



1 РАЗ НА МІСЯЦЬ суспензія для ін'єкцій
продовженої дії

КСЕПЛІОН
паліперидону пальмітат

Від досягнень науки
до здоров'я пацієнтів



PHUA/XEP/0714/0002

Коротка інструкція для медичного застосування препарату КСЕПЛІОН (XEPION)

Склад: діюча речовина: paliperidone palmitate; 1 мл суспензії містить паліперидону пальмітату у кількості, що відповідає 100 мг паліперидону; допоміжні речовини: полісорбат 20; поліетиленгліколь 4000; кислота лимонна, моногідрат; динатрію гідрофосфат безводний; натрію дигідрофосфату моногідрат; натрію гідроксид; вода для ін'єкцій. **Лікарська форма.** Суспензія для ін'єкцій продовженої дії. **Фармакотерапевтична група.** Антипсихотичний засіб (нейролептик). Код АТХ N05A X13. **Показання.** Підтримуюча терапія симптомів шизофренії у дорослих, стан яких стабілізовано паліперидоном або рисперидоном. У окремих випадках дорослим пацієнтам з шизофренією, які раніше ефективно лікувалися паліперидоном або рисперидоном, КСЕПЛІОН можна застосовувати без попередньої стабілізації пероральними препаратами даної групи, якщо стан хворого варіює від легкого до помірного і якщо показано лікування продовженою ін'єкційною формою. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до активної речовини або до будь-якої з допоміжних речовин препарату, або до рисперидону. **Спосіб застосування та дози.** Рекомендується починати терапію паліперидону пальмітатом з дози 150 мг у перший день лікування та 100 мг через 1 тиждень (восьмий день лікування). Обидві ін'єкції вводити в дельтоподібний м'яз. У подальшому рекомендується щомісячна підтримуюча доза 75 мг. Дозу можна збільшити або зменшити в діапазоні 25–150 мг залежно від індивідуальної переносимості та/або ефективності; див. повну інструкцію для медичного застосування. Пероральний прийом паліперидону або рисперидону можна припинити на момент початку лікування КСЕПЛІОНОМ. **Побічні реакції.** Найбільш частими побічними реакціями під час клінічних досліджень були безсоння, головний біль, збільшення маси тіла, реакції в місці ін'єкції, збудження, сонливість, акатизія, нудота, запор, запаморочення, тремор, блювання, інфекції верхніх дихальних шляхів, діарея, тахікардія. **Діти.** Безпека та ефективність застосування паліперидону пальмітату для дітей не вивчалися, тому препарат не застосовують у цій віковій групі. **Термін придатності:** 2 роки. **Категорія відпуску.** За рецептом.

Перед призначенням слід ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування.
Реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA13547/01/01 від 02.04.2014 терміном на 5 років.

Текст складено у відповідності з інструкцією для медичного застосування, яку затверджено МОЗ України 02.04.2014.

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

janssen
фармацевтична компанія
в складі Johnson & Johnson

ISSN 2410-7484

Т. 21, 2 (81)' 2015

Науково-практичний журнал

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ



АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • Т. 21, 2 (81)' 2015



WWW.UNDISSPN.ORG.UA

SANOFI в психіатрії та неврології



-  **При гострих психотичних епізодах:**
400–800 мг на добу (не більше 1 200 мг)
-  **Для пацієнтів зі змішаними негативними та позитивними симптомами:**
400–800 мг на добу
-  **Для пацієнтів із переважно негативною симптоматикою:**
50–300 мг на добу

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

Діюча речовина амісульприд: 1 таб. містить амісульприду 200 мг. Фармакотерапевтична група. Антипсихотичні засоби. Код ATC N05A L05.

Показання.

Лікування шизофренії.^{1,2}

Протипоказання.

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

Побічні реакції.

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

¹ Solian® 100 мг/1 мл (розчин для перорального застосування 60 мл), РЛ, МОЗ України № UA/4292/02/01 від 24.10.2014; Solian® 200 мг (30 таблеток), РЛ, МОЗ України № UA/4292/01/03 від 20.03.2015.

² Інструкція для медичного застосування препарату Solian®, Наказ МОЗ України від 24.10.2014 № 771. Реєстраційне посвідчення № UA/4292/02/01. Наказ МОЗ України від 24.10.2014 № 771.

³ Інструкція для медичного застосування препарату Solian® 200 мг. Наказ МОЗ України від 20.03.2015 № 164. Реєстраційне посвідчення № UA/4292/01/03. Наказ МОЗ України від 20.03.2015 № 164.

⁴ Інформація подана скорочено. З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату.

Інформація про лікарський засіб призначена для медичних та фармацевтичних працівників для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. А також для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів. Інформація подана скорочено. З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату.

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

SANOFI

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

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Науково-практичний журнал
Том 21, № 2 (81) '2015

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

Головний редактор І.Я. Пінчук
Заступник головного редактора О.О. Хаустова
Випусковий редактор С.В. Сенатос
Відповідальний секретар А.В. Чайка



Редакційна колегія

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

Редакційна рада

К.В. Аймедов (Україна), Х. Бергер (Німеччина), В.С. Бітенський (Україна), П.В. Волошин (Україна),
Н.О. Дзеружинська (Україна), С.К. Євтушенко (Україна), Б.Б. Івнєв (Україна), З. Каспер (Австрія), О.Г. Князевич
(Україна), Г.М. Кожина (Україна), І. Куценко (США), О.А. Левада (Україна), І.В. Лінський (Україна), М.В. Маркова
(Україна), Н.О. Марута (Україна), Р.А. Моїсеєнко (Україна), О.К. Напрєєнко (Україна), М.М. Пустовойт (Україна),
Н.Г. Пшук (Україна), П. Ринков (Білорусь), Р. ван Ворен (Нідерланди), Н. Скокаускас (Норвегія), О.Ю. Табачніков
(Україна), Д. Томас (США), Л.М. Юр'єва (Україна), О.О. Фільц (Україна), В.В. Чайковська, (Україна), Д. Угрін
(Великобританія), В. Фрідмонт (США)

Засновник

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України
Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 16431-4903 ПР від 15.02.2010 р.
Атестовано Вищою атестаційною комісією України (Бюлетень ВАК України, 2010, № 1)
Переатестовано Вищою атестаційною комісією України (Постанова ВАК №01-05/04 від 26.05.2010 р.)

Адреса редакції

Україна, 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103
Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України
Тел./факс: (044) 468-32-15
e-mail: undisspn@ukr.net, www.undisspn.org.ua

Видавець

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

Адреса видавця

03169, м. Київ, вул. Московська, 44/1, оф. 35 (Жуляни)
тел. (044) 300-12-95; (044) 300-12-96
e-mail: info@health-medix.com

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

Затверджено до друку Вченою радою УкрНДІ ССПН МОЗ України (протокол засідання №4 від 21.05.2015).
Здано до друку 22.05.2015 р. Підп. до друку 18.05.2015 р. Формат 60x84/8. Друк офс. Папір офс. Гарнітура «Minion
Pro».
Обл.-вид. арк. 24,75. Ум.-друк. арк. 23,79. Наклад 500 прим. Зам. 363
Надруковано ТОВ «Джулія принт», 03057, м. Київ, вул. Довженка, 3

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

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

КОНФЕРЕНЦІЇ. СИМПОЗІУМИ. ШКОЛИ

ВІД НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДО ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ	6
<i>И.А. Марценковский</i>	
5-Й ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО РАССТРОЙСТВАМ С ДЕФИЦИТОМ ВНИМАНИЯ/ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ «ОТ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ К РАССТРОЙСТВУ У ВЗРОСЛЫХ»	12

ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ
І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

<i>О.С. Осуховська, С.І. Табачников, Є.М. Харченко, Я.В. Орловська, Т.В. Синицька, А.М. Чепурна</i>	
АНАЛІЗ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ВЖИВАННЯ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН СЕРЕД УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ВНАСЛІДОК ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ	15
<i>В.О. Процик, В.В. Бабич, С.А. Грязев, Т.О. Михеева</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОГЕННИХ ПАРАНОЇДНИХ ПСИХОЗІВ, АСОЦІЙОВАНИХ З АНТИТЕРОРИСТИЧНОЮ ОПЕРАЦІЄЮ, У МИРНОГО НАСЕЛЕННЯ	19
<i>Є.М. Харченко, О.С. Осуховська, А.Ю. Васильєва, Я.В. Орловська, Т.В. Синицька, А.М. Чепурна</i>	
ХАРАКТЕРИСТИКА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ПЕРЕНЕСЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ІЗ ВЖИВАННЯМ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН В УМОВАХ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ	27
<i>О.Н. Сукачѳва</i>	
РЕЗУЛЬТАТИ СРАВНИТЕЛЬНОГО ИЗУЧЕНИЯ ТЕМПЕРАМЕНТАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, УВОЛЕННЫХ ИЗ РЯДОВ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ В СВЯЗИ С РЕФОРМИРОВАНИЕМ АРМИИ, С АДАПТАЦИОННЫМ РАССТРОЙСТВОМ (ПРЕОБЛАДАНИЕМ НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ – F43.24 ПО МКБ-10)	32
<i>О.О. Хаустова</i>	
ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ: ПРОБЛЕМИ І ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ	36
<i>О.О. Хаустова, Н.В. Коваленко</i>	
АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЖИТТЯ І ПОРУШЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ	42
<i>С.М. Мороз, А.К. Моргачева, И.П. Яворская, Р.П. Хаитов</i>	
ТРАВМА ВЗРЫВНОЙ ВОЛНОЙ, КОМОРБИДНАЯ СО СТРЕССОМ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ	47
<i>Н.М. Степанова, А.К. Ладик-Бризгалопа, С.В. Болтонов, А.С. Сулімовська</i>	
СОЦІОДЕМОГРАФІЧНА ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.	50

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

<i>Роберт Ван Ворен</i>	
ПСИХІАТРІЯ ЯК ІНСТРУМЕНТ ПРИБОРКАННЯ У ПОСТРАДЯНСЬКИХ КРАЇНАХ (частина 3)	54

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

<i>Е.В. Киосева</i>	
ИННОВАЦИОННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В МЕДИКО- СОЦИАЛЬНОЙ ПРЕВЕНЦИИ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ	61
<i>Р.В. Рахманов</i>	
ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У БАТЬКІВ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ	63

CONFERENCES. WORKSHOPS. SCHOOLS

FROM DELIVERY OF PSYCHIATRIC CARE TO NATION MENTAL HEALTH CARE	6
<i>I. Martsenkovskiy</i>	
5TH WORLD CONGRESS ON ADHD – FROM CHILD TO ADULT DISORDER.	12

PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC ASSISTANCE
TO MILITARY MEN
AND CIVILIANS DURING WARTIME

<i>E. Osuhovskaya, S. Tabachnikov, E. Harchenko, Y. Orlovskaya, T. Sinitskaya, A. Chepurnaya</i>	
ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF DRUG USE AMONG THE COMBATANTS AS A RESULT OF POST-TRAUMATIC MENTAL DISORDERS.	15
<i>V. Protsyk, V. Babych, S. Grjasev, T. Mykheyeyva</i>	
FEATURES OF PSYCHOGENIC PARANOID PSYCHOSIS ASSOCIATED WITH CTO (COUNTERTERRORIST OPERATION) IN CIVILIANS (CLINICAL, SOCIAL AND LEGAL ASPECTS)	19
<i>E. Kharchenko, O. Osuhovska, A. Vasylyeva Y. Orlovskaya, T. Sinitskaya, A. Chepurnaya</i>	
CHARACTERISTICS OF INTERRELATION OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE IN CONDITIONS ANTI-TERORIST OPERATION	27
<i>O. Sukachova</i>	
COMPARISON OF CHARACTERISTICS OF TEMPERAMENT IN FORMER MILITARY PERSONNEL DISCHARGED FROM THE MILITARY FORCES DUE TO THE ARMY REFORMATION WITH ADAPTATION DISORDERS (WITH PREVALENT BEHAVIORAL DISORDERS F43.24 ACCORDING TO THE ICD-10)	32
<i>E. Khaustova</i>	
PSYCHOSOCIAL REHABILITATION: PROBLEMS AND SOLUTIONS.	36
<i>O. Khaustova, N. Kovalenko</i>	
ACTUAL PROBLEMS OF LIFE AND VIOLATIONS OF MENTAL HEALTH IDPS	42
<i>S. Moroz, A. Morgacheva, I. Jaworskaya, R. Khaitov</i>	
BLAST TRAUMA COMORBID STRESS FIGHTING	47
<i>N. Stepanova, A. Ladyk-Bryzghalova, S. Boltonosov, A. Soulimovskaya</i>	
SOCIODEMOGRAPHIC AND PATHOPSYCHOLOGICAL FEATURES OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS AMONG THE PARTICIPANTS COMBAT OPERATIONS	50

ORGANIZATION OF MENTAL HEALTH SERVICES

<i>Robert Van Voren</i>	
PSYCHIATRY AS A TOOL FOR COERCION IN POST-SOVIET COUNTRIES (part 3)	54

SOCIAL PSYCHIATRY

<i>O. Kioseva</i>	
MENTAL DISORDERS IN PARENTS RAISING CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY.	61
<i>R. Rakhmanov</i>	
CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BAD AND QUALITY OF LIFE DEPENDING ON DISEASES PHASE	63

<i>Г.М. Вербенко</i> КЛІНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦІЄНТІВ З БІПОЛЯРНИМ АФЕКТИВНИМ РОЗЛАДОМ І ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЗАЛЕЖНО ВІД ФАЗИ ЗАХВОРЮВАННЯ . . .	69
<i>В.П. Культенко</i> СТРУКТУРА КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ПРИ КАРДІОНЕВРОЗІ, САМОСПРИЙНЯТТЯ І САМОВПЕВНЕНІСТЬ ОСОБИСТОСТІ	75

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

<i>Д.Н. Сафонов</i> МИШЕНИ И ВЕКТОРЫ ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОГЕННЫХ КОМПОНЕНТОВ ЭКЗАЦЕРБАЦИИ КАТАТОНИЧЕСКОГО СИНДРОМА	79
<i>О.М. Авраменко</i> БАГАТОФАКТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТІВ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ І ХРОНІЧНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ	82
<i>О.Ф. Мруг</i> РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ОСОБИСТОСТІ ПРИ ПАРАНОЇДНІЙ ШИЗОФРЕНІЇ	88
<i>І.Л. Лук'янович</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕВАЖАЮЧОЇ ПЕРЦЕПТИВНОЇ МОДАЛЬНОСТІ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ПІВКУЛЬОВОЇ АСИМЕТРІЇ У ХВОРИХ З ПСИХОТИЧНИМИ, НЕПСИХОТИЧНИМИ, ДЕФЕКТНО-ОРГАНІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА В ОСІБ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ ПІД ДІЄЮ СТРЕСОГЕННИХ ЧИННИКІВ	92
<i>В.С. Мельник</i> СИСТЕМА ЗГОРТАННЯ КРОВІ ТА ДИНАМІКА КОГНІТИВНОГО ДЕФІЦИТУ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ	95

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

<i>О.О. Літвінов</i> ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ РОЗЛАДІВ АУТИЧНОГО СПЕКТРА В РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУПАХ.	99
<i>Я.Б. Бикшаева</i> ШИЗОФРЕНИЯ, МАНИФЕСТИРУЮЩАЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ	104
<i>О.В. Чернышов</i> СОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ РОЗВИТКУ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ	110

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

<i>В.В. Ишук</i> МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОПАТОГЕНЕЗА ПСИХОГЕННОГО КОМПОНЕНТА ПСИХОЭНДОКРИННОГО СИНДРОМА ПРИ ИНСУЛИНОЗАВИСИМОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ . . .	113
<i>Д.Н. Сапон</i> ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ФІБРОМІАЛГІЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО НЕВРОПАТИЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ	117

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

<i>С.С. Румянцева, Т.В. Синицька, Ю.В. Вольних</i> ДО ПИТАННЯ СТАНДАРТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НАРКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ	122
<i>Н.Ю. Напреев</i> ПОХОДЖЕННЯ, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСІЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ	124
ТЕЗИ	128

<i>G. Verbenko</i> STRUCTURE OF COGNITIVE-BEHAVIOURAL PSYCHOTHERAPY IN CASE OF CARDIAC NEUROSIS, SELF-PERCEPTION AND SELF-ASSERTIVENESS OF PERSONALITY	69
<i>V. Kulenko</i> TARGETS AND VECTORS OF PSYCHOTHERAPY OF PSYCHOGENIC COMPONENTS OF EXACERBATION OF CATATONIC SYNDROME	75

CLINICAL PSYCHIATRY

<i>D. Safonov</i> MULTIFACTORIAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS AND CHRONIC PAIN SYNDROMES	79
<i>O. Avramenko</i> РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ОСОБИСТОСТІ ПРИ ПАРАНОЇДНІЙ ШИЗОФРЕНІЇ	82
<i>O. Mrug</i> REHABILITATION POTENTIAL OF PERSONALITY IN PARANOID SCHIZOPHRENIA	88
<i>I. Lukyanovich</i> FEATURES OF DOMINANT PERCEPTUAL MODALITIES AND FUNCTIONAL HEMISPHERIC ASYMMETRY IN PATIENTS WITH PSYCHOTIC, NON-PSYCHOTIC, DEFECT-ORGANIC DISORDERS AND PERSONS UNDER THE INFLUENCE OF STRESS FACTORS	92
<i>V. Melnik</i> THE BLOOD COAGULATION SYSTEM AND DYNAMICS OF COGNITIVE FUNCTION IN ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS	95

CLINICAL PSYCHIATRY

<i>A. Litvinov</i> CLINICAL FEATURES OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN DIFFERENT AGE GROUPS.	99
<i>Y. Bikshaieva</i> SCHIZOPHRENIA MANIFESTS IN CHILDHOOD: PECULIARITIES OF DIAGNOSTICS AND THERAPEUTIC STRATEGIES	104
<i>O. Chernyshev</i> SOCIAL FACTORS OF PAIN SYNDROME DEVELOPMENT IN ADOLESCENTS	110

MEDICAL PSYCHOLOGY

<i>V. Ischuk</i> MEDICALLY-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PSYCHOPATHOGENESIS OF PSYCHOGENIC COMPONENT OF PSYCHOENDOCRINIC YNDROME WITH INSULIN DEPENDENT DIABETES MELLITUS	113
<i>D. Sapon</i> FEATURES DIAGNOSIS ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH FIBROMYALGIA WITH CHRONIC NEUROPATHIC PAIN OF TRAUMATIC GENESIS	117

SOCIAL AND CLINICAL NARCOLOGY

<i>S. Rumyantseva, T. Sinitskaya, Y. Volnykh</i> THE QUESTION OF STANDARDS OF TREATMENT OF PATIENTS NARCOLOGICAL	122
<i>N. Napryeyenko</i> THE ORIGIN, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF DEPRESSION AT ALCOHOL DEPENDENCE	124
THESES	128

ВИМОГИ ДО ОПУБЛІКУВАННЯ СТАТЕЙ

До опублікування в журналі «Архів психіатрії» приймаються проблемні статті, оригінальні дослідження, огляди, лекції, спостереження з практики, дискусійні статті, короткі повідомлення, рецензії.

У журналі розміщуються роботи з проблем соціальної, судової психіатрії та наркології, медичної психології, психотерапії та сексології. Публікуються роботи з питань організації та управління психіатричною службою, інформаційні повідомлення про минулі та майбутні з'їзди, науково-практичні конференції та семінари.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ:

1. До розгляду редакційною колегією журналу приймаються роботи, що не публікувалися раніше.

2. Оригінал роботи подається до редакції українською, російською або англійською мовами.

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

Титульний аркуш має містити таку інформацію:

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

Текст. Обсяг оригінальної статті не повинен перевищувати 10-12 сторінок формату А4 у редакторі Microsoft Word 1997-2003, обсяг коротких повідомлень і заміток з практики – 3-4 сторінки. Обсяг лекцій та оглядів не має перевищувати 12-15 сторінок. Текст статті має бути набраний у форматі .doc.

Роботи друкуються шрифтом Times New Roman, кеглем 14, через 1,5 інтервали, з полями: зліва – 3 см, справа – 1,5 см, зверху та знизу – по 2 см.

Викладення робіт повинно бути чітким і послідовним, містити такі розділи:

- Назві статті повинні передувати: індекс УДК (розширений; УДК виду: 616.89 – не допускаються).
- Ініціали та прізвища авторів.
- Назва статті.
- Місце роботи авторів.
- Ключові слова.
- **Вступ з постановкою проблеми.**
- **Актуальність.** Обґрунтувати актуальність дослідження,

коротко висвітлити ситуацію щодо проблеми, з посиланнями на вітчизняні та іноземні публікації за останні 5-10 років.

• Мета.

• Матеріали та методи дослідження. Навести кількісні та якісні характеристики досліджених груп осіб, зазначити методи досліджень, застосованих у роботі, включаючи методи статистичного аналізу даних.

• Результати та їх обговорення.

• Висновки та перспективи подальших досліджень. Результати мають бути викладені у логічній послідовності в тексті, таблицях і на рисунках. Дані з таблиць і рисунків не мають дублюватись у тексті, слід зазначити тільки найбільш важливі серед них. У рисунках не слід повторювати дані, наведені в таблицях. Підписи до рисунків та опис деталей на них подавати під рисунками, з відповідною нумерацією. Одиниці вимірювання мають відповідати Міжнародній системі одиниць (СИ).

• Таблиці повинні бути компактними, мати назву, що відповідає змісту, бути пронумерованими, заголовки граф мають точно відповідати їхньому змістові, а дані в таблицях – посиланням на них у тексті. Всім рисункам та таблицям у тексті повинні передувати відповідні посилання, зазначені в дужках, наприклад: (рис. 1), (табл. 1). Слід зазначити статистичні методи, використані для відображення варіабельності даних і достовірності відмінностей. Не припускаються скорочення в графах, окрім визначених ДСТУ 3582-97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги і правила». На кожному таблицю в тексті статті мають бути посилання. Всі роз'яснення, включаючи розшифрування аббревіатур, слід подавати у виносках.

• Ілюстрації (рисунки, діаграми, фотографії) надаються у 2 примірниках. Зі зворотного боку рисунків олівцем слід зазначити прізвище першого автора, номер рисунка, позначення верху рисунка. Рисунки не мають бути перевантажені текстовими написами. Якщо ілюстрації подаються в електронному вигляді, вони мають бути збережені в форматі JPG (300-600 dpi). Ілюстрації (графіки, діаграми, формули) мають бути чіткими, фотографії – контрастними. Малюнки й таблиці не повинні дублювати одні одного. У графіках і діаграмах має бути зазначено, що дано на осях координат, на наведених кривих тощо.

• Скорочення. Не є припустимим скорочення слів, назв (крім загальноприйнятих скорочень мір фі-

зичних, хімічних, а також математичних одиниць і термінів, та скорочень, визначених ДСТУ 3582-97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги і правила» та ГОСТ 7.12.93 «Библиографическая запись. Сокращения слов на русском языке. Общие требования и правила»). Міри подаються за Міжнародною системою одиниць (CI) в українському / російському позначенні.

• **Список використаної літератури** формується одним із таких способів: 1) у порядку появи посилань у тексті; 2) в алфавітному порядку прізвищ перших авторів або заголовків; 3) у хронологічному порядку. Бібліографічний опис джерел складають відповідно до чинних стандартів з бібліотечної та видавничої справи, міжнародних і державного стандартів з обов'язковим наведенням назв праць. Зокрема, потрібну інформацію можна одержати із таких міждержавних і державних стандартів: ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 «Система стандартів з інформації, бібліотечної та видавничої справи. Бібліографічний запис. Бібліографічний опис. Загальні вимоги та правила складання (ГОСТ 7.1–2003, IDT)»;

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

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

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

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

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

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

ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ПУБЛІКАЦІЙ.

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

НАДАННЯ МАТЕРІАЛІВ

Назва надісланого електронного файлу з тезами – латиницею, за прізвищем першого автора.

У випадку невиконання зазначених вище вимог тези, статті публікуватися не будуть.

Вартість публікацій:

Вартість публікації статей складає 150 грн за журнальну друковану сторінку (5000) знаків.

Вартість публікації наукових тез до 3000 знаків складає 150 грн, за кожні додаткові 2000 знаків – плюс 50 грн.

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

БАНКІВСЬКІ РЕКВІЗИТИ:

Отримувач

ВГО «Асоціація превентивної та антиейджинг медицини»

Код ЄДРПОУ отримувача 35892676

р/р 26001000604734

ПАТ «Універсал Банк» у м. Києві МФО 322001

Призначення платежу: благодійна безповоротна фінансова допомога

Сума: _____

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

КОНФЕРЕНЦІЇ. СИМПОЗІУМИ. ШКОЛИ

ВІД НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ДО ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ



На сьогодні реформування галузі охорони психічного здоров'я є досить актуальною проблемою. При цьому зміни повинні бути комплексними і відбутися в контексті створення принципово нової моделі, орієнтованої на охорону психічного здоров'я населення. У той же час важливо врахувати усі складові, які впливають на якість надання психіатричної допомоги.

23-24 квітня 2015 р. у м. Києві пройшла науково-практична конференція з міжнародною участю «Методологічні та правові аспекти діагностики, лікування й соціальної допомоги при психічних і поведінкових розладах у різних вікових групах». На заході були присутні психіатри, наркологи, судово-психіатричні експерти, психологи, працівники соціальної ланки майже з усіх областей України, а також спеціалісти з Німеччини, Литви, Італії та Ізраїлю, Франції і Норвегії. Крім того, з багатьма регіонами України було налагоджено відеозв'язок, за допомогою якого всі бажаючі могли взяти участь у дискусії. В ході зустрічі обговорювалися важливі питання щодо реформування галузі охорони психічного здоров'я, дитячої та судової психіатрії, а також акцентувалася увага на необхідності вдосконалення нормативно-правової бази та налагодження взаємодії між відомствами.

Урочиста церемонія відкриття конференції розпочалася з привітання Ірини Яківни Пінчук - головного позаштатного спеціаліста МОЗ України за фахом «психіатрія та наркологія», д.мед.н., директора Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ). Свій виступ пані Ірина присвятила основним напрямкам державної політики в галузі охорони психічного здоров'я з урахуванням пріоритетів у контексті євроінтеграційних процесів та міжна-

родних зобов'язань України. Як зазначила доповідач, нова система психіатричної допомоги повинна відповідати певним критеріям, серед яких достатня кількість функціонуючих закладів, доступність (фізична, економічна та інформаційна), відповідність товарів і послуг принципам медичної етики та їхня висока якість. Також Ірина Яківна розповіла про вже зроблені перші кроки із вдосконалення системи психіатричної допомоги і наголосила на необхідності повністю переорієнтувати модель психіатричної служби



з надання допомоги на охорону психічного здоров'я населення. Тобто психіатричну службу слід інтегрувати у соматичну медицину, а в центрі уваги має бути пацієнт. Проблеми ж, які існують у психіатричній галузі, повинні бути визнані на державному рівні, і як наслідок, важливим є створення національної державної програми для їх вирішення. На закінчення, пані Ірина звернула увагу присутніх на проблему підготовки кваліфікованих кадрів та потребу у корекції переліку спеціальностей, за якими вона здійснюється.

Досвідом реформування психіатричної галузі в Німеччині поділився з присутніми професор Франкфуртського університету Хартмут Бергер. Основні зміни в системі психіатричної допомоги заключа- лися у поступовому зміщенні акценту зі стаціонарної на амбулаторну. Так, за останні 25 років кількість ліжко-місць у великих психіатричних клініках зменшилась удвічі, а термін перебування у стаціонарі від 60 днів скоротився в середньому до 23. Цим процесам сприяло введення соціальних центрів психіатричної допомоги в місцях проживання пацієнта, що надають її амбулаторно. Однак оптимальна кількість місць у стаціонарі повинна досягатися поступово, при цьому вона може бути різною для конкретної

країни і залежить від стану соціальної амбулаторної допомоги. Як вважає доповідач, у будь-якому разі лікування має бути дійсно асертивним і комплексним, направленим на соціалізацію пацієнта у повсякденному житті.

На зустрічі також була присутня голова комітету Верховної Ради з питань охорони здоров'я Ольга Вадимівна Богомолец, яка у своєму виступі акцентувала увагу присутніх на необхідності реформування системи надання психіатричної допомоги з урахуванням потреб сьогодення. Пані Ольга розповіла про те, що найближчим часом лікарі, психологи та соціальні працівники України матимуть справу з новою категорією людей, яка потребуватиме допомоги й підтримки. Це тимчасово евакуйовані особи, вдови, сироти і безпосередні учасники бойових дій. Цим людям важко розповідати про свої проблеми, але наслідки такого замовчування можуть бути страшними. Так, дані статистики говорять про те, що під час В'єтнамської війни на полі бою загинуло 58 тис. американських солдат. З тих, які повернулися додому живими, протягом наступних 10 років 62 тис. закінчили життя самогубством. Ще однією проблемою Ольга Вадимівна вважає небажання суспільства бачити біля себе «інших» людей. Підводячи підсумки, вона наголосила, що хоча проблеми, пов'язані з наслідками війни в Україні, ще попереду, зміни необхідні вже сьогодні. Саме тому ефективне реформування психіатричної служби має відбуватися якнайшвидше і з думками про здоров'я людей, спираючись на міжнародний досвід, але з урахуванням українських реалій.

Про стан дотримання прав осіб, що перебувають у психіатричних закладах, та основні проблеми, які стоять перед психіатрами і суспільством, розповіла Уповноважений Верховної Ради України з прав людини Валерія Володимирівна Лутковська. Як зазначила пані Валерія, дотримання прав психічно хворої людини є однією з цілей реформування психіатричної галузі. На жаль, наявний закон України «Про надання





психіатричної допомоги» не враховує усі особливості роботи із такими пацієнтами і реалії сьогодення, багато положень та критеріїв мають бути конкретизовані. Тому у відповідні служби вже направлено подання щодо внесення змін до законодавчих актів з метою приведення нормативно-правової бази до міжнародних стандартів. Наприкінці доповіді Валерія Володимирівна закликала лікарів налагодити міжвідомчу співпрацю і сприяти вдосконаленню законо-

давчих актів з метою підвищення рівня дотримання прав психічно хворих людей.

Організаційно-правовим механізмом державного управління системою судової психіатрії та необхідності вдосконалення нормативно-правової бази присвятив свою доповідь Сергій Сергійович Шум, заступник директора з наукової роботи і судової психіатрії та експертизи УНДІ ССПН МОЗ України (м. Київ). За словами pana Сергія, на даний час існує ряд непорозумінь між представниками пенітенціарної і медичної служб. Не всі учасники процесу до кінця розуміють роль примусових медичних заходів. Таке непорозуміння може бути зумовлене суб'єктивною оцінкою певних критеріїв, оскільки в Україні ще й досі відсутня методологічна база та не затверджені методики з оцінки суспільно-небезпечних дій. Роботу ускладнює також недосконалість нормативно-правової бази. Так, часто виникають ситуації, коли одна стаття закону протирічить іншій. Окрім того, Сергій Сергійович розповів про особливості роботи судово-психіатричних експертів та необхідність вдосконалення підготовки відповідних спеціалістів. На сьогодні у перелік затверджених фахівців, що можуть бути задіяні в судово-медичній експертизі, включено психіатрів різних ланок (дільничний, дитячий), які не завжди володіють необхідними для цього знаннями, а до функцій судового експерта віднесено попередження повторних соціально небезпечних дій. Тобто існує певне нерозуміння щодо того, які функції повинен виконувати судово-психіатричний експерт, і паралельно постає необхідність розробити та впровадити спеціалізовану освітню програму для лікарів, які задіяні в наданні судово-психіатричної допомоги. Ще одним питанням, яке потребує вирішення, є виведення послуг судово-психіатричної експертизи за межі державних установ. На думку pana Сергія, це сприятиме створенню здо-





рової конкуренції та підвищенню якості проведення судово-медичних експертиз.

Про реорганізацію судово-психіатричної служби в Литві розповів у своєму виступі директор психіатричної лікарні Рокішкіс Альгімантас Ліауседас. Так, шлях реформування судово-психіатричної галузі в цій країні розпочався 1994 р. На сьогодні служба судово-психіатричної експертизи підпорядковується Міністерству охорони здоров'я Литви. При цьому чітко сформульовані і розподілені обов'язки лікаря-психіатра й судово-медичного експерта. Усі хворі, яким призначене примусове психіатричне лікування, госпіталізуються у спеціалізовану лікарню Рокішкіса. Для кожного пацієнта мультидисциплінарною командою розробляється індивідуальний план реабілітації з урахуванням його індивідуальних та культуральних особливостей. Хворі, які виписуються, чітко розуміють, що вони робитимуть після виписки, і максимально підготовлені до проблем, з якими вони можуть зіткнутися надалі.

Дуже цікавою для учасників конференції була доповідь Альберта Фельдмана, військового психолога з Ізраїлю. Він присвятив свій виступ особливостям організації та функціонування системи психологічного захисту військовослужбовців ізраїльської армії. Введення штатної одиниці військового психолога у військово-медичний корпус Ізраїлю було зумовлене тим, що як серед військовослужбовців, так і серед демобілізованих спостерігалися масові випадки суїциду. При цьому під час активних бойових дій дані процеси відмічалися рідше, ніж після демобілізації.

На даний час кількість військових психологів у ізраїльській армії досягла 2800 чоловік. Разом із цим під час активних бойових дій додатково призивають резервістів з розрахунку 1 тис. військових психологів різного рангу на 50 тис. військовослужбовців. За основу роботи системи психологічної підтримки

в Ізраїлі були взяті напрацювання американських військових психологів.

Система психологічної підтримки в ізраїльській армії розподіляється на декілька великих підрозділів. Найбільшим є підрозділ діагностики, профілізації і профорієнтації. До його функцій відносяться всебічне обстеження потенційного військовослужбовця, оцінка його інтелектуального рівня, психологічного і соціального статусу, а також здатності до мотивації та лідерства. Усі отримані дані заносять до індивідуальної карти, і на їх основі робиться висновок щодо профорієнтації армієця у той чи інший рід військ. Враховуючи те, що мотивація до військової служби в Ізраїлі є досить високою, до служби в армії допускаються інваліди, у тому числі з психіатричним діагнозом, наприклад з аутизмом. Для таких військовослужбовців розроблені спеціальні методики реабілітації та соціалізації в армійському середовищі. Так, з осіб з аутизмом створені підрозділи електронної розвідки, а ті, які мають вади слуху, успішно служать у військах, де необхідна робота з тваринами.

Доповідач зазначив, що значну роль у своєчасному виявленні та наданні адекватної допомоги відіграють бойові командири, оскільки саме вони мають щоденний безпосередній контакт з військовослужбовцем. Для них на досить високому рівні організовані освітні програми, під час яких вони здобувають необхідні знання та можуть своєчасно рекомендувати армієцю звернутися до військового психолога. Подібну підготовку проходять і військові інших рангів.

Альберт Фельдман також підкреслив, що останніми роками в Ізраїлі було створено досить велику кількість спеціалізованих центрів психічного здоров'я, наприклад для вирішення конфліктів і примирення, для жертв сексуального насильства в армії, для реабілітації нав'язливих станів, для підтримки наркозалежних пацієнтів та пацієнтів з девіантною поведінкою та ін. На додаток, досить ефективною є робота

постійної анонімною телефонною лінії, мета якої - виявити проблему і вирішити її за можливості по телефону або ж запросити на освітні курси. Крім цього, важливу роль відіграють соціальні працівники та військові капелани різних конфесій, які також підпорядковані психологічній службі. До того ж функціонують підрозділи, що працюють з мирним населенням у моменти кризових ситуацій, родичами загиблих та поранених. Підводячи підсумки, Альберт Фельдман зазначив, що дуже важливим є те, щоб військовослужбовець мав можливість отримати психологічну допомогу на всіх етапах перебування на службі та відчував себе потрібним суспільству.

Проблемам, профілактиці й підходам у лікуванні залежності від психотропних речовин амфетамінового ряду в своїй доповіді приділив увагу керівник Центру з навчання та досліджень залежної поведінки Каліфорнійського університету у Сан-Дієго (США), директор відділу запобігання й лікування наркоманії офісу ООН у Відні, професор психіатрії Ігор Борисович Куценко.

Згідно із статистичними даними, амфетамінові субстанції займають друге місце щодо розповсюдженості вживання. При цьому амфетаміни є найбільш популярними в Європі, Північній Америці, на Близькому Сході, а метамфетаміни - у Північній Америці, Австралії, Південно-Східній Азії. Серед причин такої популярності - відносно прості способи їх виготовлення із деяких лікарських засобів і виражена стимулююча дія на ЦНС. Що стосується лікування, то на сьогодні достовірних доказів контрольованих досліджень щодо ефективності фармакотерапії порівняно з плацебо не існує. До того ж варто пам'ятати, що основні принципи терапії пацієнтів із залежною поведінкою однакові для всіх і не пов'язані з типом речовини. До них відносять фізичну стабілізацію, детоксикацію, роботу з мотивацією, ранній початок терапії, перехід на довготривале лікування, підтримку

ремисії і профілактику рецидиву. Звичайно ж є певна специфіка через різницю нейробіологічних процесів деяких класів речовин, проте основною проблемою залежних розладів є повторювана компульсивна й дезадаптивна поведінка. Саме тому більшість програм із профілактики виявилися неефективними, адже їх основний акцент був зроблений на конкретній речовині. На даний час ООН розроблені міжнародні стандарти превенції, де враховані дані доказової медицини, і які є у вільному доступі на сайті організації.

Досить пізнавальною і змістовною для учасників конференції була секція, присвячена проблемам системи охорони психічного здоров'я дітей та підлітків. Президент Всесвітньої асоціації дитячої, підліткової психіатрії та суміжних спеціальностей, професор Бруно Фаліссард (Франція) у своєму виступі зазначив, що проблеми психічного здоров'я даної вікової категорії людей повинні бути політичним пріоритетом у кожній країні і наголосив, що інвестиції в розвиток системи дитячої психіатрії скорочують рівень матеріальних затрат у майбутньому. Важливим досягненням професор Фаліссард назвав те, що за останні 10 років підходи в лікуванні дітей та підлітків стали більш науково обґрунтованими і, відповідно, ефективнішими. Проте з іншого боку це сприяло формуванню деякої дистанції між лікарем та пацієнтом. Доповідач закликав спеціалістів скоротити її, а також налагодити тісну співпрацю із психологами, соціальними працівниками, медичними сестрами і т.д.

На проблемах реформування системи охорони психічного здоров'я дітей в Україні зосередив увагу у своєму виступі завідувач відділу психічних розладів дітей та підлітків УНДІ ССПН МОЗ України (м. Київ), головний позаштатний спеціаліст за фахом «дитяча психіатрія» МОЗ України Ігор Анатолійович Марценковський. Як зауважив пан Ігор, рівень розвитку системи охорони психічного здоров'я дітей є індикатором цивілізованості суспільства. На жаль, в



Україні психіатрична допомога дітям та підліткам ніколи не належала до державних пріоритетів, хронічно недофінансовувалася і тепер потребує термінового реформування. Він розповів про основні напрямки реформування системи охорони психічного здоров'я дітей в Україні. Одним із них є перенесення акценту з біологічного лікування на психологічну допомогу, тобто формування здорового способу життя, розвиток конкретних програм з первинної профілактики на рівні громад та цілеспрямованої у групах специфічного ризику. Окрім того, важливими є перерозподіл ресурсів між первинною, спеціалізованою та високоспеціалізованою психіатричною допомогою, розвиток послуг з охорони психічного здоров'я безпосередньо у громаді, організація психіатричних відділень у багатoproфільних дитячих лікарнях. Необхідно звернути увагу також на надання послуг відповідно до найвищого рівня наукових досягнень та забезпечення доступу дітей до ліків і методів психологічного лікування, що базуються на принципах доказової медицини. Наступним кроком є усунення випадків насильства над дітьми при здійсненні психіатричної допомоги, подолання дискримінації при загальному медичному обслуговуванні, наданні соціальних та освітніх послуг. Реформування системи охорони психічного здоров'я дітей має стати невід'ємною частиною загальної реформи охорони здоров'я та частиною нової філософії державної соціальної політики в області здоров'я дітей і підлітків в Україні.

Також одним із пріоритетних питань дитячої психіатрії Ігор Анатолійович вважає організацію сучасної допомоги дітям з розладами аутистичного спектра (РАС). Поняття про порушення нейророзвитку було введено Бернаром Рімландом 1946 р., що стало початком формування сучасних уявлень про генез РАС. За наявними даними, кількість уперше діагностованих випадків РАС в Україні неухильно зростає протягом останніх шести років: 2007 р. - на 28,2%, 2008 р. - на 32%, 2009 р. - на 27,2%, 2010 р. - на 35,7%, 2011 р. - на 21,2%, а 2012 р. - на 25,3%. При цьому поширеність РАС у педіатричній популяції з 2009 р. збільшилася в 2,84 раза, з 17,0 до 48,2 на 100 тис. осіб. Таке зростання показників захворюваності може бути зумовлене підвищенням рівня діагностики, проте в більшості регіонів України він все ще є недостатнім.

Дослідження співробітників відділу психічних розладів дітей та підлітків УНДІ ССПН МОЗ України свідчать, що первазивні порушення розвитку мають щонайменше 1% дітей та підлітків. Ігор Анатолійович висловив сподівання, що ситуацію зможе покращити впровадження у практику Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації розладів аутистичного спектра (розладів загального розвитку), розробленого на основі адаптованих клінічних настанов «Аутизм у дітей» та «Аутизм у дорослих». На додаток, пан Ігор розповів про основні принципи терапії дітей з РАС. Так, головною терапевтичною стратегією є програма ранніх втручань безпосередньо після включення

дитини віком до трьох років до групи ризику із застосуванням методів «відновленого онтогенезу». До подальшої терапії входять програми поведінкової терапії, спеціалізовані структуровані програми навчання, а також надання міжвідомчими службами соціальної підтримки, яка дозволяє людям з РАС реалізувати свій потенціал. Окремий наголос доповідач зробив на активній участі родин на базі досягнутого комплаєнсу.

Також Ігор Анатолійович акцентував увагу на необхідності обережного та зваженого застосування медикаментозної терапії, ефективність якої доведено. Важливим є забезпечення доступності для пацієнтів із аутистичними розладами психостимуляторів (мети-лфенідату), атипичних антипсихотиків (рисперидону, арипіпразолу) та сучасних протиепілептичних препаратів. Використання будь-яких форм інтервенцій має відбуватися переважно в амбулаторних умовах.

Підводячи підсумки, пан Ігор наголосив, що організація психіатричної допомоги молодим людям в Україні, забезпечення пацієнтам належного доступу до сучасних психотропних засобів і психотерапевтичних втручань є першочерговими завданнями для вдосконалення психіатричної допомоги в Україні.

Секретар секції дитячої психіатрії Всесвітньої психіатричної асоціації, професор дитячої психіатрії Норберт Скокаускас (Норвегія) присвятив свій виступ проблемі аутизму як важливій складовій глобальної системи психічного здоров'я дітей. У подальшій дискусії він відповів на ряд питань, пов'язаних з організацією медичної та соціальної допомоги хворим на РАС, а також співпраці мультидисциплінарних команд разом із батьківськими організаціями.

Про особливості організації психіатричної допомоги молодим людям у Європі розповів професор Джованні Джіроламо (Італія). Доповідь була побудована на результатах багатоцентрового європейського дослідження. Так, молоді люди віком від 10 до 24 років складають 27% населення Землі, близько 75% психічних розладів маніфестують у віці до 25 років. У більшості випадків ці захворювання спостерігаються протягом усього подальшого життя. На жаль, спеціалізовані психіатричні служби для дітей і підлітків, а також служби, що надають психіатричну допомогу дорослим в країнах ЄС, не завжди можуть гарантувати безперервність лікування.

Окрім того, професор Джіроламо наголосив, що дуже важливо організувати психіатричну допомогу таким чином, щоб діагностика й лікування психічних захворювань у дітей і підлітків були своєчасними та кваліфікованими. Для цього насамперед необхідно змінити систему підготовки як дитячих, так і дорослих психіатрів, оскільки на сьогодні вони, на жаль, не володіють необхідними знаннями і навичками ефективної терапії. Звичайно, все це потребує значної фінансової підтримки, при цьому цілі фінансування також повинні бути змінені й орієнтовані на раннє втручання і спеціальні служби психіатричної допомоги для молоді.

Підготувала Тетяна Ільницька

**5TH WORLD CONGRESS ON ADHD – FROM CHILD TO ADULT DISORDER
(28 – 31 May 2015, Glasgow, Scotland)**

**5-Й ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО РАССТРОЙСТВАМ С ДЕФИЦИТОМ
ВНИМАНИЯ/ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ
«ОТ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ К РАССТРОЙСТВУ У ВЗРОСЛЫХ»
(28 – 31 мая 2015, Глазго, Шотландия)**

И.А. Марценковский

Главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Детская психиатрия»
martsenkovsky_urisfpda@ukr.net

Расстройства с дефицитом внимания/гиперактивностью (РДВГ) является наследственным психическим расстройством с началом в детском возрасте и нехарактерными для соответствующего возраста выраженностью ключевых нарушений – невнимательности, гиперактивности и импульсивности. Расстройство является хроническим, его проявления оказывают влияние на уровень социально адаптивного поведения в течение всей жизни.

Последние научные исследования в области РДВГ выявили его биологические основы, такие как некоторые варианты генетического полиморфизма, морфофункциональные особенности головного мозга, в частности полиморфизм нейротрансмиссии таламокортикального тракта и базальных ганглиев.

В детском возрасте РДВГ демонстрирует высокий уровень ассоциации с детским травматизмом, в школьные годы – с академической неуспешностью, импульсивным, антисоциальным поведением, ранней наркотизацией и алкоголизацией, преступностью, в зрелом возрасте – с социальной и семейной неуспешностью, зависимыми формами поведения, бытовыми правонарушениями. В зрелые годы нарушения активности и внимания частично редуцируются, но резидуальные эмоционально-волевые нарушения, неумение планировать свою деятельность, управлять негативными эмоциями у части лиц продолжают значимо влиять на успешность социального и семейного функционирования.

От проявлений РДВГ страдают около 5% детей во всем мире. Украина не относится к числу стран с качественной, основанной на принципах научной доказательности помощью таким детям. РДВГ у взрослых в Украине практически не диагностируется. Современные формы медико-социальной помощи пациентам с этим расстройством малодоступны. Дети с нарушениями активности и внимания не получают необходимого социального и педагогического сопровождения, способствующего их школьной адаптации и социальной инклюзии. Большинство лекарственных средств, рекомендованных международными клиническими рекомендациями, не зарегистрированы в нашей стране.

В августе 2008 года в Цюрихе (Швейцария) была зарегистрирована Всемирная федерация РДВГ (расстройства с дефицитом внимания, гиперактивностью и сочетанными расстройствами). Профессор Андреас

Варнке – директор департамента детской и подростковой психиатрии, психосоматики и психотерапии Вюрцбургского университета (Германия), стал первым президентом этой некоммерческой организации.

