх прогресування при тютюновій залежності. Досліджено зміни типу характеру особистості курців і копінг-стратегії студентів-медиків, зниження якості життя на ініціальному етапі тютюнової залежності, їх гендерні особливості. Проведена оцінка ефективності комплексної психотерапії, науково обгрунтована, розроблена і впроваджена система психогігієни, психопрофілактики та психотерапії в комплексному лікуванні осіб молодого віку з непсихотичними психічними та поведінковими розладами на тлі ТК.

Актуальність. Сучасні проблеми системи охорони здоров'я в Україні мають комплексний характер, що зумовлює необхідність оновлення її політики, розробку і реалізацію нових стратегій і програм, у тому числі психопрофілактичних та психотерапевтичних [5].

Однією з найактуальніших медико-соціальних проблем є тютюнокуріння (ТК), яке пов'язане зі зростанням смертності і зниженням працездатності курців у найактивнішому віці через неспецифічні захворювання [2, 7, 15].

Особливо непоправної шкоди здоров'ю завдає ТК у пубертатному періоді, коли через інтенсивний ріст, фізіологічну перебудову організму підвищується чутливість визначених функцій мозку до екзогенних шкідливостей і змінюється реактивність організму [10]. Найактуальнішою є поширеність ТК в молодіжному середовищі, адже саме цей вік є основою її ініціації.

Тютюнокуріння та тютюнова залежність (ТЗ) є складним поведінковим актом, у виникненні та розвитку якого беруть участь не тільки фізіологічні, а й цілий комплекс соціальних і психологічних чинників.

На сьогодні проведено значну кількість медико-соціальних досліджень, спрямованих на аналіз і поглиблене вивчення шкідливого впливу активного і пасивного ТК на формування та прогресування психічних і поведінкових розладів у осіб, які курять [16]. Встановлено, що у розвитку ТЗ важливу роль відіграють преморбідні риси особистості, які детермінують особливості і стаж ТК [1, 3, 8].

Все більшу увагу звертають автори на взаємозв'язок психічних та поведінкових розладів, пов'язаних із ТК [6, 9].

Зокрема, ніотинова залежність корелює з підвищеним ризиком афективних, особистісних розладів, а

також з тривожною іпохондрією, тривожно-фобічним і тривожно-депресивним синдромом [12].

Лікуванню тютюнової залежності та психопрофілактиці рецидивів присвячена значна кількість фахових наукових робіт [11], проте до сьогодні проблема взаємозалежного прогресування коморбідних психічних розладів та ТЗ залишається до кінця не дослідженою.

Проведення комплексної психофармакотерапії ТЗ у хворих з непсихотичними психічними та поведінковими розладами неможливе без врахування преморбідних рис особистості [13, 14]. Основним призначенням психотерапії та психопрофілактики ТК і ТЗ є перешкоджання психологічним та поведінковим факторам, які призводять до формування потягу до ніотину, і сприяння зростанню адаптаційних можливостей особистості. Проте наукові роботи вітчизняних авторів присвячені переважно наркотичним та алкогольним залежностям і не включають системного аналізу всього арсеналу копінг-ресурсів молодих осіб із ТЗ [4].

Невід'ємним компонентом досліджень ТЗ та розробки тактики психотерапії у комплексному лікуванні є методологія доказової медицини, що дозволяє виявити мішені для превентивних психотерапевтичних заходів. Своєчасне виявлення у студентів-медиків психічних і поведінкових розладів сприятиме зменшенню поширеності серед молодих осіб ТК, а розробка системи психогігієни, психопрофілактики і психотерапії ТК та ТЗ в осіб молодого віку, із урахуванням наявності у них психічних та поведінкових розладів, є актуальною і своєчасною.

Мета дослідження – на основі вивчення механізмів формування клініко-психопатологічних і психологічних особливостей психічних і поведінкових розладів у сту-

дентів-медиків, які курять, розробити і науково обґрунтувати нові підходи щодо їх профілактики та лікування.

Для досягнення поставленої мети були визначені наступні **задачі**:

1. Провести інформаційно-аналітичний аналіз клініко-епідеміологічних досліджень поширеності психічних та поведінкових розладів у студентів-медиків, які курять.

2. Виявити клініко-психопатологічні та психологічні особливості психічних і поведінкових розладів у студентів-медиків, які курять.

3. Дослідити механізми виникнення, структуру і гендерні особливості психічних та поведінкових розладів у досліджуваного контингенту.

4. Вивчити особливості копінг-стилю поведінки та якості життя у досліджуваних залежно від контексту стресогенної ситуації і ризиків ініціації тютюнокуріння та тютюнової залежності.

5. Дослідити мотивацію відмови від куріння, причини низької ефективності лікування та рецидиву у осіб жіночої і чоловічої статей на ініціальній стадії захворювання.

6. Науково обґрунтувати, розробити і впровадити в практику лікувальних закладів МОЗ України і установ МОН України нові підходи до профілактики та лікування психічних і поведінкових розладів у студентів-медиків, які курять.

Об'єкт дослідження – особливості неспсихотичних психічних та поведінкових розладів у студентів-медиків, які курять та мають тютюнову залежність.

Предмет дослідження – причини, механізми формування та клініко-психопатологічні особливості неспсихотичних психічних і поведінкових розладів у студентів-медиків із тютюнокурінням та тютюновою залежністю.

Методи дослідження: інформаційно-аналітичний, клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний і статистичний.

Практичне значення результатів дослідження. Виявлені клініко-психопатологічні і психологічні особливості дозволяють запропонувати тактику комплексної психотерапії в лікуванні ТЗ на ранніх етапах її розвитку і тим самим впливати на психопрофілактику ТК у осіб молодого віку.

У дослідженні визначено і проаналізовано можливі причини неефективності лікування, що допомагає у виділенні фокус-групи молодих курців, які потребують диференційованого підходу в терапії неспсихотичних психічних та поведінкових розладів.

Встановлено, що найуразливішим, з точки зору рецидиву ТЗ, є перший місяць після проведеного курсу лікування на ініціальній стадії розвитку залежності. Отримані дані є підставою до розробки індивідуалізованої психотерапевтичної роботи на мотиваційному рівні з метою надання студентам-медикам психологічної підтримки.

Представлені у роботі дані створюють передумови для розробки критеріїв оцінки ефективності психопрофілактики і психотерапії, які сприяють підвищенню якості життя тютюнозалежної студентської молоді та оптимізують ефективність лікування. Отримані результати дозволяють краще розуміти психологічні механізми ранньої ініціації ТК у осіб молодого віку та зриву ремісії.

Результати дослідження впроваджені в роботу наркологічних закладів МОЗ України та профільних кафедр ВУЗів МОЗ України Києва, Харкова, Вінниці, Одеси, Львова, що підтверджується відповідними актами впровадження.

Матеріали та методи дослідження

У основу наукового дослідження покладено матеріали обстеження 573 студентів I–VI курсів медичного факультету №1 (лікувальна справа) Одеського національного медичного університету. Оцінку психічного та фізичного здоров'я було проведено у 266 студентів, які визначили себе як активних курців за «Уніфікованою картою учасника дослідження». Досліджували структуру психічних та поведінкових розладів у осіб молодого віку з ТК і ТЗ, якість життя курців та ефективність психопрофілактики і психотерапії у комплексному лікуванні.

Переважає більшість респондентів з ТК були у віці 18–23 роки. З них 18,2% студентів почали курити у віці до 8 років (стаж куріння 10–12 років). У період навчання в медичному ВНЗ в 1,6 раза зросла кількість тютюнозалежних.

У структурі мотивації до ТК встановлено наступні чинники у жінок і чоловіків: зацікавленість (20,8% і 26,5%), бажання розслабитись (10,7% і 14,5%), під впливом друзів (13,4% і 9,4%) та батьків (8,5% і 4,7%).

Статус куріння студентів оцінювали за такими параметрами: з метою виявлення наявності і ступеня виразності тютюнової залежності використаний тест Фагерстрома, для уточнення ступеня тяжкості та мотивації куріння, дослідження типу курильної поведінки – методу Д. Хорна (D. Horn, 1969).

Процедуру обстеження студентів-медиків здійснювали у два етапи: 1) етап скринінгового дослідження; 2) етап клінічної верифікації емоційних порушень та ступеня нікотинної залежності. В якості інструменту для виявлення тривожної і депресивної симптоматики використали Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS) (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983). Для детальнішої кваліфікації стану та оцінки ступеня виразності тривожної і депресивної симптоматики, а також для оцінки емоційних порушень застосували шкалу проявів тривоги (J. Teylor, 1953), агресивності (Buss-Durkey, 1957), акцентуації особистості (K. Leonhard, H. Schmieschek, 1970), шкалу розладів адаптації (Holmes, Rage, 1995), методик діагностики копінг-стратегій і типології психологічного захисту.

Для вивчення якості життя (ЯЖ) застосовували загальноприйнятну шкалу опитувальника «Якості життя» (Quality of Life, QoL), що складається з 11 розділів, а результати представляються у вигляді оцінок у балах за 8-ма шкалами, складеними таким чином, що більш висока оцінка вказує на вищий рівень ЯЖ.

Результати та їх обговорення

Аналізуючи ступінь виразності ТЗ за тестом Фагерстрома у 71,0% виявлено слабку залежність, у 24,4% – помірно виражену, а у 4,6% респондентів – сильно виражену нікотинну залежність. Курці із слабкою ТЗ надавали перевагу «легким» («Lights») цигаркам (52,3% дівчат, 42,7% юнаків), а студенти із середнім і високим ступенями – цигарки з нормальним і високим вмістом смол

(40,1% юнаків викурюють до 20 цигарок на добу, а 51% дівчат до 10 цигарок). Середня інтенсивність ТК становила ($13,7 \pm 1,3$) цигарок в день: ($16,6 \pm 1,8$) у чоловіків і ($11,5 \pm 1,3$) у жінок ($p < 0,01$).

Більше половини студентів (53% жінок і 52,1% чоловіків) робили спроби кинути курити, з них тільки 2 особам (0,75%) вдалося повністю відмовитися від шкідливої звички, а 31 (11,6%) – лише на нетривалий час. Третина студентів намагалися самостійно впоратись із ТЗ, а в гендерному аспекті 26,1% жінок і 23,9% чоловіків застосовували немедикаментозну терапію, 18,1% і 15,3% курців – замісну нікотинову терапію, 6% і 15,3% курців звернулось за фаховою консультативною допомогою, а 13,4% і 5,9% осіб пройшли психотерапію. Головними причинами рецидиву у жінок і чоловіків були недостатня вмотивованість (48,9% і 44,4%), потреба в знятті напруженості (36,2% і 38,4%), одержання задоволення від акту ТК (18,1% і 17%), погіршення настрою (13,4% і 12,8%). У період відмови від ТК студенти вказували на хворобливий стан, який супроводжувався неможливістю зосередитися на навчальній діяльності, загальмованістю реакцій, головним болем, а також провокуючим соціальним оточенням.

Відповідно до міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду, емоційні розлади у студентів були представлені переважно розладами адаптації у вигляді змішаної тривожно-депресивної реакції. За шкалою Дж. Тейлора, майже половина курців мали середній (52,3% жінок і 46,1% чоловіків) і високий рівні тривожності (39,5% жінок і 48,7% чоловіків). За шкалою HADS статистично значуще збільшення тривожності встановлено у молодих жінок, порівняно з чоловіками ($(12,2 \pm 0,7)$ балів проти $(8,6 \pm 0,5)$ балів, $p < 0,05$). Формування у студентів тривожно-депресивного синдрому характеризувалося загостренням тривоги, внутрішньої напруженості, скутості, неспокою, очікування або передчуття майбутніх неприємностей у повсякденному житті та навчанні, що супроводжувалося такими вегетативними симптомами, як посилене або прискорене серцебиття, пітливість, відчуття нестачі повітря, дискомфорт у грудях, нудота, диспепсія. При цьому слід зазначити, що емоційні розлади, які супроводжували звичне ТК, створювали труднощі при зосередженні уваги, інтелектуальної діяльності, розлади сну.

Комплексне психодіагностичне дослідження курців дозволило виявити особливості особистісно-динамічного патерну дезадаптації в структурі звичного ТК і на ініціальному етапі формування ТЗ. Так, за шкалою Басса–Даркі встановлено достовірно вищий ступінь ворожнечі у молодих жінок ($(8,2 \pm 0,6)$ і $(10,4 \pm 0,6)$ балів, $p < 0,001$), агресивності ($(17,2 \pm 0,7)$ і $(19,3 \pm 0,9)$ балів, $p < 0,001$). Загострення психопатологічної симптоматики непсихотичного регістру встановлено у період навчання на V–VI курсах і включало наступні поведінкові характеристики: роздратованість ($(5,5 \pm 0,3)$ і $(6,3 \pm 0,4)$ балів, $p < 0,001$), образливість ($(3,6 \pm 0,3)$ і $(4,7 \pm 0,3)$ балів, $p < 0,001$), підозрливість ($(4,5 \pm 0,3)$ і $(5,6 \pm 0,3)$ балів, $p < 0,001$), вербальна агресія ($(6,6 \pm 0,3)$ і $(7,3 \pm 0,4)$ балів, $p = 0,008$).

Для курців було характерне збільшення частоти ТК на тлі стресових ситуацій та загострення тривожно-депресивної симптоматики при зниженій адаптивності. Встановлено особистісну вразливість жінок молодого

віку щодо зовнішніх стресових та психотравмивних факторів. За шкалою Холмса–Прейса рівень адаптивності у жінок збільшувався на V курсі навчання, тоді як у чоловіків – починаючи з III (в період III–V року навчання: $(91,6 \pm 31,5)$ балів та $(88,2 \pm 20,7)$ балів, $p < 0,05$). Провідними психотравмивними ситуаціями у курців були сексуальні розлади (сексуальна дезадаптація), родинні конфлікти і вибір профорієнтації (рис. 1).

Аналіз типології акцентуації характеру за шкалою Леонгарда–Шмішека показав збільшення у жінок рис демонстративного ($(13,2 \pm 1,0)$ балів і $(11,7 \pm 0,9)$ балів) і педантичного типів ($(12,8 \pm 0,7)$ балів і $(11,8 \pm 0,8)$ балів); у чоловіків суттєво представленим був збудливий тип ($(10,3 \pm 0,9)$ балів і $(12,6 \pm 0,9)$ балів) (рис. 2).

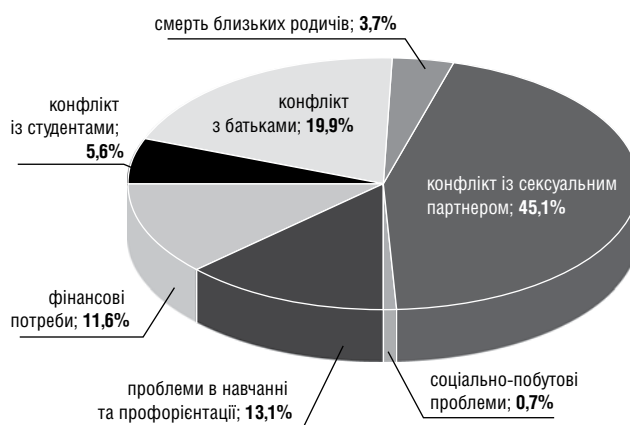


Рис. 1. Структура психотравмивних чинників ризику формування тютюнової залежності у студентській молоді

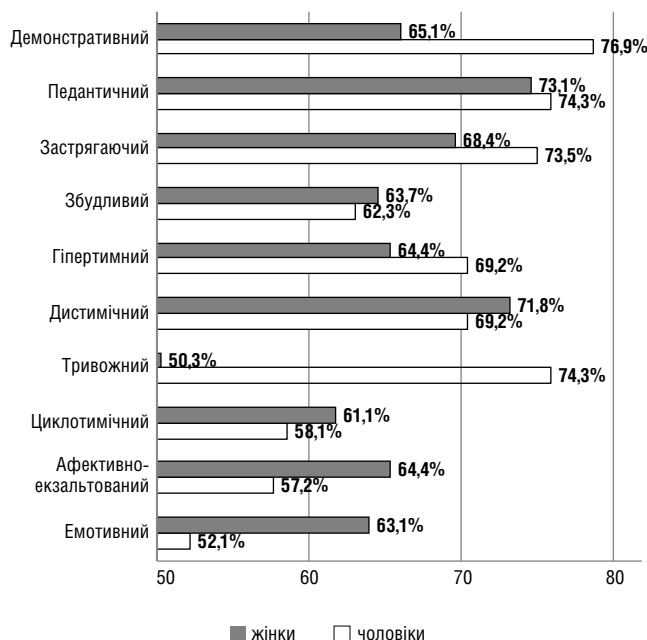


Рис. 2. Тип акцентуації характеру у студентів-медиків зі звичкою тютюнокуріння (кількість; %)

При дослідженні переважаних стратегій подолання стресу у студентів із ТК на ініціальному етапі ТЗ домінуючими виявилися конструктивні копінг-стратегії: проблемно-орієнтований (ПОК), емоційно-орієнтований копінг (ЕОК) і копінг, орієнтований на уникнення (КОУ). У молодих жінок, порівняно із чоловіками, достовірно меншим є проблемно-орієнтований ($(41,8 \pm 1,9)$ балів проти $(50,5 \pm 1,9)$ балів, $p < 0,05$) і емоційно-орієнтований копінг ($(35,0 \pm 1,4)$

балів проти ($44,2 \pm 1,7$) балів, $p < 0,05$); у чоловіків домінував КОУ ($38,6 \pm 2,1$) балів проти ($49,9 \pm 1,7$) балів, $p < 0,05$). Копінг, орієнтований на уникнення, в більшій мірі реалізувався у молодих жінок із прогресуючою тенденцією до високого рівня реалізації набутої копінг-поведінки (рис. 3).

У емоційній сфері встановлено різке зменшення рівня психічного здоров'я (МН) ($60,9 \pm 4,6$) балів проти ($73,3 \pm 4,0$) балів, $p < 0,05$); соціальної активності (SF) ($52,4 \pm 5,3$) балів проти ($72,3 \pm 4,0$) балів, $p < 0,05$) та тенденцію до зменшення рівня життєздатності (VT) і рольового функціонування (RE). Проте для них характерний більш високий рівень психічного здоров'я, порівняно із чоловіками (МН) ($73,2 \pm 4,4$) балів проти ($55,1 \pm 5,1$) у чоловіків, $p < 0,05$).

Отримані в ході виконання дослідження дані свідчать про те, що ТК на фізіологічному та психічному рівнях формує цілісну систему, утворюючи стійкі, повторювані поведінкові патерни, управління якими в значній мірі відбувається несвідомо і часто унеможлиблює самостійну їх трансформацію, що потребує відповідного психотерапевтичного лікування.

Виділення психотерапевтичних мішеней, принципів і тактики психотерапії психічних і поведінкових розладів у студентів-медиків із епізодичним ТК та ТЗ.

Терапевтичну групу (група I, $n=266$) склали молоді жінки і чоловіки, які пройшли курс комплексної фармакотерапевтичної та психотерапевтичної допомоги (група Ia1 і Ib1), або відмовились від курсу психотерапії і пройшли лише фармакотерапію (група Ia2 і Ib2).

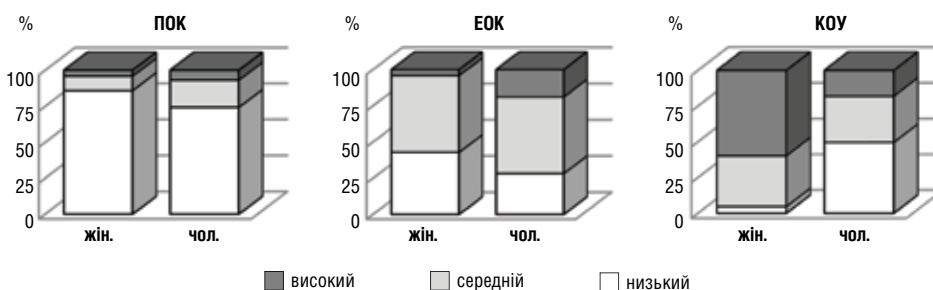
Профілактичну групу (група I, $n=123$) склали студенти-медики із епізодичним ТК, які пройшли курс фармакотерапії з метою профілактики ТК.

Психотерапія включала раціональну за П. Дюбуа, непряму, сімейну, когнітивно-поведінкову та емоційно-стресову психотерапію (ЕСП), аутотренінг (АТ) в індивідуальному та групових варіантах.

Фармакотерапія полягала у призначенні замісної терапії, Н-холіноміметиків (табекс, Нікоретте®, Чампікс®), а для пригнічення тривожно-депресивної і астеничної симптоматики азафен, амітриптилін, грандаксін, стимул (у малих дозах).

Аналіз психопатологічних проявів нікотинової абстиненції засвідчив формування стійких змін в психічній сфері досліджуваних, які виділені як предиктори не-психотичних психічних і поведінкових розладів в період відмови від ТК:

- астенодепресивний – у 49,1% жінок і 51,3% чоловіків із слабо і помірно вираженою ТЗ проти 41,3% жінок і 58,7% чоловіків із сильно вираженою ТЗ;
- астенодисфоричний – у 35,1% жінок і 29,8% чоловіків із слабо і помірно вираженою ТЗ проти 36,9% жінок і 21,2% чоловіків із сильно вираженою ТЗ;
- іпохондричний – у 15,8% жінок і 22,1% чоловіків із слабо і помірно вираженою ТЗ проти 21,7% жінок і 20,0% чоловіків із сильно вираженою ТЗ.



Примітка: ПОК – проблемно-орієнтований копінг; ЕОК – емоційно-орієнтований копінг; КОУ – копінг, орієнтований на уникнення

Рис. 3. Ступінь реалізації копінг-стратегій у студентів-медиків із тютюновою залежністю (кількість, %)

Зазначені типи не-психотичних психічних розладів діагностувались з урахуванням домінуючої психопатологічної симптоматики. Гострий перебіг синдрому відмови (перші 1–3 тижні курсу терапії) від ТК характеризувався домінуванням симптомокомплексу тривожного, іпохондричного, астеничного, або тривожно-депресивного варіантів.

Ефективність психотерапії тютюнокуріння і тютюнової залежності

Після закінчення курсу комплексного лікування відмічали зменшення інтенсивності ТК та ТЗ і регрес не-психотичної психічної та поведінкової симптоматики:

- 1 місяць: відмову від ТК встановлено у 22,9% жінок (група Ia1) і 39,6% чоловіків (група Ia2) після фармакотерапії, а у групі комплексної психотерапії (психотерапія+фармакотерапія) – у 49,3% (група Ib1) і 57,6% (група Ib2) відповідно.
- 6 місяців: відмовились від ТК (група Ib2) 64,4% чоловіків і 52,0% жінок (група Ib1); у групі комплексного лікування (група Ia2) – 39,6% чоловіків (група Ia2) і 31,1% жінок (група Ia1).
- 12 місяців: повністю відмовились від ТК 44,8% чоловіків (група Ia2) і 33,8% жінок (група Ia1). Після комплексного лікування результати були значно кращі – відмовились від ТК 67,7% чоловіків (група Ib2) і 53,3% жінок (група Ib1).

Аналіз мотивації в період ремісії показав зростання вмотивованості до психотерапевтичної роботи і боротьби із ТК у осіб після раціональної, непрямої та когнітивно-поведінкової психотерапії. Достовірно вищим був ступінь мотивації у групі чоловіків, порівняно з іншими групами порівняння ($p < 0,05$), а серед студентів основної групи лише у молодих жінок після курсу комплексної психотерапії та фармакотерапії ($p < 0,05$). У структурі мотивації домінуючими були страх за власне здоров'я (48–52% у жінок і 49–58% у чоловіків), зокрема ризик ймовірного безпліддя (16–25% у жінок і 17–19% у чоловіків).

Регрес тривожно-депресивної симптоматики в фокус-групі молодих чоловіків, які пройшли курс фармакотерапії, був достовірно більшим, порівняно із показниками групи молодих жінок: за субшкалою HADS-A у чоловіків після фармакотерапії (група Ia2) ступінь тривоги зменшився на 43,7% від початкового рівня, а у жінок (група Ia1) на 25,0% ($p < 0,05$); депресивної симптоматики за субшкалою HADS-D – на 41,1% ($p < 0,05$) у чоловіків (група Ia2) і на 34,2% ($p < 0,05$) у жінок (група Ia1) відповідно.

У групі комплексного лікування (психотерапія+фармакотерапія) регрес тривожно-депресивної симптоматики був достовірно вищим: у чоловіків (група Ib2)

рівень тривоги зменшився на 57,6% ($p < 0,05$), а у жінок (група Ib1) – на 41,8% ($p < 0,05$); рівень депресії – на 58,1% ($p < 0,05$) і 53,5% ($p < 0,05$) відповідно.

Ефективність психогієни та психопрофілактики патологічного потягу до ТК у осіб із епізодичним ТК.

У системі психогієнічних та психопрофілактичних заходів ми намагались сформувати пріоритети у ставленні до ТК, підвищити мотивацію і керованість чинниками ризику. Тактика психогієни та психопрофілактики включала виявлення осіб із активним епізодичним ТК, а також факторів ризику психічних та соматичних захворювань, проведення цільової раціональної і мотиваційної тренінгової роботи, надання психологічної допомоги, навчання прийомам аутотренінгу.

Після тренінгової роботи (12 місяців) ефективність психогієни та психопрофілактики серед чоловіків склала 70,0%, а у жінок – 61,6%. Продовжували курити або повернулись до ТК лише 9,6% жінок, а всі інші респонденти істотно зменшили частоту й інтенсивність ТК.

Лише у окремих осіб відмічали прояви тривожно-депресивної симптоматики. За субшкалою HADS-A у чоловіків після проведення психогієнічних та психопрофілактичних заходів (група II-2) ступінь тривоги зменшився на 65,5% від початкового рівня, а у жінок (група II-1) на 47,1% ($p < 0,05$); депресивної симптоматики за субшкалою HADS-D – на 69,0% ($p < 0,05$) у чоловіків (група II-2) і на 45,6% ($p < 0,05$) у жінок (група II-1) відповідно. Тобто, запропонована респондентам із епізодичним ТК психогієнічна та психопрофілактична допомога і підтримка була ефективною не лише щодо відмови від куріння, але і на психоемоційному рівні.

Високий відсоток тривалих і стійких ремісій у студентів-медиків, які отримали комплексне психофармакотерапевтичне лікування доводить ефективність запропонованої тактики терапії, а також психогієни та психопрофілактики ТК і ТЗ. Ефективність психотерапевтичної програми підтверджується позитивною динамікою відмови від ТК, соціального та сімейного статусу респондентів, але є менш ефективною у фокус-групах молодих жінок, що страждають неспсихотичними психічними і поведінковими розладами.

Висновки

Проведене клініко-епідеміологічне дослідження поширеності ТК та ТЗ серед студентської молоді виявило достовірно значимі зв'язки між формуванням епізодичного ТК та ТЗ у студентів-медиків і деякими соціально-демографічними показниками: жіноча стать, вік 21–24 роки, сексуальна і подружня дезадаптація, родинні конфлікти та емоційне перевантаження при навчанні.

При формуванні ініціального етапу ТЗ виділено наступні форми: ідеаторна (20,1% жінок і 19,6% чоловіків), психосоматична (24,1% жінок і 23,0% чоловіків), дисоційована (55,8% жінок і 57,4% чоловіків). Ініціальний етап ТЗ супроводжував тривожно-депресивний, іпохондричний та антено-депресивний синдроми. Вирозність депресивної симптоматики виявилася статистично значимо глибшою у молодих жінок (HADS: $(12,2 \pm 0,7)$ балів проти $(8,6 \pm 0,5)$ балів, $p < 0,05$) з домінуванням середнього ($52,3\%$ і $46,1\%$) і високого рівнів тривожності ($39,5\%$ і $48,7\%$).

Психодіагностика тривожно-депресивного синдрому засвідчила формування у жінок і чоловіків демонстративного ($(13,2 \pm 1,0)$ балів і $(11,7 \pm 0,9)$ балів), педантичного ($(12,8 \pm 0,7)$ балів і $(11,8 \pm 0,8)$ балів) і збудливого ($(10,3 \pm 0,9)$ балів і $(12,6 \pm 0,9)$ балів) типів акцентуації характеру із зниженим рівнем стресостійкості і адаптивності у жінок із епізодичним ТК і ТЗ.