Совместная конференция 39-го Международного Дунайского симпозиума и 1-го Международного конгресса по РДВГ открылась 2 июня 2007 года в городе Вюрцбург (Германия) вступительной лекцией по Синдрому Аспергера профессора Хельмута Ремшмидта (Helmut Remschmidt) (Германия). В рамках научной программы конференции состоялось 14 пленарных симпозиумов, 25 симпозиумов, посвященных горячим темам клинической и биологической психиатрии, 26 обучающих семинаров, 27 постерных туров и 3 видеосессии. Конференция позволила специалистам в области нейробиологии, клинической психиатрии и психологии продемонстрировать актуальность проблемы РДВГ, необходимость его междисциплинарного изучения, международной кооперации специалистов.

2-й Международный конгресс по РДВГ проходил 21 – 24 мая 2009 года в Венском Королевском Хофбурге. Очарование Вены, города с богатой культурой и историей, магия прославленной Венской медицинской школы и Венской оперы, обилие памятников истории и архитектуры сделали конгресс, проходивший в королевском дворце в центре города, не только научно содержательным, но и зрелищным событием. Этот конгресс, последовавший за 1-ым конгрессом по РДВГ в Вюрцбурге, стал огромным успехом и шагом вперед, собрав более чем 1700 ученых, занимающихся исследованиями РДВГ, из 70 стран мира, со всех 5 континентов. 3-й Международный конгресс по РДВГ проходил 26 – 29 мая 2011 г. в Берлине (Германия).

4-й Международный конгресс по РДВГ «От детской к взрослой заболеваемости» проходил 6 – 9 Июня 2013 г. в Милане (Италия). Более чем 2000 делегатов из 87 стран посетили конгресс, это был огромный успех. Большинство делегатов с восторгом комментировали уровень научной программы. Конгрессы по РДВГ стали вторым по масштабности научным мероприятием в области детской психиатрии и смежных специальностей, после Конгрессов Международной ассоциации детской психиатрии и смежных специальностей (IACAPAP), а Всемирная Федерация РДВГ (WFADHD) стала влиятельной международной организацией.

Сотрудники Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии принимали участие во всех конгрессах по РДВГ, отчитывались о результатах своих исследований в виде устных докладов и постерных презентаций.

28 – 31 мая 2015 г. в Глазго (Шотландия) состоялся 5-й Всемирный конгресс по РДВГ «От детской к взрослой заболеваемости», организованный Всемирной Федерацией РДВГ (WFADHD). В работе Конгресса приняли участие более 1600 делегатов из 64 стран мира. Научная программа включала 42 симпозиума, 12 образовательных мероприятий, специальные мероприятия для молодых ученых и специалистов.

Особый интерес у участников конгресса вызвали: лекция на церемонии открытия, прочитанная Peter McGuffin (Великобритания): «Чему нас научила генетика психиатрии, о природе психических расстройств и что еще требуется изучить» и клиническая презентация проф. Thomas E. Brown (США) «Роль клинического опроса при обследовании молодых людей с РДВГ».

В центре внимания участников конференции были различные аспекты диагностики, лечения и социальной поддержки людей с РДВГ на этапе взросления и в зрелом возрасте.

Расстройства дефицита внимания с гиперактивностью не ограничиваются детским возрастом, у 30–70% детей симптоматика РДВГ сохраняется и после взросления. Более того, даже у детей, у которых никогда не было диагностировано РДВГ, в зрелом возрасте могут наблюдаться выраженные нарушения внимания, импульсивность, создающие сложности в работе и взаимоотношениях. Многие взрослые не осознают, что у них РДВГ, оставаясь в недоумении, почему они не достигают поставленных жизненных целей, неуспешны в семейной жизни и карьере.

РДВГ у взрослых имеет отличную от детей клиническую картину. Одним из распространенных признаков РДВГ являются постоянные опоздания. Пациенты могут хронически опаздывать на работу или важные события. Они могут понимать, что их неорганизованность и медлительность препятствуют социальной успешности, но они просто не могут спланировать свою деятельность и организовать ее таким образом, чтобы успевать вовремя.

Пациентам с РДВГ свойственны сложности с удержанием в уме поставленной задачи. Это создает проблемы для подростков и взрослых, когда они находятся за рулем автомобиля. Склонность к рискованному вождению еще один признак РДВГ у взрослых. Исследования продемонстрировали, что люди с РДВГ более склонны превышать скорость, попадать в аварии, их чаще лишают прав на вождение автомобиля.

Для взрослых с РДВГ характерна повышенная отвлекаемость. У них часто возникают конфликты приоритетов, для них свойственны сложности с началом и завершением задач, доведением начатого дела до конца. Люди с РДВГ, как правило, неорганизованы, как в повседневной жизни, так и на работе, беспокойны, суетливы, легко отвлекаются. Многие из них имеют проблемы с концентрацией внимания во время чтения. Для них характерно поверхностное чтение, с пропуском эпизодов и страниц, механическое чтение с невозможностью пересказать содержание прочитанного. Сложности при

сосредоточении и выполнении задач могут создать сложности в межличностных, семейных отношениях, препятствовать карьерному росту.

У взрослых с РДВГ могут возникнуть проблемы с самоконтролем. Это может привести к сложностям управления гневом, импульсивному поведению, выкрикиванию при фрустрации грубых или оскорбительных мыслей.

Некоторые люди могут пристально сосредотачиваться на том, что они находят интересным, демонстрируя возможность к гипервниманию. Но они испытывают большие сложности при необходимости удерживать внимание на задачах, которые для них не интересны. Проблема в том, что многие задачи в повседневной жизни: от составления списка покупок, поддержания чистоты в квартире, ухода за детьми, оплаты счетов, подготовки отчетов на работе скучны, но требуют длительной сосредоточенности. Люди с нарушениями активности и внимания склонны откладывать скучные задачи, монотонные виды деятельности в пользу более приятных занятий, например общения в социальных сетях, просмотра телепередач.

Одной из тем конгресса стали вопросы коморбидной патологии и дифференциальной диагностики РДВГ с другими расстройствами. Не все беспокойные пациенты, имеющие проблемы с концентрацией внимания, соответствуют диагностическим критериям РДВГ. Нарушения активности и внимания часто встречаются при других состояниях. Плохая концентрация внимания, снижение способности к сосредоточению относятся также к числу классических признаков депрессии. Беспокойство и тревога могут свидетельствовать о заболеваниях щитовидной железы или тревожном расстройстве. Гиперактивность и импульсивность могут быть проявлениями гипомании. Проблемы коморбидности тревожных расстройств и РДВГ подробно рассматривались во время учебных сессий конгресса.

Насколько эффективно медикаментозное лечение при РДВГ у взрослых? Доклады и постерные презентации на эту тему, на мой взгляд, были наиболее интересными в программе конгресса. В Украине, к сожалению, практически отсутствует опыт применения современных препаратов при лечении РДВГ у детей. Психостимуляторы малодоступны и применяются редко. Наиболее часто для терапии РДВГ в педиатрической практике используется атомоксетин (страттера), значительно реже используются альфа-агонисты (гуанфацин, клонидин). Метилфенидат рекомендован клиническими протоколами МЗ Украины в качестве препарата первой линии выбора при лечении РДВГ, аутических расстройств с дефицитом внимания и активности, однако он длительное время отсутствовал на украинском рынке. Регистрация препарата в 2015 году и включение его в номенклатуру централизованных закупок МЗ Украины создает надежды на быстрое внедрение этого лекарственного средства в клиническую практику. В настоящее время для лечения РДВГ у детей в Украине широко применяются нейрорептики, противоэпилептические препараты. Такая практика не может быть одобрена с точки зрения научной доказательности.

Вопросы терапии РДВГ у взрослых в Украине практически не разработаны. Расстройство не диагностируется,

медикаментозное лечение не проводится. Отсутствуют стандарты оказания медицинской помощи, рекомендованные МЗ Украины.

Насколько эффективны лекарственные средства при РДВГ у взрослых? Программа конгресса позволила сформулировать ответ на этот вопрос. Исследований применения лекарственных средств при РДВГ у взрослых было проведено гораздо меньше, чем у детей, но полученные на сегодняшний день результаты являются перспективными. Они свидетельствуют, что взрослые, принимающие психостимуляторы (производные метилфенидата и амфетамина) имеют меньше симптомов РДВГ, влияющих на их повседневное поведение. Большинство взрослых с РДВГ, получавших терапию психостимуляторами считают, что они могут лучше сконцентрироваться в течение примерно 30 минут. Пролонгированные формы психостимуляторов, такие, как зарегистрированная в Украине Концерта, имеют преимущество перед препаратами с коротким периодом полувыведения.

Наряду с медикаментозным лечением психостимуляторами, взрослые с РДВГ нуждаются в специальном психологическом сопровождении (консультировании). Большинству взрослых с нарушениями активности и внимания становится лучше, когда они начинают терапию психостимуляторами, но они могут быть вынуждены по-прежнему бороться с неорганизованностью, плохими привычками и низкой самооценкой. Психологическое консультирование таких пациентов может быть эффективным, проводится непосредственно в общине или на этапе первичной медицинской помощи, должно быть направлено на формирование полезных привычек, поддержку позитивных семейных отношений, повышение социальной компетентности и улучшение социальных навыков. На конгрессе были также представлены доказательства того, что когнитивно-поведенческая терапия может быть полезна в управлении проблемами повседневной жизни взрослых пациентов с РДВГ. При расстройстве у дошкольников и младших школьников более обоснованным является проведение психосоциальных тренингов для родителей и учителей. Эти тренинги должны быть направлены на повышение эффективности управления поведением ребенка.

В рамках учебного курса были представлены результаты исследований, которые свидетельствуют о низкой вероятности успешной карьеры у пациентов с РДВГ. Тем не менее, известный эксперт в области РДВГ Рассел Барклей (США) утверждает, что его пациенты преуспевают в сфере продаж, творческих специальностях, армейской карьере, спорте. Профессор акцентирует внимание на том, что люди с РДВГ не должны иметь профессиональных ограничений и могут заниматься любым интересующим их делом.

На конгрессе были представлены данные, свидетельствующие о наличии у пациентов с РДВГ специфических проблем в семейной жизни. Пациенты с РДВГ могут испытывать сложности с соблюдением социальных обязательств, они могут забывать дни рождения, юбилейные

даты, они нередко забывают закончить работу по дому, оплатить счета вовремя. Взрослые с РДВГ могут беспричинно терять самообладание, часто демонстрируя безрассудное или агрессивное поведение по отношению к близким. Это приводит к более высокому, по сравнению с популяционными данными, риску разводов.

Дискуссию вызвало обсуждение возможности и эффективности при РДВГ лечебного питания. Некоторые эксперты считают, что некоторые продукты могут уменьшить симптомы РДВГ. Были представлены данные о том, что продукты с высоким содержанием белка, в том числе орехи, мясо, фасоль, яйца, могут улучшить концентрацию внимания. Замена простых углеводов сложными, такими, как цельнозерновые макароны или коричневый рис, может помочь снизить перепады настроения и уменьшить гиперактивность. Гипотеза о том, что сахар делает людей гиперактивными, популярная среди обывателей, не опирается на принципы научной доказательности. Нет никаких доказательств того, что сладости вызывают РДВГ или усиливают характерную для расстройства симптоматику. Исследования у детей продемонстрировали, что переключение на заменители сахара, такие как аспартам, не уменьшает выраженности симптомов РДВГ.

Украину на конгрессе представлял главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Детская психиатрия», руководитель отдела детской и подростковой психиатрии Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии Игорь Марценковский. Он представил два постерных сообщения: «Психическое здоровье детей в семьях беженцев: детское насилие как причина РДВГ» (в соавторстве с Дмитрием Марценковским) и «Милнаципран и атомоксетин в лечении подростков с РДВГ» (в соавторстве с Инной Марценковской).

Делегатами конгресса были представлены 338 постерных сообщений. Постерные презентации активно обсуждались участниками конференции и членами специального жюри. Лучшими были признаны 5 докладов, названия которых отражают наиболее актуальные направления исследований по тематике конгресса: «Низкий уровень сфинголипидов в сыворотке крови при РДВГ» (Dr. Marcela Henriquez-Henriquez, США), «Клиническая типологизация РДВГ доменов во взрослом возрасте: семилетнее исследование» (Dr. Rafael Karam, Бразилия), «Специфика приступов гнева у детей с синдромом дефицита внимания / гиперактивности» (Jenna Maire, Франция), «Мета-анализ исследований МРТ при разрушительных расстройствах поведения» (Analucia Alegria, Великобритания), «Эффективность совместного школьного – домашнего вмешательства при дефиците внимания / гиперактивности» (Dr. Linda Pfiffner, США), Интегрированные в первичную медицинскую помощь вмешательства при РДВГ могут способствовать снижению количества поездок пациентов и повышению качества медицинской помощи. Преимущества помощи детям с РДВГ в Хартфордширском центре развития ребенка» (Dr. Suzan Ozer, Великобритания).

ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

УДК 616.89-008.1:616-001]-08(072)

О.С. Осуховська, С.І. Табачников, Є.М. Харченко, Я.В. Орловська, Т.В. Синіцька, А.М. Чепурна
**АНАЛІЗ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ВЖИВАННЯ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН СЕРЕД
УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ВНАСЛІДОК ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ**

Український науково-дослідницький інститут соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України, м. Київ
tabachnikov1940@ukr.net

Ключові слова:

наркотичні речовини,
учасники бойових
дій, комбатанти,
посттравматичні
психічні порушення.

У статті представлений аналіз наукових даних щодо розповсюдженості вживання психоактивних речовин, зокрема наркотичних, серед учасників бойових дій. Зроблено висновок, згідно з яким проблема вживання наркотичних речовин є комплексною, включає етно-культуральний, криміногенний, географічний, педагогічний, медико-соціальний аспекти і визначає необхідність подальшого вивчення та розробки.

Бойові дії, війни, які є наслідком і інструментом вирішення макроекономічних, геополітичних, демографічних і релігійних конфліктів, викликають суттєві соціальні відхилення, потужні негативні довгострокові наслідки у суспільстві, значно погіршуючи психологічні та фізіологічні аспекти здоров'я нації, яка є стороною таких конфліктів. Особливе місце в питанні психофізіологічного стану учасників бойових дій займає вживання психоактивних речовин. За даними А. Шабакова (2007), використання наркотичних речовин, зокрема, для підняття бойового духу воїнів перед битвою і придушення почуття страху, має більш ніж 4000-річну історію. Компоненти психотропних речовин виявлені в останках воїнів часів єгипетських фараонів і воїнів-інків. Під час наполеонівської кампанії в Єгипті (1798–1799) французькі солдати вперше зіткнулися з марихуаною, яка згодом була завезена в Європу. Болезаспокійливі засоби (опій і виділений з його складу алкалоїд морфін) з'явилися в США під час війни за незалежність (1861–1865), а їх надмірне застосування називалося «солдатською хворобою». В Іспанії у період громадянської війни 1936–1939 рр. вперше були використані амфетаміни, щоб позбавити солдатів від втоми і млявості. Впродовж Другої світової війни вживання наркотичних речовин військовослужбовцями відзначено практично в усіх арміях країн-учасниць. Починаючи з 70-х років XX сторіччя наркотичні речовини набули значної популярності в багатьох державах, і насамперед у США. Не останню роль у цьому відіграла В'єтнамська війна. Доведено, що близько 50% військовослужбовців, що спробували героїн у В'єтнамі, надалі стали залежними від нього. Війни на Балканах, в Афганістані та Іраку тільки загострили проблему застосування наркотичних речовин в армійському середовищі [6].

Умови виконання і характер військових завдань є системою психотравматичних впливів підвищеної інтенсив-

ності. Тривалий вплив несприятливих факторів бойової обстановки, «бойова психічна травма», ризик отримання якої існує у значної частини контингенту, викликають появу психічних відхилень і захворювань, які являють собою один з надзвичайно значущих предиспозиційних факторів для залучення до вживання психоактивних речовин, що підтверджується результатами досліджень у всьому світі, починаючи з Першої світової війни до сьогодення. Вже у тридцяті роки XX століття в числі найважливіших причин вживання наркотичних речовин був зазначений «вплив війни», масова психічна травма, яку у воєнний час одержують великі групи населення і, головним чином, військовослужбовці [21].

Сучасні дані психіатричної практики дозволяють стверджувати, що від 20 до 70% учасників бойових дій страждають на психічні розлади [27], серед яких переважає посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [31]. Крім того, досліджувалася залежність інтенсивності вираженості негативних наслідків у психічному статусі від тривалості психоемоційних навантажень. А.Л. Пушкар'єв [20] зазначає, що чим довше ветерани чеченської війни відчували психоемоційні навантаження і інтенсивний вплив психогенного фактора реальної загрози, тим більш тяжкі наслідки для психічного стану у них виявлялися. Закономірним у зв'язку з вищевикладеними фактами є те, що провідною і найбільш вираженою психопатологією в учасників бойових дій є реакція на важкий стрес і порушення адаптації (МКХ 10, клас F43): F43.0 гостра реакція на стрес; F43.1 посттравматичний стресовий розлад; F43.2 розлад пристосувальних реакцій; F43.8 інші реакції на важкий стрес; F43.9 реакція на важкий стрес неуточнена. Причому F43.1 посттравматичний стресовий розлад є одним з провідних. Підтвердженням тому служать дані, представлені Є.Г. Ічітовкіною в 2011 р., згідно з якими після участі в бойових діях у 57,5% воїнів виявлені прикордонні психічні розлади, нозоло-

гічна структура яких представлена розладами адаптації (38,1%), посттравматичним стресовим розладом (28,2%), розладами особистості (13,4%) і неврастенією (20,3%). Соціально-психологічна дезадаптація проявляється частим споживанням алкоголю (54,7%), конфліктною і агресивною поведінкою у побуті і на службі (50,2%), проміскупітетом (50,1%), розлученнями (45,7%). Найсуворіших випробувань зазнають військовослужбовці строкової служби – по суті, підлітки, які в найкоротший термін стають військовими людьми, потрапляючи у жорсткі умови збройного протистояння. Для них основною стресорного впливу бойових умов є такі об'єктивні і суб'єктивні труднощі військової служби, як максимальна регламентація службової діяльності та побуту, відірваність від близьких, звичних умов життя, праці та відпочинку, вимушене перебування в одностатевій замкнутій соціальній групі, проблеми міжособистісного спілкування у військовому колективі тощо [2].

Прикладами значного негативного впливу на здоров'я і боездатність військ стресогенних реакцій є статистичні показники психогенних втрат. Так, під час Другої світової війни із 11 млн військовослужбовців армії США, які брали участь у бойових операціях, 407 тис. загинуло, а 504 тис. виведено зі строю й евакуйовано з діючої армії через психічні проблеми. Ще у 1393 тис. осіб діагностовано стресогенні психічні розлади і проведено лікування в медичних підрозділах діючої армії. Тобто, психогенні втрати армії США під час Другої світової війни становили понад 17% [1].

Як стверджує С.Р. Figley (1985), у лікувальні заклади США під час Другої світової війни поступило більше 1 млн осіб з нервово-психічними захворюваннями, зокрема 64% з психоневрозами і 7% з психозами [33]. Під час війни у Кореї мало місце 24,2%, а у В'єтнамі – 30% психогенних втрат армії США [1]. С.В. Ногє зі співавторами (2004) на підставі узагальненого досвіду військових операцій в Іраку і Афганістані наводять дані, що вже після введення в район бойових дій, але без участі в них, виявляється до 6% військовослужбовців з ознаками бойової психічної травми (БПТ). Після бойових дій у 40% безпосередніх учасників боїв і у 25% загального контингенту діагностують прояви БПТ [29]. Під час війни 1973 р. у військах Ізраїлю психогенні втрати становили 25%. І.М. Чиж і Є.Г. Жилєєв (1998) відзначають, що при обстеженні учасників бойових дій у Чеченській Республіці, у 60–80% військовослужбовців виявлена надмірна нервово-емоційна напруга, яка в 25% випадків призводить до дезорганізації психічної діяльності та різкого зниження психофізіологічних резервів організму [25].

Висвітлюючи проблему постачання наркотичних засобів до військовослужбовців зазначимо, що найпоширеніше джерело надходження наркотичних речовин – від населення місцевості, де проводяться бойові дії (табл. 1)

Найчастіше придбання наркотичних речовин відбувається при виконанні різних господарських робіт за межами території частини. Тому, відправляючи військових на господарські роботи, слід приділяти більше уваги призначенню старшого команди та інструктажу військовослужбовців, а також перевіряти особовий склад після виконання робіт.

Необхідно зазначити, що самостійне виготовлення наркотичних речовин передбачає спілкування із збувальниками первинної сировини, а це також, як правило, місцеві жителі [14].

Таблиця 1. Канали надходження наркотиків у військову частину

Канали придбання наркотиків	%
Пересилка поштою	4
Викрадення з медичних установ	10
Виготовлення кустарним способом	22
Отримання у цивільних осіб	51
Привезення родичами військовослужбовців	8
Інші канали	5

Основними причинами та умовами, які сприяють поширенню незаконного обігу наркотиків серед військовослужбовців, є такі:

1. У зв'язку з низьким рівнем фінансування організації внутрішніх справ не в змозі проводити повномасштабні операції із затримання заготівельників і постачальників наркотиків, знищення виявлених природних і штучних плантацій наркосировини.

2. Призов військовослужбовців із регіонів з традиційно високим рівнем вживання наркотиків та незаконним культивуванням наркосировини. Переважна більшість з них до військової служби систематично вживали наркотики. Після прибуття на військові об'єкти дана категорія військовослужбовців активно поширює наявний досвід, активно йде на контакт з місцевим зацікавленим населенням, нерідко сприяючи в зборі наркосировини, яка зростає у закритій для цивільних осіб прикордонній смузі, її вивезенні на цивільному автотранспорті та поширенні продуктів її переробки в армійському середовищі.

3. Високий рівень безробіття серед місцевого населення, у зв'язку з чим багато хто з них розглядає культивування нарковмісних рослин як основне джерело існування.

Одночасно значна частина молоді призовного віку потрапляє під вплив кримінальних структур, причетних до незаконного обігу наркотиків, або самі є споживачами наркотичних засобів. Призов такої молоді для проходження служби у тому ж регіоні сприяє збереженню кримінальних зв'язків в оточенні об'єктів та формуванню каналів проникнення наркотиків у війська. Необхідно зазначити, що останнім часом відзначається тенденція до зростання числа молодих офіцерів, схильних до наркотичної залежності або причетних до незаконного обігу наркотиків [24, 26].

Вживання наркотичних речовин військовослужбовцями у бойовій обстановці пов'язане з реалізацією потреби в адаптації до екстремальних умов військової служби. Проведене експертне опитування учасників бойових дій у Чечні показало, що однією з основних причин поширеності наркоманії є прагнення учасників бойових дій знизити рівень тривоги (52%). Друге місце серед мотивів вживання наркотичних речовин за ступенем вираженості займає мотив гіперактивації (24%), при якому складні бойові умови, постійні переживання змушують військовослужбовців шукати додатковий

приплив сил і енергії в наркотичних речовинах. Третє місце займає мотив «отримання задоволення» (20%) [13].

Доктор С.W. Hoge в 2011 р описав ПТСР, який був діагностований в учасників бойових дій. Відзначено, що реакції людини, які після її повернення додому лікар трактує як «симптоми», можуть бути високоадаптивні в бою і сприяти гарній підготовці та набуттю досвіду. Наприклад, на війні адаптивними є підвищена збудливість, надмірна настороженість, вміння володіти собою і контролювати свої емоції, зіткнувшись з непередбаченими обставинами, реакції у відповідь на повторювані психотравматичні події, а також уміння функціонувати в умовах недосипання. Незалежно від методу лікування, високий відсоток пацієнтів з бойовим ПТСР зрештою відмовляються від терапії. Було виявлено, що лікування ефективне не більш ніж у 20% учасників бойових дій з ПТСР [7].

Milliken та ін. (2011) провели оцінку проблем з психічним здоров'ям серед учасників бойових дій, які повернулися з війни в Іраку, відразу після повернення і через кілька місяців. В результаті у значної частки осіб виявлений ПТСР, не діагностований при первинній оцінці, проте ідентифікований при повторній. Крім того, стан багатьох військовослужбовців з вираженими симптомами ПТСР при початковому скринінгу покращився без проведення лікування. Так, з 88 235 осіб 14 213 (16%) були спрямовані на корекцію психічного здоров'я. У результаті дослідники зробили висновок, що бойовий ПТСР може бути стійкішою формою захворювання, порівняно з ПТСР внаслідок інших травматичних подій, можливо, через виниклі згодом супутні захворювання [12].

Специфічні ознаки ПТСР, описані в DSM-III-R (наявність екстраординарної психотравми, її вперте переживання, постійне уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, стійкі прояви підвищеної активації) є основою, на якій формуються особистісні зміни різних рівнів. Цим особистісним девіаціям притаманні характерні «комбатантні» риси, обумовлені глибиною переробкою зіткнення, що сформувалося на війні, з суб'єктивним поглядом на норми поведінки та ієрархію життєвих цінностей, реальною дійсністю, що не здатна сприймати їх морально-психологічні та соціально-психологічні проблеми. Не секрет, що практична реалізація гасла «відокремити війну від солдата» залишається на декларативному рівні. З певними застереженнями ПТСР можна розглядати як процес хронізації БПТ, що має різні варіанти розвитку. Клінічні прояви ПТСР залежать від багатьох факторів, серед яких виділяють преморбідні особистісні особливості, тяжкість БПТ, характеристики стресорів тощо. Разом з тим, їх сукупність створює для наркоманії та алкоголізму такі ж біологічні передумови, які і хронічний емоційний стрес у варіанті формування наркоманії у бойових умовах. Мабуть в окремих випадках різне поєднання факторів ПТСР і, відповідно, реалізація адиктивної патології буде залежати від рівня проявів особистісних розладів комбатантів [4].

Результати соціальних і медичних досліджень переконують нас у тому, що надмірне навантаження, особливо нервово перевантаження, знижує поріг опірності особистості небезпечним формам зняття напруги, однією з яких є зловживання наркотичними засобами та

психотропними речовинами. Перебування у стані перманентної перенапруги обумовлює формування мотивації до споживання психоактивних речовин, що сприяють, з одного боку, підвищенню фізичної і розумової працездатності, мобілізації психофізіологічних ресурсів, вгамування голоду і спраги в періоди активних військових операцій, а з іншого – зняттю зайвого психоемоційного напруження, купіруванню больового синдрому в періоди відпочинку, лікування. Відповідно, у першому випадку, як правило, інтенсифікується немедичне споживання стимулювальних наркотичних засобів або психотропних речовин, у другому – антидепресантів, анальгетиків [19].

Більшість авторів одностайні в думці, що вплив стресорних факторів екстремальної обстановки, різного роду гнітючих обставин сприяють формуванню мотивації до споживання наркотиків. Слід однак зауважити, що кожен учасник збройного конфлікту використовує індивідуальні стратегії адаптації до бойових екстремальних умов. Вибір цих стратегій обумовлений характеристиками, які склалися в період ведення бойових дій, внутрішніх і зовнішніх факторів і зовсім не обов'язково призводить до самодеструктивного рішення застосувати наркотики [10].

Психоактивні речовини мають властивість не тільки викликати емоційно-позитивні реакції, але і нейтралізувати емоційно-негативні стани. А.Г. Софронів (1990) припустив, що прикордонна психічна патологія пов'язана з вродженим або набутих дефіцитом протитривожних, ейфоригенних, антиноцицептивних та інших лігандів ЦНС, які мають стресопротективні функції. У цих випадках наркотик виступає не тільки як ейфоризатор, але і як засіб, що компенсує медіаторний дефект. Цей механізм може лежати в основі зазначеного нами феномена підвищення адаптоспроможності у психопатичних особистостей на тлі регулярної наркотизації, тоді як скасування наркотику сприяє декомпенсації психопатії [8].

Очевидно, що бойова психічна травма є хронічним емоційним стресом, прояви та тяжкість якого визначаються особливостями індивіда. Тому різняться і ступінь впливу психоактивної речовини на стан учасника бойових дій. Можна припустити, що психогенії істотно інтенсифікують дію психоактивних речовин в якості стресопротекторів, що сприяє появі «фармакологічної адаптації», штучної і патологічної за своєю суттю. «Фармакологічна адаптація» вимагає регулярного введення наркотику, що неминуче призводить до формування залежності, яка остаточно виснажує власні біологічні адаптаційні ресурси. Відсутність або слабка вираженість психогенних реакцій у комбатантів при однаковому навантаженні свідчить не стільки про характерологічні особливості, скільки про збереження та ефективність біологічно детермінованих саногенетичних механізмів. Скасування наркотику у наркоманів з неускладненим преморбідом не супроводжується психопатичними реакціями, що доводить наявність резерву для природної адаптації [3].

Зарубіжні автори [32] відзначають, що у ветеранів В'єтнамської війни, які звернулися за допомогою у зв'язку зі зловживанням психоактивними речовинами (46 047 респондентів або 8,3% усіх звернень), у багатьох випадках мала місце коморбідна або поєднана патологія,

що включає, поряд із наркоманією, психічні розлади інших регістрів. Не більше 2,3% від усіх спостережень випадків наркоманії і не більше 3,4% від числа звернень за психоневрологічною допомогою з приводу зловживання психоактивними речовинами в період з 1987 по 1994 рік зареєстровано серед учасників бойових дій в Афганістані. Більшість хворих на момент звернення зловживали героїном, у частини виявлена полінаркоманія зі складною структурою (поєднане вживання опіатів, ефедрону, алкоголю, барбітуратів та ін.)

L.N. Robins [11] довів, що механізми формування залежності в період війни і після неї були різними. Для «військової» наркоманії була характерна відносно швидка редукція зловживання наркотиками у мирних умовах. Автор вважає, що клінічна картина зловживання наркотиками у комбатантів не вкладається в рамки звичайних уявлень про наркоманію.

М.А. Мoyer (1988) [28] вказує на наявність взаємозв'язку між військовою психічною травмою і зловживанням наркотиками. Kleinman (1998) [25] розглядає випадки наркоманії у інвалідів В'єтнамської війни і вважає, що труднощі соціальної адаптації цього контингенту хворих є однією із спонукальних причин до зловживання наркотиками. Автор повідомляє також про добрі результати лікування, яке проводилося в рамках комплексної програми соціальної та медичної допомоги інвалідам війни.

Поширення наркоманії серед ветеранів значно поступається аналогічному показнику, який мав місце на театрі військових дій. Так, у структурі бойової психічної патології у рядового складу наркоманії становили 31,1%, за даними анонімного анкетування, наркотиками зловживали 7,5% особового складу. Структура вживання психоактивних речовин в післявоєнний період учасниками бойових дій в Чеченській республіці представлена таким чином: курили тютюн – 74,8%, вживали алкоголь – 85%, вживали наркотичні речовини – 5,5% [17].

За даними Т.Г. Погодіної, для зняття психоемоційної напруги більшість опитаних (62% ветеранів Афганістану та 43% учасників бойових дій у Чечні) використовували психоактивні речовини, насамперед алкоголь. Масова психічна травма мала місце і під час участі солдатів у бойових діях в Республіці Афганістан (1979–1989 рр.), про що достовірно свідчать результати проведених соціологічних досліджень [22]. Афганістан є одним з основних центрів виробництва наркотичних речовин, що безпосередньо вплинуло на поширення наркоманії серед осіб, які брали участь в Афганській війні (в основному серед військовослужбовців, які проходили строкову службу). Так, більшість хворих ветеранів Афганської війни на момент звернення за психоневрологічною допомогою зловживали героїном. У деяких була виявлена полінаркоманія зі складною структурою (поєднане споживання опіатів, канабіноїдів, ефедрону, алкоголю, барбітуратів та ін.) [5]. Аналіз структури наркоспоживання серед осіб, які брали участь у бойових діях в Афганістані, виявив факт помітного домінування героїну навіть у той час, коли цей високоактивний наркотичний засіб ще не був поширений на європейській території так широко, як сьогодні на пострадянському просторі (за деякими даними, у структурі споживання наркотиків особами, що долучилися до

них під час Афганської війни, співвідношення героїну і гашишу становило 55,5% і 22% відповідно, тоді як серед решти наркоманів героїн використовувався вкрай рідко) [16]. Н. Дзеружинська і О. Сироп'ятов зі співавторами також вказують на те, що в роки війни у Кабулі у 13,1% рядового складу та у 3,33% – офіцерського, від загальної кількості військовослужбовців, що надійшли на лікування у військовий шпиталь, діагностували наркотичну залежність [15]. Війна у Чеченській республіці значною мірою сприяла формуванню несприятливих тенденцій у питаннях вживання наркотичних речовин: 25% військовослужбовців, що воювали, зловживали наркотичними засобами [18, 23]. 25% від усього контингенту, який брав участь у бойових діях – це повністю сформовані наркозалежні ветерани бойових дій. Специфіка вживання наркотиків полягає в тому, що розвиток цього антисоціального явища відбувається не тільки згідно з формулою «попит породжує пропозицію», але і відповідно з новою – «попит, породжений пропозицією». Цим можна пояснити той факт, що процес наркотизації збройних формувань помітно прискорюється у разі дислокації частин і ведення бойових дій в регіонах, де традиції використання нарковмісних рослин та виготовлених з них наркотичних засобів сягають своїм корінням в далеке минуле, де повсюдно поширена «побутова» наркоманія та сильні позиції наркобізнесу. Близькість до «нарковиробничого» сектору призводить до так званого «ефекту надмірності», який сприяє зростанню зловживання психоактивними речовинами. У таких регіонах полегшене встановлення контактів і злочинних зв'язків зі споживачами та розповсюджувачами наркопродукції з числа цивільного населення, розширені можливості для придбання наркотичних засобів практично в необмежених кількостях [9].

Висновки

Аналіз науково-медичної літератури дає підставу стверджувати, що проблема поширеності вживання наркотичних речовин має загрозливий характер, шкодить психічному і фізичному здоров'ю значної кількості військовослужбовців кожної із сторін воєнного конфлікту, що визначає необхідність подальшого вивчення та розробки даної проблеми.

Список використаної літератури

1. Блінов О. А. Методика прогнозування психогенних втрат : методичний посібник / О. А. Блінов. – К. : ВП НАОУ, 2003. – 36 с.
2. Ичитовкина Е. Г. Клинические и социально-психологические особенности комбатантов министерства внутренних дел при воздействии стресс-факторов боевой обстановки : автореферат дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук / Е. Г. Ичитовкина. – Архангельск, 2011.
3. Керими А. Н. Наркомания: социально-психологические причины развития и пути профилактики / А. Н. Керими. – Ашхабад, 1987. – 20 с.
4. Клинико-психопатологические предпосылки криминальной агрессии у ветеранов локальных войн / Г. А. Фастовцов, А. М. Резник, О. Ф. Савина, В. Г. Василевский // Журнал социальной и клинической психиатрии. – 2009. – № 2. – С. 20–25.
5. Код документа <http://www.narcom.ru/cabinet/online/1.html>
6. Код документа: <http://militaryarticle.ru/zarubezhnoe-voennoe-obozenie/2007-zvo/7486-o-probleme-primenenija-narkoticheskikh-preparatov-v>
7. Код документа: <http://onceawarrior.com/wp-content/uploads/2012/01/Dr.-Hoge-PTSDArticle.pdf>
8. Код документа: <http://www.narcom.ru/cabinet/online/1.html>
9. Код документа: <http://www.narcom.ru/publ/info/218>
10. Код документа: http://www.narkotiki.ru/5_6963.htm
11. Код документа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1775687/23>
12. Код документа: <http://www.ptsd.va.gov/PTSD/professional/newsletters/researchquarterly/V20N1.pdf>
13. Код документа: <http://www.voenprav.ru/doc-4227-1.htm>

14. Код документа: <http://www.voenprav.ru/doc-4227-1.htm>
15. Код документа: <https://books.google.com.ua/books?id=ofteAAAAQBAJ&pg=PT243&lpg=PT243&dq=false>
16. Кушхов А. А. Уголовно-правовые и криминологические проблемы борьбы с преступным оборотом наркотических средств (по материалам республик Северного Кавказа) : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. юрид. наук / А. А. Кушхов. – М., 2000.
17. Литвинцев С. В. Боевая психическая травма: руководство для врачей / С. В. Литвинцев, Е. В. Снедков, А. М. Резник. – М.: ОАО Изд-во «Медицина», 2005. – 345 с.
18. Меретуков Г. М. Расследование незаконного изготовления, приобретения, хранения, перевозки или сбыта наркотических средств (по материалам органов внутренних дел Северного Кавказа) : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. юрид. наук / Г. М. Меретуков. – М., 2002.
19. Пограничные нервно-психические нарушения у ветеранов войны в Афганистане (посттравматические стрессовые нарушения) : метод. рек. / Б. Д. Циганков, А. И. Белкин, В. А. Вяткина, А. А. Меланин. – М., 1992. – 16 с.
20. Пушкарев А. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / А. Л. Пушкарев, В. А. Доморацкий, Е. Г. Гордеева / под ред. Б. Д. Казаченко. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. – 128 с.
21. Раппопорт А. М. Кокаинизм и уголовный закон. Сборник 1 / А. М. Раппопорт. – М., 1926. – С. 95.
22. Социологические исследования. – 1989. – № 4. – С. 58–60.
23. Транснациональный наркобизнес: новая глобальная угроза. – М.: Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН), 2002. – С. 187.
24. Целинский Б. П. Незаконный оборот наркотиков и связанная с ним преступность в Российской Федерации: обзорно-аналитическая оценка / Б. П. Целинский, А. В. Коробов // Вопросы наркологии. – 1996. – № 3. – 20 с.
25. Чиж И. М. Актуальные проблемы психофизиологического обеспечения военно-профессиональной деятельности / И. М. Чиж, Е. Г. Жилев // Воен.-мед. журн. – 1998. – Т. 319, № 3. – С. 4–10.
26. Эминов В. Е. Преступность военнослужащих / В. Е. Эминов, И. М. Мацкевич. – Москва, 1999 – 101 с.
27. Boer A. Treatment for chronic PTSD Text. / A. Boer, P. J. Hovens, J. H. De Groen // H. Psychother Psychosom. – 1997. – P. 55–63.
28. Burnout in Families: The Systemic Costs of Caring. – P. 229.
29. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care / C. W. Hoge, C. A. Castro, S. C. Messer [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2004. – Vol. 351, № 1. – P. 13–22.
30. Kleinman A. Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience / A. Kleinman. – N. Y.: Free Press, 1998. – P. 12.
31. Marsella A. J. Ethnocultural aspects of PTSD: some closing thoughts Text. / A. J. Marsella, M. J. Friedman, Er T. Gerrity, R. M. Scurfield: Washington DG: American Psychological Association, 1996. – P. 58–60.
32. Spencer C. Tucker Encyclopedia of the Vietnam War: A Political, Social, and Military History / Spencer C. Tucker. – P. 789.
33. Trauma and its wake: The study and treatment of posttraumatic stress disorder / ed. C. R. Figley. – New York: Brunner / Mazel, 1985. – P. XVII–XXVI.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ НАРУШЕНИЙ

Е.С. Осуховская, С.И. Табачников, Е.Н. Харченко, Я.В. Орловская, Т.В. Синицкая, А.Н. Чепурная

В статье представлен анализ научной литературы по распространенности психоактивных веществ, в частности наркотических, среди участников боевых действий, сделан вывод, согласно которому проблема употребления психоактивных веществ является комплексной, затрагивающей этно-культуральный, криминогенный, географический, педагогический, медико-социальный аспекты, что определяет необходимость дальнейшего ее изучения и разработки.

Ключевые слова: наркотические вещества, участники боевых действий, комбатанты, посттравматические психические нарушения.

ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF DRUG USE AMONG THE COMBATANTS AS A RESULT OF POST-TRAUMATIC MENTAL DISORDERS

E. Osuhovskaya, S. Tabachnikov, E. Harchenko, Y. Orlovskaya, T. Sinitzskaya, A. Chepurayna

The article presents an analysis of the scientific literature on the prevalence of psychoactive substances, in particular, drugs among combatants, concluded, according to which the problem of substance abuse, particularly drug is kompleksnyy that affects ethno-culture, the crime, geographical, educational, medical and social aspects, and determine the need for further research and development.

Key words: drugs, involved in the fighting, the combatants, post-traumatic mental disorders.

УДК 616.816:001.8–061.3

В.О. Процик¹, В.В. Бабич¹, С.А. Грязев², Т.О. Михеева²

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОГЕННИХ ПАРАНОЇДНИХ ПСИХОЗІВ, АСОЦІЙОВАНИХ З АНТИТЕРОРИСТИЧНОЮ ОПЕРАЦІЄЮ, У МИРНОГО НАСЕЛЕННЯ

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

²ТМО «ПСИХІАТРІЯ», м. Київ

val.alex.p@gmail.com

Ключові слова: АТО (антитерористична операція), мирне населення, психогенні параноїдні психози, клінічні та соціально-правові аспекти.

Досліджено особливості психогенних параноїдних психозів, асоційованих з антитерористичною операцією на Сході України, у мирних жителів. Представлено два клінічних випадки психозів у жінок із різних регіонів з аутоагресивною поведінкою, які лікувалися в психіатричному стаціонарі. Вивчалися психогенні чинники, обговорено питання діагностики, лікування, соціально-психологічної допомоги, диспансерного нагляду.

Однією із найактуальніших проблем у психіатрії є проблема психогенних захворювань, як неспотихотичного, так і спотихотичного рівня. Фундаментальні дослідження реактивних психозів були проведені під час воєн, а саме – російсько-японської війни (1904–1905 рр.), війни

1911–1918 рр., війни 1941–1945 рр. Якщо якісна структура групи реактивних психозів характеризувалася відносною сталістю, то загальне їх число зростало з кожною новою війною [7, 9]. Найдетальніше проблема психогенних параноїдів була досліджена під час війни 19941–1945 рр., зазна-

чено збільшення кількості параноїдних форм психозів та відмічена значна їх варіабельність. Як показав досвід трьох воєн минулого століття (російсько-японська, Перша світова, Друга світова), кількість психозів, які виникли поза зоною активних бойових дій, а особливо у тилу, значно перевищує число реактивних параноїдів, які розвинулись під час бойових дій, що підтверджують дані таблиці [7].

Таблиця. Умови та місце виникнення реактивних параноїдів у військовий час

Місце початку захворювання, характеристика обстановки	Відсоток до числа спостережень
На фронті: під час бойових дій поза зоною бойових дій (затишшя)	27,3 28,2
У тилу: армійський та фронтовий тил глибокий тил	7,7 34,2
Не встановлено	2,5

За чисельністю хворобливих реакцій, які виникли в осіб у тилу, параноїдна форма більш ніж на третину перевищує загальну кількість сутінкових розладів свідомості, депресивних та істеричних реакцій [7].

Впродовж останніх років при вивченні механізмів формування психічних розладів, асоційованих зі збройними конфліктами, бойовими діями, надзвичайними ситуаціями, терористичними актами відмічають достатньо широкий спектр психічних розладів: від бойової стресової реакції й так званої бойової втоми до посттравматичного стресового розладу і реактивних психозів; з'явилися нові уявлення про психічну травму, стало очевидним, що психічні психогенні розлади зазнали певного патоморфозу, частіше зустрічаються неспсихотичні форми [8, 11]. Дослідження особливостей стресових ситуацій в Афганській війні (1979–1989 рр.) та психічних порушень у ветеранів показало, що масові порушення психіки виникали після повернення ветеранів – афганців додому [15, 21].

Узагальнення досвіду попередніх воєн підтверджує актуальність дослідження етіологічних чинників та клінічних особливостей реактивних параноїдів у цивільного населення, яке страждає від бойових дій у сучасних умовах. Вивчення психічних розладів при локальних збройних конфліктах показало, що жорстокість, незахищеність, уразливість, суперечлива інформація, чутки про значну кількість загиблих та тортури сприяють виникненню у цивільного населення психічних порушень [4, 7]. Проблеми вимушених мігрантів стають все актуальнішими. Поширеність психічних розладів серед вимушених мігрантів дозволила сформулювати поняття «психіатрія мігрантів», «психіатрія біженців» [17], заслуговують на увагу дослідження психічних порушень у біженців та їх медико-психологічна корекція [20]. Актуальні питання соціально-психологічної адаптації, надання медико-психологічної допомоги при стресових розладах висвітлювались в літературі останніх років [10, 13, 16]. У контексті подій останнього року актуальними є дослідження психічних розладів у цивільного населення під час АТО та розробка методів надання кваліфікованої допомоги.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей психогенно-травматичних чинників, пов'язаних з антитерористичною операцією, і особливостей формування реактивних параноїдних психозів, які виникають у мирних жителів.

В нашій роботі наведено два клінічні випадки психогенних параноїдів у мирних жителів, жінок.

Основними методами дослідження були клініко-психопатологічний і психодіагностичний. Обстеження доповнювали сучасними лабораторними та інструментальними методами.

Клінічна ілюстрація 1

Хвора С., 47 років, безробітна, переселенка, за направленням лікаря ПНД госпіталізована в ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві, госпіталізація первинна, добровільна.

Анамнез життя та захворювання. Родом із Донецької області (м. Дебальцеве). Молодша із двох дітей у сім'ї. Ранній розвиток без особливостей. Батько неодноразово лікувався в ПНЛ з приводу алкоголізму та алкогольних психозів. З 13 до 25 років перебувала на обліку з приводу епілепсії з генералізованими судомними нападами, періодичністю близько 1 разу на місяць. Поява судомних нападів за часом збігалася зі становленням у пацієнтки менструального циклу. Під час вагітності та лактації судомних нападів не спостерігалось. В подальшому, після поновлення нападів, звернулася за допомогою до психіатра, деякий час приймала фінлепсин (дозу препарату не пам'ятає). Напади припинилися і після 25-річного віку їх не було. Освіта середня спеціальна – сушильниця форм. Працювала за фахом на заводі, після скорочення – банщицею. З червня 2014 не працює (звільнилася за власним бажанням). Має дорослу доньку, зятя і онуку. Останні 7 років перебувала в цивільному шлюбі з чоловіком, який зловживав алкоголем, практично не працював і при загостренні ситуації в Донецькій області пішов у так зване ополчення. У травні сім'я доньки виїхала до Києва, але хвора від переїзду відмовилась. Переживала, що не встигла переформити будинок, в якому проживає, на себе після смерті матері. У липні, коли ситуація у регіоні загострилася і багато людей покидали місто, поїхала у Крим, потім перебралася до Омська, після невдалої спроби виїхати до Казахстану попрямувала до Ростовської області. У жовтні 2014 р. дісталася до доньки в Київ, проживає у її сім'ї. Туберкульоз, венеричні захворювання, вірусний гепатит заперечує. Алергологічний анамнез необтяжений. Менопауза 2 роки, супроводжується виснажливими частими припливами. У вересні 2014 мало місце самоушкодження – травматичний відрив нижньої 1/3 правого передпліччя, проведені первинна хірургічна обробка рани і формування кукси. Зі слів доньки, за характером вразлива, недовірлива, підозрілива, дратівлива, запальна, конфліктна, педантична, схильна до забобонів та чуток. Характеризує себе як працювиту, вказує на матеріальні та побутові труднощі.

Психічний стан почав змінюватися з червня 2014 року на тлі психотравматичної ситуації (до міста почали підходити війська, звозити військову техніку, з'явилися чутки про те, що скоро почнуться військові дії). Тоді жінка стала тривожною, у неї знизився настрій, порушився сон.

Жахливу інформацію, отриману із російських ЗМІ, обговорювала з сусідами. Говорили про «фільтраційні табори для сепаратистів», «чорних трансплантологів», «звірства Правого сектору», «відрубання рук», намагалися асоціювати українських військових з «фашистами», «хунтою» тощо. Незабаром місто почали масово залишати мирні мешканці, від сусідів чула, що «всім загрожує небезпека», «потрібно терміново їхати», «в Україну їхати не можна, оскільки їх вважають сепаратистами», «будують тюрми, табори», «вбивають». Донька з сім'єю в цей час перебувала в Києві, чоловік воював на боці сепаратистів. Тривога поступово наростала, почала помічати, що «на вулицях з'явилися якісь незнайомі люди», припускала, що «це військові», почало здаватися, що «за нею стежать», «хочуть вбити», панічно шукала притулок. На початку липня 2014 р. звільнилася з роботи, поїхала в Крим до знайомих цивільного чоловіка, за його рекомендацією. У потязі була напруженою, відчувала небезпеку від оточуючих, здавалося, що «за нею стежать», «телефон прослуховують», боялася телефонувати доньці, бо вважала, що «накличе на неї небезпеку», викинула телефон. У Криму шукала роботу, проживала у незнайомих їй людей, які постійно пиячили, здавалося, що «вони хочуть її обікрати», в бесідах чула «шукай», вважала, що йдеться про неї, «дружина примушує чоловіка шукати заховані гроші, щоб пограбувати її». Вирішила поїхати до брата в Казахстан і відправилася в Омськ. Дорога була виснажливою: літо, спека, задуха, припливи, відсутність сну, декілька пересадок. На кордоні Росії з Казахстаном її не пропустили, бо не було закордонного паспорта. Зупинилася в Омську у племінниці, де була тривожною, напруженою, підозріливою, стверджувала, що «за нею стежать», «скоро знайдуть і вб'ють». Слова і поведінку племінниці трактувала як натяки на те, що «вона їм заважає». Вважала, що «скоро її виженуть на вулицю», що вона «загине». Заподіяла собі самоушкодження ножом в ділянці шиї і грудної клітки зліва. Дії були імпульсивними, у присутності родичів, пошкодження поверхневі, за спеціалізованою медичною допомогою не зверталися. Згодом пояснила: «не хотіла померти, як собака під парканом», «а так хоч родичі поховують». Племінниця зв'язалася з донькою хворої, сповістила про її неадекватну поведінку, боялася залишати її у себе. Зверталися в міську адміністрацію, де хворій порадили їхати до Ростова (нібито там розподіляють біженців з України). Дорога потягом до Ростова тривала близько 3-х днів. Відчувала себе погано, спогади про цей час фрагментарні. Якийсь час провела на вокзалі у Ростові, де шахраї забрали гроші. Голодувала, відчувала себе дуже самотньою і незахищеною: «всі сім'ями, групами, а я одна», намагалася долучитися до якоїсь групи людей, щоб бути менш «помітною», сиділа біля жінок з дітьми. Погано розуміла, що їй далі робити і куди йти. Уривчасто згадує скупчення людей, постійне пересування, розгубленість, оголошення і від'їзд якихось груп. Почула оголошення: «на Мурманськ», подумала: «але я ж не хочу так далеко». Зайшла в перший-ліпший потяг, сховалася в тамбурі, провідник висадив на першій же станції, у провінційному російському містечку. Довго блукала по місту в пошуках роботи та житла і найнялася працювати в полі, збирати урожай. У мусульманській родині, що надала їй роботу та притулок, між собою спілкувалися не росій-

ською мовою. На цьому тлі посилилася тривога, страх, здавалося, ніби «її хочуть продати на органи», «стежать», «говорять про неї», практично не спала ночами, майже не їла. З незрозумілих мотивів відрубала собі праву руку сокирою, лікувалася в місцевій лікарні. За допомогою лікарів зв'язалася з донькою, яка вислала квиток на потяг, була виписана та відправлена до Києва. Потрапивши в сім'ю доньки хвора поводитися неадекватно, заявляла, що «її продали на органи», «стежать», «переслідують», «скоро знайдуть», «їх усіх уб'ють». Дивлячись у вікно, говорила доньці: «дивися, в сусідньому вікні килим схожий на той, що висів у мусульман», «значить вже знайшли», раптово зупинялася серед кімнати, прислухалася, пояснювала, що «сусіди зверху ходять так само, як і вона», «зупиняються там же», «прослуховують їхні розмови». Погано спала ночами, була тривожною, часто плакала, розмовляла сама з собою, боялася виходити на вулицю. Періодично замовкала, застигала в одноманітних позах, не реагувала на звернення родичів.

Психічний стан при надходженні. Орієнтована всебічно. Тривожна, напружена, підозрілива, з побоюванням озирається навколо. Уривчасто повідомляє, що «здавалося, ніби за нею стежать», «хочуть убити». З підозрою ставиться до опитування, хворобливі переживання до кінця не розкриває, приховує. Поведінку вдома намагається раціоналізувати, або ж посилається на те, що «не все пам'ятає», «перенесла стрес». Каже, що «хвилювалася через війну», «боялася виходити на вулицю, оскільки потрапила в незнайоме місто», «вважала, що тут усі агресивно налаштовані до жителів Донецької області», «відчувала небезпеку», «тепер бачить, що це не так». Про події, які передували приїзду до Києва, говорить плутано, уривчасто, епізодами, послідовно їх викласти не може. Справжні причини і обставини втрати руки приховує, спілкується на цю тему неохоче, пояснює, що «потрапила в аварію», «подробиць не пам'ятаю», «прокинулася в лікарні, а руки вже немає». Уникає говорити про подробиці цієї «аварії», і, хоч стверджує, що «не може звикнути до відсутності руки», особливої уваги своєму каліцтву не надає. Суїцидальні думки заперечує. Про нанесені раніше в Омську самоушкодження каже: «не хотіла померти як собака під парканом в чужому місті», «до кінця не розуміла що роблю», шкодує про те, що вчинила. Емоційно лабільна. Настрій знижений. Критика до власного психічного стану часткова, на обстеження і лікування погоджується. У відділенні перші кілька днів була напруженою, підозріливою, тривожною, під час побачень з донькою оглядалася навколо, говорила, що «за нею стежать», просила доньку бути обережною. Протягом перших декількох днів госпіталізації виглядала неспроможною, була розгубленою, шукала туалет, їдальню, забувала особисті речі в їдальні, намагалася читати книги, проте не могла розповісти прочитану інформацію, говорила: «читаю механічно», «не запам'ятовую», скаржилася на неувважність, труднощі в концентрації уваги. Більшість часу проводила в палаті, «відсутнім» поглядом дивилася в одну точку, уникала спілкування з іншими хворими. При цьому на запитання відповідала правильно. У подальшому знизилася інтенсивність тривоги, впорядкувалася поведінка, почала активно залучатися до реабілітаційних процесів, спілкуватися

з іншими хворими, з'явилася критика до перенесеного стану, послідовно розповідала про хворобливі переживання, в хронологічному порядку викладала події останніх 3-х місяців. У бесіді з лікарем зізналася, що «сама собі відрубала руку». Впродовж лікування кілька разів змінювала версії мотивів самопокалічення: «потрапила в аварію», «зробила це з метою самогубства», «втомилася від постійної напруги», «відрубала собі руку з метою зіпсувати товарний вигляд, щоб не розібрали на органи». Те, що раніше була недостатньо відвертою, пояснює: «не було довіри до оточуючих», «до кінця не розуміла, що відбувається», «боялася за близьких», «боялася, що закриють тут назавжди». Перші два тижні перебування в стаціонарі не було психологічно зрозумілої емоційної реакції на втрату руки, планів на майбутнє, потім актуалізувалися переживання з приводу каліцтва, почала скаржитися на фантомні болі, плакала, хвилювалася, що «не зможе працювати», «не знає, як тепер буде справлятися без руки», проте при розмові з лікарем корегувалася, заспокоювалася.

Соматичний та неврологічний стан без особливостей, окрім того, що на межі середньої та верхньої третин правого передпліччя – ампутаційна кукса, на шкірі ший і в ділянці грудей зліва невеликі шрами від самопорізів.

Загальноклінічні аналізи, ФГ ОГК, МРТ без патології. На РЕГ – ознаки помірної внутрішньочерепної дисциркуляції справа та помірного венозного застою у всіх басейнах.

ЕЕГ від 31.10.2014 р.: при гіпервентильації реєструється пароксизмальна активність середньої вираженості у вигляді білатерально-синхронних гострих тетахвиль діенцефально-стовбурового походження, без ознак міжпівкульової асиметрії, що може свідчити про помірно знижений поріг судомної готовності. Повторна ЕЕГ від 11.11.2014 р. – варіант норми. Консультації: невропатолог – фантомний синдром середньої третини правого передпліччя; епілептолог – епілепсія, стан ремісії; хірург – ампутаційна кукса правого передпліччя на межі верхньої та середньої третин, рекомендовано: соціальна і медична реабілітація; гінеколог – менопауза 2 роки.

Психодіагностичне дослідження від 04.11.2014 р. – органічний симптомокомплекс; від 21.11.2014р. – грубих порушень темпу і динаміки розумової діяльності не зазначено, виражених ознак виснаження немає; від 25.11.2014 р. – на перший план виступають емоційна лабільність, особистісні особливості – надмірна дратівливість, запальність.

Проведене лікування: галоперидол 10 мг/добу, карбамазепін до 1200 мг/добу, вітаміни В1, В6, сибазон 20 мг/добу, рисперидон до 4 мг/добу, азалептин 25 мг/добу, психотерапія.

Стан при виписці: психічний стан стабільний, задовільний. Скарг немає. Зовні спокійна, впорядкована в поведінці. Продуктивної психопатологічної симптоматики не виявлено. На запитання відповідає послідовно, по суті. Мислення ригідне, схильна до деталізації. Настрій рівний. Достатньо критична до перенесеного хворобливого епізоду. Суїцидальні думки заперечує, соціально небезпечних тенденцій не виявляє. Налаштована відвідувати дільничного психіатра, приймати рекомендо-

ване лікування. Сон, апетит достатні. Соматичний стан задовільний. Виписана з відділення в супроводі доньки та зятя.

Діагноз (основний) – психогенний параноїдний психоз. Параноїдно-депресивний синдром. F23.3., (супутній) епілепсія, стан ремісії. Ампутаційна кукса правого передпліччя на межі верхньої та середньої третин. Фантомний синдром середньої 1/3 правого передпліччя.

Рекомендації: спостереження психіатра за місцем проживання (диспансерна група), карбамазепін до 800 мг/добу, психотерапія, вирішення соціальних питань за місцем проживання, визначення ступеня втрати працездатності (травматолог, хірург).

Клінічна ілюстрація 2

Хвора П., 45 років, доставлена каретою ШМД у травмпункт (накладені асептичні пов'язки після нанесення самоушкоджень), потім доставлена в ТМО «ПСИХІАТРІЯ» в місті Києві. Госпіталізація первинна, добровільна.

Анамнез життя та захворювання. Єдина дитина в сім'ї. Батько в минулому зловживав алкоголем, мати (зі слів хворої) перебуває на обліку у психіатра з приводу «неврозу» (тривалий час приймає сульпірид, гідазепам). Ранній розвиток без особливостей. Освіта вища, економічна. Працює економістом у банку. Заміжня, шлюб повторний (перший чоловік зловживав алкоголем, помер), має сина від першого шлюбу, в даний час син призначений військкоматом для участі в АТО. Проживає з чоловіком, підтримує стосунки з батьками, взаємини у сім'ї доброзичливі, дружні. В анамнезі апендектомія. Вірусний гепатит, туберкульоз, венеричні захворювання заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Впродовж останнього року лікувалася у гінеколога з приводу дисфункціональних маткових кровотеч, кілька місяців менструації відсутні, спостерігаються припливи, дратівливість. Курить, вживання наркотичних речовин заперечує. Зі слів родичів, у молодому віці зловживала слабоалкогольними напоями, близько 10-ти років алкоголь не вживала, займалася спортом, вела здоровий спосіб життя. За характером відповідальна, вразлива, педантична, вкрай недовірлива, зі слів рідних близько до серця сприйняла теперішню несприятливу ситуацію в Україні. В подіях Майдану активної участі не брала, проте з тривогою дивилася всі новини по телевізору, як українські, так і російські телеканали, відстежувала події, постійно говорила про них з рідними, сусідами, співробітниками. 3 березня 2014 року, коли почалася перша хвиля мобілізації в збройні сили України, стала переживати, що сина заберуть в АТО, стала ще більш емоційно напруженою, з тривогою підходила до дверей, коли дзвонили, думаючи, що «принесли синові повістку до військкомату», по-особливому трактувала розмови і розпитування сусідів, підозрювала, що хтось із них уже сповістив військкомат, що її син уникає отримання повістки, постійно перебувала у стані тривоги, відчувала загрозу, періодично погано спала ночами, часом ставала спокійнішою, заспокоювалася словесними корекціями чоловіка, колег. 3 осені 2014 року почала скаржитися на шум, «дзвін» в голові, з приводу чого зверталася до

невропатолога. Було призначено ноофен, седативні фітопрепарати, однак істотно самопочуття не поліпшилося. З того ж часу стала періодично заявляти чоловікові, що «чує, як сусіди обговорюють її, обзивають сина дезертиром», наполягала, щоби син пішов у військкомат, що «йому, напевно, вже приносили повістку і тепер посадять за дезертирство» (синові у військкоматі повідомили, що повістки ніхто не приносив). Розмовляючи по телефону, чула сторонній шум, висловлювала припущення, що телефон прослуховується сусідами, які «співпрацюють з військкоматом». Переживала, що сина або «посадять», якщо залишиться вдома, або «уб'ють», якщо піде служити в зону АТО. Коли синові прийшла повістка і він поїхав до військової частини, хвилювалася за його долю, погано спала ночами, ігнорувала гінекологічні проблеми, у теленовинах шукала інформацію про полонених, знущання над ними, про поранених, загиблих. Регулярно телефонувала синові, незважаючи на його запевнення, що з ним усе гаразд, залишалася тривожною, останні три ночі не спала зовсім, практично нічого не їла, плакала, в бесіді з чоловіком звинувачувала сусідів, співробітників, запитуючи, «що я їм поганого зробила», «чому вони так з нею обійшлись». У день госпіталізації випила близько 500 мл коньяку, завдала собі поверхневі самоушкодження в ділянках обох передпліч, телефонувала керівництву на роботі, просила передати, що «не тримає ні на кого зла». Чоловік, прийшовши з магазину, побачив дружину на кухні з порізаними руками, знайшов на столі записку з проханням «пробачити її за все», викликав ШМД.

Психічний стан при надходженні: Орієнтована всебічно, контакт малопродуктивний. Сидить в одноманітній позі, на обличчі гіперемія, на руках асептичні пов'язки, запах алкоголю, мова змазана. У бесіду вступає вкрай неохоче, на запитання відповідає вибірково, більшу частину бесіди або сидить мовчки, або плаче, закривши обличчя руками. Скарг не пред'являє, в детальному опитуванні повідомляє, що не «спить ночами», «переживає за сина». В подальшому висловлює думку, що за ними «слідкують, хочуть знищити», «все підлаштовано сусідами», «тільки зараз це зрозуміла», «не знаю, навіщо їм це знадобилося», про хворобливі переживання говорить неохоче. Емоційно лабільна. При уточненні алкогольного анамнезу озлоблюється, каже, що «не п'ю вже більше 10-ти років», «сьогодні випила для хоробрості», «інакше не змогла б цього зробити», «все набридло», «даремно я це зробила», «всіх налякала», «заплуталася». Критики до свого стану немає, лікуватись погодилась. У перші дні у відділенні зберігалось маячне сприйняття, маячні трактування оточуючого, настороженість. Повідомляла матері, що «напевно, цікавилися з роботи, де я», оскільки «чула, що по телефону медсестра комусь говорила, щоб всі питання уточнювали у лікаря», була тривожною, відособленою, відмовлялася від видачі їй лікарняного листа, оскільки «не збирається повертатися в цей колектив». Надалі стала йти на контакт з лікарем, послідовно викладала події, маячна симптоматика дезактуалізувалася, спокійно спілкувалася зі співробітниками, ходила додому до лікувальних відпусток, де поводитися впорядковано, режим не порушувала, виконувала рекомендації лікаря, відвідувала реабілітаційний центр.

Соматичний та неврологічний стан без особливостей. АТ при госпіталізації 160/100 мм рт. ст. На обох передпліччях асептичні пов'язки після самоушкодження.

Загальноклінічні аналізи, ФГ ОГК, МРТ, ЕЕГ, ЕКГ без патології.

Психодіагностичне дослідження: спотворень процесів мислення не виявлено; темп сенсомоторних реакцій, обсяг і концентрація уваги в нормі; емоційна лабільність, риси помисливості, демонстративності, наявність ознак невротичного стану.

Проведене лікування: трифтазин 10 мг/добу, кветирон 200 мг/добу, еглоніл 200 мг/добу, венлафаксин 300 мг/добу, гідазепам 80 мг/добу, вітаміни В1, В6, психотерапія.

Стан при виписці: після проведеного лікування та реабілітаційних заходів психічний стан пацієнтки стабілізувався. Скарг не пред'являє. Спокійна, впорядкована, без продуктивної психопатологічної симптоматики. Відмічає, що часом з'являється незначна тривога, оскільки син знаходиться в зоні АТО, проте повідомляє, що «може з нею впоратися». Мислення у звичайному темпі, послідовне. Настрій рівний, емоційно адекватна. Суїцидальні переживання заперечує, з критикою говорить про перенесений стан. Налаштована на прийом підтримувального лікування та відвідування лікаря ПНД. Планує продовжувати трудову діяльність. Нормалізувалися сон, апетит. Соматичний стан задовільний.

Діагноз (основний): психогенний параноїдний психоз. Параноїдно-депресивний синдром. F23.3, (супутній): множинні поверхневі рани обох передпліч.

Рекомендації: спостереження психіатра за місцем проживання (диспансерна група), кветирон 200 мг/добу, психотерапія.

Результати та їх обговорення

В даній роботі представлено два клінічних випадки спостереження за пацієнтами з діагнозом: **психогенний параноїдний психоз**. Параноїдно-депресивний синдром.

Реактивні (психогенні) психози є патологічною реакцією психотичного рівня на психічні травми чи несприятливі ситуації. Розвиток цих психозів також залежить від конституційних особливостей особистості, перенесених захворювань, фізичного стану та віку [14].

У обох обстежених нами хворих психози мають всі ознаки «параноїдів зовнішніх обставин» за С. Г. Жисліним (1940 р.): а) екзогенні впливи (втома, тривале позбавлення сну, нерегулярне харчування) тимчасово змінюють особистість в бік раніше не властивої їй вразливості та чутливості, призводять до утруднення диференційованої оцінки ситуації та опосередкування складних конфліктів. Місце травмивної ситуації (якої може і не бути) замінюється зовнішньою обстановкою, «напливом зовнішніх вражень»; б) в таких умовах розвиваються параноїдні реакції – «параноїди зовнішніх обставин», що характеризуються маячними ідеями переслідування, вираженим афектом страху, порушенням свідомості на висоті хвороби, амнезією після нівелювання гострих явищ [1]. Таким чином, суттєвою ланкою патогенезу реактивних психозів є тимчасові, екзогенно чи соматогенно зумовлені зміни психічної діяльності, які отримали визначення «патологічно зміненого ґрунту» [1, 7, 14].

Гострі та підгострі параноїди можуть набувати тяжкого характеру [18]. У осіб, які перенесли реактивний психоз, зберігається вірогідність повторних реактивних станів та рецидивів, які виникають у зв'язку з новими психотравмівними впливами (повторні) або поновлюються через короткий термін після одужання при колишній травмівній ситуації (рецидиви) [12, 19].

У хворої С. психоз розвинувся в умовах гібридної війни, що ведеться на Сході України, де досить умовне поняття «фронту» і «тилу», не завжди зрозуміло, де «наші», де «чужі». Психогенним чинником стала ситуація в зоні АТО на початку бойових дій, пов'язана з появою військової техніки, переміщенням незнайомих людей, військових. Важливе значення відіграла інформаційна війна з боку російськомовних ЗМІ, коли будь-яка безглузда брехня сприймалась як незаперечний факт більшістю місцевого населення. Це породжувало та підтримувало стан тривоги. Загальна тривога підсилювалась переглядом разом з сусідами пропагандистських роликів, чутками про «фльтраційні табори для сепаратистів», «звірства Правого сектора», «відрубання рук», «чорних трансплантологів», «фашистів», «хунту». Спостерігався страх у зв'язку з очікуванням війни, бойових дій, перспективою втрати житла, страх покарання за «сепаратизм». Окрім індукування ЗМІ, мало місце активне обговорення чуток оточуючими і взаємне індукування. Наступними чинниками стали кілька подорожей, тривале перебування в поїздах та автобусах, постійна зміна міст, обстановки та оточуючих людей з наростанням загального виснаження.

Реактивний маячний психоз у хворої С. розвинувся гостро: після короткого продрому з іще незрозумілими тривожними побоюваннями і наростаючою підозріливістю з'явилися відчуття смертельної небезпеки та маячення переслідування. Психопатологічна симптоматика підтримувалася новими несприятливими життєвими обставинами, які виникали постійно, перебігала хвилюючій впродовж трьох місяців. Поведінка цілком визначалася змістом патологічних переживань і в подальшому вилася в неадекватні дії, аутоагресію від самоушкоджень до самоскалічення. Спостерігалось чергування різних симптомів та синдромів: тривога, підозріливість, страх, ілюзорне сприйняття та маячне трактування дійсності, маячення стосунку та переслідування, галюцинації. Розлад свідомості змінювався від афективно звуженого до сутінкового стану. При афективно звуженій свідомості хвора була зосереджена на обмеженому колі афективно забарвлених переживань, пов'язаних з психогеннотравмівною ситуацією та уявними загрозами. Виникало вибіркове фрагментарне дезорієнтування з подальшою ретроградною амнезією – забування деяких моментів пережитого зі збереженням фрагментарних спогадів після припинення розладу свідомості. Амнезія не була стійкою, спогадам були притаманні фрагментарність, суперечливість. З часом пам'ять відновилася. Симптоми депресії у даної хворої розглядаються, як вторинні по відношенню до маячних ідей переслідування. Відчуття безвиході впливало зі змісту маячення. На відміну від реактивної депресії, зазвичай пов'язаної з нещастям, що вже трапилось, основним психогенним моментом у нашої хворої, як і буває при реактивних параноїдах, стала уявна загроза їй самій та загроза її близьким, яка

випливала із ситуації, що склалася і була спроектована в найближче майбутнє. Ці переживання лягли в основу аутоагресивної поведінки із нанесенням самоушкоджень та самопокалічення. У відділенні були помітні прояви постреактивної астенії (розгубленість, зниження концентрації уваги, розумової працездатності, пам'яті), які в процесі лікування нівелювались. На початковому етапі лікування хвора ігнорувала факт каліцтва. По мірі зворотного розвитку продуктивної психопатологічної симптоматики та усвідомлення фізичної вади стали помітними психогенні депресивні прояви, тому в лікуванні хворої С. особливу увагу приділяли психотерапії.

Особливістю клінічної картини реактивного психозу у хворої С. є те, що, перебігаючи хвилюючій, він демонструє майже всі види «параноїдів зовнішніх обставин».

Розгортання психозу у хворої С. спостерігалось не на фоні активних бойових дій, а в атмосфері тривожного очікування війни (переміщення військових, техніки, чутки), на певному етапі його можна трактувати як «параноїд військового часу».

Тривале перебування в потягах та обстановці вокзалів, з незліченними групами людей, уривками розмов, незрозумілими оголошеннями, атмосферою поспіху, невизначеності, тривоги з наявністю астенизуючих факторів стали передумовами розвитку психозу, який можна кваліфікувати, як «залізничний параноїд».

Період «маячіння іншомовного оточення» спостерігався, коли хвора проживала в сім'ї мусульман. Психоз проявився патологічною інтерпретацією недоступної мови навколишніх людей, їх міміки, жестів, тривогою та страхом, слуховими ілюзіями загрозливого змісту, впевненістю у ворожому ставленні, переслідуванні, загрозі «продажу на органи», тортур, що спричинило самопокалічення з маячних мотивів, вірогідно, на фоні афективно звуженої свідомості.

Індуковані психози розвиваються частіше у осіб з низькою культурою, які вірять в реальність висловлених іншими людьми маячних ідей. Наша хвора перебувала в ситуації масованого нагнітання страху російськими ЗМІ, страшними роликами і переказами оточуючих. Безсонні ночі, соматичне ослаблення сприяли некритичному сприйняттю і повторенню чужих думок.

В ситуації, що склалася у зв'язку з «гібридною війною», основою якої є інформаційна війна, варто говорити про конформне маячення, коли люди обмінюються власними підозрами, однаково інтерпретують факти навколишньої дійсності. Коли один висловлює побоювання загрози переслідування, інший відразу ж підхоплює ці припущення і переконується в них. Сусіди хворої С. ділилися між собою інформацією про «фашистів», «хунту», «табори для сепаратистів», «чорних трансплантологів» та іншими страшними новинами, що підтримувало високий рівень тривоги і страху та стало основою змістового оформлення маячних ідей.

Розвитку реактивного психозу у хворої С. сприяли такі фактори, як: особистісні особливості (висока преморбідна навіюваність, низький рівень освіти, обмеженість уявлень), епілепсія в анамнезі, клімактеричний період та патологічний перебіг клімаксу (виснажливі часті припливи), а також велика кількість астенизуючих факторів (перевтома, безсоння, недостатнє харчування,

тривале перебування в дорозі, багаторазова зміна транспорту та місць перебування).

У хворой П. психогенний параноїд розвинувся підгостро. Роль психотравмівного чинника слід відвести обстановці, що породжує відчуття тривоги (напруження в суспільстві, починаючи з трагічних подій в Києві на Майдані, постійний перегляд телевізійних новин, очікування масштабної війни, перша хвиля мобілізації, інформація про загиблих тощо). Киянка, маючи дорослого сина, зосереджувалась на небезпеці для його життя, якщо він, керуючись патріотичними поглядами, піде воювати. Болісно сприймала інформацію про знущання над полоненими, про кримінальну відповідальність за уникнення виконання військового обов'язку. Коло інтересів звузилось, жінка майже не відходила від телевізора, дивилась як українські, так і російські телеканали. При цьому відбувалося наростання тривоги, тема обговорювалася з іншими матерями, які боялися загибелі синів, членами сім'ї, співробітниками. На тлі тривоги та напруженого очікування повістки з військкомату для сина з'явилося маячне трактування поведінки оточуючих, випадково почутих фраз. Виникли неадекватна підозріливість, маячні ідеї переслідування, досить швидко маячна фабула охоплювала все більшу кількість «переслідувачів» (сусіди, співробітники). Вважала, що вони сповіщають про уникнення сином отримання повістки у військкомат. З'явилися хворобливі думки та страх, що сина арештують та будуть судити. Сама спонукала його звернутися до військкомату. Коли син пішов на службу, стан хворой іще погіршився. У теленовинах шукала інформацію про полонених, поранених та загиблих. Перестала їсти, спати, ігнорувала соматичні проблеми. Посилився страх, виникли слухові галюцинації, вторинні депресивні переживання. Перебуваючи у психотичному стані нанесла собі самоушкодження з метою самогубства.

У формуванні психозу у хворой П. відіграли роль наступні фактори: обтяжена спадковість («невроз» у матері), особистісні особливості (помисливість, підозріливість, вразливість), зловживання слабоалкогольними напоями в молоді роки та ситуаційне вживання алкоголю під час психологічної напруги (при скоєнні суїцидної спроби «для хоробрості»), початок менопаузи з дисфункціональними матковими кровотечами.

У даній роботі представлено два клінічних випадки психогенних параноїдів у мирних жителів, жінок, практично, однакового віку (47 та 45 років). Одна з них проживала в Донецькій області і виїхала у зв'язку з АТО, інша – киянка, яка очікувала повістку для сина на службу до Національної гвардії в зоні АТО. У обстежених хворих спостерігається багато схожих психотравмівних чинників, наприклад, викривлене сприйняття реальності, спотворене інформаційним простором. Хоча описані хворі є представницями різних регіонів і зміст переживань, які лягли в основу їх реактивних параноїдних станів, різний, але психопатологічна симптоматика та динаміка маячних психозів відрізняється мало. У обох випадках розвитку маячних ідей переслідування передували тривога, страх, тенденційна інтерпретація подій, інформації та дезінформації, чуток, афективне забарвлення переживань. У хворих спостерігалось ілюзорне сприйняття дійсності, приєднувалися галюцинації, неадекватна поведінка вна-

слідок маячення переслідування, хворобливі уявлення про небезпеку не тільки для себе, а й для близьких. У обох випадках прояви депресії були вторинними по відношенню до маячних ідей, внаслідок психозу спостерігались аутоагресивні дії. У обох хворих психоз розвивався на патологічно зміненому ґрунті та набував затяжного характеру. Обидві хворі перебувають в менопаузі з ускладненим перебігом клімактеричного періоду.

Особи, які перенесли реактивні психози, залишаються схильними до розвитку реактивних станів у майбутньому. Повторні реактивні стани і рецидиви розвиваються в зв'язку з новими психотравмівними впливами або поновлюються через короткий термін після одужання при поверненні в ситуацію, подібну до попередньої. У кожної пацієнтки залишаються фактори ризику рецидиву або повторних психогенних психозів. Хвора С. ще тільки збирається оформити статус тимчасово переміщеної особи, не вирішені питання житла (відсутня інформація про будинок в Дебальцевому), гостро стоїть проблема працевлаштування, проведення МСЕК з метою встановлення ступеня втрати працездатності через відсутність правої руки. Залишається ризик відновлення епілептичних нападів. Позитивними чинниками є перебування поза зоною АТО та турбота дочки. У хворой П., хоча вона має житло та сім'ю, невизначеними є перспективи з працевлаштуванням (звільнилася з кваліфікованої роботи), син продовжує служити в зоні АТО і тривога за його безпеку та життя залишається актуальною.

У формуванні реактивного параноїдного психозу у обстежених хворих, як при будь-якому параноїді «зовнішніх обставин», беруть участь кілька факторів: 1. Особистісні особливості, преморбід, перенесені та актуальні супутні захворювання, вік, патологічний клімакс тощо; 2. Власне психогенія, яка у кожної хворой індивідуальна, але стосується обставин, пов'язаних з АТО; 3. Додаткові астенізуючі чинники.

На момент лікування в стаціонарі хворой С. повністю усунутий лише фактор 3 (астенізуючі чинники), хоча для успішного лікування пацієнтки цього недостатньо. Вплив на складові фактора 1 мінімальний. З багатьох складових фактора 2 (психогенії) усунена лише та обставина, що хвора не сама, не подорожує, а знаходиться зі своєю сім'єю (дочка, зять, онук), які надають підтримку. Інші моменти залишаються, як і раніше, актуальними. Окрім того, з'явилися додаткові психотравмівні чинники, найактуальнішим з яких є факт фізичної неповноцінності (відсутність правої руки) і пов'язана з цим подальша проблематичність працевлаштування, перспектива незадовільного функціонування на побутовому рівні тощо. У хворой П. об'єктивно ситуація практично не змінилася, залишається джерело переживань та тривоги: син продовжує служити в зоні АТО, доступна щоденна інформація про поранених та загиблих. Незмінним є фактор особистості, віку, соматичного стану, впливу клімактеричних змін. Позитивним є момент стабільності умов проживання та побуту.

Аналізуючи нормативно-правову базу, слід зазначити, що хвора С. є соціально недостатньо захищеною, оскільки, на момент виписки зі стаціонару вона може претендувати тільки на отримання статусу «особи, яка потребує додаткового захисту» (Закон України «Про

біженців та осіб, що потребують додаткового чи тимчасового захисту» [3], який не гарантує компенсацій за отриману травму, не гарантує фінансової підтримки, а також пільгового отримання протеза тощо. Бойові дії, які тривають на території Сходу України в межах АТО, діяльність якої регламентується Законами України «Про боротьбу з тероризмом» [5] та «Про внесення змін в закони України стосовно боротьби з тероризмом» [2]. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» [6]. Дія цих законів поширюється лише на учасників бойових дій, до яких хвора за фактом не належить.

За даними літератури щодо поширеності реактивних військових параноїдів, понад 1/3 їх виникали в глибокому тилу, а не на фронті [2]. Походженням ця патологія зобов'язана не стільки переживанням гострих ситуацій безпосередньої загрози для життя, скільки тривалому впливу на психіку факторів військової ситуації, що підтримують стан тривоги. На сьогоднішній день ситуація на Сході України не має тенденції до радикального вирішення (для хворої не усунутий основний психотравмівний чинник). До додаткових психотравмівних факторів додається, власне, процедура отримання статусу «особи, що потребує додаткового захисту» (відвідування різних інстанцій, черги, бюрократична тяганина тощо), а також оформлення групи інвалідності за соматичним захворюванням, відсутність реальної трудової перспективи, побутова невлаштованість (проживає з сім'єю дочки у далеких родичів). У зв'язку з цими обставинами неможливо повністю виключити повторного розвитку реактивного стану у даної хворої (зокрема, реактивної депресії).

Враховуючи продовження служби сина в АТО та мінімальний вплив на особливості «патологічно зміненого ґрунту» у хворої П. також не виключена вірогідність розвитку рецидиву або повторного реактивного психозу.

Таким чином, важливим є питання необхідності надання хворим амбулаторної психіатричної допомоги. Амбулаторна психіатрична допомога, відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу» [4], надається в добровільному або примусовому порядку. Пацієнтам, які потребують амбулаторної психіатричної допомоги в добровільному порядку, показане спостереження у консультативній або диспансерній групі. З урахуванням характеру нанесення самоушкоджень хворими в психотичному стані важливим є визначитися не лише з об'ємом надання психіатричної допомоги (група спостереження), а й з можливістю подальшого зовнішнього контролю за динамікою психічного статусу цих пацієнтів.

Хворі С. та П. отримали рекомендації: спостереження психіатра за місцем проживання (диспансерна група) без оформлення АППД (амбулаторної примусової психіатричної допомоги), зважаючи на повну редукцію психотичної симптоматики, проживання в сім'ях та турботу родичів.

Обидві хворі, з огляду на всі викладені аргументи, отримали схожі рекомендації щодо амбулаторної психіатричної допомоги згідно з відповідними стандартами та з урахуванням нових розробок сучасних авторів [10, 13,

16]. Окрім цих рекомендацій, необхідні виключення астенізуючих чинників і лікування супутніх захворювань. Обидві хворі потребують психотерапевтичної допомоги та соціально-психологічної підтримки.

Висновки

Проведне нами дослідження клінічних випадків психогенних параноїдних психозів, асоційованих з АТО, та аналіз особливостей психогенії у осіб, які не брали участі в бойових діях, показали, що:

а) у мирного населення в сучасних умовах походження реактивних параноїдів пов'язане не стільки з бойовими діями, переживанням гострих ситуацій безпосередньої загрози для життя, скільки з тривалим впливом на психіку факторів військової обстановки, з великою кількістю загиблих, ознаками гібридної війни, масштабної інформаційної війни, вимушеної міграції, проблем переселенців тощо, що потенціюють стани тривоги та страху;

б) дане дослідження підтверджує важливу роль факторів, які складають поняття «патологічно зміненого ґрунту» у виникненні реактивних параноїдних психозів, які не є специфічними, тому при плануванні надання комплексної допомоги має бути індивідуальний підхід з урахуванням цих чинників;

в) зміст психотравмівних переживань, що лягли в основу параноїдів у хворих, різний, але за клініко-психопатологічною симптоматикою, динамікою та клінічною формою психотичні прояви суттєво не різняться;

г) незважаючи на меншу чисельність психогенних психозів, порівняно з непсихотичними формами патології, медико-соціальні наслідки зазначеної патології є надзвичайно тяжкими (соціально-небезпечні дії);

д) враховуючи неповне усунення та дезактуалізацію головних психотравмівних чинників (на сьогоднішній день ситуація на Сході України ще не має тенденції до радикального вирішення), та виникнення додаткових потенційно психогенних факторів (правове вирішення соціальних питань, відсутність трудової перспективи, житлові питання, переживання за долю близьких, недостатня влаштованість побуту та інші) у таких хворих залишається вірогідність рецидивів та повторних реактивних станів;

е) для досягнення стійкого лікувально-профілактичного ефекту хворі з даною патологією потребують розробки індивідуальних лікувально-реабілітаційних програм, які включають, окрім усунення психогенно-травмівних факторів, медикаментозну редукцію психотичних проявів, запобігання повторним аутоагресивним діям, зменшення впливу патологічного «ґрунту», обов'язковий соціально-психологічний супровід;

ж) враховуючи схильність до соціально-небезпечних дій, такі хворі після лікування в психіатричному стаціонарі потребують амбулаторної психіатричної допомоги зі спостереженням у диспансерній групі.

Підсумовуючи усе сказане вище слід наголосити на загальній потребі вдосконалення та активізації практичної реалізації психолого-психіатричної допомоги тимчасово переміщеним цивільним особам, які постраждали внаслідок інформаційної війни та збройної агресії, рідним загиблих та учасників АТО, усьому мирному населенню, яке виявилось не готовим до зазначених потрясінь.

Список використаної літератури

- Жислин С. Г. Об острых параноидных / С. Г. Жислин. – М., 1940. – С. 6–46.
- Закон «Про внесення змін в закони України стосовно боротьби з тероризмом» від 5 червня 2014 р. №1313-VII www.ligazakon.ua.
- Закон України «Про біженців та осіб, що потребують додаткового чи тимчасового захисту» (остання редакція від 13.05.14 р. №1251-VII) www.ligazakon.ua.
- Закон України «Про психіатричну допомогу» // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 2000. – № 19.
- Закон України від 20 березня 2003 р. № 638-IV «Про боротьбу з тероризмом», www.ligazakon.ua.
- Закон України від 22 жовтня 1993 р. № 3551-XII «Про статус ветеранів війни, гарантіях їх соціального захисту», www.ligazakon.ua.
- Иванов Ф. И. Реактивные психозы в военное время / Ф. И. Иванов. – Л.: Медицина, 1970. – 168 с.
- Коханов В. П. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций / В. П. Коханов, В. Н. Краснов. – М.: Практическая медицина, 2008. – 448 с.
- Краснушкин Е. К. Психогении военного времени // Нервные и психические заболевания военного времени : сб. науч. работ / под ред. А. С. Шмарьяна. – М., 1948. – С. 245–258.
- Посттравматичні стресові розлади : навчальний посібник / Б. В. Михайлов, В. В. Чузунов, С. Є. Казакова [та ін.] / за ред. проф. Б. В. Михайлова. – Вид. 2-е, перероблене та доповнене. – Харків.: ХМАПО, 2014. – 285 с.
- Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах : методичні рекомендації / О. К. Напрєєнко, О. Г. Сиропятов, О. В. Друзь [та ін.]. – Київ, 2014. – 26 с.
- Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике / Н. И. Фелинская. – М.: Медицина, 1968. – 292 с.
- Розлади адаптації: діагностика, клініка, лікування: методичні рекомендації / [П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова та ін.]. – Харків, 2009. – 31 с.
- Руководство по психиатрии / под ред. А. В. Снежневского. – Т. 2 – М.: Медицина, 1983. – 544 с.
- Сидоров П. И. Психическое здоровье ветеранов Афганской войны / П. И. Сидоров, С. В. Литвинцев, М. Ф. Лукманов / под ред. П. И. Сидорова. – М.: Изд. Центр АГМА, 1999. – 384 с.
- Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах: метод. посіб. / Золотарьова Т. А., С. І. Табачников, О. К. Напрєєнко [та ін.] / за ред. Пінчук І. Я., Бобової К. Д., Гоженка А. І. – К.: ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2014. – 92 с. www.ligazakon.ua.
- Трошин В. Д. Терроризм и нервно-психические расстройства: диагностика, лечение и профилактика / В. Д. Трошин, Т. Г. Погодина. – Ниж. Новгород: издательство нижегородской госакадемии, 2007. – 316 с.
- Фелинская Н. И. Затяжные реактивные состояния. Проблемы судебной психиатрии / Н. И. Фелинская. – Сб. 10. – М., 1961.
- Фрумкин Я. П. Следовые влияния в психопатологии / Я. П. Фрумкин, С. М. Лившиц. – К.: Здоров'я, 1979. – 110 с.
- Цыганков Б. Д. Психические нарушения у беженцев и их медико-психологическая коррекция: руководство для врачей / Б. Д. Цыганков, А. И. Были. – Кисловодск: МЗРФ, 1998. – 135 с.
- Шестопалова Л. Ф. Особенности социально-психологической адаптации ветеранов боевых действий в Афганистане (медико-психологические аспекты) / Л. Ф. Шестопалова // Украинский медицинский альманах. – 2000. – Т. 3, № 2. – С. 183–184.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОГЕННЫХ ПАРАНОИДНЫХ ПСИХОЗОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С АНТИТЕРРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ, У МИРНОГО НАСЕЛЕНИЯ (КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ)

В.О. Протик, В.В. Бабич, С.А. Грязев, Т.О. Михеев

Исследованы особенности психогенных параноидных психозов, ассоциированных с антитеррористической операцией на востоке Украины, у мирных жителей. Представлены два клинических случая психозов у женщин из разных регионов с аутоагрессивным поведением, которые лечились в психиатрическом стационаре. Изучались психогенные факторы, обсуждены вопросы диагностики, лечения, социально-психологической помощи, диспансерного наблюдения.

Ключевые слова: АТО (антитеррористическая операция), мирное население, психогенные параноидные психозы, клинические и социально-правовые аспекты.

FEATURES OF PSYCHOGENIC PARANOID PSYCHOSIS ASSOCIATED WITH CTO (COUNTERTERRORIST OPERATION) IN CIVILIANS (CLINICAL, SOCIAL AND LEGAL ASPECTS)

V. Protsyk, V. Babych, S. Grjasev, T. Mykheyeyva

Features of psychogenic paranoid psychosis, associated with counterterrorist operation in eastern Ukraine, in civilians were investigated. Two clinical cases of psychosis in women from different regions with autoaggressive behavior treated in a psychiatric hospital were presented. Psychogenic factors were studied; diagnosis, treatment, social and psychological support, clinical supervision were discussed.

Key words: CTO (counterterrorist operation), the civilian population, psychogenic paranoid psychosis; clinical, social and legal aspects.

УДК 616.89-008.1:616-001]-08(072)

Є.М. Харченко, О.С. Осуховська, А.Ю. Васильєва, Я.В. Орловська, Т.В. Синіцька, А.М. Чепурна ХАРАКТЕРИСТИКА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ПЕРЕНЕСЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ІЗ ВЖИВАННЯМ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН В УМОВАХ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

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

Ключові слова:
посттравматичні
стресові розлади,
вживання
психоактивних
речовин.

У статті розглянуто питання посттравматичних стресових розладів у поєднанні з вживанням психоактивних речовин у комбатантів в умовах антитерористичної операції. Представлені основні характеристики даної проблеми в умовах сучасності.

Високий динамізм соціально-технократичного розвитку сучасного загальносвітового суспільства та перехідний період суспільно-політичного устрою України обумовлюють погіршення соматичного та психічного здоров'я населення. Негативно впливають на психіку

людини погіршення екологічної ситуації, збільшення кількості соціально зумовлених стресогенних чинників, а також зростання й розширення масштабів надзвичайних ситуацій (НС) (техногенних аварій та природних катастроф), які мають серйозні віддалені медико-соціальні

наслідки (Михайлов Б.В., 2011). Збільшення кількості техногенних НС у країні призводить до значного зростання захворюваності на невротичні, пов'язані із стресом та соматоформні розлади. Регресійна взаємозалежність НС природного походження із первинною захворюваністю на невротичні розлади наближається до рівня статистичної значущості, але не перетинає його. Отже, техногенні катастрофи чинять більшу психотравмівну дію, ніж природні. Тобто, чим більш соціалізовані НС, тим значніші їх катастрофічні наслідки в суспільстві.

Для сучасної України, на жаль, актуальними за обсягом заподіяних наслідків виявилися НС соціального і соціально-політичного характеру, пов'язані з протиправними діями терористичного та антиконституційного спрямування. Вони представлені всіма загальними ознаками НС: наявністю або загрозою загибелі людей, значним погіршенням умов життєдіяльності, істотним погіршенням стану здоров'я людей, а також заподіянням прямих і непрямих економічних збитків. Вказані факти мають антропогенний, соціальний характер.

Найтривалішими, найбільш інтенсивними та руйнівними виявляються реакції потерпілих осіб на події на Сході України, тобто на загрозу, яка виходить від інших людей (в зоні АТО). Екстремальні умови антропогенного характеру (військові дії тощо) настільки руйнівні діють на особистість, що не тільки дезорганізують поведінку людини, а й «підривають» базові структури всієї її особистісної організації – образ світу. У людей руйнується звична картина світу, а разом із нею – уся система життєвих координат.

В умовах військових дій, локальних війн основними травмівними факторами є безпосередня загроза для життя та здоров'я людини і її близьких, смерть близьких, фізичні травми. Саме тому виникають значні проблеми зі здоров'ям: регресивна поведінка, страх розлуки з родичами (батьками), страх перед незнайомими людьми, дратівливість, проблеми у спілкуванні, поведінкові порушення, від депресії до агресії, а також різні соматичні скарги, які, за результатами медичних оглядів, не мають органічної природи.

Для оцінки психічного стану при стресових розладах використовують діагностичні критерії на основі симптомів, які можна спостерігати у пацієнтів. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) характеризується постійним переживанням симптомів, які включають нав'язливі спогади про подію, що повторюються; сни про подію, що повторюються; дії, що відповідають ситуації, якби подія повторювалась; інтенсивні тяжкі переживання, викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує травмівну подію або символізує її; фізіологічну реактивність на стимули або ситуації, які нагадують про подію. Розлад також включає симптоми уникнення і емоційного ступору. Вони можуть включати зусилля для уникнення думок, почуттів або розмов про подію; зусилля для уникнення діяльності, місць і людей, які асоціюються із подією; нездатність згадати про суттєві аспекти події; помітне зниження інтересу до того, що раніше приносило задоволення; обмеження спектра емоційних переживань; почуття скороченої життєвої перспективи, що супроводжується значною недостатністю планування майбутнього. Завершують картину

симптоми збудження, які не спостерігались до травматичної події. Вони можуть бути наступними – труднощі із засинанням і поганий сон; дратівливість і спалахи гніву; труднощі із концентрацією уваги; підвищений рівень підозріливості, постійне очікування небезпеки; гіпертрофована реакція на переляк.