Серед переважаючих стратегій подолання стресу у студентів із ТК виявлено конструктивні копінг-стратегії: знижений у жінок проблемно-орієнтовний ($(41,8 \pm 1,9)$ балів проти $(50,5 \pm 1,9)$ балів, $p < 0,05$) і емоційно-орієнтовний копінг ($(35,0 \pm 1,4)$ балів проти $(44,2 \pm 1,7)$ балів, $p < 0,05$); у жінок домінував копінг «уникнення» ($(38,6 \pm 2,1)$ балів проти $(49,9 \pm 1,7)$ балів, $p < 0,05$).

Мотиваційна структура ТК та ТЗ у осіб молодого віку жіночої і чоловічої статі включала: зацікавленість (20,8% і 26,5%), бажання розслабитись (10,7% і 14,5%), пропозиція друзів (13,4% і 9,4%), в тому числі під їх тиском (4% і 11,1%). При формуванні ТЗ половина студентів здійснювали спроби кинути курити (53% жінок і 52,1% чоловіків). Мотиваційними чинниками рецидиву стали недостатня вмотивованість (48,9% і 44,4% відповідно), потреба в знятті напруженості (36,2% і 38,4%), одержання задоволення від нікотину (18,1% і 17%), погіршення настрою (13,4% і 12,8%).

Психотерапія у комплексному лікуванні психічних і поведінкових розладів у осіб молодого віку з ТК та ТЗ показала значну медичну, соціальну та економічну ефективність. Кількість осіб, які позбавились ТЗ через 12 місяців після комплексного психотерапевтичного і фармакотерапевтичного лікування, склала 67,7% у чоловіків і 53,3% у жінок, зменшила інтенсивність ТК – 32,3% і 32,0% відповідно, продовжили ТК лише 14,7% жінок. Ефективність лише однієї фармакотерапії була значно меншою: повністю відмовились від ТК 44,8% чоловіків і 33,8% жінок, зменшили інтенсивність ТК 36,2% і 39,2% респондентів, продовжили або повернулись до ТК 19,0% і 27,0% осіб.

Ефективність психогієни та психопрофілактики серед чоловіків склала 70,0%, а у жінок – 61,6%; продовжували курити або повернулись до тютюнокуріння лише 9,6% жінок. Тобто ефективність психопрофілактики, психогієни та лікування ТК і ТЗ була вищою у молодих чоловіків із епізодичним ТК.

Список використаної літератури

1. Болт В. В. Оценка кризисно-реабилитационной помощи в форме стрессовой психотерапии и прогноз длительности ремиссии при патологических зависимостях : дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук. – 05.26.02 / В. В. Болт – Санкт-Петербург, 2004. – 189 с.
2. Грмайлова Е. В. Эпидемиологическая характеристика табакокурения и хронической обструктивной болезни легких в городе Братске : дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук. – 14.00.05 – Внутренние болезни / Е. В. Грмайлова. – Иркутск, 2007. – 100 с.
3. Израелян А. Ю. Преморбидные характеристики больных героиновой наркоманией / А. Ю. Израелян // Наркология. – 2003. – № 12. – С. 25–27.
4. Кулагин А. В. Научные основы создания системы реабилитации лиц с различными формами зависимости (никотиновая, алкогольная, наркомания, токсикомания) и медико-экономические оценки ее эффективности : дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук. : 14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение / А. В. Кулагин. – СПб., 2006. – 145 с.
5. Національна концепція профілактики вживання психоактивних речовин дітьми та молоддю України / С. І. Табачников, І. К. Сосін, І. В. Лінський [та ін.] // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2014. – Т. 7, № 4 (26). – С. 104–105.
6. Смирнов В. К. Табачная зависимость и психическое здоровье населения с позиции минипсихиатрии ФГУ ГНЦ социальной и судебной психиатрии

- им. В. Н. Сербского / В. К. Смирнов // VII Московская научно-практическая конференция «Профилактика и лечение табачной зависимости – состояние и перспективы развития». – Москва, 2007. – С. 12–14.
7. Сосин И. К. Табачная зависимость / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чувев. – Харьков, 2003. – 130 с.
 8. Чирко В. В. Типология изменения личности при длительном течении наркомании / В. В. Чирко // Наркология. – 2003. – № 7. – С. 36–39.
 9. A study on smoking and associated psychosocial factors among adolescent students in Kolkata, India / N. N. Bagchi, S. Ganguly, S. Pal, S. Chatterjee // Indian. J. Public Health. – 2014. – № 58 (1). – P. 50–53.
 10. Allen S. S. Cigarette smoking among women: how can we help? / S. S. Allen // Minn Med. – 2014. – № 97 (3). – P. 41–43.
 11. Bodie L. P. To Treat or Not to Treat: Should Psychologists Treat Tobacco Use Disorder? / L. P. Bodie // Psychol Serv. – 2014. – № 26. [Epub ahead of print]
 12. Fergusson D. M. Major depression and cigarette smoking: results of a 21-year longitudinal study / D. M. Fergusson, R. D. Goodwin, L. J. Horwood // Psychol Med. – 2005. – Vol. 33 (8). – P. 1357–1367.
 13. Gonzalez-Pinto A. Tobacco smoking and bipolar disorder / A. Gonzalez-Pinto, M. Gutierrez, J. Ezcurra [et al.] // J. Clin. Psychiatry. – 1998. – Vol. 59 (5). – P. 225–228.
 14. Investigating the association between cigarette smoking and schizophrenia in a cohort study / S. Zammit, P. Allebeck, C. Dalman [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 160 (12). – P. 2216–2221.
 15. Mindfulness Ameliorates the Relationship between Weight Concerns and Smoking Behavior in Female Smokers: A Cross-Sectional Investigation / C. E. Adams, M. A. McVay, D. W. Stewart [et al.] // Mindfulness (N Y). – 2014. – № 1, Vol. 5(2). – P. 179–185.
 16. Physical activity patterns among U.S. adults with and without serious psychological distress / C. A. Okoro, G. Stodd, J. E. Rohrer [et al.] // Public Health Rep. – 2014. – № 129 (1). – P. 30–38.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ НА ФОНЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ И ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ (ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА)

А.В. Воронина

Статья посвящена изучению проблемы психических и поведенческих расстройств на фоне табакокурения и табачной зависимости у лиц молодого возраста. Комплексное психодиагностическое исследование позволило установить гендерные особенности формирования табачной зависимости, а также мотивационную структуру начала курения и рецидива табачной зависимости, проанализировать тип поведения табакозависимых, степень никотиновой зависимости и дезадаптивные характеристики личности на ее инициальном этапе формирования. Оценено влияние психических и поведенческих расстройств у лиц молодого возраста на инициацию курения и их прогрессирования при табачной зависимости. Исследованы изменения типа характера личности курильщиков и копинг-стратегии студентов-медиков, снижение качества жизни на инициальном этапе табачной зависимости, их гендерные особенности. Проведена оценка эффективности комплексной психотерапии, научно обоснована, разработана и внедрена система психогигиены, психопротекции и психотерапии в комплексном лечении лиц молодого возраста с не психотическими психическими и поведенческими расстройствами на фоне ТК.

Ключевые слова: студенты-медики, не психотические психические и поведенческие расстройства, курение, табачная зависимость, лица молодого возраста, психогигиена, психопротекция, психотерапия, комплексное лечение, эффективность.

MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN MEDICAL STUDENTS WITH SMOKING AND TOBACCO DEPENDENCE (DIAGNOSIS, SYMPTOMS, TREATMENT AND PREVENTION)

O. Voronina

The article is devoted to the problem of mental and behavioral disorders on the background of smoking and tobacco dependence in young adults. Integrated psychodiagnostic study established gender features of tobacco dependence formation, set the motivational structure of early smoking and tobacco dependence, to analyze the type of behavior of persons addicted to tobacco, the degree of nicotine dependence and maladaptive personality characteristics at initial stage of formation of tobacco dependence. We set effect of nonpsychotic mental disorders in young students on smoking initiation and progression in tobacco addiction. Investigated changes the type of character of personality smokers and coping strategies of medical students reduced quality of life in initial stage of tobacco dependence, their gender characteristics. Assessed the effectiveness of comprehensive psychotherapy, scientifically justified, developed and implemented a system of psychoprophylaxis and psychotherapy in combined treatment of younger with mental and behavior disorders on the background of smoking.

Key words: medical students, non-psychotic mental and behavioral disorders, smoking, tobacco addiction, young adults, psychoprophylaxis, psychotherapy, combined treatment, effectiveness.

УДК 616.89-008.1-085.851

А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА ДОЦІЛЬНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ СІМЕЙНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ПРИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДАХ У ЖІНОК

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

lara-gerasimenko@mail.ru

Ключові слова:
невротичні розлади,
сімейна психотерапія,
сексуальна дисгармонія.

Застосування та вдосконалення новітніх методик психотерапії в лікуванні невротичних розладів є одним із базових та ефективних терапевтичних заходів в усьому сучасному світі. Метою даної роботи була розробка системи, принципів та методів сімейної психотерапії сексуальної дисгармонії при невротичних розладах у жінок. Заплановані психотерапевтичні заходи вдалось виконати у повному обсязі щодо всіх подружніх пар. Критеріями ефективності були зменшення рівня невротизації та сексуальної дезадаптації у подружніх парах, де жінки страждали на неврастенію.

Провідні медичні, психологічні дослідження та клінічна практика привертають значну увагу до механізмів виникнення, індивідуально-психологічних особливостей особистості, особливостей перебігу клінічної картини невротичних розладів у жінок. Застосування та вдосконалення новітніх методик психотерапії в лікуванні невротичних розладів є одним із базових

та ефективних терапевтичних заходів в усьому сучасному світі [3]. На думку вітчизняних та зарубіжних вчених, існують деякі передбачення щодо можливості впливу на виникнення та певний перебіг невротичних розладів, погіршення якості життя, розлади сексуальної поведінки, статевих життів [2]. Так, формуванню невротів сприяють розлади статевої поведінки, сек-

суального життя, у тому числі і пов'язані з особливостями психосексуального та соматосексуального розвитку, урізноманітненням психосексуальних типів, психосексуальні, психосоціальні травми, гормональні порушення (абсолютна або відносна андрогенна недостатність), інфекції, що передаються статевим шляхом [1, 7]. Метою сімейної психотерапії в таких умовах є покращення міжособистісної комунікації, підвищення автономії, емпатії, оптимізація стилю керівництва в сім'ї, підвищення ефективності рольового виконання сім'ї, конструктивне вирішення конфліктів, ліквідація наявних симптомів невротичного чи емоційно-поведінкового розладів, усунення сексуальної дисгармонії у подружжя, покращення ефективності виконання сімейних функцій [6]. Сімейна психотерапія прагне допомогти всім членам родини розкрити та усвідомити конфлікт, що знаходиться в підґрунті хибних стосунків до одного з членів родини, досягти його мобілізації та особистісної реконструкції [4, 5].

Метою даної роботи була розробка системи, принципів та методів сімейної психотерапії сексуальної дисгармонії при невротичних розладах у жінок.

Матеріали та методи дослідження

За умов інформованої згоди нами було досліджено 37 подружніх пар, де у жінок діагностовано невротичні розлади та які звертались за консультативною та лікувальною допомогою до клінічної бази кафедри психіатрії, медичної психології, наркології ВДНЗУ «УМСА». Всі пацієнти надали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні. Вік обстежених складав від 25 до 49 років. За сімейним статусом пацієнтки розподілилися наступним чином: перший шлюб – (72,5±0,41)%, повторний шлюб – (14,5±0,36)%, громадянський шлюб – (13,0±1,1)%. За рівнем освіти переважна більшість мали середню 65,2% та середню спеціальну освіту – (23,2±0,72)%, вищу та неповну вищу освіту – (7,3±0,24)% та (4,3±0,34)% відповідно. Працювали (79,8±1,6)%, безробітні – (20,2±0,87)%.

Проведено клініко-психопатологічне, психодіагностичне та сексологічне обстеження подружніх пар, у яких жінки страждали на невротичні розлади, з поглибленим вивченням спеціального сексологічного анамнезу та статистичною обробкою отриманих даних. Враховуючи специфіку клінічних проявів захворювання особлива увага приділялася клініко-психопатологічному методу у вигляді розгорнутого клінічного інтерв'ю з аналізом психічного статусу та психоанамнестичних даних. Патопсихологічні особливості розвитку невротичної симптоматики встановлювали за допомогою об'єктивізації рівня особистісної і реактивної тривожності за методикою Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, 2001. Кількісну оцінку психопатологічних порушень здійснювали за допомогою використання стандартизованих об'єктивних рейтингових шкал: клінічної шкали MADRS для оцінки депресії (2003) і клінічної шкали тривоги CAS (2003). Причини і механізми порушення сексуальної функції, подружніх (партнерських) стосунків виявляли, використовуючи системно-структурний аналіз стану сексуального здоров'я та здоров'я родини за В.В. Кришталем, І.А.

Семьонкиною (2004). Тип статевої конституції чоловіків визначали за методикою Г.С. Васильченка (1990), жінок – за Л.І. Ботневою (2005), типи сексуальної мотивації і мотиви статевого акту – за В.В. Кришталем (2008), сексуальні фантазії – за класифікацією Дж. Мастерс, В. Джонсон (1998). Оцінку сімейної тривоги проводили за допомогою методики Е.Г. Ейдемільера «Аналіз сімейної тривоги» (2002).

Результати та їх обговорення

За результатами сексологічного обстеження сексуальна дезадаптація подружжя була діагностовано у (46,4±1,4)% пар, а подружжя із соціально-психологічною дезадаптацією склали (53,6±1,5)% від загальної кількості обстежених подружніх пар.

Системно-структурний аналіз стану сексуального здоров'я засвідчив, що основною причиною розвитку цих видів сімейної дезадаптації була патологія базових елементів психічної складової біологічного компонента сексуального здоров'я у жінок. Порушення інших компонентів і складових сексуального здоров'я виступало у вигляді обтяжувального фактора або ж виконувало патопластичну роль.

Важливу роль у процесі психічної адаптації відіграють рівень тривожності на даний момент (реактивна тривожність (РТ)) й особистісна тривожність (ОТ) (стала характеристика). За методикою Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна виявлено, що серед чоловіків переважали високий і середній рівні ОТ, а у чоловіків групи порівняння – середній і низький. У більшості жінок з ПД превалював середній рівень ОТ, тоді як для сексуально успішних характернішим виявився низький її рівень ($p<0,01$). На відміну від показників ОТ, тенденція в розподілі РТ з превалюванням середнього її рівня, виявилася схожою серед жінок обох груп. Для чоловіків виявилася характерним домінування високого і середнього рівнів РТ, тоді як у чоловіків групи порівняння встановлено переважання середнього і низького її рівнів ($p<0,01$). Таким чином встановлено, що у жінок з розладами адаптації переважали особи з середнім рівнем РТ і ОТ. Серед неодружених жінок кількість осіб із низьким рівнем тривожності ($p<0,01$) була вірогідно меншою.

Високий рівень за шкалою невротизації Л.І. Вассермана виявлено не тільки у всіх обстежених жінок, що очікувано з огляду на стан їх психічного здоров'я, але і у 79,8 % обстежених чоловіків. За даними авторів методики, високий рівень невротизації свідчить про емоційну збудливість, внаслідок чого виникають численні емоційно негативно забарвлені переживання (тривожність, напруженість, хвилювання, розгубленість, дратівливість); про безініціативність, що формує фрустраційні переживання, обумовлені незадоволеністю потреб та бажань; про егоцентричність особистісної направленості, що призводить до іпохондричної фіксації на соматичних відчуттях та особистісних недоліках; про комунікативні труднощі; соціальну відчуженість та залежність.

Подібні порушення безумовно потребують професійної психотерапевтичної допомоги. Низький рівень невротизації, навпаки, свідчить про емоційну стійкість,

позитивний фон переживань (оптимізм, врівноваженість), про ініціативність, відчуття гідності, незалежності, соціальної та комунікативної активності.

Дисгармонійна особистість не має навичок адекватного спілкування, її висловлювання суперечливі, а поведінка часто не відповідає словам. Дисгармонійна сім'я є замкнутою системою, що обмежує відверте відтворення почуттів та прагнень, ускладнює особистісне зростання, внаслідок чого основною метою сімейного психотерапевта під час проведення психотерапевтичних сеансів є надання можливості членам сім'ї висловитись про свої стосунки та переживання, створити атмосферу, де всі члени родини матимуть змогу по-новому почути один одного, усвідомити, як на їх поведінку впливали деякі вчинки.

За таких умов основою системної сімейної психотерапії стало лікування не лише пацієнток, які страждали на неврастенію, а і використання лікувального впливу на всіх членів родини. Лікування включало в себе, з одного боку, вплив родини (сімейний вплив на пацієнта), а з іншого – психотерапію безпосередньо самої родини (сім'ї). Терапевтичний процес загалом складався із п'яти послідовних, але взаємопов'язаних етапів, на кожному із яких досягалась певна локальна мета і відбувалось просування до кінцевої мети: комунікативна діагностика сімейної проблеми, включення психотерапевта до сімейної комунікації, хаотична реакція, що мотивує необхідність в особистісному зростанні, тренінг навичок спілкування, нова сімейна ситуація.

Висновки

Заплановані психотерапевтичні заходи вдалось виконати у повному обсязі щодо всіх подружніх пар, які брали участь у дослідженні. Критеріями ефективності були зменшення рівня невротизації та сексуальної дезадаптації у подружніх парах, де жінки страждали на неврастенію. Оцінювались також нормалізація психічного стану, самопочуття пацієнтів, підвищення якості їх життя та задоволення станом сексуальних стосунків у рамках подружжя.

У процесі терапії прояви дезадаптації були нівельовані у (65,2±1,7)% подружніх пар, (20,2±0,8)% подружніх пар зберігали прояви сексуальної дезадаптації і (14,6±0,5)% мали ознаки соціально-психологічної дезадаптації.

Список використаної літератури

1. Кришталь В. В. Сексология / В. В. Кришталь, С. Р. Григорян. – Харьков: Академия сексологических исследований, 1999. – 1152 с.
2. Невротичні, соматоформні розлади та стрес / Л. М. Юр'єва [та ін.]. – Дніпропетровськ, 2005. – 96 с.
3. Психотерапия / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чузунов – Харьков: ОКО, 2002. – 768 с.
4. Райгородский В. В. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / В. В. Райгородский. – Самара: БАХРАХ-М, 2002. – 672 с.
5. Сексуальна дисгармонія подружньої пари, в якій чоловік хворіє епілепсією, та вплив біологічних ритмів на її перебіг / А. М. Скрипніков [та ін.] // Психічне здоров'я. – 2013. – № 1–2. – С. 22–25.
6. Шнейдер Л. Б. Психология семейных отношений / Л. Б. Шнейдер. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. – 512 с.
7. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – СПб.: Питер, 2001. – 656 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ЖЕНЩИН

А.Н. Скрипников, Л.А. Герасименко, Р.И. Исаков

Применение и совершенствование современных методик психотерапии в лечении невротических расстройств является одним из базовых и эффективных терапевтических мероприятий во всем современном мире. Целью данной работы была разработка системы, принципов и методов семейной психотерапии сексуальной дисгармонии при невротических расстройствах у женщин. Запланированные психотерапевтические мероприятия удалось выполнить в полном объеме в отношении всех супружеских пар. Критериями эффективности были: уменьшение уровня невротизации и сексуальной дезадаптации в супружеских парах, где женщины страдали неврастенцией.

Ключевые слова: невротические расстройства, семейная психотерапия, сексуальная дисгармония.

THE EFFECTIVENESS AND FEASIBILITY OF FAMILY PSYCHOTHERAPY WITH NEUROTIC DISORDERS IN WOMEN

A. Skrypnikov, L. Herasymenko, R. Isakov

Application and improvement of modern methods of psychotherapy in the treatment of neurotic disorders is one of the basic and effective therapeutic interventions throughout the modern world. The aim of this work was to develop system of principles and techniques of family psychotherapy sexual disharmony with neurotic disorders in women. Planned psychotherapeutic interventions have been managed to fulfill with respect to all couples. The effectiveness criteria were: reduction of the level of neurotic and sexual frustration in married couples where the woman was suffering from neurasthenia.

Key words: neurotic disorders, family psychotherapy, sexual disharmony.

О.О. Хаустова, О.В. Бушинська, О.В. Прохорова, В.П. Кардашов

ВПЛИВ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології

МОЗ України, м. Київ

prokhorova3773@gmail.com

Ключові слова: психічні порушення, депресія, тривога, когнітивний дефіцит, якість життя, хронічні неінфекційні захворювання.

Актуальність. У структурі неспсихотичних психічних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями провідні позиції займають афективні (тривога, депресія) та когнітивні розлади. Дослідження якості життя допомагає оцінити їх вплив на функціонування пацієнта та ступінь його дезадаптації в соціумі.

Метою дослідження було встановлення кореляційної залежності між ступенем тяжкості депресивних та тривожних синдромів, когнітивними порушеннями (КП) та якістю життя у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями на етапі первинної медичної допомоги

Методи. Було проаналізовано соціально-демографічні характеристики, патопсихологічні особливості афективних і когнітивних розладів у 185 пацієнтів за шкалами HADS, МОСА та оцінки якості життя.

Результати. У процесі виконання роботи була встановлена кореляційна залежність між кількістю виявлених патологічних психічних феноменів та якістю життя пацієнтів: пацієнти, які відмітили себе як особи з високим рівнем якості життя, мали психопатологічні феномени на субклінічному рівні вираженості. Серед осіб з середнім рівнем життя у 28,6% відмічалось одне із афективних порушень, а у 71,4% виявлялись психічні порушення помірного ступеня вираженості афективної сфери. Пацієнти, які відмітили себе як особи з низьким і вкрай низьким рівнем життя, мали виражені психопатологічні порушення в афективній сфері та зниження когнітивних функцій.

Висновки. Наявність афективних і когнітивних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями значно погіршує їх якість життя, тому такі хворі потребують психокорекційних заходів для покращення соціального функціонування.

Актуальність. На сучасному етапі розвитку медичної науки і клінічної практики стан здоров'я виступає як провідний показник якості життя людини в цілому. Під здоров'ям нації розуміють кінцевий результат політики держави, що дає можливість громадянам ставитися до свого здоров'я як до неперервної самоцінності, як до основи продовження здорового роду, збереження і вдосконалення трудового потенціалу, як до розвитку генофонду, творчих і духовних першоджерел людини.

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) підкреслює важливість поєднання психічного, соматичного та соціального здоров'я людини, що підтверджено в багатьох наукових дослідженнях [6]. Принцип єдності тілесного і психічного, що є основоположним у сучасній медичній науці та практиці, забезпечує комплексний підхід до клінічного обстеження і лікування пацієнта, тому він є необхідним для всіх медичних спеціальностей. Прикладами психічних розладів є депресія, тривога, поведінкові розлади, біполярні розлади і шизофренія. Більшість із цих розладів піддається лікуванню [12].

Зміцнення психічного здоров'я, а також запобігання і лікування психічних розладів є основоположними факторами підтримки і поліпшення якості життя, бла-

гополуччя і продуктивності людини в її особистому, сімейному, робочому і соціальному функціонуванні, таким чином збільшуючи соціальний капітал суспільства в цілому.

У 2012 році Регіональний комітет Європейського регіонального бюро ВООЗ прийняв програму «Здоров'я 2020». Цим документом встановлені політичні рамки для підтримки діяльності урядів і всього суспільства в ім'я здоров'я і благополуччя. Ґрунтуючись на цінностях, принципах, стратегіях і цілях «Здоров'я для всіх», він знову ставить в основу управління охороною здоров'я й цілісний підхід до досягнення здоров'я, рівної реалізації потенціалів і благополуччя. «Здоров'я 2020» містить загальні політичні пріоритети та рекомендації для діяльності, що відображає сучасну неодноразовість стану здоров'я і систем охорони здоров'я в Європейському регіоні. Документ дає солідний фундамент для роботи зі складними питаннями у сфері охорони психічного здоров'я. Резолюція «Здоров'я населення світу і зовнішня політика», прийнята на 65-ій сесії Генеральної Асамблеї ООН, констатує, «що проблеми психічного здоров'я є виключно важливими для всіх суспільств, вони лежать важким тягарем на людині, роблять її хворою, знижують

якість життя і наносять величезний економічний і соціальний збиток»; Резолюція підтримує доповідь ВООЗ про психічне здоров'я і розвиток (A/RES/65/95, 10 лютого 2011). Цей Європейський план дій з охорони психічного здоров'я є внеском у досягнення даних цілей.

Далі в цьому ж руслі Всесвітня асамблея охорони здоров'я прийняла в 2012 році резолюцію, яка закликає до створення Глобального комплексного плану дій в галузі психічного здоров'я (WHA 65.4), що включає питання послуг, політики, законодавства і програм щодо забезпечення лікування, прискорення одужання, а також профілактики психічних розладів, підтримки психічного здоров'я та розширення прав і повноважень людей з психічними розладами із тим, щоб забезпечити їм повноцінне і продуктивне життя в суспільстві.

Проект плану дій ґрунтується на твердженні «немає здоров'я без психічного здоров'я». У людей, які страждають від психічних розладів, спостерігається значне зниження життєздатності і непропорційне збільшення смертності. Наприклад, люди з тяжкою депресією і шизофренією вмирають передчасно на 40–60% частіше, ніж населення в цілому, що відбувається через проблеми з їх фізичним здоров'ям, які часто залишаються без уваги (такі як рак, серцево-судинні захворювання, діабет і ВІЛ-інфекція), а також через суїцид. Психічні розлади впливають, і самі знаходяться під впливом інших хронічних захворювань, таких як рак, серцево-судинні захворювання і ВІЛ/СНІД. Наприклад, є докази того, що депресія спричиняє схильність людей до розвитку інфаркту міокарда та діабету, і навпаки, інфаркт міокарда і діабет збільшують ймовірність депресії. Одна тільки депресія становить 4,3% глобального навантаження від захворювань і є однією з найбільших причин інвалідності в усьому світі (11% від усіх років, що прожиті з інвалідністю, в глобальному масштабі).

Економічні наслідки цих втрат у плані здоров'я також значні: за оцінкою недавнього дослідження Всесвітнього економічного форуму, в майбутні 20 років сукупний глобальний ефект психічних розладів у перерахунку на витрачені економічні результати складе 16 тисяч мільярдів доларів США. Системи охорони здоров'я ще не дали адекватної відповіді на тягар психічних захворювань, і, внаслідок цього, в усьому світі існує прірва між потребою в лікуванні психічних розладів і забезпеченням даного лікування: 76% і 85% людей з тяжкими психічними розладами в країнах із низьким і середнім рівнями прибутку взагалі не отримують лікування; відповідна цифра в країнах з високим рівнем прибутку теж висока: від 35% до 50%. 67% фінансових ресурсів відведені на спеціалізовані психіатричні лікарняні установи, незважаючи на той факт, що дані установи асоціюються з низькими результатами по здоров'ю та з порушеннями прав людини. Перенаправлення цього фінансування на служби за місцем проживання, включаючи й інтеграцію охорони психічного здоров'я в загальні структури охорони здоров'я, дасть багатьом людям кращий і більш економічний доступ з догляду.

У своїй сукупності всі конвенції, декларації, стратегії і дії, що підтримуються державами та партнерськими організаціями, складають солідну і конструктивну основу діяльності щодо вирішення проблем, які стоять в даний

час і перед Європейським регіоном і перед державами – членами ВООЗ.

Психічні розлади є однією з головних проблем охорони здоров'я суспільства в Європейському регіоні з точки зору тяжкості захворювання або інвалідності. Є оцінка, що більше третини населення щорічно піддається психічним розладам, найпоширенішими з яких є депресія і тривога. Депресивний розлад у жінок зустрічається удвічі частіше, ніж у чоловіків. Близько 1–2% населення мають діагноз психозу, що зустрічається у чоловіків і жінок з однаковою частотою, і приблизно 5,6% чоловіків і 1,3% жінок страждають від токсикозів. Постаріння населення призводить до зростання частоти когнітивних розладів, як правило їх виявляють у 5% людей старше 65 років і у 20% відсотків тих, кому за 80 років. У всіх країнах більшість психічних розладів зустрічається серед найбільш знедолених груп населення [1].

Доповідь робочої групи ECNP (2008) показала, що поширеність захворювань психічної сфери у країнах Євросоюзу сягає 24,1%, тим самим віддзеркалюючи високий рівень інтеграції служб психічного здоров'я у первинну медико-санітарну мережу [9].