Основні прояви ПТСР поділені на критерії А, В, С, D, Е, які в подальшому диференціюються посимптомно, що дозволяє діагностувати ПТСР як синдром і визначати питому вагу кожного із симптомів. Типові симптоми у даному випадку – це уникаюча поведінка в цілому, нав'язливі уявлення і спогади, пов'язані з психічною травмою, нав'язливі думки про неї, а також ідеї самозвинувачення тих, хто вижив, і соціально направлені переживання, наприклад, розчарування у представниках влади, які не змогли запобігти психотравмівній події.

Можна виділити симптоми та проблеми, які зазвичай пов'язують із ПТСР:

- повторне переживання: флешбеки, нічні жахи, повторювані і болісні, інтрузивні образи або чуттєві враження. Ці симптоми можуть містити реконструкцію пережитого досвіду, постійно повторювану гру або страшні сни без розпізнаваного змісту;
- уникнення: уникання людей, ситуацій або обставин, що пов'язані з подією або нагадують про неї;
- перезбудження: надмірна пильність, перебільшена реакція здригання, порушення сну, дратівливість і труднощі зі зосередженістю;
- емоційне оніміння: відсутність здатності переживати почуття, відчуття відокремленості від інших людей, відмова від дій, які раніше були важливі, амнезія щодо важливих моментів події;
- депресія;
- зловживання алкоголем або наркотиками;
- гнів;
- фізичні симптоми, які повторюються і не мають жодного пояснення.

Клінічно ПТСР може характеризуватися повторними кошмарними сновидіннями або нав'язливими спогадами про пережиті психотравмівні події у поєднанні з прагненням уникати всього, що може викликати в пам'яті те, що трапилося. Типова наявність у таких осіб симптомів підвищеної збудливості, генералізованої тривоги, неконтрольованої злості, депресії, емоційних розладів із прагненням до ізоляції й обмеження контактів із зовнішнім світом, дратівливості, безсоння, труднощів концентрації уваги.

З даними симптомами й ознаками нерідко може поєднуватися зловживання алкоголем або наркотиками. До поширених симптомів також належать порушення у вигляді поверхневого характеру нічного сну, кошмарних сновидінь, зміст яких «дублює» психотравмівну ситуацію. Особливим симптомом повторного переживання стресора є флешбеки – миттєве, без видимих причин, відродження з патологічною достовірністю і повнотою почуттів травматичної ситуації у поєднанні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними переживаннями травми.

Вираженими є симптоми уникання – прагнення позбутися будь-яких міркувань, переживань і спогадів про травму. Внаслідок цього виникає почуття віддаленості,

відчуженості від оточуючих, що виявляється у прагненні до відособленого, ізольованого способу життя. Поширеною є втрата інтересу до колишніх життєвих цінностей. Спостерігається втрата яскравості емоційних реакцій, почуття любові навіть до найближчих і значущих людей. Ангедонічна симптоматика стає джерелом додаткової травматизації хворого. Досить поширеним є симптом психогенної амнезії. Неконтрольовані спалахи гніву з незначних приводів, що часом виливаються у напади ауто- і гетероагресії, хворі вважають однією з основних проблем.

У багатьох пацієнтів відзначають симптоми гіпертрофованої, неадекватної пильності, поширеними є прояви депресії. Особливим симптомом є тяжке почуття провини перед загиблими, яке відчують пацієнти, що вижили. На додаток до перерахованих вище симптомів часто спостерігаються вегетативні розлади у тих обставинах, що викликають асоціації з травматичною ситуацією або ще яким-небудь чином з нею пов'язані.

Аналіз особливостей клінічної картини ПТСР, проведений Л.Ф. Шестопаловою, Д.М. Болотовим (2008) привів до виокремлення декількох його варіантів, а саме: тривожного, астеничного, дисфоричного, іпохондричного, соматоформного та змішаного.

Тривожний варіант ПТСР (так би мовити – найбільш класичний) характеризується високою немотивованою тривогою, часто поєднаною з вегетосудинними пароксизмами, а також нав'язливими переживаннями і уявленнями, що відображають події пережитої пацієнтом психотравматичної ситуації. Астеничний варіант ПТСР відзначається домінуючими ознаками почуття слабкості та млявості, зниженим фоном настрою на тлі байдужості до колишніх життєвих інтересів, а також проявами пасивності та ангедонії в поведінці. Дисфоричний варіант ПТСР проявляється постійним переживанням внутрішньої невдоволеності, дратівливості на тлі пригніченого настрою, в поєднанні з високим рівнем агресивності та люті, спрямованих на оточуючих. Соматоформний варіант ПТСР демонструє витіснення психотравматичних переживань у «тілесну сферу», що виявляється у значній кількості скарг переважно соматичного характеру (кардіологічних, церебральних, гастроентерологічних тощо). Іпохондричний варіант ПТСР характеризується більш вираженими соматичними скаргами в поєднанні з вегетосудинними пароксизмами на тлі депресивного афекту (недиференційована гіпотимія з чіткими тривожно-фобічними включеннями) з подальшим формуванням унікальної поведінки. Пацієнтам зі змішаним варіантом ПТСР притаманні психопатологічні порушення, характерні для різних клінічних варіантів розладу.

Збройний конфлікт на Сході України з величезною кількістю загиблих, поранених, заручників з числа військових та цивільного населення, негативно позначився як на фізичному, так і на психічному стані осіб, які беруть в ньому участь. Психічні зміни, що виникають під впливом бойового стресу, після повернення комбатантів до мирного життя стають основою розвитку бойового ПТСР і повоєнних змін особистості [1, 3, 6, 8, 11]. За даними різних авторів, клінічно оформленими ПТСР страждають від 12,5 до 44% ветеранів війн, а часткові

ознаки цього симптомокомплексу у віддаленому періоді виявляються в 63–91,5% випадків [10, 15, 16, 18–20].

Гострий ПТСР діагностують, коли симптоми виникають у межах 6 місяців після перенесеної травми і зберігаються не більше 6 місяців. Про хронічні ПТСР кажуть, коли тривалість симптомів не перевищує 6 місяців. Для відстрочених ПТСР характерна поява симптомів після латентного періоду (місяці, роки). При відстроченому і хронічному ПТСР симптоматика з'являється через 6 місяців після травми і триває більше 6 місяців.

Для розвитку ПТСР у ветеранів війни характерні п'ять фаз: початкова (вплив); опір/заперечення; допущення/придушення; декомпенсація; подолання травми і одужання [3, 6, 10, 16]. Клінічні прояви ПТСР у комбатантів відрізняються різноманітністю, суперечливими оцінками, що пов'язано з неоднорідністю об'єктів дослідження, використанням різних методологічних підходів вітчизняними і зарубіжними дослідниками [1, 3, 8, 10, 15, 16, 19]. Підкреслюються присутність у клінічній структурі облігатних та факультативних синдромів, стадійність розвитку захворювання, формування стійких змін особистості [1, 2, 7, 9, 11, 13, 14, 18, 19]. Описані соматоформні, тривожно-фобічні та афективні порушення при хронічному перебігу ПТСР, що лягли в основу виділення різних його клінічних варіантів [4, 12, 16, 17].

Маніфестація психічних порушень відбувається у вигляді напливів спогадів про екстремальну ситуацію із супутніми афективними реакціями: тривогою, страхом або униканням у вигляді спроб заховатися від усього, що може нагадувати про трагічну подію. Нав'язливі спогади зазвичай виникають без зовнішніх стимулів, але їх переживання бувають настільки сильними, що пацієнт відчуває їх як реальні. Ще виразніші реакції виникають у відповідь на зовнішні подразники, які нагадують про трагічну подію. На цій стадії розвитку хвороби на перший план частіше виступають розлади сну, дратівливість, зниження пам'яті та уваги. Можливий розвиток тривожних розладів, депресії, інколи з глибоким почуттям провини (вина того, хто вижив), думками про самогубство та нав'язливими спогадами про пережиті травматичні події.

Посттравматичний стресовий розлад у комбатантів – особливий вид психічних порушень, що визначається перенесеними психотравматичними подіями воєнного часу, якісною схожістю клінічної картини, поліморфізмом її проявів і наявністю типових симптомів захворювання [6, 1, 3, 18 10, 16] та характеризується більш інтенсивним і тривалим впливом на людину [2, 11, 13 17], ніж при ПТСР внаслідок природних та/або техногенних катастроф [5].

Практично у всіх ветеранів тривалий час після війни є виражені первинні симптоми ПТСР. Необхідність пригнічувати внутрішню агресію і тривогу сприяє формуванню у комбатантів ПТСР із вживанням ПАР і розвитком залежності від них [4].

Розрізняють два типи причин бойового ПТСР: перше, це психотравма, що викликала помітні стресові зміни психічного і фізичного стану і явні порушення поведінки (агресія, панічна втеча або заціпеніння, відхід у себе тощо).

При проведенні диференційної діагностики необхідно пам'ятати, що у хворих, поряд із клінічною картиною ПТСР, найчастіше мають місце порушення, що належать

до інших психічних розладів. У таких випадках може йтися про поєднану (коморбідну) патологію. Особливо часто спостерігається поєднання ПТСР із депресіями і різними формами хімічної залежності.

Коморбідність ПТСР із вживанням психоактивних речовин (ПАР) є досить поширеною та складною патологією, яку можна розглядати як медико-соціальну проблему сучасності, що має свій специфічний спектр характерних особливостей виникнення, динаміки, можливої корекції, лікування, прогнозу та профілактики.

Одним з чинників коморбідності ПТСР із вживанням ПАР можна вважати виникнення у обстежених осіб відповідного інтрапсихічного конфлікту, що суттєво впливає на динаміку постстресового періоду, пов'язаного з участю в АТО. При цьому характер психічних розладів значною мірою залежить від особливостей розвитку особистості. Звісно, що поведінкові реакції людини, її психосоматичний стан, особливості реагування в екстремальній ситуації відповідають типології та рисам особистості. Тому в результаті інтрапсихічного конфлікту на фоні ПТСР може формуватись як психосоматична, психічна, так і коморбідна, пов'язана з вживанням ПАР патологія. Наявність інтрапсихічного конфлікту накладає суттєвий відбиток на динаміку постстресового періоду, пов'язаного з участю в АТО, що значно впливає на всі сторони діяльності людини, на її психоемоційну сферу, а при належній преморбідній вразливості збільшує та ускладнює небезпеку виникнення тяжких психічних захворювань, включаючи і коморбідну патологію, пов'язану із вживанням ПАР, що має зазвичай складний хронічний характер.

Слід зазначити, що не тільки вказана коморбідність становить відповідну загрозу медико-соціального плану, а й те, що в структурах сучасних АТО значно поширене вживання ПАР – частіше алкоголю або нікотину, рідше – інших ПАР (канабіоїдів, опіоїдів, психостимуляторів). Загалом вживання ПАР в армійських спільнотах на сучасному етапі співвідносне із загальним поширенням цієї патології у населення (особливо серед молоді). Особливе значення для вживання ПАР мають потреби особистості і засоби їх задоволення. Звикання до ПАР пов'язане з підбором засобів та реалізації потреб особистості. Частіше першому знайомству з ПАР сприяють бажання задовольнити інтерес, бажання відчути незалежність, намагання відповідати деяким критеріям спільноти, бажання домогтися таким чином підняття настрою (гедоністичний мотив), досягти повного спокою і релаксації, бажання уникнути чогось гнітючого (антистресовий мотив) тощо.

Основними причинами вживання ПАР військовослужбовцями є наступні: збудливість або загальмування активності (при збудженні у військовослужбовців виникає почуття свіжості, легкості і фізичної витривалості, тому вважається, що він повний сил і наснаги до звичайних чи незвичних складних дій, подвигів. Загальмованість зазвичай сприймається як розслабленість і повна байдужість до життєвих негараздів або до нових можливостей.

За модифікованою методикою І.В. Лінського (2012) виділяють чотири ступені вживання ПАР: 1 ступінь – відносно безпечне вживання ПАР; 2 ступінь – небезпечне вживання ПАР; 3 ступінь – вживання зі шкідливими

наслідками; 4 ступінь – залежні стани. Усі ці ступені характеризуються відповідною патологічною, клініко-психологічною симптоматикою.

Безумовно, проблема вживання ПАР військовослужбовцями не є характерною винятково для нашої країни, аналогічні ситуації мають місце і в арміях інших держав. У цьому плані становить інтерес проведення дослідження порівняння характеристики адаптації до ПАР у військовослужбовців, які вживали дані речовини в минулому та вживають у бойових умовах (за методикою К. Роджерса та Р. Доймондра в адаптації Д.М. Столяренко, 2004) (табл.).

Таблиця. Розподіл рівня адаптації військовослужбовців, що вживали психоактивні речовини в мирний та у військовий час

Рівень вираженості адаптації	У мирний час (%)	У бойових умовах (%)
Високий	45	20
Середній	30	30
Низький	25	50

Отриманні дані дозволили зробити висновок, що між двома категоріями військовослужбовців, що вживали ПАР, є суттєва різниця. Особи, які вживали ПАР у мирний час, мали високий рівень адаптації, тоді як у половині військовослужбовців, які вживали ПАР тільки в бойовому оточенні, він був низьким. Вищезазначене характеризує осіб 1-ї категорії як більш адаптованих до військової служби, адиктивна поведінка для них є статусним самоствердженням; у осіб 2-ї категорії вживання ПАР у бойових умовах було пов'язане з реалізацією потреби у пристосуванні до тяжких особливостей військової служби.

Основним чинником адиктивної реалізації було бажання знизити високий рівень ситуаційної тривоги (у 52% осіб). На другому місці був мотив гіперактизації (24%), тобто тяжкі військові умови спонукали цих осіб до пошуку додаткового енергетичного потенціалу у вигляді ПАР. Третє місце займав мотив споживання заради задоволення (20%).

Порівнюючи вказані характеристики адаптаційної поведінки військовослужбовців до максимально тяжких умов бойових дій при АТО, на фоні виникнення ПТСР, можна деяким чином пояснити зростання рівня коморбідної патології, а саме поєднання ПТСР та вживання ПАР.

Іншого роду причини ПТСР актуалізуються у людей, які успішно брали участь у боях, але не здатні до реадaptaції в мирному житті [1]. Серед причин, що ускладнюють соціальну адаптацію хворих – хронічний перебіг ПТСР з терапевтичною резистентністю [9, 11 13]. На первинний стрес, отриманий під час війни, накладається вторинний, пов'язаний з труднощами пристосування до умов мирного життя [5, 9, 12]. Про зниження працездатності, безробіття, доходи нижче прожиткового мінімуму, інвалідизацію при хронічному ПТСР у комбатантів повідомляється в роботах багатьох дослідників [4, 12]. Для таких хворих характерні відчуття відчуження у спілкуванні з родичами, відсутність сім'ї, неможливість отримання освіти, протиправні дії [2, 10, 13, 15, 20]. Для більшості комбатантів адаптація до цивільного життя

супроводжується важкими відчуттями краху перспектив, ізоляції та відчуження від суспільного життя, оскільки в реальному житті їх досвід та знання часто виявляються незатребуваними.

Відтак, проблема повноцінної соціальної інтеграції учасників бойових дій у суспільство, сприяння активному включенню їх у процес соціального функціонування, реалізації особистісного потенціалу набуває особливого значення [9, 11, 13]. Необхідна соціальна підтримка учасників бойових дій при вирішенні цілої низки проблем, таких як адаптація до нових умов соціального середовища, усунення несприятливих психологічних факторів, незадоволеності новим соціальним та професійним статусом, надання соціально-психологічного захисту та психологічної реабілітації. «Ступінчастість», «фазність» динаміки ПТСР повинна використовуватися при планування і проведенні його профілактики та лікування [4, 5, 9, 12, 17].

Вказана проблема відносно нова для сучасної психіатрії в Україні, значна за своїм медико-соціальним значенням, що обумовлює необхідність її ретельного вивчення і дослідження з можливістю практичного вирішення.

Список використаної літератури

1. Боевая психическая травма: от расстройства адаптации к посттравматическому стрессовому расстройству / И. В. Доровских [и др.] // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. – 2006. – Т. 8, № 1. – С. 51–54.
2. Бундало Н. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: автореф. дисс. на соискание ученой степени д-ра мед. наук / Н. Л. Бундало – СПб., ПНИ им. В. М. Бехтерева, 2008. – 51 с.
3. Дрига Б. В. Особенности боевых посттравматических стрессовых расстройств у военнослужащих, проходивших военную службу по призыву: автореферат дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: 14.01.06 / Б. В. Дрига; [Место защиты: Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова]. – Санкт-Петербург, 2012. – 24 с.
4. Ичитовкина Е. Г. Динамика психосоциального статуса комбатантов, прошедших комплексную реабилитацию в межкомандировочный период / Е. Г. Ичитовкина, М. В. Злоказова // Вятский медицинский вестник. – 2011. – № 34. – С. 35–39.
5. Ичитовкина Е. Г. Эффективность медико-психологической реабилитации комбатантов / Е. Г. Ичитовкина, М. В. Злоказова, А. Г. Соловьев // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – Т. 113, № 5. – С. 42–47.
6. Клиническая структура психических расстройств у участников локальных вооруженных конфликтов в отдаленном постбоевом периоде / Е. М. Епанчинцева, Т. В. Казенных, В. Ф. Лебедева [и др.] // Успехи современного естествознания. – 2015. – № 1 (5). – С. 760–764.
7. Колов С. А. Личностный профиль у ветеранов боевых действий с посттравматическим стрессовым расстройством / С. А. Колов, А. В. Остапенко // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2009. – № 5. – С. 53–56.
8. Литвинцев С. В. Боевая психическая травма / С. В. Литвинцев, Е. В. Снедков, А. М. Резник. – М., 2005. – 432 с.
9. Марченко А. А. Медико-психологическая реабилитация комбатантов с посттравматическими стрессовыми расстройствами и коморбидной аддитивной патологией личности / А. А. Марченко // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2009. – № 3. – С. 82–84.
10. Особенности клиники и лечения посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов [Текст] / О. И. Малащенко, В. А. Новиков, В. Б. Ласков, А. В. Погосов // Военно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 330, № 3. – С. 48–53.
11. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1: Теория и методы / Н. В. Тарабрина [и др.]. – М., 2007. – 208 с.
12. Профилактика аддитивных расстройств у военнослужащих / А. Я. Фисун, В. К. Шамрей, С. Н. Русанов [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 2008. – Т. 329, № 9. – С. 33–38.
13. Резник А. М. Психический стресс у участников боевых действий и его субъективное переживание / А. М. Резник // Военно-медицинский журнал. – 2008. – Т. 329, № 4. – С. 44–46.
14. Роль боевого стресса в формировании хронического болевого синдрома у ветеранов боевых действий и его лечение препаратом Пантогам актив / А. И. Пальцев, М. Н. Торгашов, Ю. С. Воронова [и др.] // Журн. неврол. и псих. им. С. С. Корсакова. – 2010. – № 110 (9). – С. 43–46.
15. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах: методичний посібник / за ред. д.мед.н. Пінчук І. Я., д.мед.н., проф. Бабова К. Д., д.мед.н., проф. Гоженка А. І. – К.: Видавничий дім «Калита», 2014.
16. Сукиасян С. Г. О некоторых аспектах динамики посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий / С. Г. Сукиасян // Социал. и клинич. психиатр. – 2009. – Т. 19, № 1. – С. 12–18.
17. Фокин А. А. О возможности прогнозирования развития посттравматических стрессовых расстройств у ветеранов локальных войн / А. А. Фокин, В. М. Лыткин, Е. В. Снедков // Режим доступа: <http://www.psyinst.ru/library.php?part=article&id=1778>.
18. Cognitive dysfunctions associated with PTSD: evidence from World War II prisoners of war / J. Jr. Hart, T. Kimbrell, P. Fauver [et al.] // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. – 2008. – № 20 (3). – P. 309–316.
19. Dohrenwend B. P. Toward a Typology of High-Risk Major Stressful Events and Situations in Posttraumatic Stress Disorder and Related Psychopathology / B. P. Dohrenwend // PsycholnJLaw. – 2010. – № 3 (2). – P. 89–99.
20. Jakupcak M. Anger, hostility and aggression among Iraq War veterans reporting PTSD and subthreshold PTSD / M. Jakupcak, D. Conybeare, L. Phelps et al. // J. Trauma Stress. – 2007. – № 20 (6). – P. 945–954.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВЗАИМОСВЯЗИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В УСЛОВИЯХ АНТИТЕРРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

Е.Н. Харченко, Е.С. Осуховская, А.Ю. Васильева, Я.В. Орловская, Т.В. Сеницкая, А.М. Чепурная

В статье рассматривается вопрос посттравматических стрессовых расстройств в сочетании с употреблением психоактивных веществ у комбатантов в условиях антитеррористической операции. Представлены основные характеристики данной проблемы в условиях современности.

Ключевые слова: посттравматические стрессовые расстройства, употребление психоактивных веществ.

CHARACTERISTICS OF INTERRELATION OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE IN CONDITIONS ANTI-TERRORIST OPERATION

E. Kharchenko, O. Osuhovska, A. Vasylyeva, Y. Orlovskaya, T. Sinitzka, A. Chepurna

The article considers post-traumatic stress disorder in combination with the use of psychoactive substances combatants under the anti-terrorist operation. The main characteristics of the problem in terms of modernity.

Key words: post-traumatic stress disorder, psychoactive substance use.

О.Н. Сукачѐва

**РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО ИЗУЧЕНИЯ ТЕМПЕРАМЕНТАЛЬНЫХ
ХАРАКТЕРИСТИК ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ,
УВОЛЕННЫХ ИЗ РЯДОВ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ В СВЯЗИ С РЕФОРМИРОВАНИЕМ
АРМИИ, С АДАПТАЦИОННЫМ РАССТРОЙСТВОМ
(ПРЕОБЛАДАНИЕМ НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ – F43.24 ПО МКБ-10)**

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, г. Харьков
olga_sukachova@ukr.net

Ключевые слова:

адаптационные расстройства, военнослужащие, уволенные из армии, поведенческий вариант адаптационного расстройства, темперамент, опросник структуры темперамента (ОСТ) В.М. Русалова.

Проведено экспериментально-психологическое исследование 46 бывших военнослужащих с поведенческим вариантом адаптационного расстройства (F43.24 по МКБ-10) и 30 бывших военнослужащих без признаков расстройства адаптации, с использованием опросника структуры темперамента (ОСТ) В.М. Русалова. Установлено, что у бывших военнослужащих с поведенческим вариантом расстройства адаптации, достоверно понижены такие обобщенные параметры темперамента, как уровень готовности к предметной деятельности и предметная активность. Индекс же общей эмоциональности у них значительно выше, чем у бывших военнослужащих без расстройства адаптации. За счет данных показателей у бывших военнослужащих с поведенческим вариантом адаптационного расстройства в целом снижен и индекс адаптивности (в 2,41 раза).

В регуляции поведения принимают участие все иерархически организованные структуры интегральной индивидуальности. Темперамент, являясь самостоятельным уровнем индивидуальности и обеспечивая формально-динамические особенности психической деятельности, включается в структуры психики, участвующие в содержательной регуляции поведения, – в характер, социальный интеллект, мотивацию и т.п., становясь, таким образом, их необходимым компонентом [3, 6]. Признание в МКБ-10 гетерогенности адаптационных расстройств (АР), в частности, выделение наряду с иными, формы АР с преобладанием нарушений поведения (F43.24), при которой доминирующую роль играют агрессивные или диссоциальные паттерны [2], предполагает существование различий индивидуально-типологических особенностей базовых свойств личности (темперамента) у пациентов с разными проявлениями АР, существенных для психотерапии. Недостаток знаний о своеобразии темпераментальных характеристик у представителей военного сословия, оказавшихся за пределами привычного жизненного уклада и профессиональной деятельности, переживающих увольнение из рядов Вооруженных Сил как психотравмирующее событие, проявляющих признаки АР, снижает качество оказания медико-психологической помощи, делает реабилитацию пациентов указанного контингента неполной.

Основной исследовательской гипотезой явилось предположение о том, что бывшие военнослужащие, проявившие после увольнения из армии признаки адаптационного расстройства с преобладанием нарушения поведения, отличаются своеобразием темпераментальных

характеристик от группы бывших военнослужащих без признаков расстройства адаптации, условно здоровых по медицинскому (психопатологическому) критерию.

Исходя из этого, целью исследования стало выделение значимых для дифференциации особенностей темперамента у бывших военнослужащих, уволенных из рядов Вооруженных Сил с признаками адаптационного расстройства с преобладанием нарушения поведения.

Материалы и методы исследования

Материалы. В исследовании приняли участие 46 бывших кадровых военнослужащих с признаками АР (F 43.24. по МКБ–10), жителей Харькова и Харьковской области. Клиническая картина АР представляла собой констелляцию симптомов, соответствующих критериям аффективных (F3), невротических, стрессовых и соматоформных (F4) расстройств и нарушений социального поведения (F91), не отвечающих полностью ни одному из них, при доминировании агрессивных поведенческих паттернов (в форме импульсивной агрессии). Указанные симптомы у всех пациентов с АР проявились в течение месяца после увольнения из рядов Вооруженных Сил (ВС). Общим для лиц с АР был психосоциальный стрессор – «увольнение из армии». По клиническому критерию наблюдаемое расстройство адаптации относилось к поведенческому варианту адаптационного расстройства [4]. Группу сравнения составили 30 военнослужащих, уволенных из ВС, не имевших на момент исследования признаков АР, условно здоровых по медицинскому (психопатологическому) критерию. Средний возраст пациентов с АР – 38,50±2,02 лет, испытуемых без АР – 38,40±1,06 лет.

Методи. В исследовании использовались клинико-психопатологический, психодиагностический и статистический методы. Диагноз АР выставлялся на основании унифицированных критериев МКБ–10. Оценку психического статуса испытуемых проводили совместно с врачом-психиатром. Принадлежность АР к поведенческому варианту расстройства адаптации устанавливали в соответствии с рекомендациями П.В. Волошина [4]. Своеобразие темпераментальных характеристик пациентов и испытуемых в группах сравнения изучалось с помощью «Опросника структуры темперамента (ОСТ) В.М. Русалова [5]. Статистическую обработку полученных данных осуществляли при помощи пакетов прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение

Шкальные значения ОСТ, лежащие в интервале от 9 до 12 баллов, интерпретировали как «высокие», лежащие в интервале от 4 до 8 баллов – как «средние», в интервале от 0 до 3 баллов – как «низкие» [5].

Значимые отличия между пациентами с поведенческим вариантом АР и испытуемыми без признаков АР были установлены по целому ряду параметров темперамента (табл.1).

Первая группа различий – содержательная: у бывших военнослужащих с поведенческим вариантом АР снижены показатели по таким измерениям темперамента, как «эргичность» и «пластичность»; уровень эмоциональности, напротив, повышен (параметр «эмоциональность»). Не обнаруживается значимых различий по скорости выполнения действий и операций (параметр «темп»).

«Высокие» значения по шкале «Эргичность» (>9 баллов) характеризовали бывших военнослужащих без АР как высокоактивных, работоспособных, полных энергии, предпочитающих деятельность, требующую напряжения сил и способностей.

«Средние» значения по шкале «Эргичность» ($5,8 \pm 0,9$ баллов) характеризовали бывших военнослужащих с поведенческим вариантом АР как людей избирательных в проявлениях активности, не избегающих напряженной работы, но недостаточно инициативных в поисках сфер приложения своих способностей. Из таблицы 1 следует, что предметная эргичность была в 1,57 раза менее выражена у бывших военнослужащих с поведенческим вариантом АР, по сравнению с бывшими военнослужащими без признаков расстройства адаптации.

Значения по шкале «Социальная эргичность» в группах сравнения характеризовались как «средние»: сниженные «средние» у бывших военнослужащих с поведенческим вариантом АР ($4,2 \pm 0,9$ баллов) и повышенные «средние» значения ($7,4 \pm 0,6$ баллов) у бывших военнослужащих без АР. Средние значения социальной эргичности характеризовали пациентов и испытуемых в группах сравнения как людей избирательных в установлении контактов. Они легко находили общий язык с теми, кто хорошо знаком, близок по духу, интересам. Общение с малознакомыми людьми требовало от них преодоления напряжения, смущения, неуверенности. Из таблицы 1 следует, что социальная эргичность была в 1,76 раза менее выражена у бывших военнослужащих с поведенческим вариантом

АР, по сравнению с бывшими военнослужащими без признаков расстройства адаптации.

Значения по шкале «Пластичность» в группах сравнения характеризовались как «средние»: сниженные «средние» у бывших военнослужащих с поведенческим вариантом АР ($4,3 \pm 0,9$ баллов) и повышенные «средние» значения ($7,5 \pm 0,6$ баллов) у бывших военнослужащих без АР (табл. 1). Пластичность выражается в скорости переключения с одного вида деятельности на другой, перехода от одних форм мышления к другим в процессе взаимодействия с предметной средой, в стремлении к разнообразию или однообразию форм предметной деятельности [5]. «Средние» значения по шкале «Пластичность» характеризовали пациентов и испытуемых в группах сравнения как лиц со средними возможностями переключения с одного вида деятельности на другой, со средне выраженной способностью перехода с одних форм мышления на другие в процессе взаимодействия с предметной средой. Из таблицы 1 следует, что пластичность была в 1,74 раза менее выражена у бывших военнослужащих с поведенческим вариантом АР, по сравнению с бывшими военнослужащими без признаков расстройства адаптации.

Значения по шкале «Социальная пластичность» в группах сравнения характеризовались как «средние»: сниженные «средние» у бывших военнослужащих с поведенческим вариантом АР ($4,7 \pm 0,8$ баллов) и повышенные «средние» значения ($7,4 \pm 0,7$ баллов) у бывших военнослужащих без АР (табл. 1). Средне выраженные значения шкалы «Социальная пластичность» у пациентов и испытуемых групп сравнения характеризовали их как лиц, не испытывающих особых трудностей в подборе форм социального взаимодействия, выявляющих средне выраженный уровень готовности к вступлению в социальные контакты и способности к поддержанию монотонных контактов. Вместе с тем, из таблицы 1 следует, что социальная пластичность была в 1,57 раза менее выражена у бывших военнослужащих с поведенческим вариантом АР, по сравнению с бывшими военнослужащими без признаков расстройства адаптации.

Значения по шкале «Эмоциональность» в группах сравнения характеризовались как «средние»: повышенные «средние» у бывших военнослужащих с поведенческим вариантом АР ($8,9 \pm 0,7$ баллов) и сниженные «средние» значения ($4,7 \pm 0,7$ баллов) у бывших военнослужащих без АР (табл. 1). Полученные данные по шкале «Эмоциональность» характеризовали пациентов с поведенческим вариантом АР как лиц с повышенной чувствительностью к расхождению между задуманным и ожидаемым, планируемым и результатами реального действия, склонных к переживанию ощущения неуверенности, тревоги, неполноценности, проявляющих повышенное беспокойство по поводу работы, повышенную чувствительность к неудачам.

Значения по шкале «Социальная эмоциональность» в группах сравнения характеризовались как повышенные «средние» у бывших военнослужащих с поведенческим вариантом АР ($8,8 \pm 0,5$ баллов) (табл. 1). Социальная эмоциональность отражает эмоциональную чувствительность в коммуникативной сфере [5]. Установленные повышенные «средние» значения шкалы «Социальной

эмоциональности» у бывших военнослужащих с поведенческим вариантом АР позволили характеризовать их как лиц с повышенной эмоциональностью в коммуникативной сфере, повышенной чувствительностью к неудачам в общении, оценкам сослуживцев, иных значимых лиц.

В соответствии с воззрениями В.М. Русалова [5, 6], такая характеристика темперамента как «эргичность» связана с блоком афферентного синтеза по П.К. Анохину [1], а «пластичность» – с блоком программирования. В контексте сказанного, данные таблицы 1 свидетельствуют о том, что бывшие военнослужащие с поведенческим вариантом АР характеризуются меньшей напряженностью взаимодействия с окружающей средой и большей ригидностью при необходимости переключения с одних программ поведения на другие. В то же время они более чувствительны к несовпадению между акцептором (моделью цели) действия и реальными его результатами. В норме такое несовпадение приводит к текущей коррекции поведения [3], что у лиц с поведенческим вариантом АР существенно затруднено из-за дефицитарности пластичности.

Анализ показателей, дифференцирующих параметры темперамента у пациентов и испытуемых сравниваемых групп (табл. 1), показывает, что у бывших военнослужащих с поведенческим вариантом АР, по сравнению с бывшими военнослужащими без признаков АР, менее выражена потребность в деятельном освоении предметного мира, ниже уровень тонуса и вовлеченности в процесс деятельности (эргичность). Они испытывают трудности при переключении с одного предмета деятельности на

другой, при изменении способов мышления в процессе взаимодействия с предметной средой (пластичность). И только в блоке обратной связи у них отмечается повышенная чувствительность к несовпадению ожидаемых и достигнутых результатов, как в предметной, так и в коммуникативной сферах деятельности (эмоциональность, социальная эмоциональность).

Отмеченная выраженность особенностей темперамента в предметной деятельности и социальном взаимодействии подтверждается и значениями более обобщенных индексов методики ОСТ (табл. 2).

Выводы

Полученные в ходе исследования данные (табл. 1, 2) позволяют констатировать наличие значимых различий темпераментальных характеристик в группах бывших военнослужащих с адаптационными расстройствами и без таковых. В частности, у бывших военнослужащих с поведенческим вариантом расстройства адаптации, достоверно снижены такие обобщенные параметры темперамента, как уровень готовности к предметной деятельности и предметная активность. Индекс же общей эмоциональности у них значительно выше, чем у бывших военнослужащих без расстройства адаптации. За счет данных показателей у бывших военнослужащих с поведенческим вариантом АР в целом снижен и индекс адаптивности (в 2,41 раза). Установленные особенности темперамента у бывших военнослужащих с поведенческим вариантом АР позволяют аргументировано полагать, что повышенная чувствительность к несовпадению достигнутых результатов действия с

Таблица 1. Средние значения шкал теста ОСТ в группах сравнения (баллы, $M \pm m$)

Название шкалы	Группы сравнения		Уровень значимости p
	Бывшие военнослужащие с поведенческим вариантом АР, $n=46$	Бывшие военнослужащие без АР, $n=30$	
Эргичность (ЭР)	$5,8 \pm 0,9$	$9,1 \pm 0,5$	0,004
Социальная эргичность (СЭР)	$4,2 \pm 0,9$	$7,4 \pm 0,6$	0,054
Пластичность (П)	$4,3 \pm 0,9$	$7,5 \pm 0,6$	0,004
Социальная пластичность (СП)	$4,7 \pm 0,8$	$7,4 \pm 0,7$	0,558
Темп (Т)	$7,8 \pm 0,8$	$7,7 \pm 0,7$	0,864
Социальный темп (СТ)	$5,0 \pm 1$	$5,5 \pm 0,4$	0,612
Эмоциональность (ЭМ)	$8,9 \pm 0,7$	$4,7 \pm 0,7$	0,001
Социальная эмоциональность (СЭ)	$8,8 \pm 0,5$	$5,9 \pm 0,6$	0,001

Таблица 2. Средние значения индексов методики ОСТ в группах сравнения (баллы, $M \pm m$)

Группа	Бывшие военнослужащие с ПВ АР, $n=46$	Бывшие военнослужащие без АР, $n=30$	Уровень значимости, p
Название индекса			
Общей эмоциональности (ИОЭ = ЭМ + СЭМ)	$17,7 \pm 1,0$	$10,6 \pm 1,2$	0,001
Общего темпа (ИОТ = Т + СТ)	$12,8 \pm 1,3$	$13,2 \pm 0,9$	0,768
Уровня готовности к предметной деятельности (ИУГ/П/ = ЭР + П)	$10,1 \pm 1,4$	$16,6 \pm 0,95$	0,001
Уровня готовности к социальной деятельности (ИУГ/С = СЭР + СП)	$8,9 \pm 1,4$	$14,8 \pm 1,1$	0,446
Предметной активности (ИПА = ЭР + П + Т)	$17,9 \pm 1,9$	$24,3 \pm 1,3$	0,010
Социальной активности (ИСА = СЭР + СП + СТ)	$13,9 \pm 1,9$	$20,3 \pm 1,3$	0,422
Общей активности (ИОА = ИПА + ИСА)	$31,8 \pm 3,3$	$44,6 \pm 2,3$	0,055
Адаптивности (ИА = /ИПА–ОЭ/ + ИСА)	$14,1 \pm 1,97$	$34,0 \pm 2,4$	0,014

Примечание. ПВ АР – поведенческий вариант адаптационного расстройства.

акцептором в числе иных вероятностных патохарактерологических особенностей могут обуславливать недостаточную эффективность оценки промежуточных целей, контроля и прогноза своих действий, т.е. тех структур, которые являются основой возможности коррекции поведения на любом этапе его протекания с учетом динамики ситуации. Другими словами, наличие сниженного уровня готовности к предметной деятельности и предметной активности при повышенной предметной и социальной эмоциональности, может быть оценено как темпераментальная характеристика индивидуальности, указывающая на склонность лиц с поведенческим вариантом АР к агрессии в обыденной жизни, равно как и к совершению импульсивных агрессивных поступков. Полученные результаты показывают также, что бывшие военнослужащие с поведенческим вариантом адаптационного расстройства, в клинической картине которого доминируют агрессивные поведенческие паттерны (неоднократно проявленные импульсивно-агрессивные действия), отличаются от бывших военнослужащих без расстройств адаптации особенностями темперамента, связанными с изменениями таких компонентов функциональных систем, как афферентный синтез, фор-

мирование акцептора результатов действия и обратная афферентация.

Установленные особенности темпераментальных характеристик имеют дифференциальное значение и будут использованы как в процессе межвариантной дифференции адаптационного расстройства, так и при планировании лечебных мероприятий.

Список использованной литературы

1. Анохин П. К. Избранные труды: Системные механизмы высшей нервной деятельности [Текст] / П. К. Анохин. – М.: Наука, 1979. – 454 с.
2. Карманное руководство к МКБ–10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими критериями) [Текст] / Сост. Дж. Э. Купер; под. ред. Дж. Э. Купера / пер. с англ. Д. Полтавца. – К.: Сфера, 2000. – 416 с.
3. Патохарактерологические особенности лиц с психическими расстройствами, склонных к импульсивной агрессии [Текст] / Ф. С. Сафуанов, А. В. Киренская, А. А. Ткаченко [и др.] // Психологические исследования. – 2013. – Т. 6, № 29. – С. 6. [Электронный документ]: URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 10.01.2015).
4. Розлади адаптації: діагностика, клініка, лікування: методичні рекомендації [Текст] / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова [та ін.]. – Харків: ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», 2009. – 32 с.
5. Русалов В. М. Опросник структуры темперамента (ОСТ) [Текст] / В. М. Русалов. – М.: ИП АН СССР, 1990. – 50 с.
6. Русалов В. М. Теоретические проблемы построения специальной теории индивидуальности [Текст] / В. М. Русалов // Психологический журнал. – 1986. – Т. 7, №4. – С. 23–35.

РЕЗУЛЬТАТИ ПОРІВНЯЛЬНОГО ВИВЧЕННЯ ТЕМПЕРАМЕНТАЛЬНИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ПРОФЕСІЙНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЗВІЛЬНЕНИХ З ЛАВ ЗБРОЙНИХ СИЛ У ЗВ'ЯЗКУ З РЕФОРМУВАННЯМ АРМІЇ, ЯКІ МАЮТЬ ОЗНАКИ АДАПТАЦІЙНОГО РОЗЛАДУ (З ПЕРЕВАЖАННЯМ ПОРУШЕННЯ ПОВЕДІНКИ – F43.24 ЗА МКХ–10)

О.М. Сукачова

Проведено експериментально-психологічне дослідження 46 колишніх військовослужбовців з поведінковим варіантом адаптаційного розладу (F43.24 за МКХ–10) та 30 колишніх військовослужбовців без ознак розладу адаптації, з використанням опитувальника структури темпераменту (ОСТ) В.М. Русалова. Встановлено, що у колишніх військовослужбовців з поведінковим варіантом адаптаційного розладу, достовірно знижені такі узагальнені параметри темпераменту, як рівень готовності до предметної діяльності та предметна активність. Індекс же загальної емоційності у них значно вищий, ніж у колишніх військовослужбовців без ознак розладу адаптації. За рахунок вказаних показників у колишніх військовослужбовців з поведінковим варіантом адаптаційного розладу у цілому знижено і індекс адаптивності (у 2,41 раза).

Ключові слова: адаптаційні розлади, військовослужбовці, яких звільнено із армії, поведінковий варіант адаптаційного розладу, темперамент, опитувальник структури темпераменту (ОСТ) В.М. Русалова.

COMPARISON OF CHARACTERISTICS OF TEMPERAMENT IN FORMER MILITARY PERSONNEL DISCHARGED FROM THE MILITARY FORCES DUE TO THE ARMY REFORMATION WITH ADAPTATION DISORDERS (WITH PREVALENT BEHAVIORAL DISORDERS F43.24 ACCORDING TO THE ICD–10)

O. Sukachova

The experimental psychological testing of 46 former military personnel with behavioral type of adaptation disorders (F43.24 according to the ICD–10) and 30 former military personnel without adaptation disorders using the Rusanov Structure of Temperament Questionnaire (STQ) has been carried out. The former military personnel have been found to have significantly decreased level of such integrated parameters of temperament as alert level of object activity and object activity. General emotionality was significantly higher than in former military personnel without adaptation disorders. Due to these parameters, index of adaptiveness in former military personnel with behavioral type of adaptation disorders was also decreased.

Key words: adaptation disorders, former military personnel discharged from the military forces, behavioral type of adaptation disorder, temperament, Rusanov Structure of Temperament Questionnaire.

О.О. Хаустова

ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ: ПРОБЛЕМИ І ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії МОЗ України, м. Київ
7974247@gmail.com

Актуальність. Загострення суспільно-економічної кризи в Україні негативно впливає на стан психічного здоров'я населення в цілому, активно зіштовхуючи найбільш уразливу його частину в стан кризової свідомості. Не викликає сумнівів різке збільшення психічних розладів і психологічних проблем серед мирного населення та учасників АТО, як і наслідки, з якими доведеться зіткнутися представникам охорони психічного здоров'я та медицини в цілому.

Матеріали та методи. Нами відібрана і адаптована програма психосоціальної реабілітації, яка після отримання інформованої згоди була апробована на 34 вимушених внутрішніх мігрантах, які стали свідками/учасниками збройного конфлікту на Сході України.

Результати. Для надання допомоги особам, які пережили психотравму, застосовується «трикутник допомоги», що включає медичну, соціальну та психологічну складові. Медичний підхід розрахований на психічні розлади і реалізується в межах відповідних клінічних настанов. Психосоціальна реабілітація допомагає подолати досвід переживання самої психотравми і труднощі пристосування до життя після неї. Програма роботи з людиною, яка пережила травматичну подію, передбачала: збір інформації і постановку цілей; вирішення проблем; позитивну активність; роботу з реакціями; раціоналізацію думок; здорові соціальні зв'язки. Наш власний досвід застосування такої програми у 34 вимушених внутрішніх мігрантів, які були свідками/учасниками збройного конфлікту на Сході України, показав її ефективність у вигляді зменшення симптомів травматичного реагування, збільшення ресоціалізації та поліпшення якості життя.

Висновки. У роботі з особами, які опинилися у складних життєвих обставинах і потребують психосоціальної реабілітації, виділяються організаційний аспект та практична робота з конкретною особою чи групою осіб. Психосоціальна реабілітація є важливою і ефективною частиною загального процесу комплексної реабілітації осіб, які постраждали внаслідок травматичних подій. Її проведення не вимагає багато часу і додаткового обладнання, що дозволяє рекомендувати її впровадження у практичну діяльність психологів і соціальних працівників.

Ключові слова:
психічне здоров'я,
стрес, травматична
подія, психосоціальна
реабілітація.

Актуальність. Необхідність удосконалення медико-психологічної допомоги при ПТСР в Україні обумовлена тим, що загострення суспільно-економічної кризи негативно впливає на стан психічного здоров'я населення у цілому, активно зіштовхуючи найбільш уразливу його частину в стан кризової свідомості [5, 7, 8, 18]. Її показниками виступають соціальна незадоволеність і відчуття незатребуваності більшості населення. Ситуація суспільної кризи фруструє людину з її глибинним прагненням життєвої опори. Сприйняття життєвих умов як катастрофи (життєвий простір, непридатний до життя) є кульмінаційною точкою кризи свідомості. Страх у людей нині перетворився на тихе, але постійне внутрішнє передчуття невідомої небезпеки, яка набагато гірша за безпеку реальну. До цього додається неможливість активно протистояти внутрішньому напруженню. До того ж, українсько-

му менталітетові притаманна висока чутливість до морально-етичних проблем. Тому почуття образи і несправедливості генерує поле негативних емоцій, що додатково провокує формування психологічних і психічних порушень [6, 7, 11].

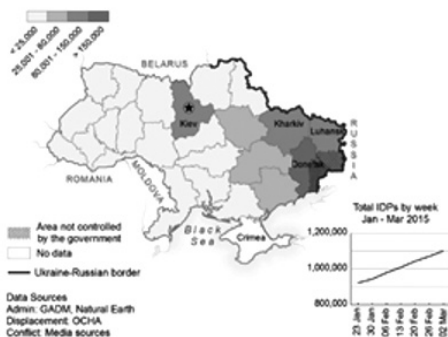
Сучасна соціально-економічна і психосоціальна ситуація в Україні в умовах анексії Криму, наявності збройного конфлікту на Сході України і проведення АТО вже активно обговорюється та осмислюється представниками різних наукових спільнот, у тому числі психіатричної та психотерапевтичної [3, 4, 10, 11]. За висновками міжнародної організації ACAPS, наведеними в огляді *Global Emergency Overview* станом на березень 2015 року, понад 5 млн мешканців України якимось чином були залучені до цих травматичних подій; понад мільйон з них стали внутрішніми мігрантами. Також понад 10 тис. осіб було поранено, а 6 тис. – вбито (рис. 1).

Briefing Note – 10 March 2015

Eastern Ukraine: Conflict



Need for international assistance	Not required	Low	Moderate	Significant	Urgent
Expected impact	Insignificant	Minor	Moderate	Significant	Major



Affected groups	Number affected
No. of affected people	5,000,000
No. of affected children	1,700,000
No. of people killed	> 6,000
No. of children killed	> 63
No. of people injured	> 10,740
No. of children injured	> 169
No. of people missing	unknown
Total IDPs in Ukraine ¹	> 1,099,600
Registered internally displaced children	> 140,483
External displacement to neighbouring countries	> 707,000

Sources: HCT 24/02/2015; OCHA 02/03/2015, UN 02/03/2015, UNHCR 23/02/2015; UNICEF, 06/03/2015.

Рис. 1. Шкода, заподіяна населенню України внаслідок збройного конфлікту, і затребуваність допомоги (станом на 10.03.2015)

Не викликають сумнівів різке збільшення психічних розладів та психологічних проблем серед мирного населення й учасників АТО, як і наслідки, з якими, очевидно, доведеться зіткнутися представникам охорони психічного здоров'я та медицині загалом. Точно визначити кількість осіб, які потребують медичної допомоги на окупованих територіях, не є можливим (рис. 2).

За даними Офісу з координації гуманітарної допомоги *Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (ОСНА)*, у постраждалих регіонах близько 4,5 млн осіб потребують медичної допомоги (ОСНА, 24.02.2015). У Луганській і Донецькій областях повністю або частково зруйновано 45 лікарень (ООНЧР, 15.11.2014); зазнала нападів і обмежена робота швидкої й невідкладної допомоги (ОСНА, 17.10.2014); відсутні від 30 до 70% медичного персоналу (ВООЗ, 16.01.2015); цивільне населення має обмежений доступ до медичної допомоги, порівняно з військовими (ОСНА, 31.10.2014). Приблизно 100 тис. дітей і дорослих

травми, які на території ДЛ У поступають іншим причинам звертання за допомогою, а в зоні ДЛ ТО поступаються навіть військовим пораненням.

	Регіон ДнХЗ	ДЛ Україна	ДЛ тимч.окуп.
Серцево-судинні хвороби			
ГРВІ			
Дихальні хвороби			
ПСИХОЛОГІЧНІ ТРАВМИ			
Діабет			
Інше			
Військові поранення			

Ukraine NGO Forum – 30th of March 2015

Рис. 3. Питова вага причин звернення за допомогою населення, задіяного в конфлікті на Сході України (станом на 30.03.2015)

Ukraine NGO Forum – 30th of March 2015

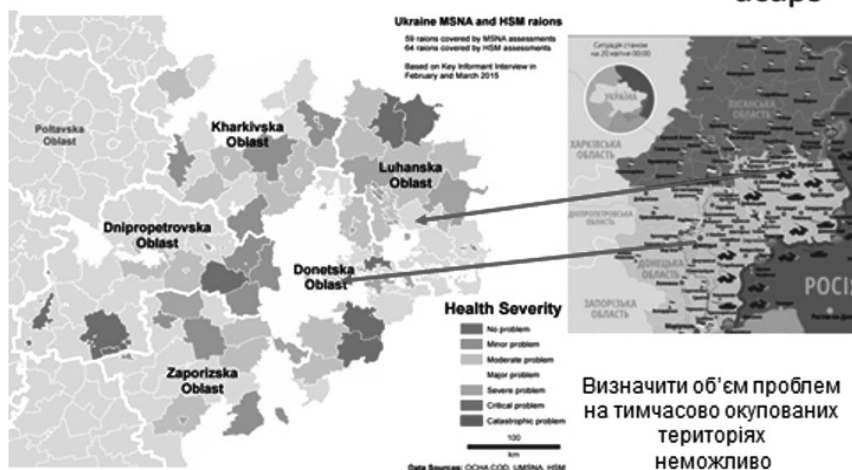


Рис. 2. Питова вага проблем зі здоров'ям населення на окупованих та прилеглих до них територіях (станом на 30.03.2015)

Пояснити такий розподіл медичних проблем можна закономірностями реагування здорової людини на травматичні події двох типів, що можуть спричинити подальший розвиток ПТСР. До першого типу належать короткострокові, несподівані травматичні події (сексуальне насильство, природні катастрофи, ДТП, снайперська стрільба), а до другого – серійна травматизація або пролонговані травматичні події (повторюване фізичне або сексуальне насильство, бойові дії). Усі вони потребують механізмів опанування загрози, що переважають можливості індивіда, причому у міру того, як травматична подія повторюється, жертва переживає страх повторення травми [12, 17].

Нормальною реакцією здорової людини на травматичну подію може бути насамперед порушення сну – утруднення засинання, часті нічні

потребують психосоціальної підтримки (UNICEF, 29.01.2015) [10].

пробудження. Реагуванню на події другого типу при-
таманні ще ранні пробудження в тривозі й поверхневий
сон (постійна внутрішня готовність до повторення по-
дії). Це обумовлено, в тому числі, гіперреакцією симпа-
то-адреналової системи, що супроводжується змінами
харчової поведінки, ваги тіла і вітальних показників (ар-
теріального тиску, пульсу, дихання). Відбувається почасті-
збільшення обсягу їжі, що поглинається, при зменшенні
вибірковості на тлі втрати ваги. Також фіксується під-
вищення артеріального тиску (до 140–160 і 90–100 мм
рт. ст.), прискорення пульсу, почастішання дихання (не
пов'язані із збільшенням фізичного навантаження), що
часто не супроводжується суб'єктивним погіршенням ста-
ну. Нормальна реакція здорової людини на травматичну
подію першого типу триває 3–5 діб, другого – 5–7 діб. У
частини осіб відбувається переміщення на перший план
заклопотаності власним здоров'ям – фіксація на «больо-
вих або інших неприємних відчуттях у тілі» призводить до
сприйняття ймовірності повторення травматичної події як
менш значної загрози [2]. Перехідний (відновлювальний)
період настає тільки після завершення травматичної по-
дії та повернення людини в мікросоціальне середовище
зі звичними ієрархічними цінностями (в тому числі й
цінністю людського життя). Залежно від тяжкості та три-
валості континуального стресу він становить від 15 до
30 днів. Впродовж цього періоду у людини відбувається
зіставлення модусу своєї поведінки під час травматичної
події зі своїми уявленнями про схвальну поведінку і з уста-
новками мікросоціального середовища (іншими словами,
відбувається внутрішня ревізія періоду континуального
стресу). Під час перехідного періоду на перший план ви-
ступає тяжка астения, на яку постраждали не скаржаться.
Незважаючи на наявність навіть серйозних соматичних
розладів, практично усі постраждалі відмовляються не
тільки від госпіталізації, але й від регулярної амбулаторної
допомоги, та всіма силами прагнуть «потрапити додому»
(у звичну обстановку). У подальшому в частині випадків
відбувається формування ПТСР [1, 9, 13–15].

Організаційні підходи до психосоціальної реабілі-
тації. Відомі три підходи до надання допомоги особам,
які пережили психотравму і мають певні післястресові
порушення: медичний, соціальний і психологічний.
Медичний підхід пропонує кваліфіковану лікувальну
допомогу, організацію спеціальних закладів для надання
медичної допомоги (кабінетів, клінік, санаторіїв, реабілі-
таційних центрів тощо). Цей підхід розрахований на
достатньо наочні медичні прояви і наслідки стресу та
реалізується в межах відповідних клінічних настанов.
Соціальна підтримка націлена на те, щоб допомогти лю-
дині «втриматися на плаву в житті», тобто мати якийсь
прожитковий мінімум: насамперед житло й роботу.
Психологічна підтримка надається з метою допомоги в
опануванні досвіду переживання самої психотравми й
труднощів пристосування до життя після неї, для від-
новлення внутрішньоособистісної та міжособистісної
гармонії, реалізації своїх можливостей і особистісного
розвитку. Ці три сторони – медична, соціальна й психоло-
гічна – створюють «трикутник допомоги», або трійчасту
унію, ефективність якої визначається усвідомленням
себе як спільноти із гнучким, відповідно до актуальної
проблеми, перерозподілом зусиль.

Доцільно також окреслити окремі напрями роботи
міждисциплінарної допомоги постраждалому населенню.
Соціально-педагогічний напрям відпрацьовується у співп-
раці з освітянами, соціальними працівниками, медиками
й правоохоронцями шляхом проведення консультацій з
питань родини і виховання дітей; соціально-педагогічної
роботи з дітьми та підлітками; спеціалізованої (корек-
ційної) соціально-педагогічної допомоги дітям та підліт-
кам з проблемами в навчанні; профілактики девіантної
поведінки; проведення розважальних заходів. У межах
соціального напрямку робота соціальних працівників у
тісному контакті з різними відомствами включає консуль-
тування; заходи з соціальної реабілітації в госпітальних
та позагоспітальних умовах; виявлення осіб з гострою
потребою в соціальній допомозі; соціальну діагностику;
надання допомоги в отриманні пенсій та інших соціальних
виплат; сприяння організації груп самопомоги та вза-
ємодопомоги; виявлення осіб з девіантною поведінкою
та її профілактика; профілактика бродяжництва і дитя-
чої безпритульності. Інформаційний напрям передбачає
інформування суспільства про діяльність «трикутника
допомоги»; збір інформації щодо осіб, які перебувають у
важких життєвих обставинах (прямо й опосередковано),
та її систематизація; доведення до громадськості змісту
проблем цього контингенту з метою утворення стійких
соціальних зв'язків; сприяння адекватному висвітленню
в засобах масової інформації теми людини в скрутній
ситуації. Правовий напрям, як співпраця соціальної, су-
дової та правоохоронної ланок допомоги, включає захист
прав постраждалих осіб; надання інформації щодо прав і
обов'язків; правове консультування. Медико-соціальний
напрямок включає поєднання обох галузей і передбачає: ме-
дико-соціальне консультування; надання долікарняної ме-
дичної допомоги; сприяння проведенню диспансеризації;
контроль за санітарно-профілактичною і психоосвітньою
роботою та дотриманням норм соціальної та психогігіє-
ни; допомогу в придбанні страхових медичних полісів;
скерування в спеціалізовані медичні заклади; контроль за
санітарним станом тимчасового житла. У психологічному
напрямку робота ведеться у співпраці з освітянами, со-
ціальними працівниками та медиками шляхом надання
психологічного консультування; психологічної корекції та
допомоги в соціальній адаптації; психологічної допомоги
у гострих кризових ситуаціях і умовах посттравматичного
стресу; навчання аутотренінгу і психологічної саморегу-
ляції; психологічної діагностики.

У роботі з особами, які перебувають у тяжких жит-
тєвих обставинах, є організаційний аспект і практична
робота з конкретною особою або групою осіб, що по-
требують психосоціальної реабілітації. Важливо мати
на увазі, що постраждалі особи несуть великий потен-
ціал архаїчних потужних афектів (негативних емоцій),
сприймаючи психолога або соціального працівника як
головне джерело підтримки. Вони потребують, щоб хтось
контейнерував ці афекти: спокійно вислухав, поспівчу-
вав, захистив. Поєднання емпатичних висловлювань, ви-
світлюючих питань і підтверджувальних висловлювань
є дієвим методом надання такої підтримки.

**План роботи з особою, що пережила травматичну
подію.** Першим кроком є збір інформації та постановка
цілей. Головними завданнями цього етапу є збір інформ-

ції для того, щоб визначити потребу в інших спеціалістах або службах, ідентифікація найбільш значущих потреб і переживань та планування наступних соціально-психологічних інтервенцій. Варто пам'ятати, що у найближчий період після травми постраждалі особи в стані тривалого дистресу внаслідок отриманого негативного досвіду можуть потребувати допомоги з приводу гострих або тривалих соматичних чи психологічних станів, з приводу різних втрат, переживань щодо безпеки та труднощів у інтерперсональному спілкуванні та своїх соціальних ролей.

Більшість осіб, які пережили травму, здатні самотійно, без додаткової допомоги повідомити про свої первинні потреби. Однак в деяких випадках можуть виникати певні утруднення при ідентифікації актуальних потреб та переживань. Вони вирішуються застосуванням напівструктурованого опитувальника за пунктами: фізичне здоров'я; емоційні труднощі; безпека; базові потреби; вживання/зловживання психоактивними речовинами; рольове функціонування; міжособистісні стосунки; інші значущі проблеми, – і варіантами відповідей: термінова проблема, важлива але не потребує термінового вирішення, не важлива. Після такого опитування можна перейти до визначення пріоритетних потреб та переживань, ідентифікувати навички, які можуть допомогти у вирішенні цих завдань та обговорити кількість необхідних занять.

Один із варіантів психологічних навичок для психосоціального одужання, що був розроблений Департаментом здоров'я та соціальних служб США (*US Department of Health and Human Services*) для осіб, які пережили травматичну подію [16], ми адаптували для використання у власній практиці.

- **Вирішування проблем.** Особи, які пережили травматичну подію, часто не можуть опанувати повсякденні завдання, з якими раніше справлялися, вважаючи на значний рівень стресу, тривоги, підвищене відволікання тощо. Допомогти може вивчення спеціальних навичок для подолання наявних або майбутніх проблем
- **Позитивна активність.** Після травматичної події люди часто перестають робити речі, які раніше приносили задоволення, добробут або були персонально значимими, що почасти призводить до зниження настрою або відчуття самотності, пустоти. Складання спеціального плану активності може дозволити підвищити вмотивованість та повернути задоволення життям.
- **Робота з реакціями.** Після перенесеної травматичної події тіло людини зазвичай має знижений поріг до небезпеки. Навіть у розслабленому стані людина може почуватися вразливою. При відсутності реального страху ці реакції непотрібні та навіть можуть зашкодити фізичному і психічному здоров'ю та стосункам із іншими людьми. Вивчення спеціальних методик для управління цими реакціями, використання їх у повсякденному житті може допомогти значно знизити рівень стресу та тривоги.
- **Рационалізація думок.** Після травматичної події думки людей про світ та себе у ньому часто змінюються. Це поширене явище, коли такі особи дивляться на світ як на вороже середовище, мають труднощі із довірою до інших людей. Щоб змінити таку по-

ведінку і емоції, доцільно, насамперед, замінити негативні або нераціональні думки на позитивні або раціональні.

- **Здорові соціальні зв'язки.** Соціальна підтримка є одним із найголовніших захисних факторів, що допомагає пережити травматичну подію. Часто найкращим способом впоратись із нею є обговорення цієї події із іншими. Травматична подія може викликати у людини відчуття ізольованості та самотності, може здаватися неможливим встановити нові та зберегти старі взаємостосунки. Тому важливо ефективніше шукати підтримки та надавати її іншим.

Навички для вирішування проблем. Розробка систематичного шляху вирішення проблем може допомогти відновити відчуття контролю та підвищити самоефективність. Навички для вирішування проблем можуть використовуватися, якщо особа виявляє такі переживання: відчуття приголомшення, заціпеніння через численні проблеми; відчуття безпомічності, нездатність знайти рішення проблем; відчуття втрати контролю над ситуацією. Зазвичай для оволодіння навичками вирішування проблем достатньо однієї зустрічі тривалістю 30–45 хв, що складається з чотирьох основних кроків, які можна зробити для вирішення конкретної проблеми: чітке визначення проблем та їх наявності у клієнта, встановлення цілей, мозковий шторм, оцінка та вибір найкращого рішення.

Початковим завданням є якнайчіткіше визначення проблеми. Часто проблема комплексна; якщо її розбити на декілька менших складових частин, її набагато легше подолати. Насамперед треба дати особі можливість чітко сформулювати проблему на аркуші паперу, а якщо проблема здається великою – розбити її на декілька частин. Наступним є визначення, наскільки ця проблема стосується даної особи, чого вона хоче і потребує та через що переживає. Така конкретизація проблеми дозволяє визначити конкретні цілі та наблизитись до її вирішення. Наступним є мозковий шторм, тобто озвучення і запис на папері спонтанних варіантів для вирішення проблеми (способи заспокоїтися; дії щодо частин проблеми, які можна подолати; корисні речі, які можна сказати собі; рішення, які розширюють або ґрунтуються на тому, що вже допомагає, або допомагало раніше; шляхи зміни ситуації; вироблення нових навичок як курси асертивності при невпевненості у собі; пошук дороги або підтримки інших людей; звернення до інших служб). Останнім кроком є оцінка кожного варіанта та вибір найкращого, коли обговорюються всі «за» і «проти» для кожного із написаних варіантів. Роль куратора полягає у допомозі при формулюванні вибору, для того, щоб він був більш практичним, прийнятним та хоча б частково допомагав у вирішенні проблеми. Кінцевим рішенням може бути комбінація із різних варіантів. Важливим є також зворотний зв'язок щодо імплементації цього рішення на практиці, це може бути ще одна зустріч із куратором, самотійний аналіз та обмірковування вже досягнутого або допомога у цьому близьких людей.

Позитивна активність. Травматична подія часто порушує звичний плин речей, через що людина змінює свій повсякденний розпорядок та відмовляється від тієї активності, яка раніше приносила задоволення. Допомо-

га у визначенні, плануванні та залученні до позитивної активності, що приносить задоволення, є значимою для особи, сприяє відновленню звичного режиму дня, покращенню настрою та відновленню відчуття контролю. Позитивна активність важлива насамперед для осіб, які сумні або апатичні; мають тривалі порушення у повсякденній активності і низьку залученість до позитивної активності взагалі та до таких дій, що раніше приносили задоволення. Зазвичай сесія, направлена на вироблення цих навичок, має тривалість 20–30 хв та складається із двох основних кроків: ідентифікація одного або більше видів активності та її планування за допомогою календаря.

Куратор має пояснити, що почуття суму, самотності та депресія є частими супутниками після травматичних подій. Переважання питомої ваги негативного досвіду над позитивним може підтримувати ці негативні відчуття та посилювати їх. Позитивний досвід зазвичай спричиняє оптимістичний настрій, тоді як негативний – знижує його. Таким чином, щоб підвищити настрій слід збільшувати позитивний досвід, тобто залучатись у позитивну активність. Слід пояснити, що між думками, почуттями та поведінкою є чіткий взаємозв'язок (рис. 4), отже, якщо неопосередковано змінити емоційний стан не вдається, можна змінити думки або поведінку.



Рис. 4. Схема формування позитивної активності

Для полегшення вибору активності можна запропонувати певний перелік: активність у приміщенні; активність на свіжому повітрі; соціальна активність; допомога іншим. Після вибору види активності записують у календарі, який розміщують удома на видному місці.

Робота із реакціями. Після травматичної події у людини можуть виникати неприємні фізичні та емоційні реакції, спричинені пережитим негативним досвідом та тригерами, які постійно нагадують людині про нього. Ці реакції можуть знижувати настрій, погіршувати здатність до прийняття рішень, спілкування із іншими людьми, повсякденне функціонування та фізичне здоров'я. Вивчення навичок, направлених на управління цими реакціями, може значно покращити самопочуття осіб, які пережили стресову подію. Зазвичай сесія, направлена на це, має тривалість 45 хв та складається із ідентифікації реакцій, які викликають дистрес, та їх тригерів; вивчення навичок та складання плану.

Насамперед варто пояснити, що травматична подія та посттравматичний стрес можуть призвести до появи таких стійких фізичних реакцій, як прискорення серцебиття, дихання, посиленої напруги, та до таких емоційних реакцій, як, наприклад, страх, переживання, злість, сум,

фрустрація. Ці реакції можуть переслідувати тижнями, місяцями, навіть роками, та призводити до проблем зі сном, взаємовідносинами із людьми, алкоголем, іншими психоактивними речовинами та препаратами, які можуть викликати залежність.

Наступним кроком є визначення видів та пріоритетності дистресорних реакцій у постраждалої особи: які реакції турбують найбільше або заважають звичному плину речей; які реакції найтяжче опанувати; які реакції є першочерговими. Тригерами цих реакцій можуть бути різноманітні зовнішні (події, люди, речі) та внутрішні (думки) чинники. Знання про ці пускові фактори може дозволити в майбутньому уникнути цієї ланцюгової реакції.

Одним із найдієвіших і найпростіших способів позбутися неприємних фізичних та емоційних реакцій є навчання технікам релаксації, які можна використувати, як тільки подібні реакції виникають. Це може бути прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном, яка полягає у поступовому напруженні та розслабленні різних груп м'язів. Якщо на навчання релаксаційним технікам недостатньо часу, можна дати інструкції щодо виконання дихальних вправ із концентрацією на розслабленні. Особам, які пережили травматичні події із окремими проявами посттравматичного стресового розладу, доцільно додатково надати інформацію про стресові реакції повторного переживання, уникнення, оніміння та гіперактивації, – із наголосом на тому, що ці реакції можна поступово контролювати. Це не означає, що людина повністю забуде про травматичну подію або не відчуватиме емоційного болю при її згадуванні, але вона навчиться контролювати дистресорні емоції. Задля цього можна використовувати наступні методи: нагадування собі, що постстресові реакції є звичайним явищем; використання будь-яких релаксаційних технік (медитація, вправи, йога, прослуховування розслаблюючої музики тощо); позитивна активність; проведення часу із близькими людьми; уникання вживання алкоголю або психоактивних речовин, раціоналізація думок; відвідування сеансів індивідуальної або групової психотерапії. Враховуючи все вищевказане, доцільно скласти детальний план дій для опанування неприємних реакцій

Раціоналізація думок. Після травматичної події люди часто зіштовхуються із неприємними думками, які сприяють виникненню таких негативних емоцій, як страх, тривога, безнадія, злість, сум та відчуття провини. Ідентифікування та зміна цих думок може дозволити значно покращити настрій та знизити інтенсивність дистресорних емоційних та фізичних реакцій, які їх супроводжують. Сесія, спрямована на раціоналізацію думок, зазвичай триває 30–45 хв та складається із наступних етапів: виявлення нерациональних думок, їх обговорення та заміна на раціональні, оцінка сили аргументів (достатня чи ні) та повтор процедури при повторній появі нерациональної думки. Детальніше з цією методикою можна ознайомитись у роботах її основоположника – Альберта Елліса.

Здорові соціальні зв'язки. Соціальна підтримка членів сім'ї, родичів та друзів може значно прискорити відновлення після травматичної події за рахунок задоволення емоційних та практичних потреб. Розробка навичок для

здорових соціальних зв'язків насамперед буде корисною особам, які почуваються ізольованими, самотніми, живуть у новому середовищі, почуваються невпевненими та мають з ким обговорити свої переживання. Зазвичай сесія, направлена на допомогу у створенні здорових соціальних зв'язків, триває 20–30 хв та складається з таких етапів: створення карти соціальних зв'язків, її перегляд та створення плану соціальної підтримки.

Спершу особа отримує від куратора пояснення, що негативні думки, емоції та пов'язані із ними неприємні реакції можуть впливати на стосунки із іншими людьми, навіть призводячи до дистанціювання від найближчих осіб. Спілкування є дуже важливим у цей період, оскільки може допомогти почуватись потрібним, бути частиною соціуму, опанувати ситуативні проблеми, отримати гарну пораду, відчувати підтримку інших. Далі створюється малюнок соціальної сітки, наприклад, у вигляді сонячної системи, в якій особі відводиться центральне розміщення, або в іншому прийнятному варіанті. Планетами, у випадку сонячної системи, можуть бути батько/мати, чоловік/дружина/партнер, сиблінги, діти, інші члени сім'ї, співробітники, лікар/психолог/священик, друзі, вчитель/наставник/тренер, члени різних груп, представники соціальної служби тощо. Слід вказати, стільки існує конкретних соціальних зв'язків, наскільки це можливо. Другим кроком є перегляд цих зв'язків із відповідями на наступні запитання: хто зараз найважливіший для особи у схемі соціальних зв'язків; з ким вона може поділитися своїми переживаннями, отримати корисну пораду; хто може допомогти та хто потребує допомоги; з ким насамперед слід відновити зв'язки або покращити стосунки; з ким проводити більше або менше часу; чи є необхідність у збільшенні соціальної активності та кількості соціальних зв'язків (наприклад, шляхом приєднання до нової соціальної групи). Останнім кроком є створення конкретного плану дій на наступні декілька тижнів. Наприклад, «завтра слід подзвонити друзям та запропонувати зустрітись у невимушеній атмосфері», «мені подобається бігати і хочеться вступити до групи, яка має подібні інтереси, тому я проведу пошук таких груп через Інтернет або відгуки знайомих та декілька разів на тиждень буду разом із ними тренуватись» тощо.

Весь час роботи з постраждалою особою поділяють на чотири етапи. Перший етап умовно називають етапом формування відчуття безпеки, він триває з початку роботи впродовж 5–6 тижнів. Другий етап спрямований на організацію життя особи в конкретних умовах із заохоченням активності та профілактикою рентних установок. Найзмістовнішим є третій етап, який передбачає організацію і проведення різноманітної реабілітаційної роботи (медичної, психологічної, соціальної тощо) в індивідуальній і груповій формах. Четвертий етап спрямований на підготовку до майбутнього самостійного життя особи без сторонньої допомоги, тому час його реалізації індивідуалізований залежно від конкретної мети, яку реалізує особа. Кожні три тижні проводиться обговорення виконання програми дій відповідно до плану: що вдалося зробити; що не виконано й чому; як діяти надалі; що і чому необхідно та важливо вчинити по-іншому; що необхідно додати на наступний період.

Запорукою успіху ми вважаємо дотримання наступних важливих моментів у роботі з постраждалими особами. По-перше, це конкретність індивідуальної програми із її максимальним наближенням до реального життя особи. По-друге, ця програма має гнучко, відкрито і вільно варіювати відповідно до досягнень особи, незалежно від особистості куратора. По-третє, вона має давати можливість рефлексії результатів кожного кроку куратора й постраждалої особи, спрямованого на наближення до зазначеної мети, із урахуванням опанування (або відновлення) навичок соціальної компетенції особи.

Висновки

Психосоціальна реабілітація є важливою й необхідною частиною загального процесу комплексної реабілітації осіб, які постраждали внаслідок травматичних подій. Її проведення не потребує багато часу і додаткового обладнання, підготовка фахівців також не вимагає багато часу. Наш власний досвід застосування вищенаведеної програми щодо 34 вимушених внутрішніх мігрантів, які були свідками/учасниками збройного конфлікту на Сході України, засвідчив її ефективність, що проявилася у вигляді зменшення симптомів травматичного реагування, збільшення ресоціалізації та покращання якості життя.

Список використаної літератури

1. Волошин П. В. Посттравматические стрессовые расстройства: проблемы лечения и профилактики / П. В. Волошин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Подкорытов // *Международный медицинский журнал*. – 2004. – Т. 10, № 1. – С. 33–37.
2. Загальні принципи розробки плану реагування та взаємодії закладів охорони здоров'я під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків: метод. рекомендації / МОЗ України, Укр. центр наук. мед. інф.-і та пат.-ліценз. роботи; укл. Роцін Г. Г. та ін. – К., 2013. – 30 с.
3. Інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги після-травматичного стрессового розладу: методичні рекомендації / О. С. Мусій, І. Я. Пінчук, О. О. Хаустова [та ін.]; Укр. НДІ ССПН – 2014. – 32 с.
4. Пережити потрясіння: допомога при стрессових і постстрессових розладах / О. Чабан, І. Пінчук, М. Боро [та ін.]. – Х.: Изд-во «С.А.М.», 2015. – 238 с.
5. Посттравматичні стрессові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: методичні рекомендації (уклад.: Волошин П. В. та ін.) – Харків, 2002. – 47 с.
6. Потенціал особистості та тенденції його реалізації в умовах трансформаційних змін у суспільстві / за наук. ред. проф. В. І. Подшивалкіної. – Харків: БУРУН і К, 2012. – 368 с.
7. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В. Г. Ромек, В. А. Конторович, Е. И. Крукович. – СПб.: Речь, 2004. – 256 с.
8. Психология и нейropsychиатрия: сборник клинических рекомендаций. – К.: Нейроньюс, 2009. – 217 с.
9. Чабан О. С. Ситуаційна соціокультурна тривога: сучасні провокації та їх психосомастичні розв'язання / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, О. Ю. Жабенко // *Нейро News*. – 2010. – № 4. – С. 10–15.
10. Щодо надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні збройного конфлікту / І. Я. Пінчук, О. О. Хаустова, Н. М. Степанова [та ін.] – Київ, 2014. – 48 с.
11. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Э. Б. Фoa, Т. М. Кин, М. Дж. Фридман [и др.]. – М.: Когито-Центр, 2005. – 467 с.
12. Bisson J. I. Lewis C. Systematic Review of Psychological First Aid, Commissioned by the World Health Organization. (available upon request), 2009.
13. How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys / R. C. Kessler, S. Rose, K. C. Koenen [et al.]. // *World Psychiatry*. – 2014. – Vol. 13 (3). – P. 265–275.
14. Johnson H. The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: a review / H. Johnson, A. Thompson // *Clinical Psychology Review*. – 2008. – Vol. 28. – P. 36–47.
15. Lehrner A. Biomarkers of PTSD: military applications and considerations / A. Lehrner, R. Yehuda // *Eur. J. Psychotraumatol.* – 2014. – Vol. 14. – P. 5.
16. Slone M. The Centrality of the School in the Community during War and Conflict. In R. Pat-Horenczyk, D. Brom, J. Vogel (Eds.), *Helping children cope with trauma: Individual, family and community perspectives*. – London: Routledge, 2014. – P. 360–386.
17. The Sphere Project Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. – Geneva: The Sphere Project, 2011. <http://www.sphereproject.org>.
18. War Trauma Foundation and World Vision International (2010). *Psychological First Aid Anthology of Resources*. Downloadable from: www.interventionjournal.com/ and www.psychosocialnetwork.net.

ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ: ПРОБЛЕМИ І ПУТИ РЕШЕННЯ

Е.А. Хаустова

Актуальність. Обострення соціально-економічного кризису в Україні негативно впливає на стан психічного здоров'я населення в цілому, активно стискаючи найбільш вразливу його частину в стані кризового свідомості. Не викликає сумніву різке збільшення психічних розладів і психологічних проблем серед мирного населення і учасників АТО, як і наслідки, з якими напевно доведеться зіткнутися представникам охорони психічного здоров'я і медицині в цілому.

Методи і матеріали. Нами обрана і адаптована програма психосоціальної реабілітації, яка після отримання інформованого згоди була апробована на 34 вимушених внутрішніх мігрантах, ставших свідками/учасниками збройного конфлікту на сході України.

Результати. Для надання допомоги людям, пережившим психотравму, застосовується «трикутник допомоги», що включає медичну, соціальну і психологічну складові. Медичний підхід розроблений на психічні розлади і реалізується в межах відповідних клінічних рекомендацій. Психосоціальна реабілітація допомагає подолати досвід переживання самої психотравми і складності адаптації до життя після неї. Програма роботи з людиною, пережившим травматичне подія, передбачала: збір інформації і постановку цілей; рішення проблем; позитивну активність; роботу з реакціями; раціоналізацію мислення; здорові соціальні зв'язки. Наш власний досвід застосування такої програми у 34 вимушених внутрішніх мігрантів, які були свідками/учасниками збройного конфлікту на сході України, показав її ефективність у вигляді зменшення симптомів травматичного реагування, збільшення ресоціалізації і покращення якості життя.

Висновки. В роботі з людьми, опинившимися в важких життєвих обставинах, що потребують психосоціальної реабілітації, виділяються організаційний аспект і практична робота з конкретною особою або групою осіб. Психосоціальна реабілітація є важливою і ефективною частиною загального процесу комплексної реабілітації осіб, постраждалих внаслідок травматичних подій. Її проведення не потребує багато часу і додаткового обладнання, що дозволяє рекомендувати її впровадження в практичну діяльність психологів і соціальних працівників.

Ключові слова: психічне здоров'я, стрес, травматичне подія, психосоціальна реабілітація.

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION: PROBLEMS AND SOLUTIONS

E. Khaustova

Relevance. The worsening socio-economic crisis in Ukraine negatively affects the mental health of the population as a whole, is actively pushing the most vulnerable part of the state into a crisis of consciousness. Beyond doubt the sharp increase of mental disorders and psychological problems among the civilian population and members of the ATO, as the consequences, which probably will face the representatives of mental health care and medicine in general.

Methods. We have selected and adapted program of psychosocial rehabilitation, which, after obtaining informed consent was approved on 34 forced internal migrants who were witnesses / participants of the armed conflict in eastern Ukraine

Results. To assist survivors of psychological trauma, applies to "help triangle", including medical, social and psychological components. The medical approach is designed for mental disorders and implemented within the relevant clinical guidelines. Psychosocial rehabilitation helps to overcome the psychological trauma of the experience of and difficulties adapting to life after it. The program of work with a man who survived a traumatic event, included: information collection and setting goals; problem solving; positive activity; work with reactions; rationalization of thoughts; healthy social relationships. Our own experience with such a program, 34 of forced internal migrants who were witnesses/participants of the armed conflict in the east of Ukraine, has shown its effectiveness in reducing the symptoms of a traumatic response, an increase in re-socialization and quality of life.

Conclusions. Highlighted the organizational aspect and the practical work with a particular person or group of persons in working with people, who have difficult life circumstances, that require psychosocial rehabilitation. Psychosocial rehabilitation is an important and effective part of the overall process of comprehensive rehabilitation of persons affected by traumatic events. Its conduct does not require a lot of time and additional equipment that allows us to recommend the introduction into practice of psychologists and social workers.

Key words: mental health, stress, traumatic event, psychosocial rehabilitation.

УДК 616.89-07

О.О. Хаустова, Н.В. Коваленко

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЖИТТЯ І ПОРУШЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я
ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України, м. Київ
natali-ko@ukr.net

Ключові слова:
порушення психічного
здоров'я, скарги,
проблеми життя,
вимушена міграція.

Актуальність. Вимушена міграція належить до найгостріших проблем сучасного світу, сьогодні з нею зіткнулась і Україна внаслідок анексії Автономної Республіки Крим та тривалого військового конфлікту в Донецькій та Луганській областях.

Матеріали та методи. Було проаналізовано скарги і актуальні життєві проблеми 60 внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які тимчасово проживали в чотирьох санаторіях Одеської області.

Результати. Серед проблем, з якими зіткнулись ВПО, були: погіршення матеріального становища, незадоволеність житловими умовами, конфлікти з сусідами, відсутність адекватної їжі, недостатність соціальної допомоги, проблемами з адаптацією, дискримінація з боку місцевого населення та співробітників органів місцевого самоврядування, недостатність або недоступність медичної допомоги. Найчастішими скаргами були: порушення сну, відчуття безпорадності, тривога, пригнічений настрій, апатія, втома, знесилення, труднощі з зосередженням, дратівливість, суїцидальні думки.

Висновки. Стан психічного здоров'я ВПО потребує своєчасної діагностики для профілактики виникнення психічних розладів.

Актуальність. Вимушена міграція належить до найгостріших проблем сучасного світу, з цим явищем сьогодні зіткнулась і Україна. ООН визначає осіб, перемі-

щених у результаті військових, етнополітичних та інших конфліктів, як одну із найвразливіших груп населення у світі. Існує два поняття для визначення вимушених мі-

грантів – внутрішньо переміщені особи (ВПО) і біженці. Біженцем є особа, яка «знаходиться поза межами рідної країни внаслідок добре обґрунтованих побоювань стати жертвою переслідування через свою расу, релігію, національність, належність до певної соціальної групи або політичні погляди, і не може або внаслідок таких побоювань не бажає скористатися захистом своєї країни» [4]. Згідно з керівними принципами УВКБ ООН, внутрішньо переміщені особи – люди або групи людей, які були змушені рятуватися втечею або покинути свої будинки чи місця проживання, через або для того, щоб уникнути наслідків збройного конфлікту, ситуації загального насильства, порушень прав людини або стихійних лих/техногенних катастроф, які не перетнули міжнародно визнаний державний кордон країни.

Нова щорічна доповідь УВКБ ООН «Глобальні тенденції» демонструє різке зростання числа осіб, змушених рятуватися втечею: наприкінці 2014 року 59 500 000 чоловік стали ВПО (порівняно з 51,2 млн роком раніше і 37,5 млн десять років тому). У 2014 році щодня близько 42,500 чоловік ставали біженцями, шукачами притулку або ВПО. У всьому світі на сьогодні один зі 122 чоловік є або біженцем, або ВПО, або шукає притулок. Доповідь УВКБ ООН «Глобальні тенденції» свідчить, що тільки у 2014 році ВПО стали 13 900 000 чоловік – це учетверо більше, ніж у 2010 році. У всьому світі зараз зареєстровано 19 500 000 біженців (порівняно з 16 700 000 у 2013 році), 38,2 млн ВПО (порівняно з 33,300,000 в 2013 році), і ще 1,8 млн осіб чекають рішень за клопотаннями про притулок (порівняно з 1,2 млн в 2013 році). Наприкінці 2014 року Сирія була основним постачальником ВПО (7,6 млн) і біженців (3,88 млн). Іншими найбільшими країнами – постачальниками біженців стали Афганістан (2,59 млн) і Сомалі (1,1 млн) [7].

Проблема вимушеної міграції в Україні набула високої актуальності насамперед у зв'язку з тривалим військовим конфліктом у Донецькій та Луганській областях, а також після анексії Автономної Республіки Крим. За даними Міністерства соціальної політики, станом на 22 червня 2015 року загальна кількість зареєстрованих ВПО становила 1 358 000, приблизно 20 000 – з Криму, 743 014 виїхали за кордон. Із загальної кількості ВПО 12,6% – діти, 4,2% – люди з обмеженими можливостями, 60,2% отримують різні види пенсії. Але у зв'язку з тим, що процес встановлення централізованої системи реєстрації досі триває, реальна кількість ВПО залишається невідомою та може бути значно вищою. На даний час в Україні захист прав і законних інтересів біженців і ВПО здійснюється на основі двох законів: Закону України «Про біженців та осіб, які потребують додаткового або тимчасового захисту» № 3671-VI від 08.07.2011 р. (в ред. № 1251-VII від 13.05.2014 р.) і Закону України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» № 1706-VII від 20.10.2014 р. (в ред. №245-VIII від 05.03.2015 р.) [2, 3]. Але практика показує, що наявна законодавча база використовується недостатньо і не може забезпечити як дотримання прав внутрішньо переміщених осіб, так і збереження їх психічного здоров'я.

Вивчення психічних розладів, які спостерігаються при екстремальних ситуаціях, дало можливість Ю.А. Александровському виділити три періоди розви-

тку ситуацій, в яких спостерігаються різні психогенні порушення. Перший – гострий період – характеризується раптово виникаючою загрозою власному життю і життю близьких. Він триває від початку впливу до організації рятувальних робіт (хвилини, години). В цей період потужний екстремальний вплив зачіпає в основному інстинкт самозбереження і призводить до розвитку неспецифічних, позаособистісних психогенних реакцій, основу яких становить страх різної інтенсивності. У цей час переважно спостерігаються психогенні реакції психотичного і непсихотичного рівнів, у ряді випадків можливий розвиток паніки. Особливе місце в цей період займають психічні розлади у осіб, які отримали травми і поранення. М.М. Тимофеев (1967) відмічав, що «кожна закрита травма головного мозку може легко призвести до розвитку психогенних, невротичних реакцій і фіксації хворобливих симптомів».

У другому періоді, що перебігає при розгортанні рятувальних робіт, у формуванні станів дезадаптації і психічних розладів значно більше значення мають особливості особистості потерпілих, а також усвідомлення ними не тільки триваючої в ряді випадків життєво небезпечної ситуації, а й нових стресових впливів, таких як втрата рідних, роз'єднання сімей, втрата будинку, майна. Важливим елементом пролонгованого стресу в цей період є очікування повторних впливів, розбіжність очікувань з результатами рятувальних робіт, необхідність ідентифікувати загиблих родичів. Психоемоційне напруження, характерне для початку другого періоду, змінюється до його кінця підвищеною стомлюваністю і «демобілізацією» з астенодепресивними проявами.

У третьому періоді, який починається для потерпілих після їх евакуації в безпечні райони, у багатьох відбувається складна емоційна і когнітивна переробка ситуації, оцінка власних переживань і відчуттів, підрахунок утрат. При цьому актуальності набувають психогенно-травматичні фактори, пов'язані зі зміною життєвого стереотипу, проживанням у зруйнованому районі або в місці евакуації. Стаючи хронічними, ці фактори сприяють формуванню відносно стійких психогенних розладів. Поряд з неспецифічними невротичними реакціями і станами, в цей період починають розвиватися патохарактерологічні розлади. Соматогенні психічні порушення при цьому можуть мати різноманітний «підгострий» характер. У цих випадках спостерігається як «соматизація» багатьох невротичних розладів, так і певною мірою протилежні цьому процесу «невротизація» і «психопатизація», пов'язані з усвідомленням наявних травматичних пошкоджень і соматичних захворювань, а також з реальними труднощами життя постраждалих [6, 10].

Найбільш руйнівними для людини стають військові дії, які належать до антропогенних (загрозу становлять інші люди) екстремальних ситуацій. Існує думка, що надзвичайні події природного походження люди зазвичай переживають набагато легше, ніж антропогенні. Землетруси і повені постраждали розцінюють як волю Божу або дію безликої природи, – тут нічого не можна змінити. Екстремальні умови антропогенного характеру не тільки дезорганізують поведінку людини, а й «підривають» базові структури всієї її особистісної організації. У людей руйнується звична картина світу, а разом з

нею – уся система життєвих координат [1]. Основними травмуючими факторами при військових конфліктах є безпосередня небезпека для життя і здоров'я індивіда і його близьких, смерть близьких, фізичні травми [8]. Більшість зарубіжних дослідників, які вивчали психічні розлади у біженців з колишньої Югославії, виявили високі показники депресії, тривожних розладів, ПТСР і розладів, пов'язаних зі вживанням ПАР, що корелювали з тяжкістю пережитих травматичних подій під час війни [14, 19, 21, 22].

Вимушена міграція входить у число складно вирішуваних життєвих ситуацій. З повним правом її можна віднести до числа екстремальних, коли особистість стикається з надскладними життєвими обставинами, рівнозначними проблемі виживання. Вимушені мігранти, пройшовши через травматичні події, що істотно вплинули на їх психічне і фізичне здоров'я, переживають різке зниження соціально-економічного статусу, відрізняються підвищеною сенситивністю до етнокультурного контексту, труднощами адаптації і наявністю серйозних проблем у взаєминах з місцевим населенням [9]. Систематичний огляд поширеності психічних розладів серед 7 000 біженців, переміщених у західні країни, проведений 2005 року в Великобританії, показав, що поширеність ПТСР серед мігрантів у 10 разів перевищує таку серед загальної популяції [15].

За даними наукової медичної літератури, найчастішою причиною того, що вимушені мігранти стають пацієнтами психіатричних клінік, є депресія [16]. Депресія, у свою чергу, призводить до того, що ця категорія людей опиняється в зоні підвищеного суїцидального ризику. Ризик розвитку депресії у вимушених мігрантів визначається трьома основними факторами: вихідним рівнем депресивності, зростанням числа негативних і небажаних життєвих подій і зниженням соціальної підтримки. Серед факторів, які сприяють виникненню суїцидальних намірів у мігрантів, виділяють такі: сам факт міграції, ступінь асиміляції з приймаючою культурою, низький рівень згуртованості у власній етнічній групі, низьке соціально-економічне становище [9].

Групу ризику розвитку психосоматичних проблем складають насамперед люди, які пережили травми як у дитинстві, так і в дорослому віці. Пережиті травми ламають систему психологічного захисту і запускають механізми соматизації [11, 16]. Травматичний досвід вимушених мігрантів посилює у них ризик виникнення психосоматичних захворювань. Частою причиною розвитку таких розладів стають переживання втрати об'єкта прихильності, в тому числі тривала розлука з близькими, з батьківщиною, переживання відсутності звичної діяльності, професії [9]. До факторів ризику соматизації відносять біологічну схильність, індивідуальні особливості, соціодемографічні змінні (належність до жіночої статі, низький соціально-економічний рівень, низький рівень освіти), стосунки в сім'ї (дефіцит уваги з боку батьків, досвід жорстокого поводження в дитинстві, атмосфера домашнього насильства), стресові та травматичні події, соціальні та культурні умови, особистісні особливості [11, 12].

Процес міграції можна поділити на три складові: преміграція, міграція та постміграція. Кожен етап асо-

ціюється зі специфічними впливами і ризиками. Проблеми з психічним здоров'ям мігранти переживають до, під час і після переселення. Специфічні проблеми в галузі психічного здоров'я мігрантів спричиняють труднощі в спілкуванні через мовні і культурні відмінності; вплив культури на формування симптомів та динаміку хвороби, діагностику, лікування; відмінності в укладі сім'ї, процесі адаптації, акультурації і конфлікт між поколіннями; аспекти прийняття суспільства, яке приймає, що впливають на зайнятість, соціальний статус та інтеграцію. Ці питання можуть бути вирішені за допомогою спеціальних опитувань, використання навчених перекладачів, зустрічей з сім'ями і консультацій з громадськими організаціями [13].

Множинність діючих психогенних факторів ускладнює клінічну картину психічних розладів і може призвести до неправильної оцінки хворого лікарем. Без урахування культуральних і національних особливостей, а також без належного знання мови хворому можна приписати неіснуючі насправді сплутаність свідомості, тривоги, марення, дезорієнтування тощо. Тому при діагностиці психічних порушень необхідно керуватися цілком конкретними ознаками [5].

У посібнику, виданому Всесвітньою Організацією охорони здоров'я (1996) і перекладеному на російську мову в 1998 р. (Київ, видавництво «Сфера») під назвою «Психічне здоров'я біженців» дано нижчеописані рекомендації щодо виявлення людей з різними психічними порушеннями.

Симптоми і ознаки гострого психозу з порушенням свідомості, ніяких особливих проявів, порівняно зі звичайними хворобливими станами, не мають. Однак слід враховувати той факт, що в умовах міграції гострі психотичні стани можуть мати не тільки психогенне походження, але й бути викликаними іншими причинами: гострими інфекційними захворюваннями, дефіцитом вітамінів, травмою голови, різким припиненням прийому алкоголю або наркотиків.

Симптоми і ознаки стресу – психічні симптоми: дратівливість або гнів з незначного приводу; смуток, плач або почуття безпорадності; швидка зміна настрою; погана здатність до концентрації уваги, необхідність багаторазових повторень для засвоєння простих речей; нав'язливе повернення одних і тих самих думок. Фізичні симптоми: стомлюваність, головний біль, м'язова напруга, перебої в роботі серця, відчуття нестачі повітря, нудота або болі в животі, поганий апетит, неясні болі в руках, ногах або грудях, порушення менструального циклу у жінок. Поведінкові симптоми: зниження активності, відсутність енергії; підвищена активність, «невгамовність»; труднощі, пов'язані з необхідністю сконцентруватися на одній справі; вживання алкоголю або наркотиків для зниження напруги; порушення сну; недостатня емоційність; суперечки і незгоди; занадто велика залежність від інших у прийнятті рішень, необхідність постійної зовнішньої підтримки.

Симптоми і ознаки депресії – всепоглинаюче горе і глибока печаль; відсутність надії на краще; думки про заподіяння собі шкоди; сльозливість; постійне занепокоєння; тривога, напруга; відсутність радості життя; нестача

енергії, швидка стомлюваність; фізичні скарги – головний біль, що не проходить; поганий сон; втрата ваги; відсутність інтересу до сексу; проблеми з концентрацією уваги і пам'яттю; відчуття себе «поганим», нікчемним або менш шанованим, ніж інші люди.