Лікарі-інтерністи виявляють психічні розлади у 36,9 – 60,1% пацієнтів, тоді як при психіатричному огляді психічні розлади виявляють у 53,2 – 89,2% пацієнтів [9]. Серед осіб із невиявленими лікарями первинної мережі психічними розладами переважали хворі з більш високим соціальним статусом, високим рівнем освіти та менш вираженими симптомами тривоги та депресії [2, 4].

На черговому щорічному міжнародному конгресі Європейської психіатричної асоціації (European Psychiatric Association – EPA) в Ніцці (Франція) аспекти психосоматики в поточному році не були найбільш актуальною темою наукових доповідей в рамках симпозіумів, проте значущий інтерес психіатрів до цієї галузі чітко відображено в роботі тематичних постерних сесій, тематичних дискусій і клубів за інтересами. Не можна не помітити схильність авторів наукових робіт до деталізації психопатологічних проявів психічних розладів у загальній медицині, чому сприяє все частіше застосовуваний дослідниками різних країн дименціональний методологічний підхід; з розвитком психіатричної допомоги в соматичній ланці психосоматика стає все більш персоніфікованою, орієнтованою на кожного пацієнта, що має величезне практичне значення. Серед психічних розладів у хворих на соматичні захворюваннями найпоширенішими є депресивні стани. Афективні (гіпотимічні) синдроми в клініці загального профілю за частотою збігаються лише з порушеннями сну і, за відомостями з різних джерел, складають від 5 до 60%. Відомо, що соматична патологія може чинити виражений вплив на афективні розлади, збільшуючи тривалість і тяжкість депресивних симптомів. В роботі V. Enatescu и соавт. (Румунія) вивчалися кореляції депресії – соматичного розладу з іншої точки зору. Так, депресивний розлад як найпоширеніший серед психічних розладів у загальній популяції, сприяє розвитку соматичної патології, аж до хронічних станів. Питання вивчене недостатньо і причини таких взаємозв'язків залишаються малозрозумілими. Більшість (71%) пацієнтів з депресією мали щонайменше 1 соматичне захворювання. Автори встановили, що у структурі

особистості цих хворих переважали такі характеристики як сором'язливість, виснаженість тощо. Висунуто припущення, що у формуванні коморбідних соматичних станів важливу роль відіграють преморбідні особистісні риси [3, 5, 7, 8, 10, 11, 13].

Метою нашого дослідження було встановлення кореляційної залежності між ступенем тяжкості депресивних та тривожних синдромів, когнітивними порушеннями (КП) та якістю життя (ЯЖ) у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями на етапі первинної медичної допомоги.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні на першому етапі – скринінгове тестування – взяли участь 325 пацієнтів Дорожньої клінічної лікарні № 1 ст. Київ-Пасажирський, м. Київ, з яких у 185 хворих були виявлені психосоматичні розлади: 22,7% склали чоловіки до 55 років (42 особи), після 55 років – 23,2% (43 особи); жінки до 55 років – 26,5% (49 осіб), після 55 років – 27,6% (51 особа). Контрольну групу склали 140 пацієнтів тієї ж самої лікарні, група була репрезентативною за статтю і віком з основною: чоловіки до 55 років – 21,4% (30 осіб), після 55 років – 26,4% (37 осіб); жінки до 55 років – 21,4% (30 осіб), після 55 років – 30,8% (43 особи). Супутня соматична патологія включала захворювання серцево-судинної системи у 62% пацієнтів, захворювання дихальної системи у 18% пацієнтів, шлунково-кишкового тракту – у 43% пацієнтів, сечостатевої системи – у 16% пацієнтів (таблиця).

Таблиця. Розподіл пацієнтів за супутньою соматичною патологією

Патологія	Абс.	%
Серцево-судинної системи	83	62,0
Дихальної системи	27	18,0
Шлунково-кишкової системи	45	43,0
Сечостатевої системи	18	16,0
Захворювання сполучної тканини	15	18,0

Для виявлення тривоги і депресії у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями ми використували Госпітальну шкалу тривоги і депресії HADS. Перевагами цієї шкали є простота застосування і обробки (заповнення шкали не вимагає тривалого часу і не викликає труднощів у пацієнта), що дозволяє рекомендувати її до використання в загальносоматичній практиці. При інтерпретації даних враховується сумарний показник по кожній підшкалі (T і D), при цьому виділяються 3 групи значень: 0 – 7 балів – норма; 8 – 10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія; 11 балів і вище – клінічно виражена тривога/депресія [3].

Монреальський когнітивний тест (МОСА-тест) був розроблений як швидкий інструмент для визначення ранніх форм КП. Його чутливість до додементних форм когнітивної дисфункції становить 90%, а специфічність методу – 87%. МОСА-тест оцінює різні аспекти когнітивної діяльності: увагу й концентрацію, пам'ять, «лобні функції» (тест з'єднання літер і цифр, швидкість мови, узагальнення та інше), зорово-просторовий праксис (куб, годинник), абстрактне мислення, рахунок і орієнтацію.

Час виконання МОСА-тесту приблизно 10 хвилин. Максимально можливий результат – 30 балів. Результат 26 балів і вище розглядається як норма. При цьому сама система оцінки МОСА-тесту не передбачає градацію за тяжкістю порушень залежно від набраних балів. Нейропсихологічне тестування є найоб'єктивнішим методом діагностики КП, проте він все ж не є абсолютно надійним. Доволі часто суб'єктивні КП є проявом емоційних розладів тривожно-депресивного ряду. Тому пацієнтам з активними скаргами когнітивного характеру при негативному результаті нейропсихологічного тестування необхідне ретельне дослідження емоційного стану. Враховуючи можливість помилкового результату тестування в сумнівних випадках доцільні повторні нейропсихологічні дослідження, можливо із застосуванням більш широкого кола діагностичних критеріїв. У деяких випадках діагноз можна встановити лише в процесі динамічного спостереження за пацієнтом.

Якість життя – це інтегральний показник, який відображає, наскільки людина задоволена своїм фізичним, психічним та соціальним станом. Основними властивостями цього показника є багатокомпонентність та суб'єктивність в оцінці. Нами був використаний самоопитувальник «Шкала оцінки рівня якості життя» (О.С. Чабан). Оцінка тесту: дуже високий рівень – 25–39 балів, високий – 19–24 балів, середній 13–18, низький 7–12, вкрай низький 0–6. Дуже високий – абсолютне та повне задоволення своїм життям (соціальним статусом, положенням, роботою, оточенням, здоров'ям, відчуття гармонії власного життя та оточення, відчуття щастя). Високий – майже повне задоволення своїм життям, є незначні проблеми, які вирішуються. Середній – посереднє задоволення своїм життям, є значні проблеми в житті якогось характеру, для вирішення яких потрібно докласти зусиль, деяка невпевненість у майбутньому. Низький – незадоволення своїм життям, є значні та такі, що не вирішуються, проблеми життя, немає радості від життя, яке сприймається як важка боротьба з невизначеним майбутнім, скоріше негативним. Вкрай низький – абсолютне та повне незадоволення своїм життям, відчуття пустки, безвиході, безперспективності та гнітючості життя, власна непотрібність, крах.

Результати та їх обговорення

Дані обстеження пацієнтів за госпітальною шкалою HADS були наступні: у чоловіків до 55 років рівень субклінічної тривоги склав 47,6% (20 осіб) та депресії 50% (21 особа) випадків, клінічно виражена тривога спостерігалась у 11,9% (5 осіб); після 55 років: рівень субклінічної тривоги становив 37,2% (16 осіб); а депресії – 27,9% (12 осіб); клінічно виражена тривога спостерігалась у 9,3% (4 особи), а депресія відмічалась у 20,9% (9 осіб) пацієнтів.

У жінок до 55 років: рівень субклінічної тривоги становив 40,8% (20 осіб), депресії – 48,9% (24 особи); клінічно виражена тривога спостерігалась у 24,5% (12 осіб), депресія у 16,3% (8 осіб); після 55 років субклінічна тривога спостерігалась у 25,5% (13 осіб), а депресія у 33,3% (17 осіб); клінічно виражена тривога спостерігалась у 25,5% (10 осіб), депресія у 35,3% (18 осіб) (рис. 1, 2).

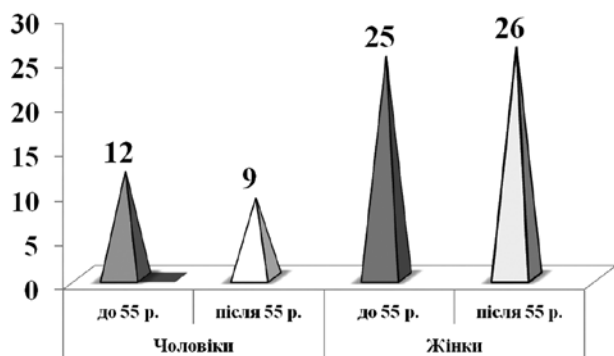


Рис. 1. Показники тривоги за шкалою HADS

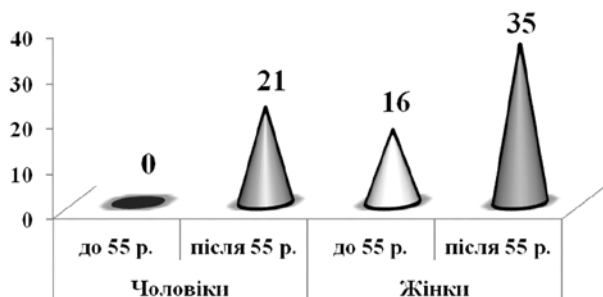


Рис. 2. Показники депресії за шкалою HADS

Результати дослідження за Монреальською шкалою когнітивної оцінки (МОСА) вказують на зниження показників у когнітивній сфері, особливо у жінок до 55 і після 55 років – з 26 до 23,5 і 22,9 балів відповідно; у чоловіків рівень когнітивних порушень до 55 і після 55 років склав по 23 бали (рис. 2) – тобто у 77,4% пацієнтів основної групи.

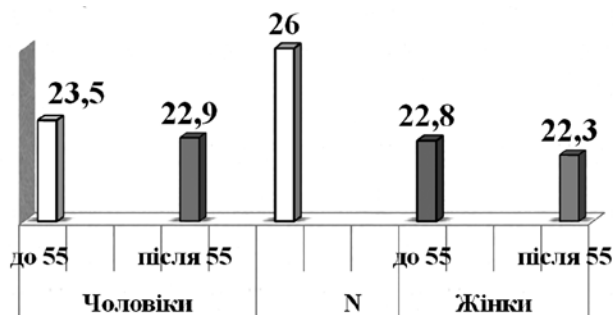


Рис. 3. Оцінка когнітивних порушень у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями (за МОСА)

Шкала оцінки рівня якості життя виявила, що 39,2% осіб відмітили себе як люди з середнім рівнем якості життя; 16,2% вважають якість свого життя низькою, 8,5% – вкрай низькою і тільки 36,1% становлять особи з високим рівнем якості життя (рис. 3).

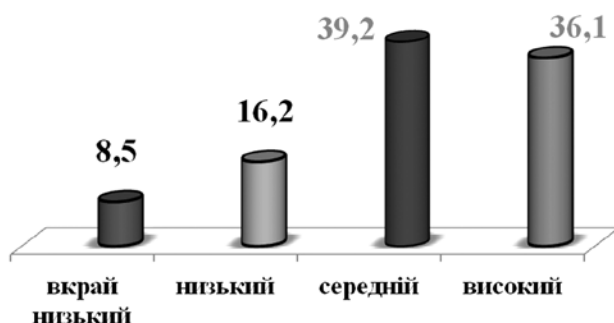


Рис. 4. Рівень якості життя

У процесі виконання роботи була встановлена кореляційна залежність між кількістю виявлених патологічних психічних феноменів та якістю життя пацієнтів: пацієнти, які відмітили себе як людей з високим рівнем якості життя у 68% випадках мали психопатологічні феномени на субклінічному рівні вираженості. Серед осіб з середнім рівнем життя у 28,6% відмічали одне із афективних порушень, а у 71,4% виявляли психічні порушення помірного ступеня вираженості афективної сфери. Особи, які відмітили себе як осіб з низьким і вкрай низьким рівнем життя, мали виражені психопатологічні порушення в афективній сфері та зниження когнітивних функцій.

Висновки

У результаті проведеного аналізу була виявлена залежність показників складових шкали ЯЖ від характеру емоційних порушень (депресія або тривога). Треба зазначити, що при наростанні рівня депресивного синдрому пацієнти відчували себе менш соціально активними, були частково незадоволені соціальним статусом, фінансовим благополуччям, ізолювали себе від контактів із друзями та сім'єю, відчували невелике задоволення від улюблених справ, тобто відмічали, як правило, 0 або 1 бал, але відчували себе реалізованими в основному. При наростанні тривожного синдрому кількісні зміни в категоріях були дещо інакшими, такі пацієнти були більш соціально активними, проводили часті зустрічі із сім'єю та друзями, у них була більш виражена гедонія, тобто бальна оцінка зміщувалась вправо і була на рівні 2 або 3, але вони відчували часткову або взагалі повну нереалізованість у суспільстві. Отримані результати дозволяють зробити висновки, що наявність афективних і когнітивних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями значно погіршує їх якість життя і такі хворі потребують додаткових терапевтичних та психокорекційних заходів для покращення соціального функціонування.

Список використаної літератури

- ВОЗ, Европейское региональное бюро, Европейский региональный комитет, 63 версия. – Чешме, Измир, Турция, 16–19 сентября, 2013.
- Депрессивные и тревожные расстройства в кардиологии / Ю. А. Васюк, Т. В. Довженко, Е. Л. Школьник, Е. Н. Юшук – М.: Анахарсис, 2009. – 200 с.
- Діагностика афективних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями / О. О. Хаустова, О. В. Бушинська, О. В. Прохорова, С. Г. Сахно // Архів психіатрії – 2014. – № 2 (77). – С. 32–35.
- Копчак О. О. Особливості депресивних розладів та когнітивних порушень у хворих із дисциркуляторною енцефалопатією / О. О. Копчак // Український медичний часопис – 2012. – № 6 (92). – С. 129–132.
- Марута Н. О. Проблема коморбидності в сучасній психіатрії. Теоретичний, клінічний, терапевтичний і організаційні аспекти / Н. О. Марута // Здоров'я України – 2013. – № 12. – С. 38–39.
- Нулевая версия проекта Глобального Плана Действий по Охране Психического Здоровья 2013–2020, версия от 27 августа 2012.
- Психофармакотерапия генерализованной тревоги / А. Б. Смулевич, А. В. Андрищенко, Д. А. Бескова, Д. В. Романов // Психические расстройства в общей медицине – 2010. – № 1. – С. 33–36.
- Смулевич А. Б. Клинико-эпидемиологические аспекты проблемы пограничных психических и психосоматических расстройств в общей медицине (обзор литературы) / А. Б. Смулевич, А. В. Андрищенко, Д. В. Романов // Психические расстройства в общей медицине – 2010. – № 2. – С. 23–42.
- Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні. Інформаційно-аналітичний огляд за 2008–2012 рр. – Київ, 2013. – 202 с.
- Чабан О. С. Депресія: розуміння, лікування сьогодні та завтра / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал – 2012. – Т. 6, № 2 (18). – С. 20–26.
- Чабан О. С. Невідкладна допомога в психіатрії та наркології / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, Я. М. Несторович. – К.: Медкнига, 2010. – 132 с.
- EPA guidance on the quality of mental health services / Gaebel W. [et al.] // European Psychiatry. – 2012. – № 27. – P. 87–113.
- Sartorius N. Future direction for European psychiatry – a 30 year prospective / N. Sartorius. Презентація 21-й Європейській Конференції по Психіатрії, Ницца, Франція, 7 апреля 2013 г.

ВЛИЯНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Е.А. Хаустова, Е.В. Бушинская, О.В. Прохорова, В.П. Кардашов

Актуальность. В структуре непсихотичных психических расстройств у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями ведущие позиции занимают аффективные (тревога, депрессия) и когнитивные расстройства. Исследование качества жизни помогает оценить их влияние на функционирование пациента и степень его дезадаптации в социуме.

Целью исследования было установление корреляционной зависимости между степенью тяжести депрессивных и тревожных синдромов, когнитивных нарушений (КН) и качеством жизни пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями на этапе первичной медицинской помощи.

Методы. Были проанализированы социально-демографические характеристики, патопсихологические особенности аффективных и когнитивных расстройств у 185 пациентов по шкалам HADS, MOCA и оценки качества жизни.

Результаты. В процессе выполнения работы была установлена корреляционная зависимость между количеством выявленных патологических психических феноменов и качеством жизни пациентов: пациенты, которые отметили себя как люди с высоким уровнем качества жизни, имели психопатологические феномены на субклиническом уровне выраженности. Среди лиц со средним уровнем жизни у 28,6% выявлялось одно из аффективных нарушений, а у 71,4% выявлялись психические нарушения умеренной степени выраженности аффективной сферы. Пациенты, которые отметили себя как лица с низким и крайне низким уровнем жизни, имели выраженные психопатологические нарушения в аффективной сфере и снижение когнитивных функций.

Выводы. Наличие аффективных и когнитивных расстройств у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями значительно ухудшает их качество жизни, поэтому такие больные нуждаются в психокоррекционных мероприятиях для улучшения социального функционирования.

Ключевые слова: психические нарушения, депрессия, тревога, когнитивный дефицит, качество жизни, хронические неинфекционные заболевания.

MENTAL DISORDERS' INFLUENCE ON QUALITY OF LIFE PATIENTS WITH CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES

O. Khaustova, O. Bushinska, O. Prokhorova, V. Kardashov

Relevance. In the structure of non-psychotic mental disorders in patients with chronic non-communicable diseases is dominated by affective (anxiety, depression) and cognitive disorders. Quality of life research helps to evaluate their impact on the functioning of the patient and the degree of dysadaptation in society.

Aim was to establish a correlation between the severity of depression and anxiety syndromes, cognitive impairment (CI) and quality of life in patients with chronic non-communicable diseases in primary health care.

Methods. We analyzed the socio-demographic characteristics, pathopsychological especially affective and cognitive impairment in 185 patients scales HADS, MOCA and evaluation of quality of life.

Results. In carrying out the work has been established correlation between the number of identified pathological psychic phenomena and the quality of life of patients: patients who reported themselves with a high level of quality of life have psychopathological phenomena subclinical manifestation. Among those with an average level of life in 28.6% were detected one of affective disorders, and 71.4% identified mental disorders of moderate severity of affective sphere. Persons who reported themselves low and extremely low standard of living had expressed psychopathological disorders in the field of affective and cognitive decline.

Conclusions. The presence of affective and cognitive decline in patients with chronic non-communicable diseases significantly affects their quality of life, so these patients need psycho activities to improve social functioning.

Key words: mental disorders, depression, anxiety, cognitive deficits, quality of life, chronic non-communicable diseases.

УДК 616.891.6:159.99.072.432

О.А. Божук

ОБҐРУНТУВАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ЖІНОК З ФІЗІОЛОГІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ ВАГІТНОСТІ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ
lento4ka-bozhuk@ya.ru

Ключові слова:
емоційна лабільність,
прив'язаність до
дитини, психосоціальна
підтримка,
репродуктивні
мотивації.

Аналіз літературних джерел дозволяє стверджувати, що вагітність є кризовим моментом щодо усвідомлення своєї жіночої ідентичності, визначає кінець існування жінки як незалежної соціальної одиниці та сприяє початку новим стосункам у діаді «мати – дитина». Кожна жінка по своєму відчуває свою вагітність, тому можливий як нормальний, так і патологічний її перебіг. Метою дослідження було обґрунтування загальних засад медико-психологічного супроводу жінок з фізіологічним перебігом вагітності та її обсягів. Дослідження проводилось на базі жіночої консультації пологового будинку Чернігівської міської ради та комунального некомерційного підприємства «Консультативно-діагностичний центр» Голосіївського району м. Києва в 2010–2014 рр. До дослідження було залучено 185 вагітних жінок, вік яких становив від 17 до 36 років. На першому етапі дослідження проводили клінічне інтерв'ю та психодіагностичне обстеження. На основі проведеного дослідження можна зробити висновок про те, що незалежно від наявності / відсутності у жінки суб'єктивного страху перед пологами, медико-психологічний супровід гестації із фізіологічним перебігом є необхідним. Відповідно до проведеного дослідження, були виявлені мішені психотерапевтичного впливу: нормалізація психоемоційного стану вагітної, зниження тривожності; робота із виявленими страхами; нормалізація емоційного зв'язку в діаді «пренейт – мати» та створення тріади «батько – пренейт – мати»; нормалізація сімейних стосунків із побудовою оптимальних типів сімейних систем; гармонізація особистісних рис вагітної.

Вагітність, пологи та післяпологовий період є кризовим етапом для жінки, оскільки, попри усвідомлення того, що вона вагітна, її уявна дитина, з якою жінка весь період гестації перебувала у симбіотичному зв'язку, відокремлюється у нову окрему істоту, що вже стає індивідом

і представником нашого виду [1, 3, 4, 7]. У зв'язку з цим суттєво змінюються стосунки у родині, жінка починає відчувати нові емоції до дитини та переосмислювати стосунки із іншими членами родини [1, 3]. Безумовно, нова соціальна роль, статус та обов'язки позначаються

на особистості жінки. Під час вагітності відбувається особистісна трансформація майбутньої матері і встановлюються причинно-наслідкові зв'язки між власним материнством та досвідом взаємодії із матір'ю, сиблінгами, старшими жінками [2–4]. Окрім цього, вагітність та поява дитини у родині є психологічно напруженою подією для всіх її членів, і взаємовідкритість партнерів стосовно своїх страхів та переживань є запорукою успішного проходження цієї кризи [6]. Для звичайної родини поява дитини є нормативним кризовим моментом, а для дисфункціональних сімей це може бути початком тривалої ненормативної як особистісної, так і сімейної кризи [3]. Враховуючи це, питання медико-психологічного супроводу жінок з фізіологічним перебігом вагітності є актуальним, як і медико-психологічний супровід родини в цілому [1].

Метою дослідження було обґрунтування загальних засад медико-психологічного супроводу жінок з фізіологічним перебігом вагітності та її обсягів.

Дослідження проводили на базі жіночої консультації пологового будинку Чернігівської міської ради та комунального некомерційного підприємства «Консультативно-діагностичний центр» Голосіївського району м. Києва в 2010–2014 рр. До дослідження було залучено 185 вагітних жінок, вік яких становив від 17 до 36 років (в групі 1 $\mu = (25,5 \pm 0,27)$, в групі 2 – $\mu = (24,8 \pm 0,27)$). Взяття вагітних на диспансерний облік проводиться до 12 тижня вагітності, тому термін гестації респондентів був інтервалах 12–38 тижнів. Вагітність і пологи у жінок як дослідної, так і групи порівняння – перші. Критерієм стратифікації респондентів на групи було суб'єктивне відчуття страху перед майбутніми пологами та психоемоційний стан жінки (вагітні групи 1 не мали страху перед пологами, психоемоційний стан був задовільний; вагітні групи 2 боялися народжувати та мали порушення психоемоційного стану різного ступеня). На першому етапі дослідження проводили клінічне інтерв'ю та психодіагностичне обстеження.

У дослідженні використовували наступні психодіагностичні методики:

- з метою діагностування особистісних рис та особливостей реагування вагітних жінок – Фрайбургський особистісний опитувальник (FPI – Das Freiburger Persönlichkeits – inventar), авторами якого є І. Фаренберг (J. Fahrenberg), Х. Зарґ (H. Selg) і Р. Гампел (R. Hampel);
- для оцінки психоемоційного стану респондентів – методика диференційної діагностики депресивних станів У. Цунґе (The Zungself-rating depression scale), шкала самооцінки рівня тривожності Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна [5];
- з метою вивчення репродуктивних мотивацій вагітних – анкета-опитувальник репродуктивних мотивацій О.В. Магденко, тест ставлень вагітної жінки І.В. Добрякова, шкала прихильності матері до плода (The origins of the Mother-Child Relationship), автором якої є М. Кранлі (M. Cranley) [3, 4];
- для виявлення рівня психосоціальної підтримки – проективний тест «Сімейна соціограма», опитувальник «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» (FACES-3).

Вивчення становлення емоційного зв'язку в діаді мати – пренеїт під час гестації показало наявність деструктивних репродуктивних мотивацій в обох групах, проте в групі 1 домінують мотивації із спрямованістю на інших (вагітність як результат соціальних очікувань, для збереження стосунків), а в групі 2 – на себе (втеча від самотності, досягнення матеріального благополуччя). У групі 1 жінки мають оптимальніше ставлення до вагітності, що проявляється в меншій кількості тривожних варіантів психологічного компонента гестаційної домінант (ПКГД) (8%, на противагу 21%) та відсутності депресивних (група 2 – 3%). Питома частка порушень прив'язаності матері до плода у жінок групи 1 була більшою (12%, на противагу 8% у групі 2). Таким чином, в обох групах виявлені деструктивні репродуктивні мотивації, неоптимальні ставлення до вагітності та порушення прив'язаності матері до плода, проте в групі 2 результати є більш сприятливими. Проблема встановлення сильного емоційного зв'язку в діаді «мати – пренеїт» існує в обох групах. Порівняння результатів дослідження між групами 1 та 2 подано в таблиці 1.

При вивченні рівня психосоціальної підтримки жінок в умовах фізіологічного перебігу вагітності було виявлено типи сімейних систем та допущений прогноз виховного потенціалу родини. При порівнянні рівня психосоціальної підтримки вагітних жінок обох груп, в групі 2 був виявлений більший відсоток середніх показників (комбінації рівнів згуртованості та адаптації, типів сімейної системи та задоволеність шлюбом), проте рівень емоційного зв'язку в групі 2 був сприятливішим (67%, на противагу 53%). При цьому жінки групи 2 на малюнках своєї сім'ї частіше зображали третіх осіб та тварин як її членів. У групі 1 результати показали перевагу екстремальних типів систем, проте більший відсоток високого рівня задоволеності шлюбом і низький слабкий емоційний зв'язок між партнерами. В обох групах виявлені несприятливі результати стосовно деструктивних репродуктивних мотивацій (дитина як об'єднувач) та ознаки несформованої материнської ідентичності через відсутність дитини на малюнку сім'ї. В обох групах під сім'єю жінки мають на увазі розширену сім'ю, до складу якої входять їхні батьки. Таким чином, перед народженням дитини жінка не пройшла стадію повної сепарації і прийняття нової соціальної ролі та відповідальності, що може викликати труднощі. З отриманих результатів видно, що дисфункціональні сім'ї є як в групі 1, так і в групі 2. В обох групах великий відсоток сімей з екстремальним типом сімейної системи, що є несприятливим під час народження дитини. Такий тип сімейної системи говорить про відсутність стратегій реагування на стресові події у партнерів, в кожній ситуації поведінка непередбачувана і не завжди вірна. Окрім цього, існує повне зчеплення на особистісному рівні, порушення границь, що після народження дитини може викликати конфліктні ситуації, адже увага партнерів зміститься на немовля і з'являться дефіцит перебування у звичному симбіозі, ревність. Цей тип сімейної системи є несприятливим для родини. Народження дитини в такій сім'ї спричиняє глибшу кризу в стосунках, тому потребує корекції. На основі отриманих даних було зроблено висновок про наявність несприятливих факторів в обох групах.

Вивчення особливостей особистісних рис вагітних показало відмінності між групами 1 та 2. У групі 1 виявлені роздратованість, реактивна агресивність, інтровертованість та фемінність. Це проявляється в повсякденній поведінці, коли особистості комфортніше заглиблюватися «у себе», свої внутрішні переживання та залишатися з власними роздумами наодинці. Жінкам притаманна небагатослівність, педантичність, розсудливість. У ситуації фрустрації та загрози спрацьовують агресивні патерни поведінки, при яких особистість займає захисну та ворожу позицію, незважаючи на невідповідність стимулу. Для них характерна роздратованість, вороже ставлення до соціального оточення. Психічна діяльність перебігає переважно за жіночим типом. Вагітним групи 2 притаманні наступні статистично доведені особистісні особливості: комунікабельність, екстравертованість, маскулінність. Для жінок характерна соціальна активність, у них є постійна потреба у спілкуванні. Екстравертованість передбачає зосередження на зовнішньому світі та навколишніх, де реалізуються потреби у спілкуванні, отриманні уваги, схваленні та визнанні. Тривала самотність та ситуація бездіяльності фруструють особистість. Психічна діяльність перебігає переважно за чоловічим типом. Таким чином, між особистісними характеристиками жінок груп 1 та 2 існують статистично доведені відмінності, деякі з яких потребують корекції (роздратованість, реактивна агресивність).