Відомо багато досліджень, що свідчать про високу ймовірність екзацербції психічних розладів, асоційованих зі стресом, у віддаленому періоді, навіть без додаткового впливу нових стресорів [18, 20]. Зазначені вище симптоми необхідно активно виявляти, оскільки в екстремальній ситуації біженець може оцінювати свій стан як норму, відповідну його статусу, а тому не буде пред'являти скарг [7].

Метою дослідження було удосконалення діагностики психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб.

Матеріали та методи дослідження

Було проведено пілотне дослідження психічного стану 60 внутрішньо переміщених осіб, які тимчасово проживали в чотирьох санаторіях Одеської області, проаналізовано пасивні і активні скарги (з використанням PHQ, MINI – міжнародне нейропсихіатричне інтерв'ю) а також актуальні життєві проблеми.

Результати та їх обговорення

За умови інформованої згоди обстежено 60 ВПО, які тимчасово перебували в чотирьох санаторіях Одеської області. 42% обстежених мали групи інвалідності внаслідок різних соматичних і психічних захворювань, 36% були пенсіонерами, 22% здійснювали догляд за хворими родичами. 92% були свідками психотравматичних ситуацій: стрілянина, бомбардування, озброєні люди, смерть і травмування інших людей, залякування (в цей час переживали відчуття безпорадності, страху, жаху, заціпеніння), 8% виїхали раніше.

Близько 90% обстежених після переселення оцінювали своє матеріальне становище як «погане» або «дуже погане»; 93% були незадоволені житловими умовами, в яких вимушені перебувати; 36% відмічали напружені стосунки з сусідами у зв'язку з високою щільністю поселення; 87% наголошували на відсутності адекватної їжі; 89% відчували недостатність соціальної допомоги; з проблемами адаптації зіткнулись 44%; 74% відчували дискримінацію з боку місцевого населення та співробітників органів місцевого самоврядування; 98% назвали себе жертвами військових дій; 76% скаржились на недостатність або недоступність медичної допомоги (рис. 1).

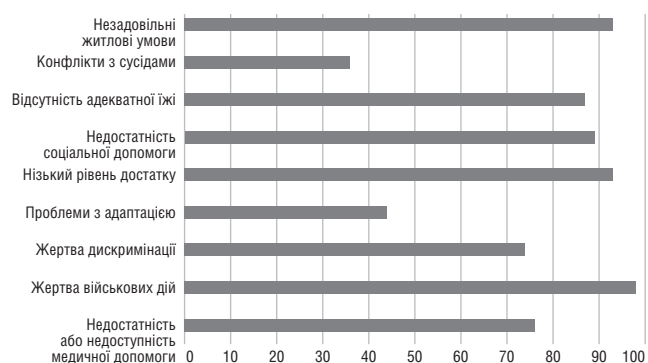


Рис. 1. Проблеми, з якими зіткнулись внутрішньо переміщені особи (%)

Переважає більшість ВПО сприймали своє життя як проблемне, перебували в стані певної дезадаптації, що негативно впливало на стан їх психічного здоров'я. Більшість скаржились на порушення сну – «важко заснути», «сон поверхневий», «немає відчуття відпочинку після сну» (67%); відчуття безпорадності – «нічого не можу змінити», «більше не керую своїм життям», «залежу від інших» (58%); тривогу – «не знаю, що зі мною буде далі», «переймаюся тим, де я буду завтра, що буду їсти», «хвилююся за своїх близьких, майно» (52%); пригнічений настрій – «поганий настрій», «втратив здатність відчувати радість», «постійно плачу» (49%), апатію – «немає бажання щось робити», «докладаю зусиль для того, щоб встати з ліжка, умитися, вдягнутися», «немає бажання слідкувати за своєю зовнішністю» (47%); втому, знесилення – «постійна втома», «ні на що немає сил», «з кожним днем сил все менше» (44%); труднощі з зосередженням – «не можу зосередитися, постійно думаю про те, що було і що буде далі», «кинув читати, не розумію, що написано, доводиться перечитувати», «не уловлюю зміст прочитаного» (34%); дратівливість – «все дратує», «зриваюся на людях, потім жалкую» (14%); 12% мали суїцидальні думки – «постійно думаю про те, що було б краще, якби я помер», «все одно я не доживу до кращих часів», «все добре для мене вже позаду, зупиняють лише думки про дітей» (рис. 2). Батьки повідомляли про негативні зміни у поведінці дітей, зокрема про підвищення рівнів страху і агресії. Низка осіб описували психосоматичні еквіваленти: «Чую звук літака, що пролітає, відчуваю напруження м'язів всього тіла, нутрощі ніби зав'язані в вузол, чекаю коли почнуть бомбардувати, потім настає розслаблення, нападає різка втома, ноги немов ватні».

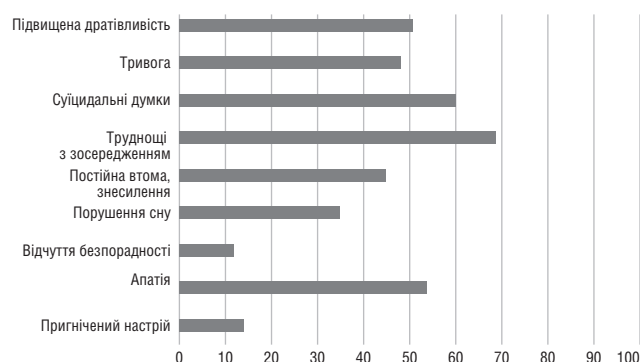


Рис. 2. Скарги, що пред'являють внутрішньо переміщені особи (%)

Феноменологічно окреслені скарги відповідають депресивним, тривожним і когнітивним порушенням різного ступеня вираженості. Вони потребують подальшої верифікації шляхом застосування клінічних шкал PHQ, MINI для визначення оптимальної тактики терапевтичного втручання.

Висновки

Стан психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб потребує своєчасної діагностики з метою профілактики виникнення психічних розладів. Заходи з охорони психічного здоров'я повинні зосередитися на виявленні психічних розладів, а також ПТСР, з використанням скринінгових методик.

Список використаної літератури

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 302 с.
2. Закон України «Про біженців та осіб, які потребують додаткового або тимчасового захисту» № 3671-VI від 08.07.2011 р. (в ред. № 1251-VII від 13.05.2014 р.).
3. Закон України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» №1706-VII від 20.10.2014 р. (в ред. № 245-VIII від 05.03.2015 р.).
4. Конвенция о статусе беженцев [Электронный ресурс] // ООН. – 1951. – Режим доступа до ресурсу: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/refugees.shtml.
5. Кржечковский А. Ю. Психические расстройства в экстремальных условиях и их медико-психологическая коррекция [Электронный ресурс] / А. Ю. Кржечковский // Медицинская психология в России : электрон. научный журнал. – 2011. – Режим доступа до ресурсу: http://www.medpsy.ru/mprij/archiv_global/2011_3_8/nomer/nomer04.php.
6. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях : справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.
7. Психическое здоровье беженцев / Всемирная Организация здравоохранения. – К.: Сфера, 1998.
8. Психогении в экстремальных условиях / Ю. А. Александровский, О. С. Лобастов, Л. И. Спицак, Б. П. Шукин. – М.: Медицина, 1991. – 97 с.
9. Психологическая помощь мигрантам. Травма, смена культуры, кризис идентичности : учебное пособие / Г. В. Солдатова, Л. А. Шайгерова, В. К. Калиненко, О. А. Кравцова. – М.: Смысл, 2002. – 479 с.
10. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах : метод. посіб. / за ред. І. Я. Пінчук, К. Д. Бабова, А. І. Гоженка. – К.: ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2014. – 92 с.
11. Холмогорова А. Б. Соматизация: культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян // Московский психотерапевтический журнал. – 2000. – № 2. – С. 5–50.
12. Холмогорова А. Б. Эмоциональные расстройства и современная культура (на примере соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств) / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян // Московский психотерапевтический журнал. – 1999. – № 2. – С. 61–90.
13. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care / L. J. Kirmayer, L. Narasiah, M. Munoz [et al.] // CMAJ. – 2011.
14. Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK / M. Bogic, D. Ajdukovic, S. Bremner [et al.] // The British Journal of Psychiatry. – 2012. – № 200. – С. 216–223.
15. Fazel M. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review / M. Fazel, J. Wheeler, J. Danesh // The Lancet. – 2005. – С. 1309–1314.
16. Furnham A. Culture Shock: Psychological Reactions to Unfamiliar Environments / A. Furnham, S. Bochner. – London and New York, 1986.
17. Global Trends Report [Электронный ресурс] // UNHCR. – 2014. – Режим доступа до ресурсу: <http://www.unhcr.org/2014trends/>.
18. Long-term mental health of Vietnamese refugees in the aftermath of trauma / A. B. Vaage, P. H. Thomsen, D. Silove [et al.] // The British Journal of Psychiatry. – 2010. – С. 122–125.
19. Mental Disorders Following War in the Balkans: A Study in 5 Countries / S. Priebe, M. Bogic, D. Ajdukovic [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. – 2010. – № 67. – С. 518–528.
20. Prolonged internal displacement and common mental disorders in Sri Lanka: the COMRAID study / C. Siriwardhana, A. Adikari, G. Pannala [et al.] // PLoS One. – 2013. – № 8.
21. Psychiatric and Cognitive Effects of War in Former Yugoslavia: Association of Lack of Redress for Trauma and Posttraumatic Stress Reactions / M. Başoğlu, M. Livanou, C. Crnobaric [et al.] // JAMA. – 2005. – № 294. – С. 580–590.
22. Psychological consequences of war trauma and postwar social stressors in women in Bosnia and Herzegovina / [M. Klaric, B. Klaric, A. Stevanovic [et al.] // Croat. Med. J. – 2007. – № 48. – С. 167–76.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЖИЗНИ И НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ВРЕМЕННО ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ

Е.А. Хаустова, Н.В. Коваленко

Актуальность. Вынужденная миграция относится к наиболее острым проблемам современного мира, с которой сегодня столкнулась и Украина в связи с аннексией Автономной Республики Крым и длительным военным конфликтом в Донецкой и Луганской областях.

Методы. Были проанализированы жалобы и актуальные жизненные проблемы 60 внутренне перемещенных лиц (ВПЛ), которые временно проживали в четырех санаториях Одесской области.

Результаты. Среди проблем, с которыми столкнулись ВПЛ, встречались: ухудшение материального положения, неудовлетворенность жилищными условиями, конфликты с соседями, отсутствие адекватной пищи, недостаточность социальной помощи, проблемы с адаптацией, дискриминация со стороны местного населения и сотрудников органов местного самоуправления, недостаточность или недоступность медицинской помощи. Частыми жалобами были: нарушение сна, чувство беспомощности, тревога, подавленное настроение, апатия, усталость, упадок сил, трудности с концентрацией, раздражительность, суицидальные мысли.

Выводы. Состояние психического здоровья ВПЛ требует своевременной диагностики с целью профилактики возникновения психических расстройств.

Ключевые слова: нарушения психического здоровья, жалобы, проблемы жизни, вынужденная миграция.

ACTUAL PROBLEMS OF LIFE AND VIOLATIONS OF MENTAL HEALTH IDPS

O. Khaustova, N. Kovalenko

Objectives. Forced migration is one of the most acute problems in contemporary world, which today faced and Ukraine due to prolonged military conflict in the Donetsk and Lugansk regions, and after Crimea annexation.

Methods. We analyzed the complaints and urgent problems in life of 60 internally displaced persons (IDPs), who temporarily lived in Odessa region four health centers.

Results. Among the problems encountered by IDPs were met: worsening financial situation, dissatisfaction with living conditions, conflicts with neighbors, lack of adequate food, lack of social support, problems with adaptation, discrimination by the local population and local government employees, failure or unavailability of medical care. The most common complaints were: sleep disturbance, feeling of helplessness, anxiety, depressed mood, apathy, fatigue, exhaustion, difficulty in concentration, irritability, suicidal thoughts.

Conclusion. The mental health of IDPs require the early diagnosis to prevent the beginning of mental disorders.

Key words: violation of mental health, complaint, problems of life, forced migration.

С.М. Мороз, А.К. Моргачева, И.П. Яворская, Р.П. Хаитов

ТРАВМА ВЗРЫВНОЙ ВОЛНОЙ, КОМОРБИДНАЯ СО СТРЕССОМ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»,
г. Днепропетровск
psookbm@gmail.com

Ключевые слова:

травма взрывной волной, контузия центральной нервной системы, критерии дифференциальной диагностики, нейропсихологическое и клиническое исследования.

Статья посвящена актуальным вопросам дифференциальной диагностики при контузии головного мозга коморбидной со стрессом боевых действий. Дано научное обоснование диагностических критериев дифференциальной диагностики, основанное на результатах комплексного клинического и нейропсихологического исследований.

Известно, что структура психической патологии – это отражение жизни современного общества. Еще полтора года назад невозможно было себе представить столь сильное напряжение политической, экономической, социальной ситуации в стране, военные действия на территории Украины, ранения, смерть, нарастающий гражданский конфликт.

Военные действия, помимо очевидных различных неблагоприятных воздействий на человека (физические травмы, недоедание, недосыпание, инфекции, стрессы и др.), сопровождаются массовыми психогенными и соматогенными влияниями, а также характеризуются одновременным поражением большого количества людей, т.е. индукцией.

Поступление большого количества раненых из очага проведения антитеррористической операции требуют дополнительной квалификации медицинского персонала и дополнительного изучения причин, факторов возникновения, механизмов развития, квалификации симптомов заболевания, а также разработки стратегий оказания помощи таким пациентам. У больных, поступающих из зоны АТО, чаще всего выявляются не только физические нарушения, но и достаточно большой комплекс выраженных психических расстройств, которые еще только предстоит полностью выявить, классифицировать и определить комплекс лечебных мероприятий, необходимых данной категории пациентов. Всех раненых, доставленных из зоны АТО в КУ «ДОКБМ» с различными ранениями и сохраненным состоянием сознания с их согласия осматривали врачи-психиатры с целью оказания им необходимой психолого-психотерапевтической помощи.

В процессе этой работы нами была выявлена группа больных, доставленных из зоны антитеррористической операции с психическими расстройствами, которые ранее, в мирное время, не встречались и не укладыва-

лись в клиническую картину известных психических заболеваний. Это и явилось основанием для проведения данного исследования.

Цель исследования – изучение этиологии, патогенеза и структуры психических расстройств у раненых, доставленных из зоны антитеррористической операции.

Материал и методы исследования

Обследовано 39 больных (мужчин в возрасте от 24 до 52 лет), у которых предварительно диагностирована острая реакция на стресс с нарушением эмоций и поведения и однотипной картиной заболевания. Все пациенты – участники боевых действий в зоне антитеррористической операции, 24 из них имели ранения легкой или средней степени тяжести. Пациенты при поступлении не вступали в контакт, не предъявляли жалоб, были безучастны к окружающей обстановке, не реагировали на обращенную речь, у них отмечались нарушения сна: ночное время, со слов соседей по палате, они переживали очень тяжело, вечером у них нарастала психомоторная активность, неусидчивость, пациенты засыпали только под утро. Часто пациенты, нуждающиеся в иммобилизации, вскакивали с постели среди ночи, срывали с себя иммобилизационные приспособления и пытались куда-то бежать, а после пробуждения не могли понять, что с ними происходило и часто полностью амнезировали эти эпизоды. Позже, когда больные начинали говорить, они сообщали о том, что им по ночам снится, будто они продолжают воевать, днем их не оставляет немотивированное чувство тревоги, раздражительная слабость, головокружения, разбитость, головные боли, звон или гул в ушах, иногда провалы в памяти. Признаков нарушения функций внутренних органов обнаружено не было.

Анамнестически все больные отмечали, что были отброшены взрывной волной при обстреле тяжелой ар-

тиллерией, в некоторых случаях это сопровождалось потерей сознания. Впоследствии наблюдались расстройства слуха, либо слуха и речи, достаточно часто наблюдалось заикание. Эти нарушения носят специфический характер. Слух одномоментно утрачивался на оба уха. Потеря речи сочеталась с глухотой и никогда не проявлялась самостоятельно. Заикание заключается в слове произношения слов, не содержит задержки перед началом произношения, нет сдвоенных букв и слогов, нет двигательной артикуляции, произношение слов напоминает «зубчатое колесо», не заикание, а спотыкание в произношении. Чтение и письмо не нарушались, что позволило работать с пациентами посредством переписки.

Пациентам проводили клинко-психопатологическое обследование, осмотр невропатолога и отоларинголога; регистрацию и анализ ЭЭГ на компьютеризированной системе DX-5000P, унифицированной по европейским стандартам; МРТ и КТ головного мозга, аудиограмму; нейропсихологическое обследование проводили по методике А.Р. Лурия, патофизиологическое обследование личности – с помощью теста смысло-жизненных ориентаций Д.А. Леонтьева и сокращенного варианта Миннесотского многопрофильного личностного опросника Мини-мульт.

Результаты и их обсуждение

Клинко-психопатологическое обследование проводили на уровне симптомов и синдромов. В результате этого обследования у больных были выявлены различные клинко-психопатологические симптомы, которые образовывали несколько ведущих синдромов: депрессивно-дисфорический, тревожный и конверсионно-ипохондрический. На фоне выявленных синдромов появились состояния, напоминающие психомоторные эквиваленты пароксизмальных состояний, а также иллюзии и галлюцинации. Все отслеживаемые галлюцинации сна оказались связанными с событиями в зоне боевых действий, были очень реалистичными, в основном зрительными и звуковыми, а также связанными с ощущением движения. Указанная симптоматика была единичной, выходила за рамки стандартной структуры ведущего клинического синдрома и исчезала через несколько дней после начала лечения.

Депрессивный синдром характеризовался «симптомом разматывания воспоминаний». Пациенты, вопреки своей воле и желанию, под влиянием посторонней силы вынуждены вспоминать те или иные события своей жизни, все актуальные события переживались в призматическом воспоминаний.

Тревожный синдром характеризовался сломом приоритетов, тем, что появлялась немотивированная тревога, не связанная с актуальными обстоятельствами и провоцирующая продолжать военные действия, актуальная ситуация не волновала, несмотря на тяжесть состояния и необходимость принимать судьбоносные решения.

Конверсионно-ипохондрический синдром характеризовался не критичностью пациентов к своему состоянию, повышенной необоснованной требовательностью со стороны пациентов к врачам, их отношению, своему лечению, особому больничному режиму.

У некоторых больных наблюдали психомоторные эквиваленты и приступы агрессии (дисфории) на протяжении всего дня.

Первичное лечение проводилось СИОЗ (паксил 20–40 мг в сутки, мертазапин – 30 мг в сутки), при психомоторных эквивалентах и дисфориях давали габапентин (900 мг в сутки). Вследствие данной терапии нормализовался сон, нивелировалась клиника эпизеквивалентов.

Всем больным проводили электроэнцефалографическое обследование мозга с топографическим картированием. При анализе результатов ЭЭГ-картирования в 85% случаев была обнаружена повышенная судорожная готовность или субклиническая эпилептиформная активность, локализуемая преимущественно в височных, лобно-височных или лобных отделах головного мозга. Также диагностированы снижение амплитуды биопотенциалов в диапазонах альфа- и тета-ритмов, доминирование медленных ритмов в префронтальных теменно-височных отделах, стирание межполушарной асимметрии, что является косвенным признаком ослабления тонуса коры больших полушарий мозга за счет снижения активности пейсмейкерных механизмов ретикулярной формации. У всех больных высокий процент представленности дельта-ритма свидетельствовал о наличии структурно-медиаторных нарушений.

В связи с вышеперечисленным больным были назначены дополнительные обследования – МРТ и КТ головного мозга, обследования отоларингологов и неврологов, психологов с целью проведения нейропсихологического тестирования. МРТ и КТ головного мозга не выявили каких-либо органических поражений головного мозга. Также не было обнаружено значимых нарушений при неврологическом обследовании.

Однако, наряду с этим выявлены поражения органов слуха, соответствующие баротравме, которые обуславливают высокую чувствительность к вредным воздействиям и ограниченную генеративную способность периферического нейроэпителлия. Острое контузионное поражение уха своеобразно и почти не имеет аналогии в клинике заболеваний мирного времени. Его отличают некоторые особенности:

- поражается весь слуховой анализатор, от периферии до коры мозга;
- имеет место многообразие патогенеза – расстройство кровоснабжения, разрывы сосудов, кровоизлияния, смещение элементов внутреннего уха, изменения со стороны ЦНС;
- высокая лабильность течения заболевания.

Важной задачей во время обследования было выявление участия в процессе различных отделов органа слуха. Особое внимание уделяли среднему уху. Установлено, что отсутствие отоскопических изменений не является абсолютным признаком нормального состояния звукопроводящего аппарата. С помощью аудиограммы отследили контузионные изменения в слизистой барабанной полости, в ее сосудистой системе, а также в слуховых косточках и в жидкой системе внутреннего уха. На аудиограммах этих пациентов наблюдали повышение порогов костно-воздушной проводимости на всех частотах, наличие костно-воздушного интервала 15–30 дБ в остром периоде. Вы-

явленная глухота позволила объяснить не только нежелание общаться, но и невозможность реализовать общение, что свидетельствовало о поражении мозга. Для уточнения степени поражения было проведено нейропсихологическое обследование.

Нейропсихологическое тестирование проводили по методике А.Р. Лурия (Лурия А.Р., 1973; Хомская Е.Д., 2003). Дополнительно осуществляли детальное исследование праксиса с количественной оценкой результата выполнения таких проб, как «Кулак-ребро-ладонь», «Воспроизведение позы пальцев руки», «Рисунок тола и куба», «Воспроизведение бессмысленных движений руки по предлагаемому экзаменатором образцу», «Воспроизведение и копирование положений руки экзаменатора» (Лурия А.Р., 1969; Глозман Ж.М., 1999; Benson D.F., Barton M.I., 1970; De Renzi E., Lucchelli F., 1988; Kimura D., Archibald Y., 1974). Нейропсихологическое тестирование позволило выявить различного рода нарушения высших психических функций, которые не были тотальными, имели частичный характер, часто с нарушениями либо праксиса, либо гнозиса. Причем степень включенности гностических нарушений впоследствии определила не только характер терапевтических воздействий, но и прогностические планы на выздоровление пациента.

Анализ исследования личности позволяет констатировать наличие дезадаптивного состояния, развившегося на фоне травмы взрывной волной, коморбидной со стрессом боевых действий, в результате дезорганизующего влияния ситуации. Отмечаются глобальные нарушения адаптации в двух ведущих направлениях: невозможности самореализации, достижения успеха в виду нарушения личностного строя и невозможности противодействовать средовым факторам, ограничивающим самореализацию. Нарушения личности реализуются по невротическому и социально-поведенческому типам.

По результатам исследования сферы смысловых ориентаций по всем шкалам наблюдается значительное снижение результатов, в сравнении с условно здоровыми пациентами ($p < 0,05$). Пациенты указывают на отсутствие целей в жизни, кроме одной – закончить миссию в зоне АТО, неудовлетворенность своей жизнью в настоящем, прошлое оценивается как незначимое, оно обесценивается в виду сложившейся ситуации. Наиболее проблемной областью является субъективная управляемость жизни. Все отмечают иллюзорность свободы выбора в жизни, бессмысленность построения планов на будущее.

Представленные данные позволили диагностировать контузию головного мозга, чаще всего (более чем в 90% случаев) смешанного варианта. Контузия – это общее поражение организма вследствие резкого механического воздействия (воздушной, водной или звуковой волной, удар о землю), которое не обязательно сопровождается механическими повреждениями органов и тканей. В основе патогенеза контузии лежит запредельное торможение центральной нервной системы, возникающее в ответ на сверхсильное раздражение. Контузия головного мозга – сборное понятие, вмещающее в себя ряд различных соматических и психических признаков. Общим

для них является этиологический момент – наступление после непосредственного ушиба головы или воздействия воздушной волны, возникшей при взрыве. Нарушения при контузии головного мозга обусловлены факторами механического и психического свойства. К первым относится воздействие на органы чувств, особенно слуховой нерв и кожу, воздушных волн. Психическая травма состоит в перенапряжении при ожидании взрыва во время пребывания на передовых линиях фронта, перед боем и во время него, осознании ранения, страхе смерти, непонимании своего состояния. Чаще всего мы наблюдали сочетанное воздействие.

Предрасполагающими к контузии головного мозга моментами являются утомление, недостаточность сна, недоедание. Имеет значение и индивидуальное предрасположение (невропатии, наличие в анамнезе употребления алкоголя или наркотических веществ). В большинстве случаев контузии головного мозга следует говорить об отсутствии структурных изменений при наличии шока. Клинический синдром тяжелого состояния контузии головного мозга, с которым мы столкнулись и которое может тянуться днями и даже неделями, сопровождается состоянием оглушенности, жалобами на головную боль, головокружение, чувство прилива крови к голове. Очень частым симптомом является глухота, к которой иногда присоединяется немота. В редких случаях уже на начальном этапе мы наблюдали приступы судорог – иногда эпилептического, иногда истерического характера. Дальнейшее течение контузии головного мозга крайне разнообразно.

Дальнейшее наблюдение позволило констатировать улучшение состояния в течении 2–3 недель. После проведенного лечения на контрольной аудиограмме видно уменьшение костно-воздушного интервала до 0–15 дБ. Восстановление речи и слуха происходили одновременно и параллельно. Иногда восстановление речи сопровождалось появлением заикания, которое проходило вместе с восстановлением слуха. Ушли жалобы на провалы в памяти, головокружения, мигрень, боли неясного происхождения, бессонницу, однако наблюдались ситуации, в которых сохранялось снижение внимания и сосредоточения, а также психологические проблемы, чаще всего смыслообразующего характера, адаптации в условиях актуальной реальности не только внешней, но и внутренней действительности с учетом состояния организма.

Выводы

Последствия контузий легкой и средней степени выраженности требуют своевременной дифференциальной диагностики. Диагностическими критериями поражения ЦНС взрывной волной являются следующие:

Диагностируемая психопатологическая симптоматика в виде клинических психопатологических синдромов: депрессивно-дисфорического, тревожного и конверсионно-ипохондрического;

Наличие церебрастений в виде раздражительности, раздражительной слабости, заострения характерологических особенностей личности;

Наличие психомоторных эквивалентов пароксизмальных состояний с соответствующими изменениями

ЭЭГ в виде повышенной судорожной готовности или субклинической эпилептиформной активности, локализующейся преимущественно в височных, лобно-височных или лобных отделах головного мозга;

Отсутствие каких-либо органических поражений головного мозга при МРТ и КТ головного мозга;

Выявляемые с помощью нейропсихологического тестирования различного рода нарушения высших психических функций, которые не имеют тотального характера, состоят из частичных нарушений, часто с нарушениями либо праксиса, либо гнозиса;

Поражение органов слуха, соответствующее баротравме, обуславливающее высокую чувствительность к вредным воздействиям и с ограниченной регенеративной способностью периферического нейроэпителия.

Основной задачей врачей является необходимость дифференцировать нервно-психические и соматические синдромы, обусловленные сотрясением мозга и связанные с воздействием воздушной волны на другие органы, от психогенных нарушений и даже истерических

реакций в ответ на окружающую ситуацию в условиях военного времени.

Список использованной литературы

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии / А.Н. Белова. – М.: Просвещение, 2004. – 408 с.
2. Ипатов А.В. Психотерапевтические аспекты индивидуальной программы реабилитации инвалидов с хроническими соматическими заболеваниями и пути повышения ее эффективности / А.В. Ипатов, Б.В. Михайлов, С.М. Мороз // Архив психиатрии. – 2009. – №3-4. – С. 67-71.
3. Михайлов Б.В. Инвалидность как хроническая психотравмирующая ситуация / Б.В. Михайлов, С.М., Мороз // Архив психиатрии. – 2008. – Т.14, № 2 (53). – С.4-8.
4. Позодина Т.Г. Структура посттравматических нервно-психических расстройств у участников локальных вооруженных конфликтов // Неврологический вестник. – 2004. – Т. XXXVI, вып. 1-2. – С.16-20.
5. Сергеев И.И. Психотерапевтическая реабилитация невротических расстройств / И.И. Сергеев // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – Т.5, №6. – С.1-14.
6. Травмы войны. Тысячи украинцев нуждаются в психологической помощи / И.Я.Пинчук // <http://news.bigmir.net/ukraine/859940-Travmi-voini-Tisyachi-ukraincev-nyjdautsya-v-psihologicheskoi-pomoshi>
7. Fleming S., Ponsford J. Long term outcome after traumatic brain injury // Br. Med. J. – 2005. – 331. – 1419-20.
8. Katz D.I., Alexander M.P. Traumatic brain injury. Predicting course of recovery and outcome for patients admitted to rehabilitation // Arch. Neurol. – 1994. – 51. – 661-70.
9. Prigatano G.P. Rehabilitation intervention after traumatic brain injury // BNIQ. – 1998. – 4. – 30-7.

ТРАВМА ВИБУХОВОЮ ХВИЛЕЮ, КОМОРБІДНА ЗІ СТРЕСОМ БОЙОВИХ ДІЙ С.М. Мороз, А.К. Моргачова, І.П. Яворська, Р.П. Хайтов

Робота присвячена актуальним питанням диференційної діагностики при контузії головного мозку, коморбідній зі стресом бойових дій. Дане наукове обґрунтування діагностичних критеріїв диференційної діагностики, засноване на результатах комплексного клінічного та нейропсихологічного досліджень.

Ключові слова: травма вибуховою хвилею, контузія центральної нервової системи, критерії диференційної діагностики, нейропсихологічне і клінічне дослідження.

BLAST TRAUMA COMORBID STRESS FIGHTING S. Moroz, A. Morgacheva, I. Jaworskaya, R. Khaitov

The article presents the topical issues for diagnosis of brain concussion comorbid with fighting stress. The diagnostic criteria based on the results of a comprehensive clinical and neuropsychological research.

Key words: blast trauma, concussion of the central nervous system, criteria for differential diagnosis, neuropsychological and clinical research.

УДК 616.89

Н.М. Степанова, А.К. Ладик-Бризгалова, С.В. Болтонос, А.С. Сулімовська СОЦІОДЕМОГРАФІЧНА ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова:

учасник бойових дій,
посттравматичні
психічні порушення,
проективні методики,
малюнковий тест
Вартегга, рівень
перитравматичної
дисоціації.

У статті представлені результати клініко-психопатологічного та діагностичного досліджень учасників бойових дій, проведених на базі Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни. Особливу увагу приділено індивідуально-психологічним особливостям і психічним станам учасників бойових дій в умовах госпіталю.

Актуальність. Участь у бойових діях можна розглядати як стресову подію виняткового характеру, наслідки якої можуть мати істотні відмінності, порівняно з цивільними травмами. Сцени насильства, убивство і поранення товаришів по службі та почуття відпо-

відальності за їх смерть – це ті елементи військового середовища, що особливо негативно впливають на військовослужбовців. Асиметричний, неконвенціональний характер сучасної війни та відсутність в Україні засад тактичної медицини ускладнюють адаптацію

військовослужбовця до стресових умов і посилюють ймовірність виникнення пов'язаних зі стресом розладів. Андерсен та колеги у трирічному проспективному дослідженні аспектів стресостійкості датських ветеранів, які повернулися із Афганістану, зійшлися у висновках, що реакції у відповідь на гострий стрес дуже варіативні, тому в діагностиці важливо враховувати індивідуальні особливості систем реагування. Соціально-культурний контекст обумовлює власну систему цінностей, ролей, способу життя і знань та відіграє важливу роль у формуванні стресостійкості та адаптації. Тому потрібен комплексний підхід до вивчення особливостей перебігу посттравматичних психічних порушень у військовослужбовців – учасників бойових дій, з урахуванням соціальних та особистісних характеристик, що має стати підґрунтям для вдосконалення лікувально-профілактичних заходів.

Матеріали та методи дослідження

За період з жовтня 2014 р. по лютий 2015 р. на базі Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни, неврологічного відділення відновного лікування пацієнтів із захворюваннями і травмами центральної та периферійної нервової системи і опорно-рухового апарату було проведено дослідження психічного стану 96 учасників бойових дій.

Дослідження здійснювали з використанням наступних методів: клініко-психопатологічного, соціодемографічного, патопсихологічного (опитувальника перитравматичної дисоціації, тесту незавершених малюнків Вартегга, Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS)).

Тест Вартегга розроблений німецьким психологом Еріком Вартеггом у 30-х роках минулого століття. Він базується на відомому методі незакінчених малюнків. Стимульний матеріал тесту являє собою 8 квадратів, у кожному з яких зображена проста фігура або лінія. Випробуваному необхідно завершити графічний незакінчений об'єкт у кожному з квадратів.

Характеристика досліджуваного контингенту. Цільову вибірку склали 96 військовослужбовців, які постраждали внаслідок бойових дій. Усі опитувані – чоловіки. Серед найпоширеніших причин перебування на лікуванні були струс головного мозку, посттравматичні невропатії, загострення хронічних захворювань опорно-рухового апарату, наслідки пошкодження кінцівок – дефекти м'яких тканин, кісткові дефекти тощо.

Серед досліджуваного контингенту у віці 20–25 років був 21 (22%) респондент, у віці 26–35 років – 47 (49%), у віці 36–45 років – 22 (23%), у віці 46 років та більше – 6 (6%).

Серед опитуваних переважали одружені – 52 (54%), частіше без дітей – 48 (50%) або з однією дитиною в сім'ї – 29 (30%), рідше – з двома та більше дітьми – 17 та 2 (18 та 2% відповідно).

За показником освіти (рис. 1) серед контингенту обстежуваних було виділено наступні групи: переважала група з цивільною освітою – 93 (91%), значно меншою за чисельністю була група з військовою освітою 3 (3%). 6% досліджуваних мали і військову, і цивільну освіту.



Рис. 1. Розподіл за показником освіти (%)

Серед респондентів, які мали цивільну освіту, найбільшу частку склали особи з середньою спеціальною освітою – 34 (37%). Обстежуваних з вищою та середньою освітою було менше – 29 (31%) та 20 (22%) осіб відповідно. Серед групи осіб, які мали військову освіту, вища була у 50%; середня спеціальна – у 33%.

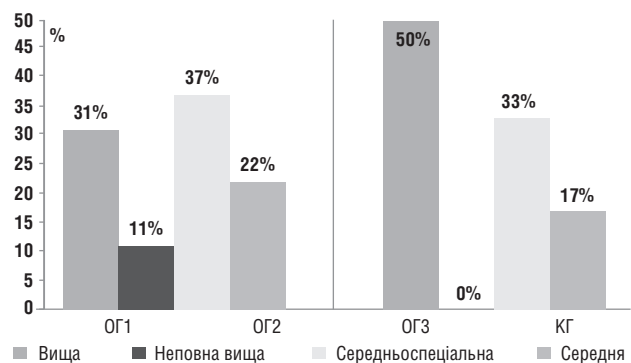


Рис. 2. Розподіл за показником рівня освіти (%)

Майже половина досліджуваних – 41 військовослужбовець (43%) – перебували у зоні бойових дій від 3 до 4 місяців. 35 військовослужбовців (36%) перебували у зоні бойових дій від 1 до 2 місяців, більше 5 місяців – 20 військовослужбовців (21%). Розподіл тривалості участі в бойових діях, представлений на рисунку 3.

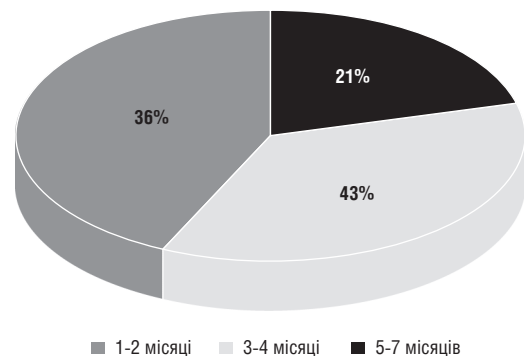


Рис. 3. Тривалість участі військовослужбовця в бойових діях (%)

Загалом середня тривалість участі у бойових діях складала 120 днів.

Серед 96 пацієнтів відділення у 18 (19%) було діагностовано посттравматичний стресовий розлад згідно з критеріями МКХ-10 (рис. 4). У більшості випадків посттравматичний стресовий розлад був поєднаний із наслідками черепно-мозкової травми різного ступеня тяжкості. У більшості пацієнтів психічних розладів виявлено не було.



Рис. 4. Наявність ознак посттравматичного стресового розладу (%)



Рис. 5. Показники психоемоційного стану: рівень тривоги та депресії

У 25 респондентів (26%) були наявні ознаки субклінічної тривоги, у 20 (21%) – субклінічної депресії, у 11 (11%) – клінічно вираженої тривоги та клінічно вираженої депресії за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS) (рис. 5).

За даними опитувальника перитравматичної дисоціації, у 35 пацієнтів (36%) був виявлений підвищений рівень перитравматичної дисоціації; у 15 (16%) – високий, у 3 (3%) – дуже високий. Результати представлені на рисунку 6.



Рис. 6. Рівень перитравматичної дисоціації в учасників бойових дій

Дослідження індивідуально-психологічних особливостей особистості бійців здійснювали за допомогою тесту Вартега. Узагальнену характеристику образу «Я», актуальних переживань, проблем та внутрішніх ресурсів в учасників бойових дій відображено у таблиці.

Таблиця. Проблемні області та ресурсний потенціал особистості в учасників бойових дій за тестом Е. Вартега

Показники	Характеристика індивідуально-психологічних особливостей особистості	%
Образ «Я»	- самовідчуття невірності, потреба у захисті образу «Я» - занижений рівень самооцінки	86
Соціальне «Я» (приспосовання до навколишнього світу)	- соціально адаптована людина - сильна напруженість та незадоволеність ситуацією	67
Особистісний ріст, планування майбутнього	- прагнення проявити себе - амбіційність, високі домагання щодо майбутнього	46
Страхи та механізми психологічного захисту	- усі свої страхи і тривоги людина тримає всередині себе, мало кому відкривається, не показує своїх переживань	92
Енергійність, ініціативність, жадоба діяльності	- блокування власної життєвої енергії - низька здатність справлятися з перепонами та вирішувати проблеми - гальмування прагнень - тривожність - страх рухатися вперед	58
Потреба в особистісних стосунках	- бажання набути впевненості і стабільності в особистісних стосунках - потреба у близьких міжособистісних стосунках	33
Афективна сфера	- тривожність - чутливість до незначних змін - необхідність підтримки ззовні	42
Відчуття захищеності (безпеки)	- потреба у захисті і належності до когось - внутрішній світ особистості закритий	38

Результати дослідження показують, що для 86% респондентів, які отримали поранення та пережили реальність війни, характерним є занижений рівень розвитку самооцінки, порушення самовідчуття та відсутність виявлення власного «Я», що може бути однією з причин розвитку посттравматичних психічних порушень. Значній частині досліджуваних притаманна потреба у захисті власного «Я».

Більшість учасників бойових дій демонструють високу адаптивність (67%), у них спостерігається жага боротися за власне здоров'я, що може стати запорукою позитивного прогнозу щодо профілактики захворювання. Безумовно, сприятливим для соціальної адаптації учасника бойових дій виявляється формування позитивних переконань щодо власних можливостей та наявність ресурсів. Але водночас для них характерна сильна напруженість та незадоволеність ситуацією, яка склалася.

Свої страхи і тривоги 92% опитуваних тримають в собі, мало кому відкриваються та демонструють їх. Водночас гострота негативних переживань (тривожність, самотність, страх перед майбутнім) призводять до стану

безпорадності, знижується здатність справлятися з перепонами і вирішувати проблеми (58%), може проявлятися потреба у захисті і належності до когось, необхідність підтримки ззовні.

На нашу думку, для профілактики посттравматичних психічних порушень учасникам бойових дій необхідно: зміцнити наявні ресурси, оптимізувати самооцінку, знизити тривогу та напруженість, навчитися справлятися зі своїми страхами. Одним із способів досягнення цього є участь у лікувально-профілактичних заходах.

Висновки

У результаті дослідження виявлено типові соціально-демографічні та патопсихологічні характеристики військовослужбовців, які брали участь у бойових діях.

Встановлено, що серед військовослужбовців переважає вікова група від 26 до 35 років – 49%. Більшість військовослужбовців одружені (54%), половина з них мають дітей. Переважна більшість військовослужбовців не мали військової освіти, вони отримали відповідну підготовку під час служби в армії.

Термін безперервного перебування у зоні бойових дій значно перевищував 30 днів у більшості військовослужбовців. Середня тривалість участі у бойових діях склала 120 днів.

У більшості військовослужбовців психічних розладів виявлено не було. У 19% було діагностовано посттравматичний стресовий розлад, що не суперечить з аналогічними світовими показниками. У більшості випадків посттравматичний стресовий розлад був поєднаний із наслідками черепно-мозкової травми різного ступеня тяжкості.

Виявлені за допомогою Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) тривога та депресія переважно мали субклінічний характер.

У 55% військовослужбовців був підвищений рівень перитравматичної дисоціації.

За результатами тесту Вартегга, поряд з високою адаптивністю, характерними тенденціями виявилися: самовідчуття невірноваженості, висока тривога та напруженість, наявність страхів, потреба у захисті образу «Я» та необхідність підтримки ззовні.

Виявлені особливості можуть стати підґрунтям для подальших досліджень у сфері надання лікувально-діагностичних послуг особам із посттравматичними психічними порушеннями.

Список використаної літератури

1. Вартегг Э. Уровневая диагностика / Калинин В. К. Рисуночный тест Вартегга. – М.: Смысл, 2006. – 239 с.
2. Гриневич Є. Г. Психотерапія, психопрофілактика та корекція постраждалих з психічними розладами внаслідок надзвичайних ситуацій: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня д-ра мед. наук: 14.01.16 / Є. Г. Гриневич; Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. – К., 2008. – 44 с.
3. Доценко В. В. Особливості зміни самосвідомості у працівників міліції в період переживання кризи середини життя / В. В. Доценко // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія. – 2012. – Вип. 42 (2). – С. 9–19.
4. Загальні принципи розробки плану реагування та взаємодії закладів охорони здоров'я під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків: метод. рекомендації / МОЗ України, Укр. центр наук. мед. інф. та пат.-ліценз. роботи; Укл. Роцін Г. Г. та ін. – К., 2013. – 30 с.
5. Інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги після травматичного стресового розладу: методичні рекомендації. – К.: [Б. в.], 2014. – 32 с.
6. Комплексна система лікування психічних і психосоматичних розладів у осіб з аутоагресивною поведінкою: методичні рекомендації / О. С. Чабан, С. Г. Полішкова, І. О. Франкова [та ін.], // – Київ. – 2013. – 35 с.
7. Оптимізація підходів до надання психіатричної допомоги відповідно до сучасних потреб учасників бойових дій: методичні рекомендації. – К.: [Б. в.], 2014. – 50 с.
8. Родіна Н. В. Проективна експрес-методика, що заснована на стимульному матеріалі тесту Вартегга. Застосування у вивченні копіпінгу / Н. В. Родіна // Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка. Проблеми загальної та педагогічної психології. – 2010. – Т. 12, Ч. 2. – С. 247–257.
9. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах: методичний посібник. – К.: [Б. в.], 2014. – 92 с.
10. Чабан О. С. Діагностика та лікування психосоматичних розладів в загальній медичній практиці (на прикладі метаболічного синдрому Х) / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, О. Ю. Жабенко: методичні рекомендації. – К.: [Б. в.], 2009. – 40 с.
11. Чабан О. С. Деадаптація людини в умовах суспільної кризи: нові синдроми та напрямки їх подолання / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2012. – Т. 5, № 1 (17). – С. 20–27.
12. Чабан О. С. Нейропсихологічний аспект Четвертої мирової війни / О. С. Чабан // *Нейро News*. – 2012. – № 4 (39). – С. 30–35.
13. Чабан О. С. Ритуали в аспекте культуральних, временних і просторових факторів. Психотерапевтична клініка «хрестоматія / под ред. Самохвалова В. П., Чабана О. С. – Тернопіль: ТДМУ «Укрмедкнига», 2012. – Т. 1. – С. 392–402.
14. Crisi A. Manuale del Test di Wartegg / A. Crisi. – Roma: Ma.Gi, 2007. – 365 p.
15. Grønnerød J. S. The Wartegg Zeichen Test: A Literature Overview and a Meta-Analysis of Reliability and Validity / J. S. Grønnerød, C. Grønnerød, // *Psychological Assessment*. – 2011. – Vol. 24, № 2. – P. 476–489.
16. War Trauma Foundation and World Vision International (2010). *Psychological First Aid Anthology of Resources*. Downloadable from: www.interventionjournal.com/ and www.psychosocialnetwork.net/

СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Н.М. Степанова, А.К. Ладик-Брызгалова, С.В. Болтонов, А.С. Сулимовская

В статье представлены результаты клинико-психопатологического и диагностического исследований участников боевых действий, проведенных на базе Украинского государственного медико-социального центра ветеранов войны. Особое внимание уделено индивидуально-психологическим особенностям и психическим состояниям участников боевых действий в условиях госпиталя.

Ключевые слова: участник боевых действий, посттравматическое психическое нарушение, проективные методики, рисуночный тест Вартегга, уровень перитравматической диссоциации.

SOCIODEMOGRAPHIC AND PATHOPSYCHOLOGICAL FEATURES OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS AMONG THE PARTICIPANTS COMBAT OPERATIONS

N. Stepanova, A. Ladyk-Bryzgalova, S. Boltonov, A. Soulimovskaya

The article presents the results of clinical and psychopathological and diagnostic studies on the basis of Ukrainian State Medical Social center of Veterans of War combatants. Particular attention is paid to individual psychological characteristics and mental state combatants in a hospital.

Key words: party fighting, post-traumatic mental disorder, projective methods, drawing Wartegg's test, level of peritraumatic dissociation.

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

ПСИХІАТРІЯ ЯК ІНСТРУМЕНТ ПРИБОРКАННЯ У ПОСТРАДЯНСЬКИХ КРАЇНАХ

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

Частина 3

ПОЛІТИЧНА РОЗПРАВА У ХХІ СТОЛІТТІ

У кількох колишніх радянських республіках, зокрема в Росії та Україні, досі мають місце поодинокі випадки політичного зловживання психіатрією, і їхня кількість значно збільшилася за останні кілька років. Крім того, у Казахстані також нещодавно стався подібний випадок із журналістом Олександром Харламовим, що є причиною для серйозного занепокоєння.⁵⁰ Проте в цілому можна стверджувати, що наразі не відбувається систематичних і замовлених урядом репресій дисидентів через систему охорони психічного здоров'я. Випадки, подібні до справи Олександра Харламовима є поодинокими, і до того ж, досі не зрозуміло, який поворот у кінцевому рахунку прийме ця справа.