При вивченні психоемоційного стану вагітних було виявлено і страхи, пов'язані з майбутніми пологами. На основі проведеного клінічного інтерв'ю виявлені страхи перед пологами були поділені на такі групи: щодо здоров'я матері та дитини, пов'язані із психологічним чи сімейним компонентами. Не зважаючи на відсутність суб'єктивного відчуття тривоги, страху чи депресивного стану, статистично доведена наявність тривоги та певного рівня депресивності у жінок обох груп. На основі результатів психодіагностичного дослідження виявлені статистично підтверджені результати щодо вищого показника середнього значення реактивної

(РТ) та особистісної (ОТ) тривожності у жінок 1 групи. Рівень депресивності у показниках середнього значення вищий в групі 1 з наявністю випадків субдепресивного стану та тяжкої депресії, в групі 2 останнього не виявлено. Це пояснюється тим, що не завжди суб'єктивне сприйняття жінкою свого психоемоційного стану є об'єктивним критерієм для визначення тривожності. На вербальному рівні наявність тривоги заперечується, проте і при підрахунку результатів психодіагностичного обстеження, і в клінічному інтерв'ю її наявність підтверджується. Вагітні обох груп пред'являли соматичні скарги, що мають психогенний характер, тому медико-психологічна допомога даній категорії пацієнтів є доцільною.

У таблиці подані результати проведеного дослідження стосовно вивчення актуальності медико-психологічного супроводу жінок з фізіологічним перебігом вагітності. В таблиці вказані ті показники, за якими результати між групою 1 та 2 різняться.

На основі проведеного дослідження можна зробити висновок, що незалежно від наявності / відсутності у жінки суб'єктивного страху перед пологами, медико-психологічний супровід гестації із фізіологічним перебігом є необхідним. Мають бути враховані основні принципи надання медико-психологічної допомоги населенню, найголовнішим для вагітних є доступність допомоги і можливість отримання кваліфікованої консультації. Об'єм допомоги має бути різним та залежати від виявлених порушень на психоемоційному, психосоціальному чи особистісному рівнях та особливостей становлення прив'язаності в діаді «пренеит – мати». На основі отриманих результатів дослідження жінок груп 1 та 2 було визначено наступні об'єми медико-психологічної допомоги: проведення психоосвітніх та психокорекційних занять. Зазначена форма роботи має три напрямки: профілактичний, розвиваючий та корекційний. Профілактичні заходи спрямовані на оптимізацію нервово-психічного стану вагітних та запобігання виникненню хвороби. Заходи, спрямовані

Таблиця. Результати проведеного дослідження стосовно вивчення актуальності медико-психологічного супроводу жінок з фізіологічним перебігом вагітності

Досліджувані характеристики	Група 1	Група 2
Психоемоційний стан	РТ: високий рівень – 15%. ОТ: високий рівень – 25%. Рівень депресії: легкий – 20%, субдепресивний стан – 1,5%, тяжкий – 1,5%	РТ: високий рівень – 8%. ОТ: високий рівень – 19%. Рівень депресії: легкий – 11%, суб-, тяжкий – відсутні
Стосунки в діаді «мати – пренеит»	ПКГД: тривожний 8%, депресивний 0%. Материнська прив'язаність: порушення – 12%. Репродуктивні мотивації: для народження дитини 90%, заради коханого чоловіка 87%, соц. очікування 62%, збереження стосунків 33%, матеріальна вигода 3%, втеча від самотності 5%, допомога в старості 52%, релігійні переконання 25%. Конструктивні репродуктивні мотивації 97%, деструктивні 85%, нейтральні 72%	ПКГД: тривожний 21%, депресивний 3%. Материнська прив'язаність: порушення – 8%. Репродуктивні мотивації: для народження дитини 71%, заради коханого чоловіка 73%, соц. очікування 40%, збереження стосунків 17%, мат. вигода 21%, втеча від самотності 14%, допомога в старості 38%, релігійні переконання 16%. Конструктивні репродуктивні мотивації 97%, деструктивні 78%, нейтральні 59%
Психосоціальна підтримка	Комбінації рівнів адаптації та згуртованості: розділений гнучкий – 12%, роз'єднаний ригідний – 0%, зчеплений хаотичний – 45%, хаотичний зв'язаний – 12%. Задоволеність шлюбом (%): 13 – низька, 42 – середня, 45 – висока. Тип сімейної системи: збалансований – 15%, екстремальний – 48%, середньозбалансований – 37%. Емоційний зв'язок: сильний – 53%, слабкий – 47%. На малюнку сім'ї: тварини – 3%, треті особи – 7%	Комбінації рівнів адаптації та згуртованості: розділений гнучкий – 3%, роз'єднаний ригідний – 6%, зчеплений хаотичний – 29%, хаотичний зв'язаний – 21%. Задоволеність шлюбом (%): 14, 57, 29. Тип сімейної системи: збалансований – 6%, екстремальний – 44%, середньозбалансований – 50%. Емоційний зв'язок: сильний – 67%, слабкий – 33%. На малюнку сім'ї: тварини – 8%, треті особи – 14%
Особливості особистісних рис	роздратованість – 33%, комунікабельність – 15%, реактивна агресивність – 23%, сором'язливість, фемінність	роздратованість – 10%, комунікабельність – 35%, реактивна агресивність – 10%, екстравертованість, маскулінність

на розвиток особистості, полягають у інформаційному збагаченні, стимулюванні особистісного розвитку, оптимізації соціальної ситуації розвитку та розвитку навиків у майбутній провідній діяльності, формуванні психологічних і належних вікових (в разі несформованості) новоутворень. Заходи корекції спрямовані на виправлення виявлених шляхом діагностичного тестування відхилень та порушень розвитку, а також причин їх виникнення. Відповідно до проведеного дослідження були виявлені наступні мішені психотерапевтичного впливу:

- нормалізація психоемоційного стану вагітної, зниження тривожності;
- робота із виявленими страхами;
- нормалізація емоційного зв'язку в діаді «пренейт – мати» та створення тріади «батько – пренейт – мати»;

- нормалізація сімейних стосунків із побудовою оптимальних типів сімейних систем;
- гармонізація особистісних рис вагітної.

Список використаної літератури

1. Аймедов К. В. Психология вагітної / К. В. Аймедов, Л. Р. Нікозьян // Одес. нац. мед. ун-т. ; О. : ОНМедУ : Симекс-прінт, 2013. – 87 с.
2. Бриш Карл SAFE Грамматика воспитания. Время ожидания и первый год жизни ребенка / Карл Бриш. – М. : Теревинф, 2013. – 210 с.
3. Добряков И. В. Перинатальная психология / И. В. Добряков. – СПб. : Питер, 2010. – 272 с.
4. Магденко О. В. Психологическая помощь беременным женщинам при становлении материнской ролевой идентичности / О. В. Магденко, И. Я. Стоянова. – Новосибирск : Полиграфическая компания, ИП Малыгин А. М., 2012. – 224 с.
5. Пушкарьова Т. Н. Депрессивные и тревожные расстройства матери как фактор риска развития психопатологии у ребенка / Т. Н. Пушкарьова // Арх. психіатрії. – 2002. – № 3 (30). – С. 132–140.
6. Реан А. А. Психология человека от рождения до смерти. Психологический атлас человека / А. А. Реан. – М. : АСТ, 2010. – 661 с.
7. Шевчук Г. С. Материнська ідентичність у структурі Я-концепції жінки / Г. С. Шевчук // Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України. – 2010. – №9 – С. 765–777.

ОБОСНОВАНИЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Е.А. Божук

Беременность, роды и послеродовой период являются кризисными этапами для женщины. Во время беременности происходит личностная трансформация будущей матери и устанавливаются причинно-следственные связи между собственным материнством и опытом взаимодействия с матерью. Целью исследования было обоснование общих принципов медико-психологического сопровождения женщин с физиологическим течением беременности и ее объемов. Исследование проводилось на базе женской консультации родильного дома Черниговского городского совета и коммунального некоммерческого предприятия «Консультативно-диагностический центр» Голосеевского района г. Киева в 2010–2014 гг. К исследованию было привлечено 185 беременных женщин, возраст которых составлял от 17 до 36 лет. На первом этапе исследования проводились клиническое интервью и психодиагностическое обследование. На основе проведенного исследования можно сделать вывод, что независимо от наличия / отсутствия у женщины субъективного страха перед родами, медико-психологическое сопровождение гестации с физиологическим течением является необходимым. Согласно с результатами проведенного исследования, были выявлены мишени психотерапевтического воздействия: нормализация психоэмоционального состояния беременной, снижение тревожности; работа с выявленными страхами; нормализация эмоциональной связи в диаде «пренейт – мать» и создание триады «отец – пренейт – мать»; нормализация семейных отношений с построением оптимальных типов семейных систем; гармонизация личностных черт беременной.

Ключевые слова: эмоциональная лабильность, привязанность к ребенку, психосоциальная поддержка, репродуктивные мотивации.

RATIONALE MEDICO-PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF WOMEN WITH SALINE FOR

O. Bozhuk

Pregnancy, childbirth and the postpartum periods are a critical stage for women stages. During pregnancy are a personal transformation of the expectant mother and establishes a causal connection between motherhood and the experience of interaction with the mother stages. The aim of the study was the justification of the General principles of medical-psychological support of women with physiological pregnancy and its volume. The study was conducted on the basis of antenatal maternity hospital Chernihiv city Council and municipal non-profit enterprise «Consultative-diagnostic center» Holosiivskyi district of Kyiv in 2010-2014. During the study there were attracted 185 pregnant women, whose age ranged from 17 to 36 years. In the first phase of research were conducted clinical interviews and psychodiagnostic tests. On the basis of the study we can conclude that regardless of the presence/ absence of the woman's subjective fear of childbirth, medical and psychological support of gestation with the physiological period is necessary. According to the conducted research, identified target psychotherapeutic effects: normalize the psycho-emotional state of a pregnant, to reduce anxiety; work with identified fears; the normalization of emotional communication in the dyad «prenat-mother» and the creation of the triad «father-prenat-mother»; normalize family relationships with the optimal types of family systems; harmonization of personality traits pregnant.

Key words: emotional lability, attachment to the child, psychosocial support, reproductive motivation.

Є.М. Харченко, В.П. Культенко¹

ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРИ НЕГАТИВНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНАХ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ВИНИКНЕННЯ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ

Український науково дослідний інститут соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ УкраїниІнститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України¹, м. Київ

kultenko.viktori@mail.ru

Мета роботи полягає у розробці скринінгового інструментарію для діагностики рівня психоемоційної сфери з врахуванням гендерних особливостей та прогнозування виникнення соматоформних розладів, а також у висвітленні ряду негативних емоційних переживань, що спричиняють соматоформні розлади.

Досліджувана група пацієнтів складалась із 45 чоловіків віком від 20 до 48 років та 36 жінок віком від 25 до 56 років. Використовували Особистісний опитувальник Бехтерівського інституту (ООБІ) для діагностики типів ставлення до хвороби і лікування у хворих із хронічними соматичними захворюваннями. Результати вивчення ставлення до хвороби показали високі показники рівня сенситивності, значне зниження настрою, низький рівень реактивної тривоги, зниження психологічної та фізіологічної активності і підвищення рівня ейфорії. Тест Розенцвейга методика фрустрації розрізняють: по напрямку реакції (агресії). *Екстрапунітивні*: реакція спрямована на живе оточення, вирішення ситуації вимагають від іншої особи (тривожний тип реагування). *Інтропунітивні*: реакція спрямована на самого себе, фруструюча ситуація сприймається як сприятлива для себе (егоцентричний тип реагування). *Імунітивні*: фруструюча ситуація розглядається як щось незначне або неминуче, «досягне» з часом (гармонійний тип реагування). За типом реакції: *перешкодо-домінантні* – тип реакції «з фіксацією на перешкоді» (пацієнти з анозогностичним типом реагування). *Самозахисні* – тип реакції «з фіксацією на самозахисті» (пацієнти з паранояльним типом реагування). *Необхідно-наполегливі* – тип реакції «з фіксацією на задоволення потреби» (притаманний ергопатичним типам особистісного реагування).

Висновки: на підставі проведених досліджень можемо говорити про наявність певної рангової послідовності особистісних факторів в опитувальнику ООБІ. Серед пацієнтів спостерігається високий рівень сенситивності, при цьому у більшості досліджуваних значно знижений настрій, низький рівень реактивної тривожності, зниження психологічної та фізіологічної активності та високий рівень ейфорії. Також при спостереженні за пацієнтами під час обстеження та перебування їх в стаціонарі було відмічено виявлення на обличчі кожної негативної емоції, яка супроводжувалась виразними рухами. Спостерігаючи за виразом обличчя ми не тільки розуміємо, що відчуває інша людина, але й заражаємося її станом: співпереживаємо, співчуваємо, жаліємо. Велике значення для формування емоцій має лімбічна система, як орган управління соматичним вираженням емоцій та їх регуляції.

Ключові слова:гендерні особливості,
негативні емоційні
стани, тривожні стани,
соматоформні розлади.

Робота стосується гендерних особливостей та реакцій особистості на вплив негативних емоційних станів, які чинять виражену дію на виникнення соматоформних розладів та значно погіршують якість життя суб'єктів. Досліджувана група пацієнтів складалась із 45 чоловіків віком від 20 до 48 років та 36 жінок віком від 25 до 56 років. Особливе значення дослідження полягає у тому, що на більшу частину досліджуваних чоловіків та жінок негативні емоційні стани діють однаково негативно та викликають у них симптоми соматоформ-

них розладів. Були запропоновані наступні тести та методики для діагностики і дослідження: особистісний опитувальник Бехтерівського інституту (ООБІ) – для діагностики типів ставлення до хвороби і лікування у хворих з хронічними соматичними захворюваннями. Тест Розенцвейга, методика рисункової фрустрації, дорослий варіант (модифікація Н. В. Тарабріної) – для дослідження реакцій на невдачу і способів виходу із ситуацій, що перешкоджають діяльності або задоволенню потреб особистості.

Актуальність. Одним із найважливіших напрямків клінічної сфери нейронаук та медицини загалом на теперішній час є вивчення проблеми неспсихотичних психічних розладів, зокрема соматоформних розладів, які були виділені як окремі кластери МКХ-10. Вони являють собою досить неоднорідну клінічну групу [1].

Згідно зі звітом робочої групи Європейської колегії з нейропсихофармакології (ECNP), соматоформні розлади є лідером за поширеністю. Протягом року на соматоформні розлади страждає майже п'ята частина європейського населення [11].

Впродовж життя людина постійно виявляє власні емоції у відповідь на навколишні чинники чи подразники, таким чином суспільство отримує та обмінюється емоціями. Людина виявляє емоції на роботі, при спілкуванні з друзями, при взаємодії з родичами, але найбільшу емоційність неможливо побачити чи спостерігати, тому що зазвичай вона прихованих від сторонніх очей і проявляється лише у відносинах з самим собою. Емоції можуть врятувати людині життя, але вони можуть і заподіяти їй серйозної шкоди. Під впливом позитивних емоцій особа може виконувати дії, які здаватимуться їй обґрунтованими і доречними, але, з іншого боку, на фоні негативних емоцій людина може здійснювати і такі вчинки, про які згодом буде гірко шкодувати [5].

Такі емоції як гнів, страх і сором зазвичай беззастережно відносять до категорії негативних. Існують емоції, які сприяють підвищенню психологічної ентропії, і емоції, які, навпаки, полегшують конструктивну поведінку. Подібний підхід дозволяє віднести ту чи іншу емоцію до розряду позитивних або негативних, залежно від того, як вона впливає на внутрішньоособистісні процеси та процеси взаємодії особи з найближчим соціальним оточенням при врахуванні більш загальних етіологічних і екологічних факторів [2].

Мета роботи полягає у розробці скринінгового інструментарію для діагностики та дослідження рівня психоемоційної сфери з врахуванням гендерних особливостей, а також у висвітленні ряду негативних емоційних переживань, що спричиняють соматоформні розлади.

Основним питанням сучасної медичної психології залишається вплив конкретних негативних емоційних станів (страху, гніву, суму тощо) на організм людини. Наприклад, гіпертонічну хворобу пов'язують з відчуттям страху та агресією, що хронічно пригнічується; мігрень та головні болі поширені серед так званих інтелектуалів, що прагнуть до успіху, але зазнають невдачі. Виявляється, що фізичний фактор ризику захворювання на рак – куріння – діє канцерогенно тільки тоді, коли він поєднується з психосоціальними факторами ризику (наприклад тривалий стан безнадійності). Зв'язок між емоціями людини та функцією шлунка чітко дослідили Енджел та Зандер. За допомогою рентгенівського обстеження вони показали, що шлунок спастично реагує на спеціальні запитання, пов'язані зі злобою та заздрістю [10].

Страждання належить до негативних емоційних станів, воно породжується інформацією про неможливість задоволення найважливіших життєвих потреб, які до цього часу були доступними [3]. Під час дослідження пацієнти відмічали причини виникнення страждання – розчарування в теперішньому та майбутньому,

більш внаслідок втрати близької людини, розлучення, що проявлялося у формі емоційного стресу, направленого на себе, та астеничних емоцій. Пацієнти при цьому виглядали знесиленими, мали тихий жалібний голос, опущені донизу кінці брів і кутики рота.

Гнів теж є негативним емоційним станом, зумовленим появою серйозної перешкоди на шляху до задоволення важливої потреби. Реалізується у формі афекту, пацієнти характеризуються стеничністю особистості, у суб'єкта інколи виникає короткочасне піднесення життєвих сил [3].

Страх – негативний емоційний стан, що виникає у людини при появі уявної або реальної загрози для її життя чи життєвого благополуччя. При цьому пацієнти описують відчуття невпевненості, незахищеності й загрози [5]. У пацієнтів часто спостерігають емоційну маску страху на обличчі, прямі підняті брови, горизонтальні зморшки на лобі, розкриті очі й напружені губи.

Сором – негативний емоційний стан, який виражається у усвідомленні невідповідності власних думок, вчинків і зовнішності не тільки сподіванням оточуючих, а й власним уявленням про належну поведінку і зовнішній вигляд [10]. Переживання сорому проявляється на обличчі почервонінням, потупленням погляду, відведенням очей, метушливістю.

Емоція відрази – суб'єкт має володіти безліччю мотиваційних механізмів, що спонукають його до прийняття іншої людини, об'єкта, події. Наближення і прийняття проявлялися головним чином в рамках харчової і сексуальної поведінки, а відсторонення і відкидання існували для уникнення болю і неприємних на смак потенційно небезпечних речовин [3].

Вибір суб'єктом типу хвороби не випадковий і залежить від структурованої у нього ще з дитинства інформації афективного характеру. Патологічному вибору суб'єкт навчається ще в сімейному середовищі. Навіть формування хвороби ґрунтується на внутрішньосімейній культурі, яку суб'єкт черпає з пам'яті, спогадів, сімейних розповідей та байок [7].

Як вказують С.Д. Максименко та Н.Ф. Шевченко, соматичне захворювання належить до тих чинників, які впливають на зміну психічного стану людини, її ставлення до навколишнього середовища, на зміну структури самооцінки, нерідко спричиняють передчасну як фізичну, так і психічну інвалідизацію. У ситуації захворювання людина формує своє власне ставлення до нових обставин життя і до самої себе у цих обставинах, тобто створює внутрішню картину хвороби [6].

Першим класифікацію психосоматичних розладів запропонував М. Блейлер (1970 р.), який поділив їх на три види.

1. Органічні соматичні захворювання (класичні психосоматози, психосоматичні хвороби), у розвитку яких вирішальну роль має психогенний компонент. Як правило, сюди належать гіпертонічна хвороба, виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, інфаркт міокарда, мігрень, бронхіальна астма, ревматоїдний артрит, виразковий коліт і нейродерматит.

2. Психогенні функціональні розлади, які є короткотривалими і менш вираженими, знаходяться на межі норми, інколи їх відносять до числа невротичних захво-

рювань. Це кардіореакції, виражена пітливість, заїкання, тік, блювання, запори, енурез, сексуальні розлади.

3. Психосоматичні розлади у ширшому, непрямому смислі. Розлад обумовлений особливостями людини та її переживаннями; це приводить до поведінки, результатом якої є порушення здоров'я [9].

Матеріали та методи дослідження

Досліджувана група пацієнтів складалась з 45 чоловіків віком від 20 до 48 років та 36 жінок віком від 25 до 56 років, які звертались в лікувальний заклад. Скарги були на порушення функціонування серцево-судинної, шлунково-кишкової систем, надмірне потовиділення, а також різке підвищення тиску та температури тіла до показників вище нормальних робочих. Головним показником, який об'єднував скарги пацієнтів, була повна відсутність органічних змін органів чи систем організму. Значних супутніх захворювань, які б могли спричинити порушення – захворювань ендокринної системи, травм мозку чи інфекційного чинника – виявлено не було, не враховуючи мінімальних вікових змін, які були тривалий час у суб'єктів дослідження.

На підставі вищесказаного пацієнтам були запропоновані наступні тести та методики для діагностики та дослідження: особистісний опитувальник Бехтерівського інституту (ООБІ) для діагностики типів ставлення до хвороби і лікування у хворих з хронічними соматичними захворюваннями [4]; тест Розенцвейга, методика рисункової фрустрації, дорослий варіант (модифікація Н.В. Тарабріної) [8].

Результати та їх обговорення

Результатом дослідження є розробка способу діагностики та дослідження рівня психоемоційної сфери з врахуванням гендерних особливостей та розгляд структури негативних емоційних переживань при виникненні соматоформних розладів особистості. Спосіб дослідження можна використовувати на етапі моніторингу, клінічного консультування, для обґрунтування психопрофілактики та психокорекції. Психологічна реакція не залежить від віку пацієнтів та рівня когнітивно-мнестичної сфери, так як пацієнти не мали можливості контролювати власну поведінку, тип реагування та вплив на них негативних емоційних переживань за допомогою самосвідомості чи самоусвідомлення проблеми. Ще одним важливим фактом тривалого перебування в ситуації хвороби була потреба у вторинній вигоді, яку досить часто задовольняли родичі, близькі люди, оточуючий персонал, співробітники. Часто спостерігалася реакція дисимуляції та маніпуляції відчуттями і симптомами. При плановому обстеженні пацієнтів були запропоновані наступні методики: опитувальник ООБІ для вимірювання індивідуального рівня типу ставлення до хвороби: гармонійний тип реагування мали 3 чоловіки і 2 жінки; анозогностичний – 4 чоловіки і 2 жінки; тривожний – 3 чоловіки і 5 жінок; неврастенічний – 4 чоловіки і 5 жінок; обсесивно-фобічний – 10 чоловіків і 5 жінок; егоцентричний – 3 чоловіки та 5 жінок; сенситивний – 6 чоловіків і 4 жінки; ергопатичний – 7 чоловіків і 4 жінки; паранояльний – 5 чоловіків і 4 жінки. Основною особливістю пацієнтів

з соматоформними розладами була відсутність факту усвідомлення та раціоналізації симптомів захворювання. Також було застосовано тест Розенцвейга, методика рисункової фрустрації, дорослий варіант (модифікація Н.В. Тарабріної), за результатами якого відповіді пацієнтів були оцінені за двома критеріями:

- за напрямком реакції (агресії). Екстрапунітивні: реакція спрямована на живе оточення, засуджується зовнішня причина фрустрації (до даної групи відносили чоловіків та жінок з тривожним типом реагування);
- інтропунітивні: реакція спрямована на самого себе, з прийняттям провини або ж відповідальності за виправлення ситуації, що виникла, фруструюча ситуація сприймається як сприятлива для себе (до даної групи відносили пацієнтів з егоцентричним типом реагування);
- імпульсивна: фруструюча ситуація розглядається як щось незначне або неминуче, «досягне» з часом, звинувачення оточуючих або самого себе відсутнє (до даної групи відносили пацієнтів з гармонійним типом реагування на хворобу).
- за типом реакції. Перешкодо-домінантні: тип реакції «з фіксацією на перешкоді» (схильні пацієнти з анозогностичним типом реагування);
- самозахисні: тип реакції «з фіксацією на самозахисті» (схильні пацієнти з паранояльним типом реагування).
- необхідно-наполегливі: тип реакції «з фіксацією на задоволення потреби» (характерний при ергопатичному типі особистісного реагування).

Висновки

На підставі проведених досліджень можемо говорити про наявність певної ранговості послідовності особистісних факторів особистості: високий рівень сенситивності, при цьому у більшості досліджуваних значно знижений настрій, низький рівень реактивної тривожності, зниження психологічної та фізіологічної активності та високий рівень ейфорійності.

Також при спостереженні за пацієнтами під час обстеження та при перебуванні їх в стаціонарі було відмічено відображення на обличчі пацієнтів кожної негативної емоції, яка час від часу супроводжувалась виразними рухами. За зміною ходи, поставою, а також жестами людини, мімікою, інтонацією, зміною швидкості мовлення можна скласти уявлення про рівень негативного емоційного стану. Спостерігаючи за виразом обличчя ми не тільки розуміємо, що відчуває інша людина, але й «заражаємося» її станом: співпереживаємо, співчуваємо, жаліємо. Велике значення для формування емоцій має лімбічна система, як орган управління соматичним вираженням емоцій та їх регуляцією.

На підставі проведеного дослідження виникає можливість адекватного підбору рівня психологічної значимості особистості в створених гендерних групах при виникненні та впливі негативних емоційних переживань, що спричиняє виникнення соматоформних розладів.

Перспективи подальших досліджень. Значне удосконалення ефективності діагностики та дослідження негативних емоційних переживань особистості необ-

хідне для адекватної оцінки імовірності виникнення у майбутньому ускладнень соматоформних розладів.

Список використаної літератури

1. Генеология, механизмы формирования, клиника и основные принципы терапии соматоформных расстройств / Б. В. Михайлов, И. Н. Сарвир, В. В. Чузунов, Н. В. Мирошниченко // Мед. исследования. – 2001. – Т. 1, Вып. 1. – С. 36–38.
2. Горячая Т. С. «Сомы и психика», «душа и тело» в психологической науке и в христианском богословии / Т. С. Горячая // Наука і освіта. – 2010. – № 8. – С. 10–15.
3. Изард К. Э. Психология эмоций / К. Э. Изард; пер. с англ. – СПб.: Издательство «Питер», 1999. – 464 с.: ил. (Серия «Мастера психологии»).
4. Личко А. Е. Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) / А. Е. Личко // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Ленинград: Медицина, 1983. – С. 102–115.
5. Максименко К. С. Переживания негативных эмоциональных состояний: метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / К. С. Максименко – К.: КММ, 2011. – С. 164–182.

6. Максименко С. Д. Психологична допомога тяжким соматично хворим: навч. посібн. / С. Д. Максименко, Н. Ф. Шевченко – К.: Ніжин, 2007. – 115 с.
7. Менегетти А. Психосоматика / А. Менегетти; пер. с итальянского ННБФ «Онтопсихология». – БФ «Онтопсихология», 2007. – 360 с.
8. Тест Розенцвейга. Методика рисуночной фрустрации (модификация Н. В. Тарабриной) / Диагностика эмоционально-нравственного развития; ред. и сост. Дерманова И. Б. – СПб., 2002. – С. 150–172.
9. Чабан О. С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) / О. С. Чабан, О. О. Хаустова – К.: Вид. ТОВ «ДСГЛІД», 2004 – 96 с. (Бібліотека практичного лікаря) 9
10. Экман П. Психология эмоций. Я знаю, что ты чувствуешь / П. Экман; пер. с англ. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2010. – 334 с.
11. Wittchen H. U. Отчёт рабочей группы Европейской Коллегии по нейропсихофармакологии (ECNP) по вопросам распространенности психических расстройств в Европе и связанным с ними бременем (реферат) / Н. U. Wittchen // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2005. – № 4. – С. 42–44.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

Е.М. Харченко, В.П. Кульченко

Цель работы заключается в разработке скринингового инструментария для диагностики уровня психоэмоциональной сферы с учетом гендерных особенностей и прогнозирования возникновения соматоформных расстройств, а также в освещении ряда негативных эмоциональных переживаний, вызывающих соматоформные расстройства.