Росія

Поновлення випадків політичного зловживання психіатрією в Росії тісно пов'язане з погіршенням ситуації з правами людини в країні і з тим фактом, що влада нижчого рівня відчуває у своїх руках значно більше свободи для придушення небажаних елементів, ніж раніше. Знову відчуття недоторканості повертається до правителів Росії, і верховенство закону все частіше стає предметом політичних махінацій. Перші випадки відновлення політичного зловживання психіатрією були зафіксовані на початку двадцять першого століття, після того як Володимир Путін повернув собі президентський пост, після чого по країні прокотилася хвиля репресій. Ось деякі з випадків, інформація про які впливала на поверхню.

Випадки безпідставної жорстокості

У Санкт-Петербурзі Івана Іваннікова, який 38 років викладав у Державному Університеті економіки і фінансів, притиснули до землі, вдягли руки у наручники і потягли до міської психіатричної лікарні у грудні 2003 року, після затяжного спору з підрядником із хорошими зв'язками щодо ремонту своєї квартири. Впливовий психіатр підписав рекомендацію про госпіталізацію Івана до лікарні, навіть ні разу не

зустрівшись із ним та вирішивши, що кілька заяв до суду на підрядника було ніщо інше, як «одержимість помстою». Івана звільнили через 60 днів. Восени 2005 року правозахисник із Чебоксар, Альберт Васильович Імендаєв, вирішив балотуватися у законодавчий орган. Він повинен був з'явитися у дільничну виборчу комісію, щоб завершити процес подання своєї кандидатури, однак слідчий прокуратури зустрівся з ним у будівлі суду з трьома поліцейськими. Вони тримали його під замком поки не знайшовся суддя, який підписав наказ на проведення психіатричної експертизи. Звіти його відправили прямо в психіатричну лікарню. На момент, коли його випустили через дев'ять днів, термін подачі кандидатур на вибори сплив, і він вибув з гонки. «Актом божевілля» Імендаєва була подана низка правових скарг на місцевих чиновників, поліцейських, прокурорів і суддів та повідомлення про випадки корупції, порушення судових процедур і кумівство. Прокурор, який був частою мішенню скарг Імендаєва, назвав його поведінку «параноєю». У Чебоксарах стався ще один подібний випадок, коли представник опозиції, депутат регіонального парламенту Ігор Моляков провів шість місяців у в'язниці за звинуваченням у наклепі в 2004 році. Під час ув'язнення його відправили у психіатричну лікарню після того, як суддя погодився з провладними юристами, на думку яких численні заяви Молякова про випадки корупції у місцевій владі говорять про його «похмурий» світогляд і свідчать про «психічний розлад».

У той же період Наталію Кузнецову було звільнено з посади у Рахунковій палаті Російської Федерації після того як вона відкрито заявила, що в 2001 і 2002 роках близько 140 000 000 доларів США були вкрадені з державного бюджету. Провладний психолог виступив із заявою, що вона має проблеми психічного характеру. «Коли 25 січня 2005 року вони мене звільнили», – розповідає Наталія, «вони погрожували викликати швидку допомогу, щоб відвезти мене відразу до психіатричної лікарні для примусового лікування.»¹

У вересні 2012 року, Сибірського журналіста Руслана Макарова відправили на психіатричну експертизу після того, як його особистий психіатр розпо-

¹ Більше інформації про справи Іваннікова, Імендаєва, Молякова і Кузнецової: Murphy, Kim: «Speak out. Are you crazy?» в Los Angeles Times, від 30 травня 30, 2006

віла слідчим, що він погрожував вбити губернатора Республіки Алтай Олександра Бердникова. У даному випадку, саме його особистий лікар ініціювала справу на основі сказаного їй на сеансі – що слід вважати порушенням лікарської таємниці. Суд постановив, однак, що примусова психіатрична експертиза є незаконною, оскільки прокуратура навіть не потурбувалася про проведення судового засідання. Карельського правозахисника Максима Єфімова відправили на психіатричну експертизу після того, як він опублікував у грудні 2011 у своєму блозі критичний пост, що стосувався Руської Православної Церкви. Після звільнення він втік до Естонії і шукає політичного притулку. Багато очей було прикуто до справи Лариси Арап, активістки опозиції та журналістки з Мурманська, яку на 46 днів госпіталізували у 2007 році після публікації статті про порушення прав людини у психіатричній лікарні в місті Апатити, пацієнткою якої вона була у 2004 році. Незалежна психіатрична оцінка показала, що пані Арап дійсно мала проблеми психічного характеру; однак під час госпіталізації не було дотримано правильного порядку процедур, тому досі відомо, чи дійсно у її стані необхідна була госпіталізація. Справа Лариси Арап ясно показала всю неоднозначність цього питання. Хоча, цілком можливо, саме її приналежність до опозиції Володимиру Путіну і її критична стаття призвели до госпіталізації до психіатричної лікарні, той факт, що вона дійсно мала психічні розлади, не дає можливості однозначно стверджувати, що це був випадок політичного зловживання психіатрією.

Деякі з останніх випадків

Після переобрання Путіна президентом Росії в 2012 році знову побільшало скарг немедичного використання психіатрії для розправи над дисидентами або «проблемними» громадянами. У серпні 2012 року учасників російської панк-рок-групи «Pussy Riot» оглядали фахівці з психіатричної лікарні імені Кащенко – установи, в якій у радянські часи часто фіксували випадки політичного зловживання психіатрією. Згідно з результатами психологічної та психіатричної експертизи, представленими обвинуваченням, три жінки страждали від «розладу особистості» і, таким чином, повинні бути ізольовані від суспільства. Самі експерти, однак, не з'явилися до суду і тому захист не міг їх допитати. Мовленнєві обороти, що були використані в доповіді, однак, дуже нагадували сентенції, які використовували ще в радянські часи при діагностиці дисидентів².

18 березня 2013 року Людмила Попкова, лідер профспілки, яка мала необережність заявити про випадки корупції у кремлівській адміністрації, отримала записку із вимогою з'явитися до московського суду в той же день. За п'ятнадцять хвилин її запроторили до психіатричної лікарні Москви на термін

до 30 днів для «проведення експертизи». Випустили її 9 квітня 2013 року.

Олену Котову, колишнього директора Європейського банку реконструкції та розвитку (ЄБРР), звинуватили у корупції у зв'язку з видачею банком кредиту бізнесмену Сергію Чернікову у розмірі \$ 95 млн у 2009 році. Вона пройшла 28-денну психіатричну експертизу за вимогою московського Тверського районного суду, але в її випадку ніякого психіатричного діагнозу не послідувало. Цей механізм стає все більш поширеним: судді використовують своє право відправити людину на примусову психіатричну експертизу до психіатричного закладу. І це стає особливо поширеним у випадках, пов'язаних з корупцією, так званим екстремізмом і політичним інакомисленням. Оскільки зазвичай за цим не слідує постановка психіатричного діагнозу, кінцевою метою є не госпіталізувати зацікавлену особу до психіатричної лікарні, а налякати її.

Справа Буданова

Серед усіх цих випадків, які мають деяке «політичне забарвлення», особливо виділяється одна справа, у якій, безсумнівно, не обійшлося без втручання найвищих ешелонів влади. Мова йде про справу Юрія Буданова, полковника армії, якого звинуватили у зґвалтуванні чеченської дівчини Ельзи Кунгаєвої, та її жорстокому вбивстві. Розгляд справи почався 26 березня 2000 року, в день, коли Володимир Путін вперше був обраний президентом Росії, і тривав більше трьох років. Протягом цього часу шість комісій оглядали Буданова в спробі політичних і військових структур зменшити термін позбавлення волі. Кожен раз, коли змінювалась офіційна лінія Кремля, виходив наказ про нову психіатричну експертизу, результати якої відповідали офіційній політичній позиції. Московський інститут імені Сербського був глибоко залучений у справу, і один із його психіатрів, професор Тетяна Печернікова, брала активну участь у політичному зловживанні психіатрією ще в радянські часи. Цікаво, однак, що військовий суд все ж таки визнав його психічно здоровим і винним та засудив до десяти років табору.

Моніторинг та захист

Дуже мало організацій в Росії займаються порушеннями Закону про психіатричну допомогу, порушеннями прав пацієнтів і прав людини в психіатричних закладах. Люди, які вважають себе жертвами жорстокого поводження можуть звернутися за допомогою до Національного омбудсмена, або до одної з порівняно небагатьох НУО, які займаються цими питаннями. Найбільш активною в цій області є Незалежна психіатрична асоціація. Голова юридичного відділу асоціації, Юлія Аргунова, є автором дуже корисного посібника, присвяченого захисту прав у

² Психіатр з психіатричної лікарні імені Кащенко описував розлади обвинувачуваних так: «У Надії Толоконнікової наявні ознаки «активної життєвої позиції» ... і тенденція до категоричного вираження своєї точки зору; Катерина Самуцевич страждає від «впертості, рішучості і схильності до опозиційних форм поведінки під час конфліктів, поряд з суб'єктивістськими рисами характеру»; Марія Альохіна має ознаки «демонстративної зарозумілості».

³ <http://library.khpg.org/files/docs/1322416957.pdf>

сфері охорони психічного здоров'я³. Окрім небагато-численних російських НУО, є також деякі міжнародні неурядові організації, які зокрема активно опонують системі опіки над особами з психічними розладами, і наголошують на необхідності судити російську владу у суді в Страсбурзі у випадках порушення прав пацієнтів. Добре, що Росія ратифікувала низку міжнародних угод і конвенцій (наприклад, Європейська конвенція з прав людини та Конвенція ООН проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або пригнічуючих гідність видів поведінки) і, таким чином, може бути притягнута до відповідальності за свої дії⁴. Тим не менше, залишається питання, чи дійсно судові розгляди можуть призвести до структурних змін у наданні психіатричної допомоги в Росії. Цей сектор досі залишається недооціненим, недофінансованим, і тут досі домінують люди, більш зацікавлені в утриманні своїх посад, ніж у приведенні послуг у відповідність з міжнародними стандартами.

Довгострокові ефекти психіатричної госпіталізації та примусового «лікування» (або, швидше «катування») із застосуванням нейролептиків були широко описані в літературі з радянського політичного зловживання психіатрією. Деякі жертви виходили з психіатричної лікарні із фізичними ушкодженнями; інші – психічно знищені. Деякі, як наприклад, український шахтар і правозахисник Олексій Нікітін, взагалі не вижили після такої госпіталізації. Стосовно більш сучасних випадків політичного зловживання психіатрією, довгостроковий ефект примусового «лікування» є достатньо обмеженим через те, що сьогодні така госпіталізація зазвичай триває дні, тижні або максимум місяці. У більшості випадків, госпіталізація є, так би мовити, «превентивною мірою», і відбувається головним чином, з метою налякати та змусити припинити певну діяльність. Тим не менше, негативні наслідки від такої госпіталізації також можуть бути значними, при чому, як правило, є дуже мало центрів, які мають досвід у наданні допомоги жертвам після їх звільнення. В Україні активно працює центр реабілітації жертв тортур; в Росії на сьогоднішній день немає ні одного такого центру. На жаль, психіатричні установи в Росії майже не піддаються моніторингу та перевіркам Європейського комітету з попередження тортур (ЄКПТ). Тільки у 2002 році КПТ завітав до психіатричної лікарні Владивостока. Делегація повідомила, що вона «не чула звинувачень у безпідставному жорстокому поводженні співробітниками Миської психіатричної лікарні Владивостоку із пацієнтами. Було лише кілька скарг на грубу поведінку та словесні образи санітарів⁵. Делегація, однак, відзначила, що санітарам не вистачало належної підготовки і що їх потрібно краще навчати перед тим, як допускати до

роботи в лікарні. І це справді є типовою проблемою всіх країн колишнього СРСР: санітари, як правило, є некваліфікованими робітниками, і наймають їх лише з однією метою – підтримувати порядок у лікарняних палатах. Інші моніторинги проводилися НУО, зокрема Московсько-Гельсінкською групою ще десять років тому, у 2004 році.

Україна

Порушення прав психічно хворих в Україні на сьогоднішній день у більшості випадків викликані опортуністичними матеріальними міркуваннями. Зазвичай у пацієнтів психікарен забирють квартири, будинки та інше майно родичі або організовані злочинні групи, які мають правовий статус комерційних підприємств і налагоджені контакти з місцевою владою та поліцією. На жаль, деякі юристи і психіатри також беруть участь у цій незаконній діяльності. Ці злочинні дії реалізуються достатньо просто, тому що в Україні практично не існує соціальних служб та безкоштовної юридичної допомоги. Небажання прокуратури здійснювати контроль у цій галузі також допомагає злочинцям ефективно діяти і залишатися безкарними. Українська психіатрична асоціація, яка на даний час має близько 2000 членів, вважає, що до 2005 року число таких випадків дещо зменшилося, оскільки вони постійно інформували ЗМІ про найтипівіші та найрезонансніші випадки жорстокого поводження. Крім того, вони інвестували значні кошти у навчання фахівців в області психічного здоров'я питанням прав людини та медичної етики, у зв'язку з чим рівень знань серед адвокатів і суддів, які раніше не мали досвіду роботи в цій області, значно збільшився. Нарешті, дуже корисними виявилися регулярні інспекції психіатричних закладів, наприклад Європейським комітетом з попередження тортур Ради Європи⁶.

Тим не менше, в 2005-2006-х роках кількість звернень щодо порушень прав психічно хворих знову поступово почала зростати. При цьому дещо змінився характер звернень: було набагато більше спорів навколо заповітів на тій підставі, що нібито у померлих були психічні розлади на час укладання заповіту. Це відбувалося зазвичай в родині із сімейними конфліктами, де «ображена» сторона давала хабара судовим психіатрам, на фальсифікацію документів, тощо. Все більше і більше так званих посмертних експертиз були проведені для того, щоб змінити заповіт. Оскільки ці незаконні дії в основному залишаються безкарними, деякі психіатри спокійно продовжують цим займатися, навіть після оприлюднення справ у засобах масової інформації. Одним із найяскравіших прикладів є справа Карпенко.⁷

⁴ У січні 2013 року Європейський суд з прав людини визнав, що Росія порушила право чоловіка, якому заборонили одружитися із жінкою, яку він любив. Справа Лашин проти Росії була першим випадком відстоювання права на вступ у шлюб осіб з психо-соціальними розладами. Вперше суд визнав, що повна заборона одружитися особам, які перебувають під опікою, несумісна з Європейською конвенцією.

⁵ Огляд p-rus-20011202-en, опублікований 30 липня, 2003 року, CPT/Inf (2003) 30.

⁶ Проведені у 2002, 2005 і 2008-9 роках, більше інформації у базі даних Ради Європи <http://www.cpt.coe.int/en/hudocpt.htm>

⁷ Володимир Карпенко, економіст за професією, одружений і з двома дітьми, був радянським чиновником, який після здобуття незалежності заснував власну будівельну компанію. При досягненні пенсійного віку він хотів передати свій бізнес дітям. Спалахнув серйозний конфлікт, в ході якого син домігся визнання його психічно недієздатним через обласний суд Києва. Карпенко звернувся до української психіатричної асоціації, і після 18 місяців судової тяганини це рішення було скасовано. Справа набула широкого розголосу в засобах масової інформації, які дуже допомогли довести справу до позитивного завершення.

Однак зловживання психіатрією є скоріше винятком в Україні. Як правило, це відбувається, коли органи прокуратури, керівники медичних установ і судді особисто замішані у справі або не вважають за потрібне контролювати ці питання. Тим не менше, експерти (як правило, громадські організації) іноді повідомляють про спроби влади використовувати психіатрію для переслідування своїх опонентів. Одним із типових прикладів є випадок Анатолія Ільченка, якого у 2012 році поліція доставила до Київської психіатричної клініки, тому що він публічно протестував проти проведення чемпіонату Європи з футболу в Україні. Лікарі, які обстежували Ільченка, не знали про те, що в минулому він був в'язнем радянських спеціалізованих психіатричних клінік⁸. Ільченка визнали психічно здоровим і відразу ж випустили з клініки. Важливо зазначити, що Ільченко та інші громадяни України були визнані психічно здоровими українськими психіатрами, які відмовилися їх госпіталізувати, що саме по собі демонструє розрив з минулим. Але історія Ігоря Мітрова в той же час говорить про залишки радянської «ідеологічної» традиції в українській психіатрії⁹. Але слід мати на увазі, однак, що ця історія сталася в Криму – області, де політична еліта завжди тяжіла до Росії. Українські експерти вважають, що на сьогоднішній день ризик зловживань із матеріальних або адміністративних міркувань є найвищим у галузі судової психіатрії. Оскільки судова психіатрія, як і всі інші судово-медичні експертизи, знаходяться у компетенції Міністерства охорони здоров'я, вона виходить за межі зони контролю Міністерства юстиції. Експерти також стурбовані тим, що продовжується практика використання методів лікування, які виходять за межі доказової медицини¹⁰. Крім того, українські ЗМІ все частіше повідомляють про зловживання службовим становищем (наприклад, примусова неоплачувана праця пацієнтами) і порушення прав людини в будинках соціальної допомоги, які підпадають під зону відповідальності Міністерства соціальної політики України. Нещодавно Європейський суд з прав людини у Страсбурзі засудив Україну у справі Наталії Михайленко проти України¹¹. У своєму рішенні, Суд підкреслив абсурдність закону, який забороняє недієздатній особі, яка має опікуна, подавати до суду заяву щодо поновлення її цивільної дієздатності. Було визнано, що це порушує Європейську конвенцію з прав людини, зокрема статтю 6, яка гарантує право на справедливий судовий розгляд.

ВИСНОВКИ І РЕКОМЕНДАЦІЇ

Вже більше 50 років тоталітарна байдужість до людської гідності і свободи на пару з упередженістю

не дають темі психічних захворювань та їх наслідків увійти у суспільну дискусію та отримати достатньої уваги ЗМІ. Це призвело до різкого погіршення рівня послуг у сфері психічного здоров'я і випадків зловживання психіатрією у власних цілях, найбільш огидними з яких були випадки політичного зловживання психіатрією в колишньому СРСР. Управління охорони здоров'я в регіоні досі не враховує ці гіркі уроки історії і заперечує існування зв'язку між поганими показниками здоров'я і неадекватною політикою країни в галузі психічного здоров'я. Інформованість про проблеми в галузі психічного здоров'я значно збільшилася у 1989 році завдяки активному руху за права людини, але відсутність національної політики в галузі психічного здоров'я, і відповідно, відсутність оперативної політики на місцевому рівні послуг є серйозною перешкодою для впровадження структурованої клінічної практики в секторі охорони психічного здоров'я. А там, де така політика розробляється (наприклад, в Литві), до її впровадження справа так і не доходить. В результаті, ідея концептуально-орієнтованої та відповідальної служби охорони психічного здоров'я не вкорінюється у країнах даного регіону. У той час як міжнародні організації, такі як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) та Європейський Союз має план розвитку для реформування послуг, відчувається значний дефіцит трансформаційного лідерства. Глибока криза лідерства та управління продовжується значною мірою через насильницьке припинення традиції колегіального прийняття рішень під час тоталітарного правління.

На додачу до зусиль, спрямованих на вдосконалення методів управління, всі країни завзято почали здійснювати реформи. Це стосується і розвитку суспільних організацій у сфері психічного здоров'я, які прийшли на зміну інституційному догляду, і яким не вистачає адекватної підтримки з боку місцевих громад та фінансування з бюджетних і зовнішніх джерел. Проте в більшості країн ці реформи просуваються без реального розуміння механізмів соціального захисту, що є абсолютно контрпродуктивним.

Висновки

На жаль, на фоні політичного клімату у деяких колишніх радянських республіках, і, зокрема в Російській Федерації, місцеві чиновники вважають, що вже можна повернутися до використання психіатрії як інструменту залякування своїх опонентів. У більшості випадків, це не спроба відновити довгострокові госпіталізації та примусове лікування, як в радянський період, а свого роду «профілактизування» – як це волів називати голова КГБ Юрій Андропов. Також немає ознак того, що це стало складовою державної політики. Скоріше, це лакмусовий папірець того,

⁸ Ільченко оглянула у 1989 році делегація Державного департаменту США і діагностувала його психічно здоровим. На вимогу Американської делегації радянська влада його звільнила.

⁹ У 2010 році 21-річного Ігоря Мітрова, жителя Керчі (Крим), примусово відправили до психіатричної лікарні на тритижневу психіатричну експертизу. Основним симптомом його хвороби було те, що він відмовився говорити будь-якою іншою мовою, окрім української. Це діагностували як «розлад особистості». На підставі цього йому відмовили у можливості служити в українській армії. Згодом його оглядала комісія УПА, яка не знайшла ніяких симптомів психічного розладу. Зараз він навчається на філологічному факультеті Київського університету.

¹⁰ Ми маємо на увазі нейрохірургію, яка нібито ефективно лікує окремі психіатричні проблеми, але дуже далека від офіційних протоколів, та про шарлатанські методи лікування психіатричних розладів у дітей, такі як метод професора Чупрікова з його «пневмопресингом» мозку, і різноманітні екзотичні «препарати», про які ніхто в світі нічого не чув, наприклад Цереброкурін.

¹¹ <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-119975#i=001-119975>].

що відбувається в суспільстві – чиновники просто використовують методи, що дісталися їм у спадщину із застарілої радянської психіатричної практики. Тривожить, однак, той факт, що через двадцять років після зникнення Радянського союзу в галузі охорони психічного здоров'я досі зберігаються радянські погляди і точки зору, і в багатьох країнах колишнього СРСР (зокрема, в Російській Федерації і в більшості республік Центральної Азії) дуже мало що змінилося у терапевтичних підходах, питаннях поваги прав людини та медичної етики і забезпеченні послуг психічного здоров'я в цілому. У більшості країн, як і раніше, функціонують так звані інтернати, і сотні тисяч людей замкнені у великих установах із нелюдськими умовами до кінця свого життя. Політичне зловживання психіатрією в СРСР було лише верхівкою айсберга, і це досі так. Для того, щоб це змінити, потрібно зробити набагато більше, ніж подавати заяви до Суду з прав людини у Страсбурзі. Це може допомогти розібратися в окремих випадках але не змінить ситуацію на місцях. Країну, яка охоплює одну шосту частину земної кулі, особливо не цікавить те, що відбувається в далекому Страсбурзі. Єдине, що може привести до реального поліпшення ситуації – це зміна поглядів. Щоб домогтися цього, потрібно відкрити всі двері і вікна, впустити свіже повітря і раз і назавжди покінути з монополією на інформацію, думки і точки зору та показати молодому поколінню, що насправді відбувається за межами їхніх кордонів. Зміни мають відбуватися зсередини, але викликати їх можуть зовнішні фактори. Перепоною в цьому відношенні є новий закон про НУО, прийнятий в російській Думі у 2012 році, згідно з яким неурядові організації в Росії повинні реєструватися як «іноземні агенти», якщо вони отримують кошти із-за кордону і приймають активну участь у політиці. Немає жодних сумнівів, що організації, які сприятимуть змінам у сфері психічного здоров'я, вважатимуться «іноземними агентами», що автоматично означатиме пильну увагу з боку ФСБ (попередника якої КДБ якраз і була вершителям політичного зловживання психіатрією в радянські часи), і їх вірогідно просто закриють із адміністративних причин. Це означає, що велику частину роботи по відкриттю дверей і вікон слід робити із-за кордону з використанням сучасних технологій (Інтернет, програми для планшетів і смартфонів, дистанційне навчання, тощо).

Рекомендації

Реальною можливістю для всіх країн є перепідготовка фахівців в галузі психічного здоров'я, в рамках якої вони отримують навички сучасного надання послуг охорони психічного здоров'я (міждисциплінарна команда, ведення пацієнтів, психосоціальна реабілітація). У цьому відношенні слід розглянути наступні ключові питання:

Лобіювання та моніторинг. Порушення прав людини в психіатричних закладах у Східній Європі та на території колишнього СРСР є звичайним явищем. Це стосується не лише психіатричних лікарень, а і так званих будинків соціальної допомоги (інтернати) в цьому регіоні, що надають притулок тисячам людей з психічними захворюваннями та розумовими розладами, а також «покидькам суспільства». У таких будинках регулярно відбуваються пожежі, які забирають життя деяких або більшості їх жителів. Зазвичай у пресі такі установи називають евфемістично «будинки-інтернат», але насправді це старезні і часто дерев'яні конструкції із надмірною кількістю пацієнтів, які живуть у жахливих умовах, і коли приходить біда, вони не мають жодних шансів на порятунок. Велику увагу слід приділяти огляду цих установ, моніторингу дотримання прав людини у них та пресингу на владу для розробки альтернативних систем догляду, в рамках яких людина повертається у суспільство і або доглядається у своєму оточенні або отримує спеціалізований нагляд. Ключовим питанням у цій дискусії є питання опіки – системи, яка широко практикується в усьому регіоні і, в результаті якої людей часто позбавляють прав. Ця система повністю суперечить Конвенції ООН про права інвалідів (КПІ) і має бути знищена. Однак, це матиме сенс тільки якщо в той же час робитимуться значні інвестиції в розвиток альтернативних механізмів, які відповідають міжнародним стандартам у галузі прав людини. Також важливо, щоб уряди цих країн знали, що за ситуацією в області психічного здоров'я в їхніх країнах уважно стежать, і що рано чи пізно випадки зловживання психіатрією і порушення прав людини вплинуть на поверхню. Питання немедичного використання психіатрії має бути постійним пунктом на порядку денному консультацій з прав людини або програм Східного партнерства (у випадку з Україною). Крім того, це питання має регулярно обговорюватися на інших регіональних та міжнародних форумах. Головне – це підхід конструктивної критики: слід, з одного боку, вказати на всі недоліки, порушення та невідповідності, але в той же час протягнути руку допомоги тим, хто прагне змінити ситуацію і підняти рівень надання послуг у сфері охорони психічного здоров'я до міжнародних стандартів. Потрібно наполягати на скасуванні застарілої і негуманної системи будинків соціальної допомоги, сприяти проведенню регулярного і ретельного моніторингу ситуації в галузі дотримання прав людини у відповідних установах і слідкувати, щоб фахівці сфери охорони психічного здоров'я дотримувалися всіх міжнародних стандартів і класифікацій, таких як Міжнародна класифікація хвороб (МКБ-10) Всесвітньої організації охорони здоров'я.¹²

ЛІТЕРАТУРА

В той час як у багатьох колишніх радянських республіках змінилася влада або, принаймні, були

¹² Є дані, що Росія не планує приймати МКБ-11 після її публікації у 2015 році, а створить свою власну «Російську класифікацію», що включатиме радянські психіатричні діагнози, такі як «малопроегредієнтна шизофренія». Це матиме свій негативний вплив не лише на психіатрію в Росії, а і у всьому пострадянському просторі, адже у багатьох країнах цього регіону психіатрична література доступна виключно російською мовою.

поновлені контакти зі світовою психіатрією, в Росії інформаційний пробіл поглиблювався, – частково через те, що «світила» психіатрії ефективно приховували західну літературу від своїх студентів і колег (знаючи, що надати доступ до такої літератури – це значить відразу показати свою некомпетентність), і частково тому, що знання іноземних мов в Росії, як і раніше, це скоріше виняток, ніж правило. Спроби переломити цю ситуацію звелися нанівець через брак необхідних коштів. Хоча київське видавництво «Сфера» опублікувало більше ста посібників з психіатрії російською мовою, тиражі були занадто малі, щоб мати серйозний вплив на ситуацію.¹³ У багатьох містах навіть доступні книги було заборонено розповсюджувати.

На сьогоднішній день велика частина психіатричної літератури, виданої в Росії, або зосереджена на досить неясних формах «психотерапії», або опублікована фармакологічними компаніями, або написана радянськими «світилами» психіатрії, які і брали безпосередню участь у радянських зловживаннях психіатрією.¹⁴ Єдиний психіатричний журнал, який надавав доступ до сучасної психіатричної літератури і був позбавлений реклами фармацевтичних компаній – це Огляд сучасної психіатрії, який перестав існувати п'ять років тому через відсутність фінансування.

Психіатр або професіонал у сфері психічного здоров'я, який не знає англійської мови і не має доступу до друкованих перекладів психіатричної літератури в Росії, не має жодних шансів бути в курсі сучасних підходів у галузі охорони психічного здоров'я, і не володіє знаннями про сучасні погляди на права пацієнтів, права людини в галузі психічного здоров'я і, наприклад, Конвенцію ООН про права інвалідів (КПІ). І стара гвардія «світил» психіатрії хотіли б, щоб така ситуація продовжувалася якомога довше.

ОСВІТА

Дискусії у 1970-х і 1980-х, які точилися навколо проблеми політичного зловживання психіатрією в СРСР, стали відправною точкою для досі триваючих дебатів з питань прав людини та професійної етики. Тоді Всесвітня психіатрична асоціація (ВПА), прийняла етичний кодекс про права людини, який застерігає використання психіатрії в немедицинських цілях. Цей кодекс був оновлений і збільшений, а також було визначено механізми розслідування скарг щодо порушення цих правил.¹⁵

На жаль, у країнах колишнього СРСР дуже обмежені знання і розуміння декларацій і міжнародних документів, що гарантують права громадян із психічними розладами. Це стосується етичних кодів, прийнятих

Всесвітньою психіатричною асоціацією, а також Конвенції про права інвалідів (КПІ). Позови до Суду з прав людини в Страсбурзі допомагають вирішити окремі випадки, але це не змінює світогляд урядових посадових осіб і працівників галузі психічного здоров'я. Набагато важливіше забезпечити перехід від репресивної системи, яка базується на позбавленні волі пацієнтів, до системи, яка поважає права людини і фокусується на (ре-) інтеграції осіб з психічними захворюваннями в суспільство. Особливої актуальності в цьому аспекті набуває навчання, яке за останні десять років практично було відсутнім через брак фінансування.

Окрему увагу потрібно приділити ролі фармацевтичної промисловості, яка впродовж посткомуністичного періоду в основному становила перешкоду для реформ. Зрозуміло, що їхня головна мета полягає в освоєнні великого ринку Східної Європи і колишнього СРСР, але в той же час не можна ігнорувати той факт, що вони використовували ситуацію, що склалася, щоб зробити послуги і професіоналів залежними від їх фінансової підтримки, в результаті чого зосередили їхню увагу на наявності ліків, а не послуг психо-соціальної реабілітації, що, в свою чергу, зробило свій вклад у розквіт корупції у сфері охорони психічного здоров'я. Відсутність психіатричних асоціацій в області, де є Рекомендації з корпоративного спонсорства – красномовно характеризує ситуацію, що склалася. Потрібно вкласти багато зусиль для протидії і врегулювання впливу фармацевтичної промисловості.

ФІНАНСУВАННЯ

Як було зазначено вище, для того, щоб втілити в життя реформи системи охорони психічного здоров'я, такі потрібні в цьому регіоні, необхідні значні інвестиції; інвестиції у розвиток моделей і систем альтернативного догляду, і, перш за все, у знання і розуміння того, чим має займатися сучасна галузь психічного здоров'я. Такі інвестиції можна залучити через цільові дзвінки із пропозиціями, наприклад, до ЄІДПЛ (Європейська ініціатива з демократії і прав людини), технічній допомозі (наприклад, розробка механізмів моніторингу та підготовки в їх реалізації) і полегшенню обміну інформацією та міжнародного співробітництва за допомогою професійних програм обміну, фінансування конгресів і семінарів, а також полегшення подорожей закордон шляхом регулювання візових режимів для конкретних цільових груп. У випадку з Росією, слід пам'ятати про новий закон про НУО, який негайно перетворить ідеї проєктів на проєкти «іноземних агентів» і в результаті суворого контролю з боку органів безпеки призведе до їх закриття.

¹³ Видавництво «Сфера» було спільним підприємством Глобальної ініціативи у психіатрії та Української психіатричної асоціації, яка функціонувала з 1996 по 2008 рік, після чого її закрили через брак коштів. З того часу навряд чи можна знайти хоча б один західний посібник з психіатрії, надрукований російською мовою.

¹⁴ У 2011 році одна із великих західних фармацевтичних компаній навіть опублікувала роботи Андрія Снежевського, вершителя системи політичного зловживання психіатрією для розповсюдження в Росії та пострадянських країнах.

¹⁵ Гавайська Декларація 1977 року була складена Підкомітетом з питань етики Виконавчого комітету, створеного у 1973 році у відповідь на збільшення числа протестів проти використання психіатрії в немедицинських цілях. Одним із принципів, викладених у Декларації, є те, що психіатр не повинен брати участь у примусовому психіатричному лікуванні за відсутності психічного захворювання. Там також є інші положення, які мають безпосереднє відношення до політичного зловживання психіатрією. До Декларації було внесено поправки у Відні в 1983 році, а в 1996 році її замінила Мадридська декларація 1996 року, яка була розширена у 1999 році. Крім того, в організації було створено Комітети з етики та з огляду зловживання психіатрією.

Список використаної літератури

1. Bloch, S. and Reddaway, P. (1977) *Russia's Political Hospitals*, London, Gollancz, 1977
2. Bloch, S. (1989) *Soviet Psychiatry and Snezhnevskyism*, in Van Voren, R.(ed.), *Soviet Psychiatric Abuse in the Gorbachev Era*, IAPUP, Amsterdam.
3. Bonnie, Richard and Polubinskaya, Svetlana: *Unraveling Soviet Psychiatry*. In: *The Journal of Contemporary Legal Issues*, Volume 10: 279, 1999.
4. Brown, Ch.A., and Lago, A. (1991) *The Politics of Psychiatry in Revolutionary Cuba*, Transaction Publishers, New York *Dangerous Minds*, New York, Human Rights Watch/ Geneva Initiative on Psychiatry, 2002.
5. Dmitrieva, Tatyana, and Kondratiev, F.V. (eds.): *Ocherki Istorii. Sersbki Institute*, Moscow, 1996.
6. Koppers, A. (1990) *A Biographical Dictionary on the Political Abuse of Psychiatry in the USSR*, IAPUP, Amsterdam.
7. Korotenko, A., and Alkina, N. (2002) *Sovietskaya Psikhatriya – Zabluzhdeniya i Umysl, Sphera*, Kiev.
8. Koryagin, A. (1987) *Unwilling Patients*, in Van Voren, R. (ed.), *Koryagin: A Man Struggling for Human Dignity*, IAPUP, Amsterdam.
9. Koryagin, A.: *The involvement of Soviet psychiatry in the persecution of Dissenters. British Journal of Psychiatry*, volume 154, pp. 336-340, 1989.
10. Merskey, H., and Shafran, B.: *Political hazards in diagnosis of 'sluggish schizophrenia'*, p. 249. *Published in the British Journal of Psychiatry*, 1986, 148.
11. Munro, R. (2006) *China's Psychiatric Inquisition*, Wildy, Simmonds & Hill, London
12. Nijeboer, A. (2006) *Een man tegen de Staat, Papieren Tijger, Breda Psychiatry under Tyranny, An Assessment of the Political Abuse of Romanian Psychiatry During the Ceausescu Years*, Amsterdam, IAPUP, 1989.
13. Schizophrenia Bulletin, Supplement to Vol. 15, No. 4, 1989.
14. Seß, S. (1998) *Politisch Missbraucht? Psychiatrie und Staatssicherheit in der DDR*, Ch. Linke Verlag, Berlin.
15. Van Voren, R.(ed.) (1989) *Soviet Psychiatric Abuse in the Gorbachev Era*, IAPUP, Amsterdam.
16. Van Voren, R. (2002) *The WPA World Congress in Yokohama and the issue of political abuse of psychiatry in China*, in *Psychiatric Bulletin of the Royal College of Psychiatrists*, December 2002.
17. Van Voren, R. (2009) *On Dissidents and Madness*, Rodopi, Amsterdam/New York.
18. Van Voren, R. (2010) *Cold War in Psychiatry – Human Factors, Secret Actors*. Rodopi, Amsterdam/New York.

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89

Е.В. Киосева

ИННОВАЦИОННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПРЕВЕНЦИИ
АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИУкраинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии
и наркологии МЗ Украины, г. Киев
kiohelen@mail.ru**Ключевые слова:**превенция, аддиктивные
расстройства,
студенческая молодежь.

В статье представлены возможности и перспективы комбинированного применения NLP – технологий, средств эстетической и антиейджинговой медицины в формировании профилактического пространства аддиктивного поведения среди студенческой молодежи. Главным выводом проведенного исследования является утверждение: эффективная профилактика аддикций возможна, если она строится как системное воздействие, что повышает возможности самореализации личности в динамичной социокультурной среде.

Актуальность. Характерной тенденцией развития науки XXI века является интеграция научного знания, что нашло конкретное отражение во взаимодействии наук, обмене методами, в развитии междисциплинарного подхода клинической превентологии.

Физическое, психическое и духовное здоровье индивида и общества является важнейшим фактором, определяющим качество развития цивилизации на каждом временном отрезке истории. Традиции здорового образа жизни являются индикатором психического здоровья нации и составляющей национальной безопасности государства.

Исключительную остроту вследствие своей медико-социальной значимости, разрушительного воздействия на общество, здоровье и семью приобрела проблема злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) современной молодежью [4, 7, 10–17, 19].

В силу высокого образовательного потенциала, активной жизненной позиции студенческая молодежь представляет собой инновационный потенциал и стратегический ресурс научно-технологической и социально-интеллектуальной модернизации государства [1, 9].

В мировой научной литературе подчеркивается, что основные причины употребления молодежью психоактивных веществ (ПАВ) носят морально-нравственный и социально-культуральный характер [5, 6].

Профилактика аддиктивного поведения в молодежной среде на современном этапе является основой стратегии клинической и социальной психиатрии и наркологии [5, 13, 15, 18, 20–22].

Вызовы времени определяют особую актуальность применения психотерапии новой волны – нейролингвистического программирования – в стратегии превентивной медицины.

На наш взгляд, использование корреляции «факторов защиты» и «факторов риска» употребления ПАВ молодежью может обеспечить системный подход к превенции аддиктивного поведения в студенческой среде.

Цель исследования: в рамках разработки модели оказания медико-социальной помощи молодежи с расстрой-

ствами адаптации, употребляющей ПАВ, изучить суждения, убеждения и ценности студенческой молодежи, их мнение, отношение к проблеме распространения пагубного влияния употребления ПАВ на здоровье человека.

Материалы и методы исследования

В исследовании применялись методы опросных технологий в форме анонимного анкетирования, индивидуальных опросов, метод сравнения, метод телемедицины, метод биомедицинской статистики (Statistica). При подготовке и во время исследования соблюдались принципы добровольности, анонимности и доверительности.

Исследование в ВУЗе проходило в форме группового анонимного анкетирования в академических группах, с применением разработанной нами унифицированной карты.

Всего обследовано 307 студентов младших курсов медицинского ВУЗа: юноши и девушки в возрасте 18–21 год 1–3 курсов (42% – юноши, 58% – девушки).

Результаты и их обсуждение

Полученные данные указывают на то, что распространение употребления ПАВ характеризуется ростом как количественных показателей, так и изменениями в ценностных ориентациях, стереотипах сознания молодого индивидуума.

Полученные данные существенно дополняют роль социокультуральных факторов в механизме распространения употребления ПАВ. Установлено, что больше половины студентов (59%) считают, что наркомания – это болезнь. Примерно такое же количество опрошенных (41%) не знают, что употребление ПАВ влияет на процессы раннего старения, появление пигментных пятен и т.д.

Целесообразность использования средств эстетической медицины в превентивном процессе подтверждают данные дополнительного анкетирования специалистов эстетической и антиейджинговой медицины. С 24.05.2015 г. по 15.06.2015 г. на сайте специалистов эстетической и антиейджинговой медицины (электронный

ресурс: www.estet.com.ua) проведено опрос специалистов (74 участника).

На вопрос, может ли эстетичный вид человека способствовать здоровому образу жизни, утвердительно ответили все специалисты (100%).

Построенная информационная модель подтверждает, что системный подход в области превенции аддиктивного поведения в студенческой среде обеспечивается корреляцией «факторов защиты» и «факторов риска» употребления ПАВ молодежью.

Эволюция содержания модели превентивной стратегии по мере ее разработки условно показана на рисунке.

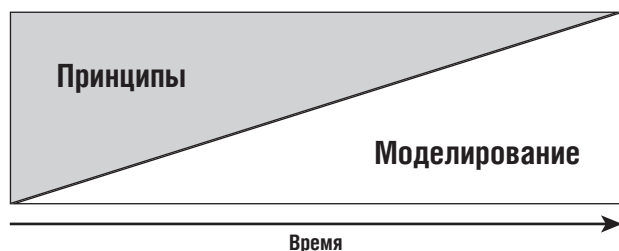


Рисунок. Эволюция превентивной стратегии

Выводы

Практической реализации превентивной стратегии (в структуре модели) обеспечения навыков жизнедеятельности в свободном от ПАВ пространстве и эффективной коммуникации можно достичь сочетанным применением методов нейролингвистического программирования – NLP (рефрейминг, коучинг, имажинеринг), средств эстетической и антиэйджинговой медицины (интеллектуально-физическая игра квест – *Quest* англ. – «поиск») как социально-культурального феномена. Эта стратегия позволяет молодому человеку создавать позитивное будущее и определять пути достижения желаемого результата.

Духовные аспекты здорового образа жизни (психогигиена) должны разрабатывать представители разных дисциплин. В медицине будущего они составляют центральное место в деятельности человека и в организации системы здравоохранения.

Предложенная программа несет в себе большой инновационно-методический потенциал, потому что позволяет по-новому взглянуть на организацию учебно-воспитательной работы в ВУЗе, нацеленную на формирование активной, сильной личности, способной смело разрабатывать стратегию поведения, осуществлять нравственный выбор и нести за него ответственность.

Данная модель отвечает потребностям и интересам молодежи, что обусловлено их морально-нравственными характеристиками и социально-психологическими

особенностями, позволяет молодому человеку найти и закрепить в себе скрытые ресурсы и возможности, нужные для продвижения к намеченной цели.

Список использованной литературы

1. Айвазян С. А. Классификация многомерных наблюдений / С. А. Айвазян, З. И. Бежаева, О. В. Староверов. – М.: Статистика, 1974. – 200 с.
2. Андреева Т. И. Интернет и профилактика наркотических проблем [Текст] / Т. И. Андреева – Казань, 1999. – 144 с.
3. Блюм К. Профилактика наркотической зависимости в Интернете / К. Блюм, С. Стинг // Профилактика наркомании: организационные и методические аспекты. Итоговые материалы международного проекта [Текст] / Сост. И. П. Рущенко. – Харьков: Финарт, 2002. – С. 9–20.
4. Бохан Н. А. Общая психопатология в клинической наркологии: учебное пособие в таблицах и схемах / Н. А. Бохан, Н. Е. Буторина, Е. Н. Кривулин. – Челябинск: Изд-во ПИРС, 2010. – 234 с.
5. Кузьминов В. Н. Профилактика наркотизма в глобальной сети Internet / В. Н. Кузьминов, А. А. Сердюк // Профилактика наркомании: организационные и методические аспекты. Итоговые материалы международного проекта / Харьков: Финарт, 2002. – С. 141–149.
6. Лапшина А. В. Internet-реальность в контексте социологического знания (программа спецкурса) [Текст] / А. В. Лапшина // Методология, теория та практика соціологічного аналізу сучасного суспільства. – Харків, 1999. – С. 388–392.
7. Луков В. А. Теории молодежи: апология их неисчерпаемости / В. А. Луков // Знание. Понимание. Умение. – 2009. – № 2. – С. 64–118.
8. Наркология / Фридман Л. С., Флеминг Н. Ф., Робертс Д. Х., Хайман С. Е.; пер. с англ. – М.; СПб., 1998.
9. Петри А. Наглядная статистика в медицине / А. Петри, К. Себин. – М.: ГЕОТАР – МЕД, 2003. – 113 с.
10. Романова О. Л. Этиология зависимостей от психоактивных веществ у подростков и теоретические основы их первичной профилактики: обзор зарубежной литературы / О. Л. Романова // Вопросы наркологии. – 1996. – № 3. – С. 100–105.
11. Рущенко И. П. Количественное измерение динамики и структурных характеристик процесса распространения наркотиков (методология, методика и результаты исследований) / И. П. Рущенко // Молодёжь и наркотики (социология наркотизма); под ред. В. А. Соболева, И. П. Рущенко. – Харьков: Торсинг, 2000. – С. 17–83.
12. Свеженцева Ю. А. Социокультурные аспекты приобщения к наркотикам: качественный анализ проблемы / Ю. А. Свеженцева // Молодёжь и наркотики. – Харьков: «Торсинг». – 2000. – С. 84–129.
13. Семке В. Я. Превентивная психиатрия / В. Я. Семке. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 1999. – 403 с.
14. Семке В. Я. Транскультуральная аддиктология / В. Я. Семке, Н. А. Бохан. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 2008. – 588 с.
15. Семке В. Я. Валеология семьи / В. Я. Семке. // Социальное здоровье детей и подростков: региональный опыт и перспективы: материалы региональной научно-практической конференции. – Томск, 2000. – С. 100–103.
16. Сидоров П. И. Введение в клиническую психологию: Т. I.: учебник для студентов медицинских вузов / П. И. Сидоров, А. В. Парняков // М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 416 с.
17. Сидоров П. И. Гносеологический аппарат ментальной медицины / П. И. Сидоров, И. Б. Якушев // Экология человека. – 2010. – № 9. – С. 43–52.
18. Сидоров П. И. От нозоцентрической психиатрии – к здоровьесберегающей ментальной медицине / П. И. Сидоров, И. Б. Якушев // Экология человека. – 2009. – № 2. – С. 22–27.
19. Сидоров П. И. Парадигма ментальной медицины / П. И. Сидоров, И. Б. Якушев // Экология человека. – 2009. – № 3. – С. 13–19.
20. Ушаков Д. В. Компетенции, креативность и предприимчивость как основы инновационных потенциалов личности и группы / Д. В. Ушаков, А. Д. Карнышев // Экономическая психология: актуальные исследования и инновационные тенденции: материалы 10-й юбилейной междунар. науч.-практ. конф. – Иркутск, 2009. – С. 378–393.
21. Электронный ресурс: www.estet.com.ua
22. Mead M. Culture and Commitment: A study of the Generation / M. Mead. – Gap. N-Y. – P. 79–109.
23. Royce J. Theory of personality and individual differences: factors, systems and process / J. Royce, A. Powell. – Prentice Hall, 1983. – P. 52–99.

ІННОВАЦІЙНИЙ НАПРЯМ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ПРЕВЕНЦІЇ АДИКТИВНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТСЬКІЙ МОЛОДІ

О. В. Кіосева

У статті представлено можливості та перспективи комбінованого застосування NLP – технологій, засобів естетичної та антиейджингової медицини у формуванні профілактичного простору адиктивного поведінки серед студентської молоді. Головним висновком нашого дослідження є твердження: ефективна профілактика адикцій можлива, якщо вона будується як системний вплив, що підвищує можливості самореалізації особистості у динамічному соціокультурному середовищі.

Ключові слова: превенція, адиктивні розлади, студентська молодь.