Исследуемая группа пациентов состояла из 45 мужчин в возрасте от 20 до 48 лет и 36 женщин в возрасте от 25 до 56 лет. Использовали Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) для диагностики типов отношения к болезни и лечению у больных хроническими соматическими заболеваниями. Результаты изучения отношения к болезни показали высокие показатели уровня сенситивности, значительное снижение настроения, низкий уровень реактивной тревоги, снижение психологической и физиологической активности и повышение уровня эйфории. Тест Розенцвейга методика фрустрации различают: по направлению реакции (агрессии). Экстрапунитивные: реакция направлена на живое окружение, решения ситуации требуют от другого лица (тревожный тип реагирования). Интрапунитивные: реакция направлена на самого себя, фрустрирующая ситуация воспринимается как благоприятная для себя (эгоцентричный тип реагирования). Импульсивные: фрустрирующая ситуация рассматривается как нечто незначительное или неизбежное, «достижимое» со временем (гармоничный тип реагирования). По типу реакции: препятственно-доминантные - тип реакции «с фиксацией на препятствии» (пациенты с анозогностическим типом реагирования). Самозащитные - тип реакции «с фиксацией на самозащите» (подвержены пациенты с паранойальным типом реагирования). Необходимо-настойчивые - тип реакции «с фиксацией на удовлетворение потребности» (присущий эргодатичным типам личностного реагирования). Выводы: на основании проведенных исследований можем говорить о наличии определенной ранговой последовательности личностных факторов в опроснике ЛОБИ. Среди пациентов наблюдается высокий уровень сенситивности, при этом у большинства исследуемых значительно сниженное настроение, низкий уровень реактивной тревожности, снижение психологической и физиологической активности и высокий уровень эйфории. Также при наблюдении за пациентами во время обследования и пребывания в стационаре было отмечено проявление на лице пациентов каждой негативной эмоции, сопровождающееся выразительными движениями. Наблюдая за выражением лица мы не только понимаем, что чувствует другой человек, но и заражаемся его состоянием: сопереживаем, сочувствуем, жалеем. Большое значение для формирования эмоций имеет лимбическая система, как орган управления соматическим выражением эмоций и их регуляции.

Ключевые слова: гендерные особенности, негативные эмоциональные состояния, тревожные состояния, соматоформные расстройства.

STUDY GENDER FEATURES AT NEGATIVE EMOTIONAL STATUS AND INFLUENCE ON THEIR OCCURRENCE OF PERSONALITY DISORDERS SOMATICFORM

Е. Kharchenko, V. Kulchenko

Purpose of this work is to develop a screening toolkit for diagnostics the psycho-emotional sphere of gender features and appearance the somato-trophic disorders, also discovering of a number of negative emotional experiences that cause somato-trophic disorders.

The study group consisted of 45 men patients aged (from 20 to 48 years) and 36 women aged (25 to 56 years). The personal questionnaire of Bekhterevsky Institute (PQBI) for diagnostics the types of attitudes to the disease and treatment chronic medical conditions of the patients. Results of the relation to disease shown high rates of sensitivity, a significant reduction in mood, low reactive anxiety, decreased psychological and physiological activity, and increased euphoria. Test method Rosenzweig frustration sort out to direction of the reaction (aggression): Extrapunitive - response is aimed at living environment, decision of the situation required from another person (disturbing type of response). Intrapunitive - response directed against itself, frustration situation is perceived as favorable for itself (self-centered type of response). Impunitive - frustration situation is considered as something insignificant or inevitable, «attainable» with time (harmonic type of response); type of reaction: Barrier-dominant - the type of reaction «with the fixation on the barrier» (patients with anozognostic type of reaction). Self defensive - type of reaction «to the fixation on self-defense» (patients with paranoid type of reaction). Necessary-persistent - type of reaction «fixation on meeting of the needs» (typical for ergopatic types of personal reactions).

Conclusions: Based on made research we can speak about the certain rank sequence of personal factors in questionnaire PQBI. Among the patients the high level of sensitivity is observed, significant reduction in mood, low reactive anxiety, decreased psychological and physiological activity and increased euphoria. Also after monitoring the patients during their examination and treatment in the hospital the negative emotions on the faces of the patients were observed which are accompanied by expressive movements. Watching the expression on their faces we do not only understand the feelings of other person, but are also «infected» by their conditions: empathize, sympathize, regret. The great importance for the formation of emotions is the limbic system, as the managing part of the somatic expression of emotions and their regulation.

Key words: gender characteristics, negative emotional conditions, anxiety conditions, somatoform disorders.

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

УДК: 616.89 – 008.441.33 – 085:612.8221

О.В. Кіосєва

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ,
ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИУкраїнський науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ
kiohelen@mail.ru**Ключові слова:**психоактивні речовини,
студенти-медики,
профілактична
робота, соціологічне
опитування.

Стаття присвячена деяким характеристикам студентів-медиків, які вживають психоактивні речовини. Представлений аналіз результатів опитування (проведеного у 2013–2014 рр.), присвяченого цій тематиці.

Однією з найгостріших і найактуальних медико-психологічних та соціально-економічних проблем сучасного українського суспільства є розвиток і поширення вживання підлітками та молоддю психоактивних речовин (ПАР): алкоголю, тютюнових виробів (курільних сумішей), опіатів (опіоїдів) тощо. Зазначені явища негативно впливають на репродуктивне здоров'я підростаючого покоління, що на тлі демографічної кризи несе в собі явну загрозу національній безпеці України. Крім того, вживання ПАР є однією з причин поширення ВІЛ/СНІДу та інших небезпечних інфекцій, має схожі підґрунтя серед країн близького та далекого зарубіжжя [1, 5]. За даними ВООЗ, алкоголь є найбільше вживаною ПАР серед дітей та молоді. Причиною смертності двох третин підлітків від 13 до 18 років є отруєння алкоголем або нещасні випадки внаслідок сп'яніння [3]. Одним із найпоширеніших видів вживання ПАР є також і тютюнопаління. В Україні 51,5% підлітків і молоді у віці 15–30 років курить постійно та понад 500 тисяч молодих людей щорічно долучаються до тютюнопаління. Ситуація погіршується тим, що частіше вони алкоголь, наркотики і тютюн вживають одночасно.

Студентський вік є сенситивним періодом розвитку основних соціогенних потенцій людини. З одного боку, студентська молодь – це найпрогресивніша частина суспільства, яка найактивніше сприймає усі позитивні починання, реформи і перетворення. Їм притаманна краща адаптація у сучасних умовах життя; гнучкість і нестандартність мислення; здатність до опрацювання великого обсягу інформації; підвищена соціальна активність; прагнення оволодіти новими соціальними ролями і формами поведінки. З іншого боку, вони не мають значного життєвого досвіду та стійких життєвих орієнтирів [2].

Дослідження проводили за матеріалами опитування, проведеного у період з листопада по березень 2013–2014

навчального року (анкетне опитування), з метою вивчення сприйняття, усвідомлення і ставлення студентів медичного університету до проблеми вживання психоактивних речовин у молодіжному середовищі. 732 студенти 1–6 курсів медичного факультету взяли участь у опитуванні (1-ий курс – 121 студент, 2-ий курс – 148 студентів, 3-й курс – 129 студентів, 4-й курс – 105 студентів, 5-й курс – 121 студент і 6-й курс – 108 студентів), що склало 99,4% від загального числа студентів факультету. Дослідження проводили серед юнаків та дівчат віком від 18 до 25 років, які були поділені за курсами навчання. Основним його методом було обрано опитування у формі багатофакторного анонімного анкетування, яке містило 117 питань з множинним вибором відповідей. Анкетування проводилось анонімно, з дотриманням принципів біоетики та деонтології, за умови інформованої згоди.

Отримані результати свідчать про високу необхідність проведення профілактичної роботи серед студентської молоді. Проблему наркоманії серед молоді вважають «дуже серйозною» і «досить серйозною» від 91% (3 курс) до 98% (6 курс) студентів, але 10% опитаних студентів-медиків, свідомо чи ні, усунулися від сприйняття проблеми наркоманії. Відповідно, ця категорія осіб навряд чи може взяти активну участь у проведенні заходів антинаркотичної профілактики. Крім того, будучи включеними у ті чи інші соціальні спільноти, що впливають на формування особистості, ці особи залишаються байдужими до процесів, які призводять до наркоспоживання. Ймовірно, у разі виникнення проблеми наркоманії в колі їх сім'ї чи близьких, вони не зможуть адекватно їй протистояти. Тривожно, що група студентів-медиків (більше 10%), які залишили без уваги це питання або не побажали на нього відповісти, ухилилися від оцінки свого емоційного ставлення до даної проблеми. Байдуже ставлення до вживання ПАР може пояснюватися тим фактом, що українське суспільство

ставиться до залежних від цих речовин як до знедолених, і, у більшості випадків, байдуже споглядає розвиток процесу. Іншими словами, спрацьовує принцип стороннього спостереження.

Більше половини студентів (від 52 до 65%) не можуть відповісти на питання про доступність придбання психоактивних речовин (знання місць, де можна їх купити). В той же час, від 41% (1 курс) до 38% (2 і 3 курси) досліджуваних відмітили легку доступність наркотиків, і вважають що їх дістати швидше легко, ніж складно. Привертає увагу той факт, що студенти молодших курсів більш обізнані щодо можливості придбання наркотиків. Аналізуючи цю інформацію, можна говорити про групу ризику з схильністю до вживання ПАР.

Що стосується причин, чому молоді люди залучаються до наркотиків, то серед 13 наведених в анкеті питань, найбільш вагомими, на думку студентів, є вплив інших людей, компанії (74% – 3 курс, 88% – 1 курс, 89% – 4 курс). Формування «неправдивого авторитету» в колі своїх друзів і знайомих, за даними сучасних учених, є однією із первинних причин залучення молодих людей до прийому ПАР. Другою за популярністю була відповідь «неробство», відсутність заняття, хобі (41% – 1 курс, 81% – 5 курс).

Потім відповіді розподілялись таким чином: прагнення до задоволення (30% – 5 курс, 49% – 3 курс, 45% – 1 і 2 курси); бажання виглядати дорослим (44% – 1 курс, 41% – 5 курс) або забути погане (19% – 6 курс, від 30 до 40% – інші курси); відсутність контролю з боку дорослих (15% – 6 курс, 35% – 2 курс); інтерес до «забороненого плоду» (21% – 5 курс, 43% – 2 курс); щоб стати «своїм» (36% – 1 курс, 47% – 2 курс); невміння контролювати себе (22–25% – 1–4 курси, 38% – 5 курс). Як бачимо, головні причини мають морально-етичний і соціокультурний характер (судження, цінності і переконання).

Переважаючому числу студентів доводилося бачити людей, які перебувають у стані алкогольного сп'яніння: від 56 до 77%. При цьому студенти продемонстрували досить високий рівень залучення до проблеми немедичного вживання наркотиків: більше третини опитаних першокурсників (39%) і дещо більше половини шестикурсників (57%) особисто знайомі з людьми, що вживають наркотики. Привертає увагу те, що кожен 5-й студент 1–2 курсів (до 40% студентів) були присутніми при вживанні ПАР іншими особами, у тому числі куріння «травички» та прийом пігулок. Більше чверті молодих людей (25–37%) вказали, що їм пропонували приєднатися до вживання наркотиків (частіше – студентам старших курсів). Таким чином, ґрунтуючись на отриманих даних можна зробити висновок, що студентська молодь залучена в проблему споживання ПАР. Хоча, що стосується особистого досвіду вживання наркотиків студентами, то, за наведеними даними, 84% з них стверджують, що взагалі не пробували їх смак, причому 94% – це студенти 2-го курсу, але до 6-го курсу їх кількість зменшилася до 68%. Можливо, чверть студентів за період навчання у ВНЗ набули особистого досвіду вживання ПАР. Ствердно відповіли 14% шестикурсників та від 2,5 до 10% студентів інших курсів. Вказані дані є серйозною передумовою до формування у студентської молоді адиктивної поведінки. Важливо відмітити, що в атмосфері засуджуваної суспільством

поведінки, коли молоді люди схильні мовчати навіть про епізоди вживання ПАР, як, втім, і їхні батьки, очевидно, що мінімум чверть (26%) студентів-медиків потребують ефективних психотерапевтичних програм, що дають навички життя у вільному від ПАР просторі.

Слід зазначити, що від 65 (6 курс) до 93% (5 курс) студентів не відповіли на питання про те, коли вони востаннє вживали наркотики, а 84% студентів 3 курсу відповіли, що це траплялося протягом року. Ймовірно, ці результати свідчать про недостатню ефективність існуючих в українському суспільстві переважно репресивних заходів профілактики вживання молоддю ПАР. У науковому світі ставлення до репресивних заходів неоднозначне. Можливо, саме для цієї частини студентів ВНЗ важливі новаторські технології ментальної медицини в руслі особистісно-орієнтованої психотерапії.

Вражає, що студенти у своїй більшості обізнані про вартість різних видів наркотиків («травички», «героїну», «макової соломки», легких речовин тощо). Висока інформованість визначена навіть у тій частині молоді, яка ніколи не пробувала ПАР.

Приблизно 20% студентів (кожна 5-а молода людина) відповіли, що вони ніколи не отримували інформацію про наркотичні речовини від викладачів, психологів у школі, університеті, співробітників міліції. Водночас така ж кількість студентів (кожен 5-й) 1–2 курсів були присутніми при вживанні наркотиків іншими особами. Ймовірно, цю групу молодих людей можна віднести до групи ризику стосовно формування пристрасті до вживання ПАР. Також низьку питому частку складають відомості про наркотичні речовини, які студенти отримують від друзів, знайомих, із засобів масової інформації.

Водночас студенти-медики вважають необхідним проведення роз'яснювальних бесід для молодих людей з проблеми вживання ПАР (на це вказують студенти усіх курсів) – від 70 до 91% від числа опитаних. Це опитування свідчить про низьку оцінку молоддю ефективності інформаційно-профілактичної роботи зацікавлених структур – батьків, педагогів, психологів, лікарів, представників правоохоронних органів. Результати дослідження показали, що більшість молодих хлопців і дівчат вважають, що профілактика залежної поведінки серед молоді в сучасних умовах потрібна. Тому основну увагу ми приділяли пропаганді здорового способу життя (65,1%); організації дозвілля студентів (54%); створенню спеціалізованих центрів для молоді (50%); формуванню відповідної законодавчої бази (43,7%). Іншими словами, аналіз опитування студентів-медиків становить важливий науковий інтерес з точки зору доцільності розробки ефективної моделі медико-соціального сервісу, що дозволить набути навичок життя у вільному від ПАР просторі.

Найбільший ризик для здоров'я і життя людини студенти-медики вбачають у вживанні наркотичних засобів. Так, 72–75% опитаних студентів мають однозначно негативні суб'єктивні (особисті) установки по відношенню до людини-наркомана і не хочуть, щоб наркомани були у нашій країні. При цьому нами було виявлено різне ставлення до осіб, які вживають наркотики. Зокрема, 55–70% студентської молоді ставляться до наркоманів із побоюванням. Значна частина студентів (50–60%) вважають, що вони виглядають відразливо і з ними небезпечно

спілкуватися. З метою усебічного аналізу ставлення студентів-медиків до осіб, які вживають наркотики, отримані дані про психоемоційне сприйняття студентами вказаних людей, і реакція суспільства у цьому випадку є дуже важливою. Якщо цього не враховувати, то призвести до того, що студенти-медики побачать у таких людях не хворих, а осіб, яких потрібно «карати», як це вже простежується у відповідях деяких опитуваних. Жалю у студентів-медиків люди-наркомани не викликають. Отримані дані можна вважати тривожними, оскільки вони свідчать про недостатню інформованість студентів-медиків і це можна пояснити тим, що багато з них, не усвідомлюючи суті наркоманії, сприймають людей, які вживають наркотики, не як хворих, а як злочинців. Разом з цим, близько половини студентів-медиків зневажають наркоманів і їх ненавидять. Від 50 до 66% опитаних вважають, що наркоманів треба лікувати примусово, від 14 до 20% – дати можливість їм лікуватися добровільно. Такі емоції в суспільстві мало сприяють створенню морально-етичних умов для реабілітації і особливо ресоціалізації наркозалежних.

Загалом «громадське ставлення» студентів до ПАР сьогодні в переважній більшості випадків характеризується як однозначно негативне. Від 74 до 98% студентів не знаходять причин і мотивів, які б змусили їх вживати наркотики. Водночас, 15% – не виключають цього. Це та категорія майбутніх лікарів, для якої необхідно застосовувати на основі кореляції «чинників ризику» і «чинників захисту» превентивні технології ментальної медицини.

У ході дослідження ми вивчили особистий досвід студентів у вживанні спиртних напоїв та їх ставлення до алкоголю. Проблему зловживання алкоголем вважають дуже серйозною від 74 (3курс) до 90% (6 курс). Лише невелика частина студентів, до 5%, вважають цю проблему несерйозною. Від 60 до 90% студентів вважають нормальним вживання спиртних напоїв рідко (на свята) і в обмеженій кількості. Але 6–7% студентів думають, що іноді можна міцно напиться. Витоки такого ставлення закладені у колі сім'ї, з різних морально-етичних, можливо релігійних мотивів. Що стосується об'ємів випитих за тиждень напоїв, то студенти вживали переважно пиво (від 0,8 до 3,6 л), сухе вино і шампанське (від 1,4 до 3,3 л), горілку і коньяк (від 0,4 до 2,3 л). До вживання алкогольних напоїв найчастіше спонукали наступні обставини: запрошення друзів, звичаї і традиції (час від часу) і (досить рідко) робоча обстановка, ділові контакти (досить рідко); бажання отримати задоволення (час від часу, досить рідко); бажання забути і скинути стрес (час від часу) і (досить рідко). Вживання спиртних напоїв з цих причин відмічають студенти усіх курсів приблизно в однаковому відсотку випадків (за середніми даними, від 30 до 53%). Одночасно з цим, що дуже важливо, 75–77% студентів ніколи не відчувають бажання напиться, похмелитися, пити безупинно на зло собі та іншим людям.

Ставлення студентів-медиків до тютюнопаління було наступним. Найбільше студентів, що палять, було на 5 і 6 курсах (42 і 39% відповідно). Причому, більшість з тих, які палять, не сприймають свою звичку як залежність від хімічних елементів, що входять до складу тютюну, а акцентують свою увагу на психологічній залежності. Це зміцнює їх упевненість, що у будь-який момент можна кинути палити. Необґрунтований оптимізм стосовно

впливу нікотину на організм та у оцінці своїх здібностей впоратися із залежністю, припинити паління, обумовлений відсутністю миттєвих ефектів від викуреної сигарети в плані порушення рухів, мови, когнітивних функцій. Серед життєвих цінностей молодь незмінно на першому місці називає здоров'я. Проте заняття фізкультурою і спортом, як і раніше, є незатребуваними переважною частиною студентів.

Питання соціального плану виглядало наступним чином: за даними опитування, від 2,4 до 12,4% досліджуваних відмічали вкрай низький рівень матеріального становища, коли доводиться у всьому собі відмовляти. 30% студентів вважають, що матеріальне становище їх сім'ї задовільне, і від 44 до 54% – хороше. Стабільність фінансового благополуччя відмітили від 8 до 14% студентів. Нижче середнього рівень життя відмічають 10% студентів. У гуртожитку живуть 36–59% студентів. Інші мешкають або в арендованій квартирі (11–17%), або з батьками. Навчання з роботою поєднують 28–38% студентів, переважно студенти старших курсів. Головну опору в житті вони бачать у сім'ї (від 75 до 88%). Підтримку серед друзів знаходять 41–66%, у колег по роботі – від чверті до 44%, в інших – до 29%. Найгострішими проблемами суспільства студенти вважають економічну кризу, занепад моралі і моральності, кризу культури, міжнаціональні конфлікти, наркоманію і алкоголізм, появу бідних і дуже багатих, злочинність. У більшості студентів є обое батьків (78–87%), в неповних сім'ях живуть 12–21%, не мають батьків 6,1%.

Таким чином, можна вважати, що більшість студентів-медиків виховуються в повних сім'ях, їх стосунки з батьками оцінюються як благополучні. Окрім того, розв'язання конфліктів у сім'ях відбувається конструктивним способом – усе це може бути чинником захисту відносно вживання молоддю ПАР. Групою ризику стосовно залучення до ситуацій, пов'язаних із вживанням ПАР, можуть бути студенти, у сім'ях яких вживання алкоголю є нормою.

Висновки

Репрезентативне опитування студентів показало, що переважна їх кількість оцінюють проблему вживання ПАР як дуже серйозну. Дещо менший відсоток студентів так само оцінюють проблему алкоголізму. Стосовно тютюнопаління, є незначна кількість студентів, що палять, у тому числі і на старших курсах, які не вважають ці проблеми серйозними і актуальними.

2. Слід зазнати, що інформування студентів з вказаних проблем не має цілеспрямованого і систематичного характеру. Відомості про наслідки наркоманії, алкоголізму, тютюнопаління, студенти отримують із різних джерел. При цьому явно недостатньо в цьому напрямку працюють навчальні заклади, управління охороною здоров'я, інші міністерства та відомства, засоби масової інформації, міліція, а також родичі.

3. Дані опитування дають підстави вважати, що студенти медичного факультету вважають проблему наркоманії дуже серйозною і самі не вживають наркотики. Але в студентському середовищі є особи, які пробували «смак» наркотиків впродовж року або довше. Цей факт повинен насторожити як громадськість, так і керівни-

цтво факультету медичного ВНЗ. До вживання алкогольних напоїв і тютюнопаління ставлення студентів стриманіше і менш категоричне.

4. Мотиви і причини, які спонукають молодь до вживання наркотиків, алкоголю, тютюнових виробів, різноманітні: від впливу з боку приятелів та прагнення отримати задоволення до бажання забути погане. Впливати на поширеність цих вад треба посиленням заходів виховного характеру на різних рівнях, починаючи з раннього віку. Потрібний перехід до систематичного і планомірного запобігання наркоманії засобами свідомого і планомірного формування негативного ставлення молоді до наркотиків в умовах кореляції чинників ризику і захисту. Застосовувати превентивні стратегії забезпечення навичок ефективної комунікації, яка формує культуру духовно-морального і психічного здоров'я нації.

5. Привертає увагу низький (до 30%) рівень взаємної підтримки з боку осіб, які вживали ПАР. Зазначені дані

можуть бути серйозною передумовою до схильності формування адиктивної поведінки в студентському середовищі.

Результати дослідження є вагомим аргументом на користь необхідності створення нових стратегій і технологій зміцнення психічного здоров'я молоді України.

Список використаної літератури

1. Аналітично-статистичний довідник 1990–2008 рр. Епідемії алкоголізму та наркоманії в дзеркалі медичної статистики МОЗ України. – Харків, 2009. – 168 с.
2. Гордиук О. В. Содержание работы по профилактике табакокурения со студентами // Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация. – С. 99–103. http://psyjournals.ru/addictive_behavior/issue/46001_full.shtml
3. Епідеміологічна ситуація щодо вживання психоактивних речовин в Україні / С. І. Табачников, Д. С. Лебедев, Г. Є. Трофімчук, Ю. Ю. Мартинова // Архів психіатрії. – 2009. – Т. 15, № 1 (56). – С. 81–88.
4. Менделевич В. Д. Аддиктивное влечение теоретико-феноменологическая оценка / В. Д. Менделевич // Наркология. – 2010. – № 35. – С. 94–100.
5. Kumpfer L. Drug Abuse Prevention: tools and Programs / Karol L. Kumpfer, Rose Aivarado, Paula Smith // Addiction Counseling Review. Preparing for comprehensive, certification and Licensing Examinations / P. H/ Coomms. – London, 2005. – P. 467–486.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

Е.В. Кюсева

Статья посвящена некоторым характеристикам студентов-медиков, которые употребляют психоактивные вещества. Представлен анализ результатов опроса (проведенного в 2013–2014 гг.), посвященного этой тематике.

Ключевые слова: психоактивные вещества, студенты-медики, профилактическая работа, социологический опрос.

GENERAL CHARACTERISTICS OF THE MEDICAL STUDENT WHO USE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

О. Kioseva

The article is devoted to some characteristics of medical students who use psychoactive substances. The analysis of the results of the survey (conducted in 2013–2014.) devoted to this topic.

Key words: psychoactive substances, medical students, preventive work, an opinion poll.

УДК 613.86

К.В. Аймедов

ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ВИНИКНЕННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса
psyhotip@gmail.com

Ключові слова:

алкоголізм, алкогольна залежність, особистісні особливості хворих на алкоголізм, стресостійкість, акцентуації хворих на алкоголізм.

Проблема алкоголізму – одна з найпоширеніших у сучасному світі. Виникнення алкогольної залежності може бути зумовлено декількома чинниками. Метою цього дослідження стало виявлення індивідуальних факторів, які впливають на виникнення алкогольної залежності. До біологічних факторів були віднесені стать та спадковість, до психологічних – особистісні зміни, які проявляються в загостренні рис характеру та зниженій стресостійкості.

Сучасне суспільство постає перед проблемою алкоголізації населення, яка набуває тотального катастрофічного характеру. Алкоголізація пов'язана із збільшенням виробництва алкоголю, терпимим ставленням до сп'яніння, культурними традиціями щодо споживання алкоголю, з урбанізацією, інтенсифікацією сучасного життя і пов'язаних з цими явищами переживаннями стресу і депресії, які виходять на перші позиції серед психічних захворювань сучасної

людини. Важливе значення у виникненні алкоголізму мають індивідуально-психологічні особливості людини [2].

Алкоголізм є мультифакторним захворюванням, тобто визначається поєднанням різних чинників. Серед факторів, поєднання яких призводить до формування стійкої алкогольної залежності, виділяють біологічні, соціальні та психологічні фактори [1]. До біологічних факторів дослідники відносять спадковість, особли-

вості метаболізму алкоголю в організмі. До соціальних факторів формування алкогольної залежності відносять рівень освіти, особливості мікросередовища, які впливають на формування ставлення до зловживання алкоголем (до особливостей мікросередовища відносять і сім'ю), політику держави щодо вживання алкоголю. До психологічних чинників відносять індивідуальні та особистісні якості, які визначають схильність людини до алкоголізації.

Метою даного дослідження стало виявлення факторів, які впливають на розвиток алкогольної залежності.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні взяли участь 103 чоловіки, які мають алкогольну залежність, вони склали основну групу. До групи порівняння увійшло 64 чоловіки, які регулярно споживали алкоголь, але не мали ознак алкогольної залежності.

З метою визначення індивідуальних особливостей досліджуваних ми проводили збирання анамнезу для виявлення біологічних факторів, які призводять до формування алкогольної залежності, та використовували експериментально-психологічні методики: методику діагностики акцентуацій характеру К. Леонгарда, Г. Шмішека та методику визначення рівня індивідуальної стресостійкості С. Коухена та Г. Вілліансона.

Результати та їх обговорення

При збиранні анамнезу особливу увагу приділяли віку чоловіків, які брали участь у дослідженні, а також спадковій обтяженості з боку батьків обстежуваних. Розподіл за віком по групах представлено в таблиці 1.

Таблиця 1. Розподіл досліджуваних за віком

Вікові групи	Основна група, (n=103)	Група порівняння, (n=64)
25–30	3 (2,91±1,66)	1 (1,56±1,55)
31–40	30 (29,13±4,48)	17 (26,56±5,52)
41–50	49 (47,57±4,92)	25 (39,06±6,10)
51–61	21 (20,39±3,97)	21 (32,81±5,87)

За даними таблиці 1 можна зробити висновок, що серед досліджуваних з основної групи рідше спостерігаються хворі порівняно молодого віку (25–40 років), та частіше – більш старшого віку. При цьому пропорція осіб найбільш продуктивного віку (31–50 років) в основній групі та групі порівняння майже однакова.

Дані про спадкову обтяженість наведені у таблиці 2.

Таблиця 2. Спадкова обтяженість досліджуваних

Обтяженість	Основна група, (n=103)	Група порівняння, (n=64)
З боку батька	62 (60,19±4,82)*	20 (31,25±5,79)
З боку матері	32 (31,07±4,56)*	5 (7,81±3,35)
Спадковість необтяжена	3 (2,91±1,66)	39 (60,94±6,10)*
Спадковість невідома	6 (5,83±2,31)*	0 (-)

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

Отримані дані дозволяють зробити висновок, що хворі на алкоголізм мали спадкову обтяженість у 91,26% випадках, причому обтяженість зі сторони батька зустрічалась майже удвічі частіше, ніж з боку матері (відповідно 60,19% та 31,07%). Досліджувані з групи порівняння

також мали спадкову обтяженість у 39,06% випадків, але це не призвело до виникнення хвороби.

Наступним етапом нашого дослідження стало виявлення рівня стресостійкості у представників обох груп (табл. 3). Тест самооцінки стресостійкості С. Коухена та Г. Вілліансона дозволяє людині оцінити рівень своєї стресостійкості (рівень можна оцінити як відмінно, добре, задовільно, погано, дуже погано) [3].

Методика включає 10 питань. При виконанні тесту досліджуваним необхідно було вибрати одну відповідь із стандартних варіантів.

Таблиця 3. Розподіл досліджуваних за рівнем стресостійкості

Рівень стресостійкості	Основна група, (n=103)	Група порівняння, (n=64)
Високий	15 (14,56±3,48)	36 (56,25±6,20)*
Середній	86 (83,50±3,66)*	10 (15,63±4,54)
Низький	2 (1,94±1,36)	18 (28,13±5,62)*

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

За даними таблиці 3 можна зробити висновок, що у чоловіків з групи порівняння рівень стресостійкості (56,25%) вищий, ніж у чоловіків з основної групи (14,56%). Це свідчить про уразливість хворих на алкоголізм до стресів, з чим може бути пов'язана алкогольна залежність. Низька стресостійкість більш притаманна чоловікам з групи порівняння (28,13%).

Наступною методикою, яку ми застосовували, була методика діагностики акцентуацій характеру К. Леонгарда, Г. Шмішека (табл. 4) [4].

Таблиця 4. Визначення типів акцентуацій в досліджених групах

Типи акцентуацій	Основна група n=103	Група порівняння n=64
Гіпертимічний тип	16 (15,53±3,57)	8 (12,50±4,13)
Тривожно-боязкий тип	15 (14,56±3,48)	8 (12,50±4,13)
Дистимічний тип	10 (9,71±2,92)	5 (7,81±3,35)
Педантичний тип	6 (5,83±2,31)	6 (9,38±3,64)
Збудливий тип	8 (7,77±2,64)	7 (10,94±3,90)
Емотивний тип	6 (5,83±2,31)	7 (10,94±3,90)
«Застрагаючий» тип	7 (6,80±2,48)	2 (3,13±2,17)
Демонстративний тип	10 (9,71±2,92)	7 (10,94±3,90)
Циклотимічний тип	16 (15,53±3,57)	8 (12,50±4,13)
Афективно-екзальтований тип	9 (8,74±2,78)	6 (9,38±3,64)

Отримані результати показали, що для чоловіків з основної групи найбільш характерними були гіпертимічний (15,53%), тривожно-боязкий (14,56%) та циклотимічний (15,53%) типи акцентуацій характеру. Серед досліджених з групи порівняння також переважали вказані типи акцентуацій. Достовірної різниці при аналізі результатів отримано не було.

Висновки

Серед хворих на алкоголізм основну частину складають чоловіки віком від 40 до 60 років, молодші чоловіки менше схильні до цієї хвороби. Практично всі хворі мають спадкову обтяженість з боку батьків, причому обтяженість зі сторони батька зустрічалась майже удвічі частіше, ніж з боку матері. Якщо говорити про психологічні чинники,

можна зробити висновок, що чоловіки з алкогольною залежністю більш уразливі до стресу через знижений рівень стресостійкості. Можна стверджувати, що алкоголізація сприяє загостренню рис, які складають основу акцентуації. Для людей, схильних до алкогольної залежності, характерні такі риси характеру, як недисциплінованість, різкі перепади настрою, прагнення до лідерства і домінування, низька самооцінка, схильність до аутоагресії.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

К.В. Аймедов

Проблема алкоголизма – одна из самых распространенных в современном мире. Возникновение алкогольной зависимости может быть обусловлено несколькими факторами. Целью настоящего исследования стало выявление индивидуальных факторов, которые влияют на возникновение алкогольной зависимости. К биологическим факторам были отнесены пол и наследственность, к психологическим – личностные изменения, которые проявляются в обострении черт характера и сниженной стрессоустойчивости.

Ключевые слова: алкоголизм, алкогольная зависимость, личностные особенности больных алкоголизмом, стрессоустойчивость, акцентуации больных алкоголизмом.

DETERMINING THE FACTORS INFLUENCING THE EMERGENCE OF ALCOHOL DEPENDENCE

K. Aymedov

The problem of alcoholism is the one of the most common problems in today's world. The occurrence of alcohol dependence may be due to several factors. The purpose of this studying is to indicate individual factors that affect the appearance of alcohol dependence. The biological factors were classified as gender and heredity, and the psychological factors are personality changes, which were manifested in the exacerbation of character traits and reduced stress.

Key words: alcoholism, alcohol dependence, personality characteristics of patients with alcoholism, stress, accentuation of alcoholics.

ТЕЗИ

А.М. Кушнір

СОЦІАЛЬНО-ДЕЗАДАПТУЮЧІ ЧИННИКИ, ЩО СПРИЯЮТЬ СКОЄННЮ ДЕЛІКТУ ХВОРИМИ НА ШИЗОФРЕНІЮ

ДЗ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України», м. Дніпропетровськ
upbsn@optima.com.ua

Мета дослідження. Встановити соціально-дезадаптуючі чинники, що супроводжують реалізацію суспільно небезпечних діянь хворими на шизофренію з різними психопатологічними механізмами.

Матеріали та методи дослідження. Усього обстежено 511 хворих на шизофренію, з них 251 особа вчинили СНД проти життя особи за продуктивно-психотичним механізмом реалізації делікту (П-П МР), 127 – за негативно-особистісним (Н-О МР СНД) та 112 – за змішаним. Усі вони перебували на лікуванні у примусовому порядку в психіатричній лікарні з суворим наглядом та складають практично генеральну сукупність таких пацієнтів в Україні.

Крім загальноприйнятого клініко-психопатологічного методу, який використовували для ідентифікації МР СНД, проводили ретельний збір даних стосовно судово-психіатричних аспектів здійсненого СНД (модуль И «Карти комплексного обстеження хворого (F 20), який вчинив суспільно небезпечне діяння (СНД)»).

Результати та їх обговорення. Ми вважаємо, що додатковими відомостями при оцінці ступеня суспільної небезпеки таких хворих можуть бути дані, що характеризують соціально-дезадаптуючі (контекстуальні) чинники, поведінку в умовах застосування примусових заходів медичного характеру, а також ставлення пацієнтів до умов тримання в психіатричному закладі з суворим наглядом.

Доведено, що обстежені різняться за соціально-дезадаптуючими чинниками відповідно до певного психопатологічного механізму (за частотою ознаки у пацієнтів з різними механізмами реалізації делікту).

Список використаної літератури

1. Арзуманов Ю. Л. Психофизиологические особенности восприятия улиц с наследственной отягощенностью алкоголизмом и наркоманиями / Ю. Л. Арзуманов // Наркология. – 2012. – № 9. – С. 80–87.
2. Бесчастный К. В. Борьба с алкоголизмом как проблемная область отечественной психиатрии в XIX веке / К. В. Бесчастный // Наркология. – 2012. – № 7. – С. 52–57.
3. Воробейчик Я. Н. Руководство по аутопсихотерапии / Воробейчик Я. Н. – Одесса, 2004 – 360 с.
4. Медицинская психология : учебник // И. Д. Спирина, И. С. Витенко, А. К. Напрасенко. – Днепропетровск : Видавництво «Промінь», 2014. – 456 с.

Для хворих з продуктивно-психотичним МР СНД (дані наведені у порядку зменшення інформативності) це: невміння відстояти себе на мікросоціальному рівні в умовах застосування примусових заходів медичного характеру (МІ=0,33); відсутність прагнення мати фізичний контакт з родичем (-ами) під час відвідування їх у лікарні (МІ=0,22). Серед соціально-дезадаптуючих (контекстуальних) чинників, що супроводжували даний МР СНД, виділені: проблеми, пов'язані з домашніми та економічними обставинами (Z59) (МІ=0,16), первинною підтримкою оточуючих, включно з родиною (проблеми у стосунках, неадаптивна сімейна підтримка, відсутність члена родини, розпад родини) (Z63) (МІ=0,12).

Для хворих із негативно-особистісним механізмом реалізації суспільно небезпечних діянь це (дані наведені у порядку зменшення інформативності): агресивність в умовах застосування примусових заходів медичного характеру (МІ=0,22); проблеми, що пов'язані зі способом життя (вживання тютюну, алкоголю, наркотиків, недостатня активність, недостатнє харчування) (Z72) (МІ=0,16) як соціально-дезадаптуючі (контекстуальні) чинники, а також прагнення проводити час в загальній кімнаті для денного перебування в умовах психіатричної лікарні з суворим наглядом (МІ=0,12).

Висновки. Соціально-дезадаптуючі (контекстуальні) чинники дозволяють розмежувати ступінь суспільної небезпеки хворих на шизофренію з різними механізмами реалізації СНД, а також є, по-суті, маркерами-мішенями заходів соціальної реабілітації, що спрямовані на зниження суспільної небезпеки дослідженого контингенту.

Н.Ю. Васильєва

ОРГАНІЧНЕ УРАЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЯК КЛІНІЧНИЙ ЧИННИК РИЗИКУ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК

Київський міський центр судово-психіатричної експертизи, м. Київ
vi.tjushka@gmail.com

Метою нашого дослідження було вивчення впливу психічних розладів та їх клінічної структури у жінок з органічним ураженням головного мозку (ОУГМ) на формування агресивної поведінки.

Матеріал та методи дослідження. Для досягнення мети дослідження ми проаналізували 122 випадки стаціонарних судово-психіатричних експертиз, проведених на базі Київського міського центру судово-психіатричної експертизи в період 2001–2011 рр. щодо жінок, звинувачених у скоєнні суспільно-небезпечних діянь (СНД) проти життя та здоров'я особи.

Результати та їх обговорення. Серед дослідженого контингенту найбільш криміногенною виявилась група підекспертних з ознаками ОУГМ – 19 випадків (15,6%). Моноетіологічний характер захворювання встановлено у 84,2% (16 випадків), серед яких у 26,3% (5 випадків) був наявний травматичний генез ОУГМ, у 21,1% – судинний (4 випадки), в 15,8% (3 випадки) – раннє органічне ураження, в 10,5% (2 випадки) – епілептичний генез, по 5,3% (по одному випадку) – нейроінфекційний та інтоксикаційний відповідно. У 15,8% (3 випадки) ОУГМ було спричинено поєднаним впливом різних етіологічних чинників.

У структурі психічних порушень органічного генезу у підекспертних переважає психоорганічний синдром – 52,6% (10 випадків). Прояви астеничного синдрому були наявні в 15,7% (3 випадки) обстежених. Судомний синдром спостерігався в 10,5% (2 випадки). По одному випадку (по

5,3%) припадало на маячний, галюцинаторно-параноїдний, галюцинаторний та синдром деменції.

Проявами психоорганічного синдрому були зниження пам'яті, кмітливості, ослаблення волі, афективна лабільність, зниження працездатності та здатності до адаптації. Ступінь вираженості цих проявів дає змогу класифікувати власне психоорганічний синдром за варіантами, які, в свою чергу, є і стадіями його розвитку. Астеничний варіант психоорганічного синдрому мав місце у 70% (7 випадків), експлозивний – у 30% (3 випадки). Ейфорійний та апатичний варіанти психоорганічного синдрому не виявлені.

До чинників, які обтяжують перебіг органічного ураження головного мозку, підвищують суспільну небезпеку та вірогідність скоєння СНД, належить вживання алкоголю, в чому ми переконалися при дослідженні контингенту, що вивчався – синдром залежності від алкоголю виявлений у 10,5% (2 випадки), зловживання алкоголем – у 68,4% (13 випадків). За наявними даними, 63,2% жінок (12 випадків) на момент скоєння ними суспільно-небезпечних діянь перебували у стані алкогольного сп'яніння.

Висновки. Наведені дані підтверджують висловлене положення про те, що ОУГМ є тим клінічним чинником, який найбільше визначає ймовірність формування агресивної поведінки у жінок. Проведене дослідження виявило, що у структурі психічних порушень органічного генезу переважає астеничний варіант психоорганічного синдрому. Вживання алкоголю обтяжує перебіг ОУГМ, підвищує суспільну небезпеку та вірогідність скоєння СНД.

І.Д. Спіріна, С.Ф. Леонов, Т.Й. Шустерман, О.В. Широков

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНО ХВОРИХ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ У ПСИХІАТРИЧНІЙ ЛІКАРНІ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ
kropmp@yandex.ru

Сучасний погляд на патогенез захворювання в психіатрії та фтизіатрії ґрунтується на біопсихосоціальній концепції, яка розглядає коморбідні патології як сукупність взаємозумовлюючих та взаємовпливаючих факторів біологічної, клінічної, соціальної та психологічної спрямованості, спільна дія яких визначає можливість виникнення, характер перебігу і вихід туберкульозу. Так, приєднання туберкульозу до психічного розладу викликає складні психосоматичні взаємодії, результатом яких є зміна характеру перебігу обох захворювань.

Метою даної роботи є огляд особливостей комплексного підходу до лікування психічно хворих з туберкульозом, які перебувають у психіатричному стаціонарі.

Наявність коморбідної патології вимагає корекції як психотропної, так і протитуберкульозної терапії. Призначення психічно хворим, які страждають ще й на туберкульоз, середньотерапевтичних та високих доз нейролептиків призводить до розвитку імунodefіциту і вегетативного дисбалансу. Одночасно шизофренічний процес сам по собі є хронічним стресом, який призводить до активізації латентної туберкульозної інфекції.

Лікування цієї категорії хворих біологічними методами слід поєднувати з проведенням психосоціальних реабілітаційних заходів, спрямованих на пом'якшення наявного когнітивного дефіциту, формування навичок самостійного проживання, на подолання госпіталізму, зменшення фруструвальних ситуацій, пов'язаних з від-

ривом від звичного соціального середовища, підвищення трудової та соціальної реабілітації.

Потрібно брати до уваги й те, що психіатричний стаціонар є закладом закритого типу, що передбачає цілодобове спостереження і цілодобовий контакт середнього і молодшого медичного персоналу з хворими, що підвищує його роль у формуванні психотерапевтичних або ятрогенних наслідків. Бажання персоналу дистанціюватися від психічно хворих призводить до ігнорування їх потреб, вимог, та, за принципом зворотного зв'язку, формує у пацієнтів самостигматизацію. Стигматизація медичного персоналу, що обслуговує хворих, та самостигматизація негативно відображаються на міжособистісних комунікаціях, зменшують довіру хворих до персоналу, знижують їх прихильність до лікування.

Виходячи з усього вищевказаного, для досягнення успішного результату лікування слід звертати увагу не тільки на медикаментозну терапію, а й на довірчі стосунки хворих з медичним персоналом, віру в успіх лікування, зацікавленість у прийомі препаратів, уважне ставлення медичних працівників до прохань пацієнтів, можливість знайти у медичного персоналу підтримку. Для цього потрібне створення психотерапевтичного клімату в психотуберкульозних відділеннях, а саме: проведення комплексу освітніх і психокорекційних заходів з молодшим і середнім медичним персоналом, спрямованих на подолання стигматизації, явищ емоційного вигорання, підвищення освітнього рівня медичних працівників, висвітлення питань впливу характеру міжособистісних стосунків з хворими.

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

НОВІ МОЖЛИВОСТІ У ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ТРИВОЖНОГО РОЗЛАДУ

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

Мета дослідження: визначення ефективності та безпеки стандартної дози (25 мг) антидепресанта «Агомелатин» (мелатонінергічний агоніст МТ1 і МТ2 та антагоніст 5-HT_{2c} рецепторів) для лікування пацієнтів з генералізованим тривожним розладом (ГТР).

Матеріал та методи дослідження. До групи дослідження увійшли чоловіки та жінки віком від 18 до 65 років (20 пацієнтів), у яких, відповідно до критеріїв МКХ-10, було діагностовано ГТР (F41.1). Ступінь тяжкості за шкалою CGI-S склав 4–6 балів. З метою підтвердження нозологічної належності використовували Міжнародне нейропсихіатричне міні-опитування (MINI); для відстеження динаміки лікування: шкалу Гамільтона для оцінки тривоги (НАМ-А), шкалу Гамільтона для оцінки депресії (НАМ-Д); шкалу загального клінічного враження (CGI-S і CGI-I); для оцінки безпеки – карту реєстрації небажаних явищ і побічних ефектів. Тривалість лікування агомелатином склала 6 міс. Динаміку розладів за допомогою оцінювальних шкал реєстрували на 1-й, 7-й, 14-й, 21-й, 28-й, 56-й, 140-й та 168-й дні терапії. Підсумкові результати оцінювали за стандартними критеріями ефективності: показники «виражене поліпшення» або «поліпшення» за CGI-I; 50% зниження показників шкал НАМ-А та НАМ-Д. При аналізі отриманих даних враховували також такі показники, як вираженість загального терапевтичного ефекту (відсутність змін за CGI-I); загальна частота побічних явищ; побічні явища, що реєструвалися найчастіше.

Результати та їх обговорення. Терапевтична дія агомелатину виявлялася досить швидко: уже наприкінці 2-го тижня терапії була відзначена редукція тривожних проявів у вигляді зменшення роздратованості і заклопотаності хворих, деякої дезактуалізації побоювань і недобрих передчуттів, поліпшенні сну. На 4-му тижні терапії пацієнти вказували на більшу здатність до релаксації, зменшення відчуттів занепокоєння, лякливості та плаксивості. Особливістю терапевтичної дії препарату була помітна редукція значної

кількості вісцеровегетативних проявів тривожних розладів – полегшення дихання, зменшення напруження та болю у м'язах, зменшення або відсутність сухості в роті, пітливості та запаморочення. Пацієнти відмічали покращення працездатності за рахунок підвищення якості когнітивних функцій (уваги та пам'яті). З 56-го дня лікування терапевтичний ефект збільшувався та зберігався після завершення дослідження. Показники тривоги за шкалою тривоги Гамільтона зазнали значної редукції в процесі терапії: загальна оцінка за 4 тижні терапії скоротилася на 26,9% (показник психічної тривоги – на 29,5%, соматичної – на 24,2%).

Отже, за даними НАМ-А, агомелатин є ефективним як щодо психічних, так і щодо соматичних компонентів тривоги, а позитивна динаміка є статистично достовірною вже з 28-го дня терапії ($p < 0,05$). Відзначено повний вихід із хворобливого стану у 35% та значне поліпшення – у 45% пацієнтів, причому для більшості хворих із легкими проявами ГТР повний вихід зі стану було помічено у 90% випадків наприкінці лікування. Відсутність позитивних змін при терапії зареєстровано у 5%, погіршення – у 5%.

Впродовж усього терміну лікування ми відстежували побічні дії препарату, вони були зареєстровані у 3-х пацієнтів (15%). Більшість із них зафіксована на початку лікування (переважно на першому тижні); вони мали легкий ступінь вираженості, не потребували додаткової корекції або змін у терапії; у більшості випадків були транзиторними та самостійно редукувалися протягом терапії. Спектр зафіксованих побічних явищ був обмежений денною сонливістю (10%), запамороченням та головним болем (5%), нудотою (5%).

Висновки. Отримані дані підтверджують позитивні результати більш ранніх досліджень короткотривалого застосування агомелатину при ГТР, демонструючи, що цей антидепресант є ефективним та безпечним для лікування пацієнтів з тривожними розладами.

Є.М. Харченко, О.В. Чернишов

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЯ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ У ПІДЛІТКІВУкраїнський науково дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ
stramosliab@rambler.ru

В Україні в останні роки спостерігається значна тенденція до зростання поширеності неспсихотичних психічних розладів (НПР) серед осіб підліткового віку, і дана закономірність є більш достовірною, ніж зростання кількості психічних та поведінкових розладів серед підлітково-дитячої популяції загалом. Хоча офіційних статистичних даних про поширеність больового синдрому у підлітків при неспсихотичних розладах немає, за різким збільшенням рівня звернень даної категорії хворих до дитячих психіатрів та медичних психологів можна констатувати, що сьогодні проблема больового синдрому при неспсихотичних психічних розладах у підлітків є важливою і актуальною.

Мета дослідження. Вивчити особливості психофармакотерапії больового синдрому при неспсихотичних психічних розладах у підлітків.

Матеріали та методи дослідження. Комплексне дослідження було проведено в групі підлітків, що складалася з 304 осіб (174 дівчини (57,2%) та 130 юнаків (42,8%) у віці 16–17 років), які мали подвійний діагноз згідно з критеріями включення у дослідження, яким було встановлено один із наведених діагнозів: соматоформні розлади (F 45.0), соматоформна вегетативна дисфункція серця та серцево-судинної системи (F 45.30), соматоформна вегетативна дисфункція верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (F 45.31) – група Г1; тривожно-фобічні

розлади (F 40), інші тривожні розлади (F 41), панічний розлад (F 41.0) – група Г2; легкий депресивний епізод з соматичними симптомами (F 32.01) – група Г3.

Дослідженим хворим ми надавали комплексну допомогу (фармако- та психотерапія). Фармакотерапія відповідала рекомендованим клінічним протоколам надання медичної допомоги хворим з визначеною нозологією за МКХ–10 та стандартам, затвердженим Наказом МОЗ України від 05.02.2007 р. за № 59.

Для даного дослідження нами було обрано наведені нижче препарати.

Досліджувані підлітки з груп Г1, Г2 та Г3 отримували препарати першого ряду – сертралін та мелоксикам, але у різних дозах: Г1, Г2 – по 25 мг на добу, одноразовим прийомом, ввечері, разом з їжею; Г3 – 50 мг на добу, одноразовим прийомом, ввечері, разом з їжею. Курс терапії тривав 2 місяці.

У якості препарату другого ряду в групі Г2 застосовували афобазол. Це вибірковий анксиолітик, що не належить до класу агоністів бенздіазепінових рецепторів.

У якості ноотропного засобу для терапії підлітків з Г3, які мали цефалічний синдром, використовували препарат другого ряду – фенібут, у дозі 250 мг 3 рази на добу впродовж 6 тижнів.

Висновки. Запропонований єдиний комплекс фармакотерапії дозволив значно знизити рівень вираженості соматичних та психічних клінічних проявів.

О.О. Хаустова, Н.В. Коваленко

ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБУкраїнський науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
natali-ko@ukr.net

Внутрішньо переміщені особи (ВПО) – це люди або групи людей, які були змушені рятуватися втечею чи покинути свої будинки та місця проживання, щоб уникнути наслідків збройного конфлікту, ситуації загального насильства, порушень прав людини або стихійних лих / техногенних катастроф, і які не перетнули міжнародно визнаний державний кордон країни.

Метою дослідження є удосконалення ранньої діагностики розладів психіки та поведінки у ВПО шляхом дослідження предиспозиційних та превентивних чинників розвитку клініко-динамічних особливостей психічних порушень.

Матеріали та методи дослідження. Нами проведений пошук за ключовими словами (розлади психіки та поведінки у ВПО, біженців, при екстремальних та стресових

подіях; адаптація і дезадаптація при екстремальних та стресових подіях) у пошукових системах PubMed, Cochrane library, Lancet, BMJ. За результатами пошуку було знайдено та проаналізовано 150 джерел інформації.

Результати та їх обговорення. В Україні, станом на 10 березня 2015 року збройним конфліктом охоплено близько 5,000,000 людей, з них 1,700,000 дітей. Вбито більше 6,000 чоловік, з них 63 дитини. Поранено 10,740, з них 169 дітей. Кількість зниклих безвісти невідома. Загальна кількість зареєстрованих ВПО – 1,099,600, з них 140,483 дитини. Але оскільки процес встановлення централізованої системи реєстрації досі не завершений, реальна кількість ВПО залишається невідомою і може бути значно вищою.

Значна кількість ВПО, які прибувають зі східних областей України, повідомляють, що на їх психологічний стан значно впливають стрес і перенесені ними травми. У багатьох ВПО спостерігаються пригнічений настрій, тривога, порушення сну, втома, знесилення, дратівливість, нав'язливі спогади та думки, агресія до малознайомих людей. Батьки повідомляють про негативні зміни у

поведінці дітей, зокрема про підвищення рівнів страху та агресії.

Висновки. Проблеми психічного здоров'я, з якими стикаються ВПО в Україні і загалом у світі підкреслюють необхідність вивчення більш широких питань психічного здоров'я уразливих груп населення, які постраждали внаслідок вимушеного переселення.

Т.Ю. Ільницька

ГІПЕРКІНЕТИЧНІ РОЗЛАДИ У ДОРОСЛИХ (ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ І КОМОРБІДНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ)

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

Гіперкінетичний розлад (ГКР) – розлад психіки та поведінки, що характеризується надмірною руховою активністю, розгальмованістю, порушеннями уваги, імпульсивністю і призводить до виражених порушень функціонування особи в основних сферах життя.

ГКР є досить поширеною формою розладів поведінки у дитячому віці, його поширеність, за даними різних джерел, коливається від 1,5 до 9% (Taylor [et al.], 2004, NICE, 2013). За даними Європейської дослідної мережі з розладів із дефіцитом уваги, гіперактивністю (EUNETHYDIS), поширеність проблем, що зумовлені дефіцитом уваги, гіперактивністю чи імпульсивністю, у популяції дітей шкільного віку коливається від 6 до 19%. Кількість дітей, які відповідають критеріям РДУГ згідно з DSM-IV-R, становить 3–7% (Buitelaar J.K., 2002, Brandeis D., 2003). За даними УНДІ ССПН, поширеність ГКР у вибірці київських школярів перевищує 10%.

Досить тривалий час вважали, що РДУГ (ГКР) належать до розладів психіки та поведінки, притаманних виключно дитячому віку. Однак уже в 70-х роках XIX ст. почали з'являтися статті, у яких описувались симптоми ГКР у дорослій популяції. Адже цілком логічно, що в більшості випадків симптоми гіперкінетичного розладу з віком нікуди не зникають. Проте дорослі пацієнти з такими розладами рідко звертаються за допомогою до лікарів, що у більшості випадків призводить до виникнення супутніх порушень психіки та негативних соціальних наслідків. Так, серед дорослих осіб із РДУГ 79% (Barkley, 2006) мають коморбідний психіатричний розлад: 20–45% – антисоціальну поведінку, 25% – антисоціальний розлад особистості; 12% – зловживають алкоголем / наркотичними речовинами, мають афективні, тривожні, соматоформні розлади тощо.

ГКР є розладом із достатньо чітко окресленими діагностичними критеріями, але не до кінця визначеною етіопатогенетичною концептуалізацією.

У міжнародній класифікації психічних хвороб 10 перегляду (МКХ-10 – The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines) розлади з дефіцитом уваги та гіперактивністю віднесені до рубрик F90 (гіперкінетичні розлади) та F84.4 (гіперкінетичні розлади, що поєднуються з розумовою відсталістю та стереотипними рухами). Таким чином, розмежовуються розлади, асоційовані із дефіцитом уваги та слабкістю волевого контролю, зумовленого моноаміно-

вою нейротрансмітерною недостатністю в лобних відділах мозку, та розлади із первазивними порушеннями розвитку (аутичного спектра). Окрім того, в межах рубрики F90 розрізняють F90.0 (порушення активності та уваги) – розлад, при якому в клінічній картині домінують порушення концентраційної функції уваги та відволікальність, та F90.1 (гіперкінетичні розлади поведінки) – розлад із дефіцитом уваги та імпульсивністю.

В DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) виділяють три підтипи гіперкінетичного розладу: переважно з порушенням уваги, переважно з гіперактивністю чи імпульсивністю та змішаний. Варто мати на увазі, що для встановлення діагнозу наявні симптоми повинні значною мірою порушувати функціонування особи у віці до 12 років і не можуть бути пояснені наявністю альтернативних психіатричних розладів (APA, 2013). В DSM-5 РДУГ та розлади аутичного спектра (РАС) віднесені до одного розділу – порушень нейророзвитку.

Також саме у DSM-5, для того, щоб врахувати дані останніх досліджень, які вказують на стабільність симптоматики РДУГ протягом всього життя, були внесені зміни щодо визначення даного стану, які враховують особливості діагностики розладу після досягнення повноліття. Оскільки з віком у осіб з ГКР прослідковуються механізми адаптації, подолання і приховування симптомів, для встановлення діагнозу варто брати до уваги проблеми з концентрацією уваги, які можуть проявлятися у труднощах на роботі і у стосунках з оточуючими (Crohol, 2013).

Симптоматика, притаманна ГКР, зокрема тяжкі порушення концентраційної функції уваги, імпульсивність, розлади поведінки з порушеннями імпульс-контролю, також характерна для ПТСР (Antshel K.M., Kaul P., Biederman J., 2013, Марценковський Д., 2013). Хворі з психічною травмою в анамнезі демонструють симптоми поведінки уникнення «боротьби або втечі», демонструють розгубленість, фобічні форми реагування у відповідь на зовнішні подразники, насильство, агресію, які нагадують симптоми ГКР, такі як відволікання, неуважність, імпульсивність, підвищена активність або дисоційована поведінка. Досі невідомо, чи психічна травма може бути причиною розвитку гіперкінетичного розладу, чи посттравматичні симптоми лише імітують його клінічну картину.

Дві гіпотези можуть допомогти пояснити взаємозв'язок між ПТСР та гіперкінетичним розладом: 1) пацієнти з гі-

перкінетичною симптоматикою мають вищу уразливість до психічної травми у зв'язку з їх імпульсивністю, схильністю до небезпечної поведінки, вони частіше потрапляють у ситуації, де можлива травматизація; 2) гіперзбудження індуковане тяжкою психічною травмою проявляється симптомами гіперпильності, імпульсивності та поганої концентрації, супроводжується ознаками, схожими на клінічні прояви гіперкінетичного розладу.

У будь-якому випадку можна стверджувати, що психічна травма та гіперкінетичний розлад поєднані значущими причинно-наслідковими зв'язками.

Мета дослідження – вивчення причинно-наслідкових зв'язків ГРП у дорослому віці та коморбідних розладів психіки.

Матеріали і методи дослідження. Було проведено скринінг 200 осіб у вибірці пацієнтів старше 18 років, які звернулися за допомогою до лікаря-психіатра і які мали проблеми із порушенням соціальної адаптації та порушення поведінки, зумовлені травматичними подіями в особистому анамнезі. Серед рандомізованих пацієнтів були переселенці з тимчасово окупованих територій, учасники бойових дій, особи в стані гострого стресу, зумовленого психотравматичними подіями в особистому житті, дорожно-транспортними пригодами, кримінальним переслідуванням за дрібні правопорушення. До дослідження не включали пацієнтів з шизофренією, біполярним афективним розладом, деменцією та розумовою відсталістю.

У ході дослідження були використані скринінгові інструменти для оцінки гіперкінетичного розладу, порушень особистості у дорослих: скринінгова шкала РДУТ для дорослих (Adult ADHD Self-Report Scale), шкала розладів, пов'язаних з дефіцитом уваги Брауна (the Brown Attention Deficit Disorder Scale), рейтингові шкали для визначення структури та тяжкості розладів зі спектра РДУТ (Barkley Adult ADHD Rating Scale – IV (BAARS-IV)), оціночна шкала Коннора для дорослих (Conners Adult ADHD Rating Scale), ADHD Rating scale, а також інструментарій для

оцінки коморбідних розладів психіки, пов'язаних із травматичним досвідом (ПТСР, депресивні, тривожні розлади). Використовували структуроване клінічне діагностичне інтерв'ю – СКІД (SCID-Structured Clinical Interview for DSM) і клінічну діагностичну шкалу (CAPS-Clinical-administered PTSD Scale). СКІД включає низку діагностичних модулів (блоків питань), які забезпечують діагностику психічних розладів за критеріями DSM-IV (афективних, психотичних, тривожних, викликаних вживанням психоактивних речовин тощо). Конструкція інтерв'ю дозволяє працювати окремо з будь-яким модулем, у тому числі і з модулем ПТСР.

Результати та їх обговорення. За результатами скринінгу було відібрано 80 пацієнтів, у яких були наявні діагностичні критерії як ГРП, так і ПТСР, і 65 пацієнтів із гострою реакцією на стрес, у яких були підстави для подвійної діагностики ГРП та тривожного чи депресивного розладів. Було підтверджено високий рівень коморбідності симптомів спектра ГРП з симптомами ПТСР, тривожними та депресивними симптомокомплексами. Рандомізованим пацієнтам були притаманні порушення концентраційної функції уваги, відволікання, розлади поведінки з порушеннями імпульс-контролю, різкі переходи від ідеомоторної загальмованості до надмірної рухової активності, афективні симптомокомплекси, епізоди дисоціативної поведінки, фобічні форми реагування на зовнішні подразники, зловживання алкоголем і психоактивними речовинами, низький професійний статус, соціальна дезадаптація.

Висновки. Необхідне подальше проведення дослідження з метою вивчення причинно-наслідкових зв'язків ГРП у дорослому віці з коморбідними розладами психіки. Необхідно дослідити роль патологічних чинників: спадкових, пов'язаних з перинатальним ушкодженням головного мозку, органічним ураженням мозку внаслідок черепно-мозкової травми, пов'язаних із проблемами з групою первинної підтримки, психологічною травмою в генезі гіперкінетичного розладу у дорослих.

А.А. Педак

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ДЕПРИВАЦИИ СТРЕССОГЕННОЙ АКТИВНОСТИ У ЛИЦ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Николаевская областная психиатрическая больница №2, г. Николаев
norb-2@ukr.net

Чрезвычайная социально-политическая и военная ситуация, сложившаяся в Украине, и её медико-социальные и психологические последствия требуют применения и внедрения интенсивных медицинских технологий с целью оказания экстренной психолого-психиатрической помощи потерпевшим. В качестве интенсивного метода психофизиологического дебрифинга посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) предлагается техника десенсибилизации и коррекции переработки сенсорной информации методом нейросенсорной депривации стрессогенной активности – НДСА (А.А. Педак, А.А. Педак, 2014). В основу метода положены принципы техники десенсибилизации и коррекции переработки информации с помощью движения глазных яблок (ENDR), разработанной F. Shapiro (1989).

В отличие от ENDR, теоретической базой НДМО послужили современные представления относительно роли и характера межполушарных отношений головного мозга в обеспечении целенаправленной психической деятельности человека, в которой, помимо зрительной, задействована и звуковая сенсорная составляющая (А.А. Педак, 2005).

Цель исследования – научное обоснование и разработка интенсивной методики оказания экстренной психотерапевтической помощи пациентам с посттравматическим стрессовым расстройством.

Материалы и методы исследования. Метод НДСА применялся в качестве дополнительного психофизиологического воздействия в отношении 20 пациентов – мужчин с ПТСР, 11 из которых являлись участниками

антитеррористической операции (АТО). Все пациенты получали адекватную психофармакологическую помощь в соответствии с утвержденными протоколами лечения. Средний возраст пациентов – 29,8 лет, с право-латеральным профилем сенсомоторной асимметрии головного мозга. В качестве технического инструмента для психосенсорного воздействия было применено звуковое устройство на базе механического метронома. Ауди- и видеовоздействие осуществлялось путём индивидуально-регулируемых частотно-латерализованных колебательных движений глазных яблок («справа налево» и «слева направо»), которые подкреплялись индивидуально подобранным уровнем билатерального звукового раздражителя (сигнала). Их частота и уровень, а соответственно и направленности зрительной и слуховой активности, подбирались индивидуально, в зависимости от латерального сенсомоторного фенотипа пациента, его индивидуальной восприимчивости к уровню и интенсивности воздействия, выраженности клинических проявлений и полярности аффективного компонента общего симптомокомплекса. Психическое состояние оценивалось в соответствии с диагностическими критериями МКБ–10 с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями (J.E. Соорер, 1998). Помимо клинко-психопатологического метода использовалась оценочная стандартизованная психометрическая субъективная шкала тревоги и депрессии HADS. Фиксация результатов осуществлялась ежедневно – до и после каждого сеанса НДСА, состоящего из трех пятиминутных серий воздействий, с промежутком покоя между ними 5 минут. Параллельно, до и после сеанса НДСА, осуществлялась регистрация и оценка уровня показателя выраженности

право-лево-латеральной электродермальной активности (ЭДА) головного мозга пациента (А.А. Педак, 2004).

Результаты и их обсуждение. По результатам использования субъективной оценочной шкалы тревоги и депрессии HADS, проводимого до начала и в конце каждой процедуры, было отмечено, что в процессе каждого сеанса НДСА усреднённый показатель уровня тревоги пациентов имел тенденцию к достоверному динамическому снижению в среднем на $(8,7 \pm 0,5)$ баллов, а депрессии – на $(4,5 \pm 0,3)$ балла – от первоначальных показателей уровня тревоги – 9,8 и 11,4 балла – при депрессивных состояниях. В процессе каждого сеанса динамика клинических показателей уровня тревоги и депрессии сопровождалась снижением и уровня праволатеральных показателей КТР, с переходом праволатеральной активности – до равнозначной – право-левополушарной активности общего уровня выраженности КТР.

Выводы. Результаты проведенного практического исследования и апробации метода нейросенсорной депривации стрессогенной активности (НДСА) позволяют рассматривать его в качестве дополнительного эффективного физиотерапевтического средства в комплексном лечении больных с депрессивными и тревожными расстройствами, как в стационарных условиях, так и при использовании метода в индивидуальной практике врача-психотерапевта. Депривационный механизм формирования НДСА, как биопсихологического феномена, близок к процессам формирования гипнотических состояний, позволяющих определенным образом дезорганизовать устойчивую патологическую детерминанту в виде сформированного патологического симптомокомплекса (Г.Н. Крыжановский, 2002).

О.П. Романів, К.М. Погоріляк

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В ОСІБ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ В ЗОНІ АТО ЗАЛЕЖНО ВІД ЇХ ІНДІВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України, м. Київ
romaniv5@rambler.ru

Вступ. ПТСР (посттравматичний стресовий розлад) – це тяжкий психічний стан, який визначається як патологічне занепокоєння і виникає після індивідуального досвіду або опосередкованого переживання тяжкої травми, що являє собою загрозу для фізичної цілісності або життя людини, може виникати в результаті одиночної або повторюваної психотравматичної події. Найгострішим симптомом даного розладу є розвиток самодеструктивної поведінки і, як наслідок, високий рівень завершених суїцидів у пацієнтів з ПТСР.

Мета роботи. Працюючи з пацієнтами з діагнозом ПТСР ми мали за мету узагальнити відомості про цей стан та відмітити особливості формування саморуйнівних тенденцій залежно від соціокультурних характеристик, основних особистісних рис та фрустраційної толерантності.

Матеріали та методи дослідження. З цієї метою проведено клінічне інтерв'ю 24 учасників бойових дій різного віку (від 20 до 53 років) та різного військового статусу (військові контрактної служби, мобілізовані, добровольці).

Дослідження проводили з використанням індивідуального клінічного інтерв'ю, «Шкали оцінки тяжкості суїциду Колумбійського університету», «Місісіпської шкали для бойового ПТСР», «Шкали самооцінки тривоги (Чабан О.С., Хаустова Е.А.)», «Тесту самооцінки рівня депресії Beck А.Т.»

Результати та їх обговорення. Виявлено значний рівень саморуйнівної поведінки в учасників бойових дій у зоні АТО – 25% опитаних пацієнтів з діагнозом ПТСР вказали на наявність суїцидальних ідей та намірів, як у період перебування в умовах дії стресового чинника, так і в постстресовий період. Відзначено чітку кореляцію рівня саморуйнівної поведінки з вираженістю ПТСР, рівнем особистісної тривожності та депресії.

Висновки. Як показали результати дослідження, проблема саморуйнівної поведінки у пацієнтів з діагнозом ПТСР вже зараз, через порівняно короткий проміжок часу, стала неабияк відчутною, а у майбутньому сягне катастрофічних масштабів, з огляду на високий рівень суїцидів серед молодого населення, низький рівень

соціального захисту та майже відсутній адекватний психолого-психотерапевтичний супровід особи з діагнозом ПТСР. Розуміння цієї проблеми, адекватний аналіз,

вивчення особливостей формування АП, і, що найголовніше, усвідомлення її допоможе пацієнтам з діагнозом ПТСР запобігти такому «виходу» з ситуації.

О.В. Радзевілова

ПСИХОЕМОЦІЙНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖІНОК ІЗ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ, ЩО НЕ ВПЛИНУЛИ НА ЇХ ЗДАТНІСТЬ УСВІДОМЛЮВАТИ ЗНАЧЕННЯ СВОЇХ ДІЙ ТА КЕРУВАТИ НИМИ У ПЕРІОД ВЧИНЕННЯ ЗЛОЧИНІВ ПРОТИ ОСОБИ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії

та наркології МОЗ України, м. Київ

alexix@list.ru

Метою дослідження є вивчення психоемоційної сфери жінок із психічними розладами, які визнані експертною комісією такими, що могли у повній мірі усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними на період вчинення злочину проти життя та здоров'я особи.

Матеріали та методи дослідження. Вибірку склали 35 актів проведення стаціонарних судово-психіатричних експертиз (із психологічним дослідженням на період проходження експертизи) та комплексних судових психолого-психіатричних експертиз стосовно жінок, які вчинили злочини проти життя та здоров'я особи (ст. 115–119, 121–128 Кримінального кодексу України). У першу групу (А) увійшли особи, у яких експертною комісією лікарів-психіатрів були встановлені психічні розлади органічного походження (органічне ураження головного мозку, в тому числі з легкими когнітивними порушеннями; психоорганічний синдром до помірно вираженого ступеня) та легка розумова відсталість (в тому числі з емоційно-вольовими порушеннями) – 20 випадків. Другу групу (Б) склали жінки, яким експертною комісією лікарів-психіатрів було встановлено діагноз: «психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин» – 15 випадків.

Інструментом дослідження стала спеціально розроблена карта обстеження, яка складалась з декількох блоків, у яких відображені соціально-демографічні показники, анамнез життя, характеристики правопорушення, дані психологічного дослідження на період проходження експертизи, характер стосунків із потерпілим. Під час дослідження також використовували якісний аналіз матеріалів провадження.

Результати та їх дослідження. Обсеженим у групі А, поряд зі змінами динаміки перебігу когнітивних процесів, були притаманні наступні характеристики: демонстративність поведінки (45,0%), емоційна лабільність (35,0%),

емоційна нестійкість (55,0%), потреба домінувати в контактах (45,0%), особистісна незрілість (40,0%), схильність до збудливих форм реагування (80,0%), імпульсивність (85,0%), наполегливість у відстоюванні власної позиції (30,0%), вольова нестійкість (45,0%), поверхневості інтересів (80,0%), швидка пересичуваність діяльністю (55,0%).

У групі Б соціальна та особистісна деградація (які є характерними для осіб із адикціями) супроводжувалась більшою дратівливістю у поєднанні з нестриманістю ($P < 0,05$), переважно негайним емоційним відреагуванням на стимули ($P < 0,01$), захисною позицією під час проходження судової експертизи ($P < 0,01$).

Також у цій групі потерпілими частіше були члени їх сім'ї та формально знайомі підекспертних (під час спільного вживання алкогольних напоїв). У матеріалах кримінального провадження в цих випадках були наявні дані щодо перебування підекспертних у стані алкогольного сп'яніння на період правопорушення. Як відомо, стан алкогольного сп'яніння змінює нормальний перебіг психофізіологічних процесів, підвищує емоційність реагування, знижує інтелектуальний контроль над поведінкою, полегшує вибір соціально несприятливих форм поведінки.

Висновки. За результатами проведеного дослідження встановлено, що у жінок із психічними розладами, які не позбавляли їх можливості усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними, на перший план виступали зміни психоемоційної сфери. Наявні особливості емоційно-вольової сфери зазначених жінок відповідали нозологічним групам розладів, встановлених експертною комісією лікарів-психіатрів. Притаманні обох групам підекспертних риси емоційно-нестійкого кола (в тому числі схильність до відреагування назовні, дратівливості) були пусковими при формуванні насильницьких дій зі сприйманням конкретної життєвої ситуації суб'єктивно важкою, конфліктною.

И.В. Калугин

ПОЛИПРАГМАЗИЯ И ПОЛИФАРМАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

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

doct@hitline.net.ua

Актуальность. Активный рост потребления пожилыми людьми лекарственных препаратов является актуальной проблемой многих стран. 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 сред-

нем четыре – пять различных хронических патологических состояний в разных фазах и стадиях. Именно явление полиморбидности заставляет пациентов пожилого возраста обращаться и наблюдаться у врачей разных специальностей. Также необходимо отметить, что полиморбидность приводит к полипрагмазии (одновременное назначение врачами, нередко неоправданное, многих лекарственных веществ или лечебных процедур) и полифармации (одновременный прием нескольких лекарственных средств пациентом), что делает невозможным контроль над эффективностью терапии, увеличивает материальные затраты пациентов, а поэтому снижает их комплаенс (приверженность к лечению). Кроме того, полипрагмазия и полифармация у пациентов пожилого и старческого возраста способствует резкому возрастанию вероятности развития местных и системных нежелательных побочных эффектов лекарственных препаратов. 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 увеличивает риск развития побочных эффектов.

Методы и материалы 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 течение 6 месяцев. Были проанализированы истории болезней 429 пациентов (154 мужчин и 275 женщин) в возрасте старше 65 лет.

Результаты и их обсуждение. 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. То есть 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. Это свидетельствует 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. Анализ данных 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.

Є.М. Харченко, В.П. Культенко¹

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ З НЕГАТИВНИМИ ЕМОЦІЙНИМИ СТАНАМИ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ВИНИКНЕННЯ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ

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

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України¹, м. Київ
kulenko.viktori@mail.ru

Мета роботи – дослідити вплив негативних емоційних станів на гендерні особливості особистості та розглянути їх взаємозв'язок з виникненням соматоформних розладів.

Матеріали та методи дослідження. Досліджувана група пацієнтів складалася з 45 чоловіків віком від 20 до 48 років та 36 жінок віком від 25 до 56 років, які звертались у лікувальний заклад. Скарги були на порушення функціонування серцево-судинної, шлунково-кишкової системи, надмірне потовиділення, а також різке підвищення тиску та температури тіла до показників вище нормальних ро-

бочих. Пацієнтам були запропоновані наступні тести та методики для діагностики і дослідження – особистісний опитувальник Бехтерівського інституту (ООБІ) для діагностики типів ставлення до хвороби і лікування у хворих з хронічними соматичними захворюваннями. Тест Розенцвейга, методика рисункової фрустрації, дорослий варіант (модифікація Н.В. Тарабріної), для дослідження реакцій на невдачу і способи виходу із ситуацій, що перешкоджають діяльності або задоволенню потреб особистості. Методика складається із 24 схематичних контурних малюнків, на яких

зображені дві людини або більше, зайняті ще незакінченою розмовою. Ситуації, зображені на малюнках, можна поділити на дві основні групи, ситуації «перепони» та ситуації «звинувачення». Діагностика рівня алекситимії (адаптована психоневрологічним інститутом ім. В.М. Бехтерева)

Результати та їх обговорення. При плановому обстеженні пацієнтів використовували опитувальник ООБІ для вимірювання індивідуального рівня типу ставлення до хвороби: гармонійний тип реагування відмічений у 3 чоловіків і 2 жінок; анозогностичний тип – у 4 чоловіків і 2 жінок; тривожний тип – у 3 чоловіків і 5 жінок; неврастенічний тип – у 4 чоловіків і 5 жінок; obsесивно-фобічний тип – у 10 чоловіків і 5 жінок; егоцентричний тип – у 3 чоловіків і 5 жінок; сенситивний тип – у 6 чоловіків і 4 жінок; ергопатичний тип – у 7 чоловіків і 4 жінок; паранояльний тип – у 5 чоловіків і 4 жінок. Основною особливістю пацієнтів з соматоформними розладами є відсутність факту усвідомлення та раціоналізації симптомів захворювання. Також були застосовані тест Розенцвейга, методика рисункової фрустрації, дорослий варіант (модифікація Н.В.Тарабріної), відповіді пацієнтів були оцінені за двома критеріями:

- за напрямком реакції (агресії): екстрапунітивні: реакція спрямована на живе оточення, засуджується

зовнішня причина фрустрації (до даної групи увійшли чоловіки та жінки з тривожним типом реагування);

- інтропунітивні: реакція спрямована на самого себе (до даної групи увійшли пацієнти з егоцентричним типом реагування);
- імпунітивні: фруструюча ситуація розглядається як щось незначне або неминуче, «досягне» з часом, звинувачення оточуючих або самого себе відсутнє (до даної групи увійшли пацієнти з гармонійним типом реагування на хворобу).
- за типом реакції: перешкодо-домінантні:
- тип реакції «з фіксацією на перешкоді» (пацієнти з анозогностичним типом реагування);
- самозахисні: тип реакції «з фіксацією на самозахисті» (схильні пацієнти з паранояльним типом реагування);
- необхідно-наполегливі: тип реакції «з фіксацією на задоволення потреби» (характерний для ергопатичного типу особистісного реагування).

Висновки. Робота висвітлює основні аспекти та взаємозв'язок з гендерними особливостями при впливі негативних емоційних станів, що спричиняють виникнення соматоформних розладів особистості.

В.И. Пономарёв, О.Н. Сукачёва

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ УРОВНЯ СУБЪЕКТИВНОЙ КОМФОРТНОСТИ ПРИ РАЗНЫХ ВАРИАНТАХ РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, УВОЛЕННЫХ ИЗ РЯДОВ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ В СВЯЗИ С РЕФОРМИРОВАНИЕМ АРМИИ

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, г. Харьков

V.I.Ponomaryov@mail.ru

Дифференциальная клинико-психологическая диагностика различных вариантов адаптационного расстройства (F 43.2. по МКБ–10) в социальных группах, переживающих «стрессы социальных изменений», является актуальной задачей медицинской психологии, реализация которой позволяет в оптимальные сроки определить поливариантные стратегии терапии. Недостаток объективных знаний об уровнях субъективной комфортности у представителей военного сословия, оказавшихся за пределами привычного жизненного уклада и профессиональной деятельности, переживающих увольнение из рядов Вооруженных Сил как психотравмирующее событие и проявляющих признаки адаптационного расстройства (АР), снижает качество оказания медико-психологической помощи и делает реабилитацию пациентов указанного контингента неполной.

Основной исследовательской гипотезой явилось предположение о том, что бывшие военнослужащие, проявившие после увольнения из армии признаки различных вариантов адаптационного расстройства, различаются между собой уровнем субъективной комфортности, существенным для планирования и реализации терапевтических усилий.

Исходя из этого, **целью исследования** стало определение дифференциально-диагностических особенностей субъективной комфортности, позволяющих отграничить варианты расстройства адаптации у бывших военнотру-

жащих, уволенных из рядов Вооруженных Сил в связи с реформированием армии.

Материалы и метод исследования. Группу исследования составили 99 военнослужащих с признаками адаптационного расстройства (АР) (F 43.2 по МКБ–10). По критериям П.В. Волошина с соавт. (2009) были выделены две подгруппы: с поведенческим (F43.24) и аффективным (F43.2; F43.22; F43.23) вариантами АР. Общим для лиц с АР был пережитый психосоциальный стресс – непланируемое увольнение из армии. Группу сравнения образовали 30 военнослужащих, уволенных из ВС, не имевших на момент исследования признаков АР. Средний возраст пациентов с АР – (38,50±2,02) лет, испытуемых без АР – (38,40±1,06) лет.

Уровень субъективной комфортности изучался с помощью Шкалы оценки субъективной комфортности (А. Леонова, 2003). Статистическую обработку полученных данных осуществляли при помощи пакетов прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. Сравнимые группы различались по уровню субъективной комфортности (СК). В группе военнослужащих с АР доминировали лица с пониженным и низким уровнем СК (соотносимыми с пониженным и плохим самочувствием), а в группе военнослужащих без АР – лица с высоким и приемлемым уровнями СК (соотносимыми с хорошим и нормальным самочувствием). Большинство военнослужащих без признаков АР (66,67%) име-

ли приемлемый уровень СК, у большинства военнослужащих с признаками АР (59,60%) отмечен низкий уровень СК. Различия в распределении уровней СК были отмечены и при сопоставлении в подгруппах пациентов с АР. Низкий уровень СК был отмечен у всех пациентов с аффективным вариантом АР и только у 6 (6,06%) пациентов с поведенческим вариантом АР. Из чего был сделан **вывод** о более выраженном переживании субъективного дискомфорта в подгруппе пациентов с аффективным вариантом АР. Сопоставление средних значений индекса субъективной комфортности (ИСК) в группах и подгруппах сравнения показало, что величина ИСК у военнослужащих с признаками АР была в 1,5 раза меньше, чем у военнослужащих без признаков АР, и соответствовала интервалу низких значений шкалы субъективной комфортности (<41 балла), соотносимому с плохим самочувствием. Максимально низкое значение

ИСК в группе военнослужащих с АР отмечено у пациентов с аффективным вариантом АР.

Полученные в ходе исследования результаты позволили сформулировать **утверждение**, что вариабельность субъективной комфортности (ВСК) является не только оценочной характеристикой переживаемого человеком функционального состояния в данный момент времени, но и является показателем адаптивности организма. Диапазон «сниженного» и «низкого» уровней СК отражает функциональное состояние «нездоровья» и указывает на снижение адаптивности. Хорошо адаптированными могут считаться люди, чья субъективная оценка комфортности лежит в диапазоне «высокого» и (или) «приемлемого» уровней СК. Другими словами, уровень СК может отражать или комфорт или напряжение (истощение) адаптационных механизмов, снижение функциональности стресспротектирующих и стресс-лимитирующих систем.

В.И. Пономарёв, М.Е. Водка

ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ЛЕГКИМ ДЕПРЕССИВНЫМ ЭПИЗОДОМ И ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ, С ПРИЗНАКАМИ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, г. Харьков

V.I.Ponomaryov@mail.ru

Проблема ранней диагностики парасуицидальной активности у женщин с аффективными расстройствами и потерей плода в анамнезе актуализируется в современной медицинской науке в связи с установлением у данного контингента высокого риска суицидального поведения (Т.В. Никифорова, Е.Д. Счастный, Г.А. Михеенко, 2010). Проблема ранней диагностики парасуицидальной активности у женщин с аффективными расстройствами и потерей плода в анамнезе актуализируется также в связи с негативной тенденцией роста общего числа случаев угрозы прерывания беременности: 15–25% беременностей завершается самопроизвольным абортom, а диагноз «угроза прерывания беременности» ставится практически каждой второй беременной женщине (Г.Т. Сухих, Л.В. Ванько, 2003; В.И. Кулаков, Н.В. Орджоникидзе, В.Л. Тютюнник, 2004). Таким образом, раннее установление парасуицидальной активности, которая может иметь признаки самодостаточности или быть пресуицидальной, является актуальной в плане разработки тактик её ранней превенции у контингента женщин с аффективными расстройствами и потерей плода в анамнезе, что и послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Цель исследования: оценка суицидального риска и уровня сформированности суицидальных намерений у женщин с депрессивным эпизодом и потерей плода в анамнезе, с признаками парасуицидальной активности.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 22 женщины с потерей плода в анамнезе, имеющие на момент исследования признаки легкого депрессивного эпизода (F32.0) и неслучайных самоповреждений. Контрольную группу составили 30 женщин с потерей плода в анамнезе без признаков аффективного

расстройства и самоповреждений. Средний возраст пациенток основной группы был (28,9±4,6), средний возраст пациенток группы контроля составил (28,4±5,6) (p>0,05).

Методы исследования: клинический (клинико-психопатологический), психодиагностический, статистический. Основным психодиагностическим инструментом являлся Опросник суицидального риска (ОСР) (модификация Т.Н. Разуваевой, 1993), позволяющий выявлять уровень сформированности суицидальных намерений. При «выравнивании» пунктов тестовых субшкал ОСР применялся метод перевода «сырых» баллов в проценты.

Результаты и их обсуждение. У всех пациенток с легким депрессивным эпизодом (F32.0) интегральный тестовый показатель ОСР не превышал 20 баллов или 49,0%. Такой показатель характеризовал их как лиц со слабо выраженной тенденцией к демонстративности (Д=20,0%), умеренно выраженной тенденцией к аффективности (А=50,0%), сниженной тенденцией к уникальности (У=40,0%), умеренно выраженной тенденцией к социальному пессимизму (СП=57,0%), сниженной тенденцией к невозможности временной перспективы (ВП=33,0%). Величина Шкалы «Несостоятельность» (Н=100,0%) указывала на то, что у всех пациенток с F32.0 имела место выраженная отрицательная концепция собственной личности. В такой концепции доминируют представления о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, «выключенности» из мира. Данная особенность связывается с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельностью. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внешнего монолога – «Я плохая». Также у всех пациенток отмечены максимальные значения

по шкале «Максимализм» ($M=100,0\%$), что указывало на выраженный инфантильный максимализм ценностных установок. Это означало распространение на все сферы жизни содержания локального конфликта в какой-то одной жизненной сфере, невозможность компенсации, аффективную фиксацию на неудачах.

По результатам исследования был сделан **вывод** о наличии умеренно выраженного уровня сформированности суицидальных намерений у женщин с потерей плода в анамнезе, имеющих на момент исследования признаки легкого депрессивного эпизода (F32.0) и неслучайных самоповреждений. Установленная в группе

умеренная выраженность антисуицидального фактора ($AF=50,0\%$) не снимает глобального суицидального риска у испытуемых. Величина $AF=50,0\%$ указывает на отсутствие глубокого понимания чувства ответственности за близких, чувства долга, представления о греховности самоубийства, антиэстетичности его, боязнь боли и физических страданий.

Также был сделан вывод о наличии умеренно выраженного суицидального риска у женщин с потерей плода в анамнезе, имеющих на момент исследования признаки легкого депрессивного эпизода (F32.0) и неслучайных самоповреждений.

В.И. Пономарёв, Е.П. Архипенко

ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА У ЖЕНЩИН С АССОЦИИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОЛОВОЙ РОЛИ И ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, г. Харьков

V.I.Ponomaryov@mail.ru

Ненормативные исходы сексуального (соматосексуального и психосексуального) развития могут не только обуславливать развитие алкогольной аддикции, но и поддерживать высокий уровень её рецидивности у лиц со сформированным неадаптивным полоролевым паттерном. В литературе отсутствуют достоверные данные об особенностях сексуального дизонтогенеза у молодых женщин с ассоциированной зависимостью от алкоголя и расстройствами половой роли, что делает традиционную медико-психологическую диагностику таких пациентов неполной, а превенцию и терапию – недостаточными.

Цель работы – изучение особенностей сексуального дизонтогенеза у женщин с ассоциированными расстройствами половой роли нетранссексуального типа и зависимостью от алкоголя.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 67 женщин с сочетанной зависимостью от алкоголя и расстройствами половой роли (РПР) (F10.20, F64.9 по критериям МКБ–10), находившихся на лечении в КУОЗ «ХОКПБ №3» и КУОЗ «ХОКНБ» в 2012–2014 гг. По унифицированным критериям МКБ–10 были выделены две группы сравнения: первую составили 38 (56,72%) пациенток с РПР в форме трансформации полоролевого поведения (ТПРП) (F10.20, F64.9), вторая объединила 29 (43,28%) женщин с РПР в форме гиперролевого поведения (ГРП) (F10.20, F64.9). Тридцать здоровых женщин без зависимости от алкоголя и РПР образовали контрольную группу. Все обследованные были жительницами г. Харькова и Харьковской области. Средний возраст пациенток – $(31,50 \pm 2,02)$ лет, здоровых испытуемых – $(30,00 \pm 1,06)$ лет.

Методы исследования: клинико-психопатологический (основной), психодиагностический, методы математической статистики. В качестве основного исследовательского инструмента использовалась Шкала сексуального дизонтогенеза (С.Н. Матевосян, Г.Е. Введенский, 2003, 2012). Статистическую обработку полученных данных осуществляли при помощи пакетов прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у всех женщин контрольной группы по критериям Шкалы сексуального дизонтогенеза, сексуальное развитие характеризовалось как гармоничное (нормативное, своевременное, синхронизированное), тогда как у всех женщин, зависимых от алкоголя, с РПР – как негармоничное (нарушенное). У большинства пациенток с ТПРП (84,21%) было установлено опережение психосексуального развития, на что указывали следующие критерии дизонтогенеза: оволосение лобка до 11 лет, ранняя допубертатная мастурбация с психическим оргазмом, ранняя сексуализация поведения (до 7 лет), раннее (до 12 лет) начало половой жизни с нормативных сексуальных контактов, опережение сексуальной фазой либидо других фаз, редукция платонической и эротической фазы либидо. У части пациенток с ТПРП (15,79%) опережение психосексуального развития сочеталось с опережением соматосексуального развития. На последнее указывало наличие у них бисексуальной морфоконституции, менархе до 12 лет, рост груди до 10 лет. У большинства пациенток с ГРП (93,10%) напротив, была установлена задержка психосексуального развития, на что указывали следующие критерии дизонтогенеза: отсутствие любопытства, направленного на половые признаки до 7 лет, отсутствие периода проявления межполового негативизма (дистинкции), гипертрофия платонической фазы развития либидо, редукция, а у части и отсутствие эротической и сексуальной фаз либидо. У 6,90% пациенток с ГРП задержка психосексуального развития сочеталась с задержкой соматосексуального развития. На последнее указывали: диспластичная морфоконституция (инфантильная), менархе после 15 лет, рост груди после 13 лет, оволосение лобка после 15 лет.

После обобщения полученных в ходе исследования данных был сделан **вывод** о том, что наличие нарушенного сексуального развития у женщин-аддиктов может быть рассмотрен как коморбидизирующий фактор при формировании ассоциированных расстройств половой роли нетранссексуального типа (протекающих при правильном половом самосознании) и алкогольной аддикции.

В.И. Вовк, Ж.И. Матвиенко¹, М.Е. Черненко²

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, г. Харьков
Броварская центральная районная больница, г. Бровары, Киевская обл.¹
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» г. Харьков²
odin9@mail.ru

Вопросы психических расстройств у ВИЧ-инфицированных лиц в настоящий момент остаются актуальными, что связано как с изменчивостью клинической картины вируса, так и с тенденцией к полиморфизму расстройств психической сферы. Психические нарушения у больных ВИЧ-инфекцией во многом зависят от стадии инфекционного процесса. Например, на начальных этапах, следующих за установлением диагноза, расстройства носят преимущественно психогенный характер и при этом во многом зависят от индивидуальных личностных особенностей и условий адаптации. На более поздних стадиях авторами выделяются 3 основных типа нарушений деятельности психической сферы: 1) прогрессирующее снижение когнитивной и интеллектуальной деятельности (в виде психоорганического синдрома); 2) нарушение эмоциональной сферы с выраженным тревожным компонентом и снижением качества жизни; 3) наиболее адекватная приспособляемость к своему состоянию, длительно сохраняющаяся активность и т.д.

Цель работы: изучить особенности нарушений адаптации у больных ВИЧ-инфекцией и эффективность их коррекции.

Результаты и их обсуждение. Было обследовано 66 человек с ранними стадиями ВИЧ-инфекции, и 38 человек

с поздними стадиями ВИЧ. Патохарактерологические изменения, обусловленные патологической адаптацией к факту инфицирования, наблюдались на ранних стадиях у 71,21% больных и на поздних стадиях у 47,37% больных. Структура личности ВИЧ-инфицированных больных характеризовалась значительной тяжестью патопсихологической симптоматики на момент обследования, дисгармоничностью личностных черт и эмоционального состояния пациентов как на ранних, так на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. Таким образом, на ранних стадиях ВИЧ нарушения адаптации встречались значительно чаще. Был разработан и предложен комплекс коррекции расстройств психической деятельности (в том числе адаптационного спектра) у данного контингента пациентов, в котором большой удельный вес составляла психотерапия, что позволило улучшить их психическое состояние и достичь эффективной адаптации у 71,15% пациентов. Проведенное катamnестическое исследование через 1 год показало сохранение положительных результатов терапии у 58,65% больных.

Выводы. Таким образом, доказана эффективность психокоррекционных мероприятий при адаптационных нарушениях у больных ВИЧ-инфекцией на ранних и поздних стадиях процесса.

Н.А. Дзеружинская, В.А. Ломтева

ВАРИАЦИИ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ И ИХ ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца
ТМО «Психиатрия», г. Киев
torydoct@yandex.ru

Несмотря на рост научного и культурного развития населения, в обществе по-прежнему сохраняется предвзятое, негативное отношение к психически больным. Лица, страдающие психическим расстройством, воспринимаются как неполноценные и потенциально-опасные, требующие общественного надзора. В процессе формирования общественного и индивидуально-личностного мнения индивида о психическом расстройстве особое место занимает феномен самостигматизации, существенно влияющий на степень адаптации больных. Самостигматизация представляет собой серию запретов, связанных с социальной активностью, которые психически больные накладывают на собственную жизнь, с чувством неполноценности и социальной не состоятельности (B.G. Link, E.L. Struening, M. Rahav).

Задачей проводимого исследования являлось изучение типологии самостигматизации больных шизофренией с учётом их гендерных различий.

Материалы и методы исследования. Обследовано 103 больных с диагнозом шизофрения, параноидная (63 мужчин и 40 женщин), находившихся на лечении в ТМО «Психиатрия» в г. Киеве. Клиническая диагностика шизофрении проводилась согласно критериям систематики эндогенных психических расстройств в соответствии с МКБ-10. Для изучения самостигматизации больных шизофренией использовался опросник самостигматизации, разработанный сотрудниками отдела систем поддержки психического здоровья НЦПЗ РАМН (И.И. Михайлова, С.Н. Еникополов, В.С. Ястребов). Для определения вариаций самостигматизации был проведен факторный

анализ первичных статистических данных (с помощью программы SPSS 20) с последующим использованием максимальной правдоподобности (maximum likelihood) и варимакс – оборотом.

Результаты и их обсуждение. С помощью проведенного анализа выделено 4 вариации, которые составили 45% общей дисперсии у мужчин, 48% – у женщин и 44% – у общей группы (мужчины и женщины вместе). 1 вариация – социопатическая форма самостигматизации – характеризовалась гипернозогнозическим отношением человека к своему заболеванию и стремлением к использованию факта наличия болезни для обоснования особенностей своего пассивного поведения и постоянного стремления к получению соответствующей поддержки со стороны. 2 вариация самостигматизации – анозогностическая форма – отрицание психического расстройства у себя с признанием социальной неполноценности лиц с психическим расстройством. 3 вариация самостигматизации – социоперсекutorная форма – при которой больной считает, что все окружающие его люди (как в семье, так и в других микросоциумах) замечают его несоответствие «общепринятым стандартам личности», что неизменно

приводит к появлению негативного отношения последних к самому больному. 4 вариация – смешанная – больной частично связывает свои проблемы с влиянием болезни и частично с отрицательным мнением общества.

Структура форм самостигматизации представлена следующим образом: социопатическая форма – 12%, смешанная форма – 11%, анозогностическая – 11%, социоперсекutorная – 10%. В зависимости от пола, она выглядит так: у мужчин преобладали социопатическая (13%) и анозогностическая (12%) формы, а у женщин: социопатическая (17%) и социоперсекutorная (15%).

Выводы. Большая часть больных, страдающих параноидной шизофренией, переживает наличие у себя психического расстройства, объясняет им своё пассивное поведение. Выявлены гендерные различия в восприятии самостигматизации: у мужчин происходит отрицание болезни у себя при негативной оценке возможностей психически больных, женщины же признают наличие психического расстройства у себя и связывают с этим негативное отношение окружающих. Данные различия должны быть учтены в разработке реабилитационных программ для больных с параноидной шизофренией.

К.А. Чайковська

ДІАГНОСТИКА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У КИЄВІ: НАЯВНА СИТУАЦІЯ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ПОКРАЩЕННЯ

Київський міський психоневрологічний диспансер №5, м. Київ
komare@ukr.net

На сьогодні спостерігається стійка тенденція до зростання поширеності депресивних розладів та асоційованих з ними станів обмеженої працездатності в усьому світі, що створює значний тягар для глобальної системи охорони здоров'я. В Україні політична та економічна ситуація впродовж останніх років дозволяє припустити зростання рівня захворюваності на депресивні розлади. Метою даного дослідження стало визначення рівня діагностики депресивних розладів в КМПНД №5 (Солом'янського району м. Києва) протягом 2012 – 2014 років. Для дослідження використані дані відділу медичної статистики ПНД. Встановлено щорічне зростання кількості хворих з депресивними розладами, які перебувають на обліку у КМПНД №5, що відповідає світовим тенденціям, проте їх кількість не відповідає їх поширеності в популяції і залишається доволі низькою. Пропонується перелік заходів для покращення менеджменту депресивних розладів у місті Києві.

За даними ВООЗ, понад 350 млн людей різних вікових груп в усьому світі страждають на депресивні розлади. Незважаючи на численні програми з профілактики та існування ефективних методів лікування, спостерігається стійка тенденція до зростання поширеності депресивних розладів, асоційованих з ними станів обмеженої працездатності, що створює значний тягар для глобальної системи охорони здоров'я. За даними епідеміологічних досліджень, проведених під егідою ВООЗ, які були побудовані на безвибірковому обстеженні пацієнтів загальномедичної мережі у 14 країнах світу, середній рівень поширеності депресії за останнє десятиріччя ХХ ст., порівняно із 60-ми

роками, зріс з 0,6 до 10,4%, тобто загальна кількість хворих на депресивні розлади збільшилась у 17 разів [5].

Такі статистичні дані можуть свідчити як про підвищення частоти захворюваності на депресію, так і про покращення діагностики, зокрема лікарями первинної ланки охорони здоров'я. Проте рівень діагностики депресивних розладів залишається недостатнім, труднощі викликають рання діагностика, диференційна діагностика рекурентної та біполярної депресії, діагностика циклотимії, дистимії, змішаних афективних станів, оцінювання фази депресивного епізоду, якості ремісій. Навіть у країнах із розвинутими психіатричними службами понад 50% пацієнтів із депресією звертаються за медичною допомогою несвоєчасно, у 25 – 30% з них помилково діагностують соматичне чи неврологічне захворювання. Адекватне лікування отримує не більше 10 – 15% хворих на депресію, з яких спеціалізована психіатрична допомога надається лише 0,3% пацієнтів [2, 3].

У Києві діагностування депресивних розладів з 1960 по 1997 рік зросло з 4,5 до 11,5 на 10 000 населення [3]. За даними міжнародних досліджень, 15 – 20% хворих на депресію закінчують життя самогубством, серед усіх суїцидентів частка осіб, хворих на депресію, складає 67% у Франції, 47% в Іспанії, 36% в США та 35% у Швеції [4]. Наявність суспільно-політичної кризи дозволяє припустити зростання кількості депресивних розладів, асоційованих з ними депресій та суїцидів в Україні.

При організації менеджменту депресивних розладів слід враховувати: більшу поширеність депресій серед жінок, по-

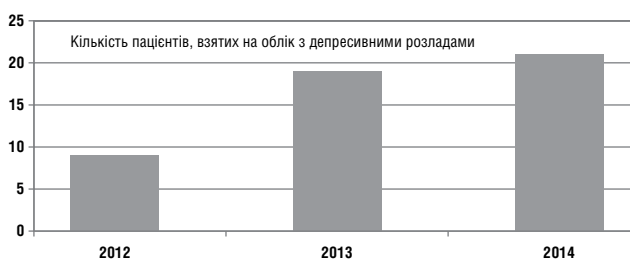
рівняно із чоловіками; тенденцію до зростання тяжкості та тривалості депресивних розладів з віком (у віці від 15 до 44 років депресії є другим за кількістю років життя, втрачених в результаті непрацездатності, захворюванням); значне зниження якості життя пацієнтів із депресією (рекурентні та біполярні депресії зумовлюють повну або часткову втрату працездатності, коморбідні депресії значно підвищують рівень інвалідизації при неврологічних та соматичних захворюваннях); високий ризик суїцидальної та залежної від алкоголю та психоактивних речовин поведінки.

На базі КМПНД №5 (Солом'янського району м. Києва) було проведено дослідження, метою якого стало визначення рівня діагностики депресивних розладів протягом 2012 – 2014 років. Для дослідження використані дані відділу медичної статистики ПНД.

Загальна кількість хворих, які перебувають на обліку, на час дослідження становила 4593 чоловік, в тому числі з біполярним розладом 102 пацієнти. У 2102 біполярна депресія була діагностована у 4, в 2013 – у 4, в 2014 – у 5 пацієнтів. З рекурентним депресивним розладом на обліку перебуває 228 пацієнтів. У 2012 на облік взято 5 пацієнтів, у 2013 – 8, у 2014 – 7. З епізодом депресії без визначення особливостей перебігу афективного розладу на облік взято 91 хворого: у 2013 – 7, у 2014 – 9. У 2012 році випадків діагностики розладів F 32 – F 32.9 не встановлено. Зростання кількості пацієнтів, взятих на облік через депресивні розлади протягом 3 останніх років, представлено в таблиці та на рисунку.

Таблиця. Динаміка діагностики депресивних розладів в Києві протягом 2012 – 2014 років.

Діагноз за МКХ-10	Всього	2012	2013	2014
Біполярний афективний розлад	10	4	4	5
Депресивний епізод	91	0	7	9
Рекурентний депресивний епізод	228	5	8	7



Рисунки. Динаміка діагностики депресивних розладів в Києві протягом 2012 – 2014 років

Протягом трьох останніх років спостерігається тенденція до зростання кількості хворих з депресивними розладами, які перебувають на обліку у КМПНД №5. Динаміка взяття на облік хворих з депресіями відповідає загальносвітовим тенденціям, проте кількість діагностованих розладів не відповідає їх поширеності в популяції і залишається доволі низькою.

Обговорюється необхідність низки заходів, які дозволять поліпшити менеджмент депресивних розладів в Києві: проведення психоосвітньої роботи на макро-соціальному рівні (інформування населення про ознаки депресій та небезпеку несвоєчасного звернення до медичних закладів); підвищення компетентності лікарів первинної ланки системи охорони здоров'я (сімейних лікарів, терапевтів) щодо симптомів депресивних розладів, набуття ними навичок скринінгу депресій, їх діагностики та надання допомоги в межах повноважень, передбачених уніфікованим клінічним протоколом МОЗ України; дестигматизація та деінституалізація спеціалізованої психіатричної допомоги.

Висновки. Рання діагностика депресивних розладів не тільки покращує медичний прогноз і ефективність лікувальних заходів, а і дозволяє зменшити ризик втрати працездатності та знизити навантаження на систему охорони здоров'я та економіку країни в нелегкий для неї час.

Dr. Norbert Skokauskas MD, PhD, Professor in child and adolescent psychiatry

AUTISM SPECTRUM DISORDER

Centre for child and youth mental health and child protection,

Faculty of Medicine, NTNU, Trondheim, Norway

Autism spectrum disorder (ASD) is a life-long neuro-developmental disorder previously characterized as a triad of symptoms (American Psychiatric Association 2000) and now as dyad, comprising social communication difficulties and repetitive, stereotyped behavior (American Psychiatric Association 2013). A recent review of global prevalence of autism spectrum disorders (ASD) reported a median of 62 cases per 10000 and did not support differences in prevalence by geographic region nor of a strong impact of ethnic/cultural or socioeconomic factors (Elsabbagh, Divan et al. 2012)

In the past there was a tendency to attribute all psychiatric and behaviors problems in persons with autism to autism itself (Lainhart J.E. 1999). Possible reasons were that the diagnosis of ASD encompasses such a severe and comprehensive label that secondary, tertiary or subsequently appearing psychiatric problems were not viewed as pivotal (Bolte S. 2005). However,

more recently an increasing number of studies has argued for accepting behaviours and symptoms that had been considered additional or associated features of ASDs as potentially indicating the presence of co-morbidities warranting additional diagnosis (Skokauskas and Gallagher 2010). For example, Simonoff et al. in a population based sample of 10- to 14-year old children found that 71% of children with ASD met criteria for at least one current psychiatric disorder, 41% had two or more, and 24% had three or more diagnoses. Interestingly even some diagnostics concepts have changed recently: up until 2013 Diagnostic and Statistical Manual of Mental IV-TR recognized that over activity and inattention were frequent in ASD, but a diagnosis of ADHD not made if autistic disorder was present (American Psychiatric Association 2000). Now, autism is no longer an exclusion and both autism and ADHD can be diagnosed together (American Psychiatric Association 2013).

ДАЙДЖЕСТ

ОГЛЯД НОВИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ «NICE»
ЩОДО ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСІЇ У ДІТЕЙ І МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ

Національний інститут здоров'я та клінічного вдосконалення (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) у березні опублікував нові рекомендації щодо ідентифікації та менеджменту депресії у дітей та молодих людей (до 18 років). NICE є установою, що належить до Департаменту здоров'я Великобританії, і її рекомендації мають велику вагу по всьому світу, оскільки ґрунтуються на найбільш релевантній доказовій базі.

Вказані настанови висвітлюють основні питання, що стосуються цієї проблеми, включаючи виявлення депресії та дітей із високим ризиком її виникнення, менеджмент депресії легкого ступеня, менеджмент депресії помірного та важкого ступенів тяжкості та менеджмент резистентної/рекурентної/психотичної депресії.

Таблиця. Модель менеджменту депресії згідно з настановами «NICE»

Фокус	Дія
Виявлення	Визначення груп високого ризику
Ідентифікація	Використання скринінгових шкал
Легка депресія (включаючи дистимію)	Спостереження Недирективна підтримувальна терапія, або групова когнітивна терапія, або керована самотерапія
Помірна/тяжка депресія	Короткотривала психотерапія +/- флуоксетин
Резистентна/рекурентна/психотична депресія	Інтенсивна психотерапія +/- флуоксетин, сертралін, циталопрам, додавання антипсихотика

Виявлення

Як зазначають автори, допомогти у визначенні груп високого ризику виникнення депресії може оцінка наявних психосоціальних факторів, які можуть вплинути на психічне здоров'я, наприклад, взаємовідносини у сім'ї, її економічне благополуччя, випадки фізичного, сексуального або емоційного насилля, вживання психоактивних речовин дитиною або членами сім'ї, наявність коморбідних станів, обтяжений сімейний анамнез щодо депресії, випадки булінгу (цькування у школі), втрата близьких, проживання у дитячих будинках тощо. Також важливим елементом діагностики є використання валідних скринінгових шкал. Зазвичай їх використання доцільне при наявності факторів ризику щодо депресії.

Медичному персоналу, який взаємодіє із дітьми та молодими людьми в умовах первинної допомоги, школах та інших закладах, рекомендується пройти спеціальні тренінги на розвиток навичок «активного слухання» та «комунікаційних технік». Це може допомогти при зустрічі із гострим сумом та дистресом («ситуаційна дисфорія»), що часто трапляється у дітей та молодих людей після нещодавно пережитої небажаної події.

Якщо дитина пережила небажану подію, таку як втрата близької людини, розлучення батьків або сепарація, інший тяжкий негативний досвід, слід провести оцінку ризику депресії, асоційованої з подією, в умовах первинної допомоги або школи. Крім того, слід провести бесіду з батьками або іншими особами, які піклуються про дитину, для того, щоб розробити стратегію подальшої взаємодії із дитиною. Також такій дитині або молодій людині слід запропонувати підтримку та можливість обговорити цю подію. Діти та молоді люди, які пережили небажану подію, зазвичай не потребують подальшої оцінки стану та лікування, оскільки мало ймовірно, що одна подія може призвести до депресивного розладу.

Слід зазначити, що у Великобританії діють спеціальні служби для підтримки психічного здоров'я дітей та підлітків, які мають назву CAMHS (Child and Adolescent Mental Health Services). У них зазвичай входять психологи, психотерапевти, сімейні терапевти, психіатри з відповідною спеціалізацією, медсестри та соціальні працівники. Ступінь надання допомоги в цих службах залежить від стану пацієнта. Якщо у дитини або молоді людини присутні наступні фактори, вона зазвичай не потребує призначення медикаментів або інтенсивної психотерапії:

- експозиція до одної небажаної події при відсутності інших факторів ризику розвитку депресії;
- експозиція до нещодавньої небажаної події при наявності двох або більше інших факторів ризику, але без депресії та/або ознак самопошкодження;
- експозиція до нещодавньої небажаної події при позитивному сімейному анамнезі щодо депресії, але без ознак депресії та/або самопошкодження у дитини або молоді людини;
- депресія легкого ступеня тяжкості без коморбідних станів.

Депресія легкого ступеня тяжкості

Автори не рекомендують рутинного використання медикаментів при легкій депресії. Натомість спеціалісти NICE пропонують два основних варіанти дій: подальше спостереження за станом дитини або короткотривалі психологічні інтервенції. Першу стратегію слід використовувати, якщо дитина не бажає лікування або, на думку лікаря, одужання може настати без використання інтервенцій. У цих випадках обстежувати дитину або молоді людину слід раз у два тижні.

Вибір того чи іншого психологічного методу терапії слід обговорити із дитиною і членами сім'ї та пояснити їм наявну доказову базу. Зазвичай при легкій депресії призначають недирективну підтримувальну терапію, групову когнітивну терапію або так звану «керовану самопомогу» (використання дитиною літератури із спеціальними вправами) курсом на 2–3 місяці. Якщо

симптоми зберігаються, то подальше лікування збігається з таким при помірній та тяжкій депресії.

Депресія помірного або тяжкого ступеня

Для цієї категорії пацієнтів NICE рекомендує призначати специфічне інтенсивне психологічне лікування (індивідуальна КПТ, інтерперсональна терапія, сімейна терапія або психодинамічна психотерапія) курсом ≥ 3 місяців. Також в якості ініціального лікування для осіб віком 12–18 років можна розглянути використання комбінованої терапії із флуоксетином та психологічними інтервенціями.

У випадку, якщо протягом 4–6 лікувальних психотерапевтичних сесій немає відповіді на лікування, наприклад, при наявності обтяжувальних коморбідних станів, персистуючих психосоціальних факторів ризику, рекомендується його перегляд мультидисциплінарною бригадою. Як варіант, для успішного лікування може знадобитися призначення додаткової психологічної терапії батькам або альтернативної терапії – пацієнту. Можливе також використання флуоксетину, але слід пам'ятати, що його використання у дітей віком 5–11 років має недостатню доказову базу.

Альтернативні варіанти терапії включають використання психологічної терапії, яка раніше не використовувалась (індивідуальна КПТ, інтерперсональна), або використання системної сімейної терапії (≥ 15 сесій).

При використанні антидепресантів автори настанов рекомендують пам'ятати, що флуоксетин є єдиним антидепресантом, у якого, згідно з результатами досліджень, переваги при використанні у дітей більші за ризики. Починати лікування слід із дози 10 мг/добу та, якщо буде

необхідно, після одного тижня можна підвищити дозу до 20 мг/добу. Раціональність подальшого збільшення дози не доведена, хоча її підвищення можна розглядати у випадку більш старшої дитини та/або з більшою вагою та/або тяжкою симптоматикою. Після досягнення ремісії лікування флуоксетином слід продовжити на період ≥ 6 місяців. Якщо флуоксетин погано переноситься пацієнтом або він не є ефективним можна розглянути варіант призначення сертраліну або циталопраму, як препаратів другої лінії терапії.

Для лікування психотичної депресії автори рекомендують розглянути варіант додаткового використання атипичних антипсихотиків, хоча оптимальна доза та тривалість лікування є невідомими. При їх використанні слід проводити моніторинг можливих побічних ефектів.

Також слід зазначити, що розробники NICE вважають за доцільне надавати допомогу в умовах стаціонару тільки дітям з високим ризиком суїциду, самопошкодження, при недбалому ставленні дитини до свого стану здоров'я або при необхідності інтенсивної терапії, яка не може бути надана в амбулаторних умовах.

З повною англomовною версією рекомендацій можна ознайомитись на офіційному сайті NICE.

National Institute for Health and Care Excellence. Depression in Children and young people: Identification and management in primary, community and secondary care. – London: NICE, 2015. – retrieved from: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg28/chapter/1-guidance>.

*Дайджест підготував Безшейко В.Г.,
Український науково-дослідний інститут соціальної
і судової психіатрії та наркології, м. Київ*

ДЕНІГМА®

Мемантину гідрохлорид

ДОСТУПНЕ ЛІКУВАННЯ ДЕМЕНЦІЇ
від 3 грн. на добу*



ЗБЕРЕЖЕМО ОБЕРТИ ІНТЕЛЕКТУ!

Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників.

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

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



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



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