AN INNOVATIVE DIRECTION IN MEDICAL AND SOCIAL PREVENTION OF ADDICTIVE DISORDERS IN STUDENTS

O. Kioseva

The article presents the opportunities and prospects for the combined application of NLP – technologies, means of aesthetic and anti-aging medicine in the formation of preventive space addictive behavior among students. The main conclusion of the study is the statement: effective prevention of addiction is possible, if it is constructed as the systemic exposure increases the possibility of self-realization in a dynamic socio-cultural environment.

Keywords: prevention, addictive disorders, students.

Р.В. Рахманов

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У БАТЬКІВ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ
З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМУкраїнський науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України, м. Київ
vagif@rahmanov.dp.ua**Ключові слова:**
психічні розлади,
дитячий церебральний
параліч, батьки.

Стаття присвячена аналізу психічних розладів у батьків, які виховують дітей із дитячим церебральним паралічем. Динамічне спостереження за сім'ями виявило появу у батьків прикордонних тривожних і депресивних розладів, фобічних тривожні, неврастенічних, істеричних та іпохондричних розладів. Скарги на порушення взаємовідносин між батьками та батьками і дитиною, зниження мотивації до народження наступної дитини і розвиток психічних розладів у батьків указують на необхідність надання комплексної психіатричної допомоги хворим дітям та їх батькам.

Актуальність. Реабілітація хворих з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) є однією з найактуальніших і соціально значущих проблем не тільки у нашій країні, а й за кордоном [2, 5, 9]. На сьогодні у більшості країн світу існує тенденція до збільшення числа хворих на ДЦП. Напруга, що виникає у процесі виховання хворої дитини, заважає батькам виконувати свої функції, що стає причиною конфліктів у сім'ях, особистісних розладів самих батьків і руйнування цілісності сім'ї як інституту соціалізації хворої дитини [1, 10]. Труднощі, з якими стикаються батьки дітей із вадами розвитку, найчастіше є причинами їх негативного ставлення до інших членів сім'ї, сучасні дослідження підтверджують висновки про пряму залежність ставлення батьків до дітей від особливостей їх особистості, життєвого досвіду і, меншою мірою, від особливостей дітей [3, 4, 6–8].

У зв'язку із соціальною значимістю цієї проблеми актуальними є дослідження психічних розладів у батьків, які виховують дітей з ДЦП, розробки технологій психологічної їх підтримки та створення програми комплексного психологічного супроводу і корекції даних розладів.

Мета дослідження: вивчення психічних розладів не-психотичного рівня у батьків, які виховують дітей з ДЦП.

Матеріали та методи дослідження

Під нашим спостереженням перебували 24 дитини із ДЦП (8 дівчат і 16 хлопчиків) та їх батьки (24 матері, 22 батьки). Комплексне обстеження батьків проводилося за уніфікованою картою, у них, згідно з дослідними діагностичними критеріями МКХ-10, були діагностовані психічні розлади, структуру яких оцінювали за Симптоматичним опитувальником Александровича, а рівень тривожних і депресивних реакцій додатково підтверджували за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS). Визначали соціальний і психологічний статус хворих дітей і батьків, стиль виховання, участь кожного з батьків у вихованні

і причини його відхилення з метою розуміння характеру виникнення та прогресування психічних розладів у батьків.

Тривалість захворювання, а також догляду за хворим на момент звернення за спеціалізованим лікуванням та обстеженням в середньому становила 3–6 років ($(5,6 \pm 0,5)$ років), лише в одному випадку тривалість захворювання і догляду склала 17 років. У 95,9% дітей діагноз ДЦП встановлено у перший рік життя, а неврологічні розлади у 62,5% виявлені з перших днів народження. На думку батьків, причиною захворювання у дітей були: психоемоційне навантаження і токсикози вагітних (20,8%), перинатальна гіпоксія і асфіксія при тяжких пологах (20,8%), пологова травма (16,6%), передчасні пологи (12,5%). У 2 дітей симптоми ДЦП проявились після геморагічного інсульту або перенесеної ГРВІ в перший рік після народження. У 16,6% сімей причину розвитку захворювання не встановлено. У дітей виявлено виражену затримку психічного і мовного розвитку, моторні розлади різного ступеня, розлади уваги і слуху. Усі хворі діти пройшли 1–3 курси медикаментозного лікування (магне В₆, пантокальцин, ноофен, цераксон, цереброкурин, нікотинова кислота, актовегін, кортексин, кавінтон, нейромультівіт), фізіотерапевтичне, санаторно-курортне лікування. Детальний аналіз психічного і неврологічного стану хворих дітей наведено у таблиці 1. Психічних розладів у батьків в анамнезі не виявлено.

Результати та їх обговорення

Аналіз взаємин у сім'ях, що виховують дітей з ДЦП, засвідчив формування у батьків поведінки гіперопіки та гіперпротекції, які характеризувалися необхідністю збільшення затрат часу, сил і уваги на вихованні власної дитини. У деяких сім'ях догляд за хворим ставав сенсом усього життя, що є показником прояву любові до дитини при тяжкому хронічному захворюванні і головним чином було характерне для матерів.

Таблиця 1. Клінічна характеристика дітей, хворих на дитячий церебральний параліч

Психоневрологічний стан дітей, хворих на ДЦП		Кількість хворих (n=24)	
		Абс.	%
Час появи захворювання	З народження	15	62,5
	До 1 року	8	33,3
	До 3 років	1	4,1
Тривалість догляду за хворим	До 5 років	14	58,3
	5–10 років	9	37,5
	Більше 10 років	1	4,1
Причина захворювання	Психоемоційне навантаження, токсикоз під час вагітності	5	20,8
	Перинатальна гіпоксія, асфіксія	5	20,8
	Пологова травма	4	16,6
	Передчасні пологи	3	12,5
	Тяжкі пологи	3	12,5
	Пренатальна гіпоксія	1	4,1
	Крововилив у мозок	1	4,1
	Вроджена вада ЦНС	1	4,1
	ГРВІ	1	4,1
	Причина не встановлена	4	16,6
ДЦП		24	100,0
Затримка психо-мовного розвитку		18	75,0
Геміпарез, тетрапарез		6	25,0
Транзиторні дисоціативні аутичного кола розлади		2	8,3
Невротичні стани		1	4,1
Синдром затримки уваги і гіперактивності		1	4,1

Батьки страждали на емоційні і психосоматичні розлади, зміни моделей поведінки подружжя, виникнення почуття провини стосовно хворої дитини, появу епізодів гніву і агресії.

Сам факт звернення батьків за допомогою свідчить про усвідомлення ними стану і характеру життя дитини, благополуччя всієї родини та особистого страждання. Проте батьки часом не розуміють справжнього характеру і змісту захворювання, а в деяких сім'ях відмічено самонавіювання потенційно позитивного результату лікування або повного вилікування.

У різні періоди розвитку захворювання дитини обоє батьків або один з них, як правило мати, переживали виражений дистрес, що спровокувало невротичні реакції у вигляді депресії, тривоги, агресивності, роздратованості, страху, безсоння, вегетативних розладів, рідше – втрати мотивації до вирішення повсякденних проблем, народження наступної дитини.

Ролі батьків чітко розділялися: матері більше часу проводили з дитиною, лишали роботу та професійний розвиток для догляду за хворою дитиною, а батьки концентрувалися на роботі, не лише з метою вирішення фінансових і матеріальних проблем, але і для уникнення конфліктних епізодів у спілкуванні між собою. Разом з тим, майже усі матері висловлювали бажання, щоб чоловіки брали більшу участь в емоційній сфері дитини і подружжя. Провідну роль у вихованні дитини відігравали матері у 45,8% сімей, матері із батьками у 20,8% сімей, обидва батьки із залученням бабусь у 33,3% випадках, лише бабусі у 4,1% сімей. Чоловік, як

основний доглядач і вихователь, не відігравав основної ролі у цьому процесі.

Догляд за дитиною емоційно складним був для 50,0% матерів та 86,3% батьків. У половині сімей основний догляд за хворим взяла на себе мати, у третині сімей у догляді за дитиною брали участь мати і батько із частим залученням бабусі. Батько як самостійний доглядач не відігравав ключової ролі в жодній із сімей.

У взаємовідносинах між батьками відмічено фіксацію на захворюванні, що стало їх особистісним нещастям. Тема хвороби дитини не зникала навіть при тривалих і затяжних епізодах депресивних розладів у батьків. Постійними реакціями були страх і тривога перед неясним результатом захворювання, його непередбачуваними наслідками, почуття безпорадності, і, як наслідок, втрата мужності і розвиток депресивних станів. У батьків виникали реакції агресії в ситуаціях емоційного напруження, спровокованих обговоренням та вирішенням проблем фізичного та психічного розвитку дитини, яка часто безпідставно поширювалися на оточуючих. Це, в свою чергу, спричиняло виникнення і загострення конфліктів у сім'ї. На епізодичні конфлікти скаржились 45,8% матерів і 59,1% чоловіків, на постійні сімейні сварки 12,5% і 27,3% батьків, конфлікти, орієнтовані на хвору дитину, провокували 4,1% матерів і 9,1% чоловіків.

Гіркота, біль, страх за дитину мали епізоди проєкції роздратованості батьків на лікаря, що ускладнювалося ще й тим, що у них могли бути різні точки зору на стан дитини на етапах лікування та підхід до його тактики.

Тому у стосунках між батьками і лікарем існувала потенційна небезпека виникнення конфліктних ситуацій. У таких випадках подружжя, як правило, не зверталось за професійною психологічною допомогою, намагаючись знайти вихід у вживанні алкоголю (4,1% матерів і 18,1% чоловіків) і курінні (8,3% матерів і 13,6% чоловіків). Це викликало подружні сварки, згортання соціальних зв'язків, що зрештою негативно впливало як на взаємини батьків, так і на емоційний стан хворого та якість його лікування. Як видно із таблиці 2, жінки частіше за чоловіків мали психічні розлади, відповідні скарги на стан здоров'я і життя.

З появою ознак затримки психічного, мовного і моторного розвитку дитини більшість батьків, боячись докорів, починали уникати один одного. Після

встановлення у дитини діагнозу ДЦП у подружжя погіршувалися сексуальні стосунки, аж до повного їх припинення (як правило впродовж декількох тижнів), а в деяких випадках період відновлення мав досить тривалий термін.

Під час багаторазових етапів лікування зареєстровано 2 розлучення, що підтверджує надзвичайно важливу спеціальну значущість психологічного супроводу психологом або лікарем-психотерапевтом батьків, які виховують дітей, хворих на ДЦП.

Разом з тим, між батьками хворої дитини і лікарем можуть встановлюватися довірчі взаємини. Прихильність до лікаря у батьків на психологічному рівні зберігалася навіть після виписки і часто слугувала чинником мотивації до наступних етапів лікування.

Таблиця 2. Соціальна та психологічна характеристика батьків дитини, хворої на дитячий церебральний параліч

Соціальний та психологічний стан батьків		Мати (n=24)		Батько (n=22)	
		%	Абс.	%	Абс.
Вік	26–30	6	25,0	5	22,7
	31–35	10	41,6	9	40,9
	36–40	4	16,6	4	18,1
	41–50	4	16,6	4	18,1
Освіта	Середня	11	45,8	8	36,3
	Вища	13	54,1	14	63,6
Стаж роботи	до 10 років	3	12,5	5	22,7
	10–19	5	20,8	6	27,2
	20–29	5	20,8	8	36,3
	30–40	1	4,1	1	4,5
	Не працює	10	41,6	2	9,1
Сімейний стан	Одружені	22	91,6	20	90,9
	Розлучені	2	8,3	2	9,1
Сімейні стосунки	Спокійні, доброзичливі	9	37,5	5	22,7
	Конфлікти епізодичні	11	45,8	13	59,1
	Конфлікти постійні	3	12,5	2	27,3
	Конфлікти з дитиною	1	4,1	2	9,1
Труднощі, викликані доглядом за дитиною	Емоційні	12	50,0	19	86,3
	Фізичні	4	16,6	-	-
	Емоційні і фізичні	8	33,3	3	13,6
Матеріальний стан сім'ї	Середній	22	91,6	20	90,9
	Вище середнього	2	8,3	2	9,1
Куріння		2	8,3	3	13,6
Вживання алкоголю		1	4,1	4	18,1
Скарги на стан здоров'я	Поверхневий сон/безсоння	8	33,3	4	18,1
	Загальна слабкість	7	29,1	3	13,6
	Розлади артеріального тиску, гіпертензія	8	33,3	3	13,6
	Запаморочення	3	12,5	-	-
	Втрата мотивації і настрою	10	41,7	-	-
	Часті головні болі	11	45,8	2	9,1
	Сонливість	18	75,0	-	-
	Страх	12	50,0	10	45,4
	Швидка втомлюваність	10	41,6	2	9,1
	Зниження пам'яті, неухважність	11	45,8	9	40,9
	Дратівливість	17	70,8	15	68,2

Ситуація ускладнювалася, якщо в сім'ї, крім хворого, були здорові діти. Народження хворої дитини або розвиток хвороби у перший рік життя різко знизило мотивацію планування наступних дітей, тому в нашому дослідженні всі обстежені хворі діти були єдиними або молодшими у сім'ї. Складний психологічний клімат у сім'ї вплинув і на поведінку старших дітей та ставлення до них батьків. Як правило, один із батьків (частіше мати) фіксував усю свою увагу на хворій дитині, а другий (частіше батько чи бабуся з дідусем) – займався здоровою дитиною. В інших сім'ях обидва батьки фіксували увагу на хворій дитині, а здорова дитина залишалась без достатньої психологічної та емоційної уваги. Рідше батько втрачав зацікавленість у вихованні хворої дитини і виконував лише формальну роль чоловіка і голови сім'ї. У таких родинах старші здорові діти невротизувалися, ставали дратівливими, агресивними, схилилися до девіантної поведінки.

У батьків часто виникали психогенні депресивні розлади, як реакція на тяжке захворювання дитини і неспроможність нормалізувати стосунки між членами родини. Почуття внутрішньої порожнечі, самотності, втрати радості від життя поєднувалися з пригніченістю, безнадійністю, супроводжувалися вегетативними розладами, безсонням і плаксивістю. Із розвитком хвороби у багатьох батьків відмічали поглиблення депресії, загострення пригніченості, поступово прогресувало почуття провини. Тривога і роздратованість поширювалися на події, що не мали безпосереднього стосунку до захворювання дитини.

Дослідження батьків за Симптоматичним опитувальником Александровича (табл. 3) засвідчило формування у них психічних розладів неспсихотичного рівня. Домінуючими психічними розладами були фобічні, тривожні (поява епізодів страху і жаху, F40.9), неврастенічні, депресивні, істеричні та іпохондричні (F41.2, F60.4) розлади. Особливістю їх клінічних проявів було домінування стійкої тривоги, яка не обмежувалась зовнішніми обставинами. Вони були пов'язані із психотравматичними ситуаціями внаслідок усвідомлення важкого хронічного стану хворої дитини і малою можливістю вплинути на характер перебігу ДЦП та лікування.

Рівень і характер прояву психічних розладів дещо відрізнявся у чоловіків і жінок (табл. 4–8). Матері частіше і більшою мірою мали реакції страху і фобій, в основі яких була тривога за стан здоров'я хворої дитини і перебіг її лікування ((21,0±2,6) балів у жінок і (16,6±3,0) балів у чоловіків). Встановлені тривожно-депресивні розлади і реакції, депресивні епізоди легкого ступеня без психотичних симптомів (F32.0, F32.2), що підтверджені також за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS). Для батьків з невротичними розладами (F45.2) типовими були думки про можливі загрозливі обставини, що становлять небезпеку як для самих хворих дітей, так і для батьків і близьких родичів, а також неспроможність контролювати події і ситуації на достатньому рівні.

Психастенічні розлади у батьків виникали з початку розвитку захворювання дитини і проявлялися нерішучістю, загостреними переживаннями, «душевною слабкістю». При цьому у батьків на тлі пролонгованих депресивних розладів розвивалися порушення адаптації

(F43.2), що ускладнювало комунікацію між членами сім'ї і стало причиною конфліктів і епізодів агресії по відношенню один до одного.

Таблиця 3. Рівень психічних розладів у батьків, які виховують дітей з дитячим церебральним паралічем

Показник	Мати (n=24)	Батько (n=22)
Симптоматичний опитувальник Александровича		
Жах, фобії	21,0±2,6	16,6±3,0
Депресивні розлади	16,4±2,3	16,4±2,0
Занепокоєння, напруження	18,2±2,1	19,6±2,6
Порушення сну	10,8±1,9	14,2±1,9
Істеричні розлади	16,5±1,7	17,2±1,9
Неврастенічні розлади	21,1±2,0	8,8±1,7*
Сексипільні розлади	6,8±1,5	2,4±0,4
Дереалізація	7,8±1,7	4,4±1,2
Нав'язливість	8,8±1,1	13,4±1,3
Труднощі в соціальних контактах	4,4±0,7	7,4±1,3
Іпохондричні розлади	10,1±10,2	8,0±2,1
Психастенічні порушення	10,2±1,2	8,0±1,3
Соматичні порушення	51,7±8,4	45,8±7,8
Сума балів за шкалою	204,9±25,0	183,6±24,0
Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)		
Тривога	8,2±0,9	8,2±0,7
Депресія	7,1±1,0	5,6±0,7

Примітка. * – $p < 0,05$.

Таким чином, зміст тривожних переживань у батьків з невротичними розладами загалом однотипний, мова йде про ступінь інтенсивності наявних симптомів, який виявився вищим у жінок. У симптоматичному профілі переважали скарги на фобічні розлади, астеничний компонент (підвищена стомлюваність, відчуття слабкості, млявості), когнітивні порушення (труднощі в концентрації, зосередженні уваги, зниження швидкості мислення, зниження пам'яті), тенденції іпохондрії, а також тривожно-депресивні розлади (в тому числі короткотермінові реакції тривоги і тривалі прояви депресії).

Стан хворої дитини, особистісні риси батьків, сімейні розлади і нерозуміння або неспроможність батьків вплинути на лікування дитини з ДЦП є джерелом психічних розладів неспсихотичного рівня подружжя, впливу на взаємовідносини із хворими і здоровими дітьми. Все це вимагає відповідних індивідуальних і сімейних психотерапевтичних підходів до лікування та реабілітації дітей, хворих на ДЦП.

Висновки

1. Батьки дітей з ДЦП мають пограничні психічні розлади, які безпосередньо пов'язані з затримкою психічного, мовного і моторного розвитку дитини.

2. Основним проявом психічних розладів у батьків є гіперпротекція і гіперопіка над хворим, фіксація подружніх відносин на хворій дитині, страх, тривога і невпевненість, зниження зацікавленості в подружніх стосунках, втрата мотивації до народження наступної дитини.

Таблиця 4. Характеристика фобічних розладів у батьків, які виховують дітей з дитячим церебральним паралічем

Твердження шкали Александровича	Мати (n=24)	Батько (n=22)
Жах і фобії		
1. Страх, постійно з'являється під час перебування на балконах, мостах, на висоті	1,7±0,4	2,2±0,4
4. Постійне почуття безпричинної тривоги	3,9±0,2	2,6±0,4
21. Страх або інші неприємні переживання, що постійно виникають, коли навколо немає людей (наприклад, в порожній квартирі)	2,2±0,4	0,0±0,0*
24. Паралізуючий незрозумілий страх, що робить неможливою будь-яку дію	0,5±0,3	0,8±0,3
41. Страх, який постійно виникає при перебуванні в рухомому транспорті	0,5±0,3	0,0±0,0
44. Напади панічного жаху	1,7±0,4	1,8±0,5
61. Страх, що з'являється завжди під час перебування на відкритому просторі, наприклад, на великій площі	0,0±0,0	0,0±0,0
71. Страх і (або) інші неприємні переживання, що з'являються тільки під час перебування в закритих приміщеннях	0,0±0,0	0,0±0,0
81. Почуття страху, що виникає при перебуванні в натовпі	0,7±0,4	0,0±0,0
84. Необгрунтоване почуття небезпеки, загрози	2,0±0,5	2,6±0,4
101. Сильний страх предметів, тварин або місць, боятися яких немає причини	0,0±0,0	0,8±0,3
104. Почуття тривоги, занепокоєння перед якимись подіями, зустрічами	4,3±0,09	3,4±0,3
121. Тривога за близьких людей, яким насправді ніщо не загрожує	2,6±0,4	2,8±0,5
124. Страх, що з Вами щось станеться, або Ви самі зробите собі що-небудь жакливе (наприклад, вистрибнете з вікна, або відбудеться якась катастрофа)	0,9±0,3	0,8±0,3

Примітка. * – $p < 0,05$.

Таблиця 5. Характеристика депресивних розладів у батьків, які виховують дітей з дитячим церебральним паралічем

Твердження шкали Александровича	Мати (n=24)	Батько (n=22)
Депресивні розлади		
2. Почуття смутку, пригніченості	3,9±0,4	3,2±0,3
22. Сильне почуття провини, самозвинувачення	2,7±0,3	2,8±0,5
42. Втрата віри у свої сили	3,8±0,4	2,4±0,4
62. Бажання покінчити з собою	0,4±0,2	0,8±0,3
75. Відчуття, ніби Ви гірші за інших людей	3,1±0,4	2,4±0,4
82. Песимізм, передчуття невдач і провалів у майбутньому	1,2±0,5	2,4±0,4
122. Почуття, що Ви гірші, ніж інші люди	1,3±0,4	2,4±0,4

Таблиця 6. Характеристика істеричних розладів у батьків, які виховують дітей з дитячим церебральним паралічем

Твердження шкали Александровича	Мати (n=24)	Батько (n=22)
Істеричні розлади		
5. Часті сльози	2,9±0,5	0,8±0,3*
25. Глибоке, інтенсивне переживання неприємних подій	4,6±0,1	3,8±0,4
45. Схильність до сильних, глибоких переживань	2,8±0,5	4,0±0,4
65. Неможливість стримувати свої почуття, незважаючи на наслідки	2,0±0,4	3,8±0,3*
85. Несподіване бурхливе переживання радості, щастя, екстазу	1,3±0,4	0,8±0,3
105. Почуття, що Вас недооцінюють	2,0±0,4	2,4±0,4
125. Почуття, що оточуючі не цікавляться Вами і Вашими справами	0,9±0,3	1,6±0,4

Примітка. * – $p < 0,05$.

Таблиця 7. Характеристика неврастенічних розладів у батьків, які виховують дітей з дитячим церебральним паралічем

Твердження шкали Александровича	Мати (n=24)	Батько (n=22)
Неврастенічні розлади		
6. Почуття втоми, слабкості після пробудження вранці, минає впродовж дня	3,9±0,2	1,6±0,4*
26. Погіршення пам'яті	3,6±0,4	0,8±0,3*
46. Відчуття, ніби мислення значно ускладнене і менш ясне, ніж зазвичай	2,1±0,4	0,8±0,3*
66. Труднощі в концентрації, зосередженні уваги	2,2±0,4	0,0±0,0*
72. Повільність рухів і думок, апатія	1,5±0,5	1,6±0,4
86. Постійне відчуття втоми	2,4±0,5	2,4±0,4
102. Нестача сили або енергії в будь-якій діяльності	2,1±0,4	0,8±0,3
106. Зниження швидкості мислення, втрата кмітливості	3,3±0,3	0,8±0,3*

Примітка. * – $p < 0,05$.

Таблиця 8. Характеристика іпохондричних розладів у батьків, які виховують дітей з ДЦП

Твердження шкали Александровича	Мати (n=24)	Батько (n=22)
Іпохондричні розлади		
17. Виявлення у себе ознак різних серйозних захворювань	2,3±0,5	2,0±0,5
37. Дії і процедури, які забирають багато часу (ритуали), метою яких є уникнення хвороби	0,7±0,4	0,0±0,0
57. Постійна концентрація уваги на тілесних функціях (наприклад, на роботі серця, пульсі, травленні)	0,5±0,3	1,0±0,4
77. Побожування за своє здоров'я (страх захворіти на яке-небудь серйозне захворювання)	3,6±0,4	3,2±0,6
97. Почуття, що Ви хворі на якусь тяжку хворобу, що загрожує Вашому життю	1,5±0,5	1,0±0,4
117. Невизначені, блукаючі болі	1,5±0,5	0,8±0,3

3. Симптоматичний профіль психічних розладів не-психотичного рівня у батьків, що виховують дітей з ДЦП, включає тривожно-депресивні, невротичні та істеричні розлади з епізодами страху, фобії й іпохондрії. У зв'язку з цим комплекс лікування та реабілітації дітей з ДЦП повинен включати психотерапію батьків.

Список використаної літератури

1. Красильникова Е. Д. Психологические особенности семей, воспитывающих детей с различными вариантами нарушения психического здоровья / Е. Д. Красильникова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2012. – № 2. – С. 29–35.
2. Симонова Т. Н. Современные подходы к изучению нарушений психического развития дошкольников с тяжелыми двигательными нарушениями / Т. Н. Симонова. – СПб.: Издательство РГПУ, 2008. – 127 с.
3. Устинов Н. В. Программа психосоциальной реабилитации родителей детей, больных детским церебральным параличом / Н. В. Устинов, К. К. Яхин // Казанский медицинский журнал. – 2003. – Т. 84, № 1. – С. 44–47.
4. Barlow J. H. Psychological well-being among mothers of children with cerebral palsy / J. H. Barlow, L. A. Cullen-Powell, A. Cheshire // Early Child Development and Care. – 2006. – Vol. 176. – P. 421–428.
5. Levy-Zaks A. Cerebral palsy risk factors and their impact on psychopathology / A. Levy-Zaks, Y. Pollak, H. Ben-Pazi // Neurol. Res. – 2014. – Vol. 36 (1). – P. 92–94.
6. Musculo-skeletal pain, quality of life and depression in mothers of children with cerebral palsy / K. Kaya, S. Unsal-Delialioglu, N. KutayOrdu-Gokkaya [et al.] // Disability and Rehabilitation. – 2010. – Vol. 32. – P. 1666–1672.
7. Parenting stress and children with cerebral palsy: a European cross-sectional survey / J. Parkes, B. Caravale, M. Marcelli [et al.] // Developmental Medicine And Child Neurology. – 2011. – Vol. 53. – P. 815–821.
8. Quality of life and mental health among parents of children internationally the influence of self-efficacy and coping strategies / N. Guillamón, R. Nieto, M. Pousada [et al.] // J. Clin. Nurs. – 2013. – Vol. 22 (11–12). – P. 1579–1590.
9. Stability of executive functioning measures in 8-17-year-old children with unilateral cerebral palsy / A. M. Piovesana, S. Ross, K. Whittingham [et al.] // Clin. Neuropsychol. – 2015. – Vol. 29 (1). – P. 133–149.
10. The impact of caring for a child with cerebral palsy: quality of life for mothers and fathers / E. Davis, A. Shelly, E. Waters [et al.] // Child: Care, Health and Development. – 2010. – Vol. 36. – P. 63–73.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Р.В. Рахманов

Статья посвящена анализу психических расстройств у родителей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом. Динамическое наблюдение за семьями показало появление у родителей пограничных тревожных и депрессивных расстройств, фобических тревожных, неврастенических, истерических и ипохондрических расстройств. Жалобы родителей на нарушенные взаимоотношения между родителями и родителями с ребенком, снижение мотивации к рождению следующего ребенка и развитие психических расстройств у родителей указывают на необходимость оказания комплексной психиатрической помощи больным детям и их родителям.

Ключевые слова: психические расстройства, детский церебральный паралич, родители.

MENTAL DISORDERS IN PARENTS RAISING CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

R. Rakhmanov

This article analyzes psychiatric disorders in parents raising children with cerebral palsy. Dynamic observation families showed the appearance border anxiety and depressive disorders, phobic anxiety disorders, neurasthenic, hysterical and hypochondriacal disorder in parents. Complaints parents on violated relationship between parents and parents with a child, reduced motivation to birth next child and development mental disorders in parents indicate the need for comprehensive mental health care to sick children and their parents.

Key words: psychiatric disorders, cerebral palsy, parents.

Г.М. Вербенко

КЛІНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦІЄНТІВ З БІПОЛЯРНИМ АФЕКТИВНИМ РОЗЛАДОМ І ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЗАЛЕЖНО ВІД ФАЗИ ЗАХВОРЮВАННЯ

vverbenko@mail.ru

Актуальність. Афективні розлади є провідними серед причин інвалідизації і втрати працездатності серед працездатного населення.

Метою дослідження було вивчення особливостей клінічної симптоматики та якості життя на різних стадіях перебігу БАР.

Матеріали та методи. 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 (F31.0–2, F 31.6), 50 пацієнтів (41,7%) в еутимному періоді (F 31.7)). Був проведений аналіз досліджуваних груп з використанням шкали манії YMRS, шкали депресії MADRS та шкали якості життя SF-36.

Результати. Пацієнти з БАР мали приблизно однаковий статевий розподіл, найбільша питома вага 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. Звернення за допомогою в групі БАР-М було самим раннім, а з приводу депресії пацієнти зверталися з запізненням, що ускладнювало вихід в ремісію. Кількість пацієнтів із психотичними симптомами в анамнезі достовірно переважала також у групі БАР-М. У всіх пацієнтів виявлена депресивна симптоматика: в БАР-Д – рівня тяжкої депресії ((32,2±7,8) балів); в БАР-М і БАР-Е – субклінічного рівня (відповідно (15,2±4,6) і (14,2±5,1) балів). Значимий результат за шкалою манії був тільки в групі БАР-М ((30,4±6,4) балів). Проте якість життя була досить низькою у всіх трьох групах, особливо соціальне функціонування і емоційне обмеження рольових функцій, через наявність емоційного дисбалансу і когнітивного дефіциту.

Ключові слова:
біполярний афективний розлад, депресія, манія, еутимія, якість життя.

Висновки. Основні клінічні характеристики на різних стадіях перебігу БАР залежать від актуальної фази захворювання. Загальною тенденцією є низький показник якості життя за наявності емоційного дисбалансу і когнітивного дефіциту.

Актуальність. Афективні розлади в сучасному світі є однією з провідних причин інвалідизації та втрати працездатності серед працездатного населення: щорічно понад 15 млн осіб втрачають працездатність внаслідок насамперед депресії [2, 5, 18]. Проблема є актуальною і в Україні: рівень захворюваності на біполярні афективні розлади (БАР) в період з 2000 по 2009 рік коливався в межах 10,1–10,3 на 100 тис. населення, причому за десятиріччя кількість непсихотичних афективних розладів зросла на 58,4%, а психотичних – зменшилась на 65,5% [4, 6, 7, 13].

Депресивні симптоми, як правило, переважають і проявляються приблизно в 3,5 раза частіше, ніж манія / гіпоманія при БАР I, і в 38,5 раза частіше при БАР II. Крім того, пацієнти з біполярним розладом мають високий ризик суїцидальних думок; від 10 до 15% з них здійснюють суїциди. Біполярний афективний розлад є прогресуючим захворюванням, 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 [1, 6].

Пацієнти можуть мати кілька депресивних епізодів до маніакального епізоду, причому багато з них не повідомляють про пережиті епізоди манії / гіпоманії, тому у близько 73% спочатку встановлюється неправильний діагноз (як правило, депресія) [2, 3]. 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 [2, 4–7, 13].

W. Coryell і співавт. (2010) відмітили, що у пацієнтів з БАР знижений рівень соціального функціонування,

включно зі зниженням професійного статусу і рівня річного доходу, зберігався навіть після дворічної ремісії [17]. Подібні дані наведені J. Godard і співавт. (2012) за даними річного дослідження хворих на біполярну депресію, а саме: річний катамнез пролікованих пацієнтів показав збереження труднощів у міжособистісній і професійній сферах та наявність порушень когнітивного профілю [14]. Низка дослідників вважають, що пацієнти з БАР II в еутимному періоді більш дезадаптовані, порівняно з хворими на БАР I [10]. L. L. Judd і співавт. (2005) дійшли висновку, що депресивні симптоми погіршують соціальну адаптацію більшою мірою, ніж маніакальні/гіпоманіакальні. Причому, вже субсиндромальна депресія значно погіршує функціонування, тоді як присутність субсиндромальної гіпоманії, навпаки, покращує соціальну адаптацію [15].

Більшість науковців схилиються до думки, що при афективних розладах найбільший вплив на рівень соціального функціонування чинить наявність залишкової депресивної симптоматики, як у пацієнтів з уніполярною депресією в періоді ремісії, так і у пацієнтів з БАР I та II в еутимному періоді [1–4, 10, 17]. Згідно з нещодавнім дослідженням T. Hellvin (2013), у пацієнтів з БАР погіршення соціального функціонування має значущий ступінь позитивної кореляції з кількістю і тяжкістю депресивних епізодів в анамнезі, а також з більш раннім початком захворювання [16]. Підтвердило «сумнівність» видужання і дослідження B. Sole' і співавт. (2012) 43 хворих на БАР II в еутимному періоді (HAM-D ≤ 6 і YMRS ≤ 6) у порівнянні з 42 здоровими особами. Результати виявили значне погіршення нейрокогнітивних функцій у групі еутимних пацієнтів, найбільшу значущість залишкових депресивних симптомів та нейрокогнітивного дефіциту, як предикторів порушення соціального функціонування [12].

Метою дослідження було вивчення особливостей клінічної симптоматики на різних стадіях перебігу біполярного афективного розладу.

Матеріали та методи дослідження

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», шкали манії YMRS, шкали депресії MADRS та шкали якості життя SF-36.

Оцінювальна шкала манії Янга Young Mania Rating Scale (YMRS) є клінічним інструментом для визначення виразності маніакальних симптомів, вона була розроблена фахівцями Королівського коледжу психіатрів (The Royal College of Psychiatrists) у 1978 році [8]. Ця шкала складається з 11 пунктів, які описують окремі симптоми маніакального синдрому, має заповнюватися лікарем впродовж 15–30 хвилин бесіди з пацієнтом. Чотири пункти шкали (дратівливість, мова, зміст думок і агре-

сивна поведінка) мають більшу діагностичну цінність, порівняно з іншими, та оцінюються подвійними балами від 0 до 8. Інші сім пунктів (піднесений настрій; збільшення моторної активності та енергійність; сексуальна зацікавленість; порушення сну; порушення мислення; зовнішній вигляд; усвідомлення хвороби) оцінюються в діапазоні 0–4 бали. Загальна кількість балів за шкалою YMRS варіює від 0 до 60. Результати інтерпретуються наступним чином: до 12 балів включно є нормою; рейтинг 13–21 бал відповідає стану гіпоманії; діапазон від 22 до 30 балів оцінюється як манія; більше 31 бала – тяжкий маніакальний стан.

Шкала Монтгомері–Асберг для оцінки депресії (MADRS), запропонована в 1979 році, є клінічним інструментом для швидкої і точної оцінки тяжкості депресії [11]. Дослідження з її валідазації, в тому числі культуральні, були проведені в лікарнях Великобританії і Швеції серед пацієнтів з різними типами депресій. Ця шкала була розроблена на основі 65-пунктової психопатологічної оцінювальної шкали, в якій 17 пунктів, що найчастіше зустрічаються, додатково були тестовані на точність оцінки симптоматики, в результаті чого було відібрано 10 найчутливіших показників. Отже, MADRS складається з 10 пунктів, кожний з яких оцінюється в балах від 0 до 6. Шкала має заповнюватися лікарем за 20–60 хвилин бесіди з пацієнтом. Більший бал відповідає більш тяжкому стану пацієнта. Стани тяжкості 0, 2, 4 і 6 балів докладно описані у шкалі, а непарні бали залишені для проміжних за тяжкістю станів. Загальний бал за шкалою варіює від 0 до 60 балів, причому в інтервалі 0–6 балів симптоми депресії взагалі відсутні; інтервал 7–14 балів також не означає наявності клінічно значущої депресії; легка депресія відповідає інтервалу 15–24 бали; від 25 до 30 балів визначається помірна депресія; від 31 до 43 – тяжка депресія; понад 44 бали – дуже тяжка. Втім, залежно від завдань клінічних досліджень, у науковій медичній літературі зустрічаються інші варіанти інтерпретації, а саме: щодо легкої депресії 16–25 балів або 7–19 балів; щодо помірної депресії 26–30 балів або 20–34 бали; відповідно щодо тяжкої – >30 балів або >34 балів.

Для оцінки якості життя (ЯЖ) пацієнтів з БАР ми застосували опитувальник SF-36 – один з найчастіше використовуваних у популяційних дослідженнях [6]. Це загальний опитувальник, створений для задоволення мінімальних психометричних стандартів. Опитувальник використовується для групових порівнянь, з огляду на загальні концепції здоров'я або благополуччя, тобто ті параметри, які не є специфічними для різних вікових або нозологічних груп, а також груп, що отримують певне лікування. Він дозволяє оцінити суб'єктивну задоволеність хворого своїм фізичним і психічним станом, соціальним функціонуванням, а також відображає самооцінку ступеня вираженості больового синдрому. Вимірювальна модель, що лежить в основі конструкції SF-36, має 3 рівні: пункти (питання); вісім шкал, кожна з яких об'єднує разом від 2 до 10 пунктів; два сумарних вимірювання, які об'єднують разом шкали. При обробці результатів отримані відповіді по всіх 36 пунктах формують 8 шкал. Пункти,

пов'язані з кожною визначеною шкалою, підсумовуються і перетворюються в значення від 0 до 100, де 100 на максимальне значення, а 0 – мінімальне. Вищі бали відповідають вищому рівню здоров'я.

1. PF – фізичне функціонування – відображає ступінь, в якому здоров'я лімітує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом сходами, перенесення вантажів тощо).

2. RP – фізичне обмеження рольових функцій – вплив фізичного стану на рольове функціонування (роботу, виконання буденних справ).

3. BP – фізичний біль – інтенсивність болю і його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу удома і поза домом.

4. GH – загальне здоров'я – оцінка хворим свого стану здоров'я в даний момент і перспектив лікування.

5. VT – життєва сила – відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленним.

6. SF – соціальне функціонування – визначається ступенем, в якому фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування).

7. RE – емоційне обмеження рольових функцій – припускає оцінку ступеня, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи великі затрати часу, зменшення обсягу роботи, зниження її якості тощо).

8. MH – психічне здоров'я – характеризує настрій (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій).

Кожен пункт використовується в обробці балів тільки за однією зі шкал. Ці 8 шкал формують дві різні високоупорядковані групи – сумарні оцінки фізичного і психічного здоров'я. Окремими складовими РН (фізичний компонент здоров'я) є фізичне функціонування; рольове функціонування, обумовлене фізичним станом; інтенсивність болю; загальний стан здоров'я. МН (психологічний компонент здоров'я) складається з: психічного здоров'я; рольового функціонування, обумовленого емоційним станом; соціального функціонування; життєвої активності.

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 фазах (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.	%
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). Близько 1/3 усіх обстежених склали особи вікової категорії 31–45 років (відповідно БАР-Д – 45,0%, БАР-М – 43,3%, БАР-Е – 40,0%), причому середній вік в окремих групах достовірно не відрізнявся ($P=0,1086$). Втім, варто відзначити певну тенденцію до переважання осіб більш старшого віку в групі БАР-Д та більш 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 $\pm$ 9,8		43,7 $\pm$ 10,3		45,8 $\pm$ 8,5	

Таким чином, досліджувані групи є репрезентативними за віком і статтю, що й передбачалось умовами дослідження.

Тривалість актуального маніакального епізоду до початку дослідження склала ($2,6 \pm 1,60$) тижнів, депресивного епізоду – ($7,8 \pm 5,6$) тижнів (табл. 3). Тривалість еутимного періоду склала ($25,8 \pm 9,6$) тижнів.

Отже, пацієнти з депресією звертаються за медичною допомогою набагато пізніше, що ускладнює вихід в ремісію. Кількість коморбідних психічних розладів, суїцидальних спроб в анамнезі, загальний стаж хвороби, число епізодів на рік та відсоток часу, проведеного в хворобливому стані, достовірно не відрізняються в окремих досліджуваних групах. Кількість пацієнтів з психотичними симптомами в анамнезі достовірно переважає в групі БАР-М, що обумовлено тим, що до цієї

Таблиця 3. 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 $\pm$ 5,6		2,6 $\pm$ 1,6		25,8 $\pm$ 13,6	
Стаж хвороби (роки)	22,4 $\pm$ 12,8		16,5 $\pm$ 11,7		25,2 $\pm$ 10,5	
Число епізодів на рік	1,2 $\pm$ 1,8		0,7 $\pm$ 0,8		0,9 $\pm$ 0,9	
% часу хворобливого стану на рік	47,2 $\pm$ 42,3		37,7 $\pm$ 35,4		38,7 $\pm$ 30,8	

групи входять пацієнти тільки з БАР І типу. До груп БАР-Д і БАР-М увійшли пацієнти як з БАР І типу, так і з БАР ІІ типу.

Серед клініко-психопатологічних порушень у пацієнтів з БАР-М розлади мислення та когнітивних функцій були представлені ідеями самосхвалення та самовпевненості у вигляді підвищеної самооцінки, перебільшення власних досягнень і можливостей, надоптимістичної оцінки життєвої ситуації у цілому, а також підвищенням швидкості мислення у вигляді прискороного потоку великої кількості ідей, порушенням виконавчої функції насамперед в труднощах щодо прийняття рішень і підвищеною чутливістю до критичних зауважень на свою адресу. Емоційні розлади у цих пацієнтів проявлялися полярно, як у вигляді вираженого відчуття піднесеності, так і емоційної лабільності з дратівливістю, відчуттями прикrostі та образи. У осіб з групи БАР-М були наявні також депресивні і тривожні симптоми, тому середній бал за шкалою Монтгомері-Асберг для оцінки депресії (MADRS) у таких пацієнтів склав (15,2±4,6) (табл. 4). Загальна вираженість проявів за шкалою YMRS складала (30,4±6,4) бали (табл. 5).

Таблиця 4. Розподіл тяжкості симптомів обстежених осіб за шкалою депресії Монтгомері-Асберг (n=120)

Пункти (бали)	БАР-Д n=40	БАР-М n=30	БАР-Е n=50
Видима печаль	3,8±1,6	0	0,6±0,4
Висловлювана печаль	3,4±1,8	0	1,2±0,5
Внутрішня напруга	2,2±1,8	2,7±0,8	1,9±0,9
Погіршення сну	3,2±1,3	5,2±2,4	2,1±0,8
Зниження апетиту	2,5±1,6	2,1±1,7	0,8±0,4
Труднощі концентрації	3,8±1,2	3,5±1,4	2,4±1,6
Втома	3,3±1,4	0,3±0,3	1,1±0,5
Нездатність до почуттів	4,2±2,1	0	1,6±1,2
Песимістичні думки	3,5±1,9	0,8±0,6	1,7±0,8
Суїцидальні думки	2,3±0,8	0,6±0,4	0,8±0,5
Сумарна оцінка	32,2±7,8	15,2±4,6	14,2±5,1

Таблиця 5. Розподіл тяжкості симптомів обстежених осіб за шкалою манії Янга (n=120)

Пункти (бали)	БАР-Д n=40	БАР-М n=30	БАР-Е n=50
Піднесений настрій	0	2,8±1,6	0,8±0,6
Збільшення моторної активності, енергійність	0	2,6±1,7	0,5±0,5
Сексуальна зацікавленість	0	1,7±0,8	0,3±0,3
Порушення сну	1,4±0,3	2,7±35,4	0,7±0,4
Дратівливість	2,1±0,7	4,3±1,8	1,4±0,7
Швидкість, кількість мовлення	0	4,1±1,2	0,7±0,4
Порушення мислення	0,2±0,2	2,3±0,6	0,3±0,2
Зміст ідей	0	3,3±1,4	0,7±0,5
Агресивна поведінка	0,4±0,3	2,6±0,9	0,3±0,2
Зовнішній вигляд	0,6±0,5	1,3±0,7	0,4±0,4
Усвідомлення хвороби	0,6±0,5	2,7±0,6	1,3±0,8
Сумарна оцінка	5,3±3,1	30,4±6,4	7,4±3,2

Серед клінічних проявів в групі БАР-Д відзначалося переважання тужливого та апато-адинамічного варіантів депресії. Були виявлені ангедонія, добові коливання настрою, туга та сум. Депресивні розлади проявлялися загальмованістю рухів, мови, міміки, вираженим відчуттям провини, зниженням інтересів, ідеями малоцінності та підвищенням чутливості до критичних зауважень. У структурі депресивного епізоду реєструвалися порушення сну, зниження маси тіла та запори. Середній бал за шкалою Монтгомері-Асберг для оцінки депресії (MADRS) у таких пацієнтів склав (32,2±7,8) (табл. 4). Загальна вираженість проявів за шкалою YMRS складала (5,3±3,1) бали (табл. 5).

Основними формами клініко-психопатологічних проявів в групі БАР-Е були поєднані варіанти субклінічної гнівливої гіпоманії та переважно тривожної субдепресії, які не усвідомлювалися пацієнтами. Серед розладів мислення та когнітивних функцій спостерігалися деяка ригідність мислення з ідеями власної малоцінності та порушення концентрації уваги. Відповідно, було зниження виконавчої функції (планування й прийняття рішень), рівня інтересів і порушення критики по відношенню до хвороби. Емоційні порушення характеризувалися незадоволенням, емоційною лабільністю і роздратованістю. Соматовегетативні розлади відрізнялися наявністю розладів сну, насамперед у вигляді передсомнічних та інтрасомнічних порушень. Загальна вираженість проявів за шкалою YMRS складала (7,4±3,2) бали (табл. 5). Середній бал за шкалою MADRS склав (14,2±5,1) (табл. 4).

Серед усіх клінічних груп якості життя обстежених осіб з групи БАР-Д за шкалою SF-36 виявилася найгіршою, порівняно з групами БАР-М та БАР-Е, за обома інтегральними показниками (відповідно щодо фізичного здоров'я 32,5 VS 48,4 VS 53,0; щодо ментального (психічного) здоров'я 21,5 VS 37,9 VS 51,6) (табл. 6, а-с).

Варто зауважити, що показники PF (фізичне функціонування) і RP (фізичне обмеження рольових функцій) достовірно ($P < 0,05$) менші в групі БАР-Д, насамперед за рахунок зменшення у пацієнтів здатності до самообслуговування і виконання буденної діяльності, що додатково підтверджується суб'єктивним рівнем знесилення за показником VT (життєва сила). Показники GH (загальне здоров'я) і MH (психічне здоров'я) достовірно ($P < 0,05$) менші в групах БАР-Д і БАР-М, порівняно з групою БАР-Е. Аналогічний до вищезазначеного розподіл в клінічних групах виявився щодо показників SF (соціальне функціонування) і RE (емоційне обмеження рольових функцій), які навіть в групі БАР-Е не сягають середнього рівня в 50 балів.

Отже, наявність насамперед депресивної симптоматики найбільше впливає на якість життя пацієнтів з БАР. Втім, соціальне функціонування і емоційне обмеження рольових функцій визначально погіршують якість життя пацієнтів з маніакальними / гіпоманіакальними станами. В еутимному періоді зниження цих же показників обумовлене субклінічними емоційними, а також когнітивними порушеннями.

Таблиця 6. Якість життя пацієнтів обстежених осіб за шкалою SF-36 (n=120)

а) група БАР-Д

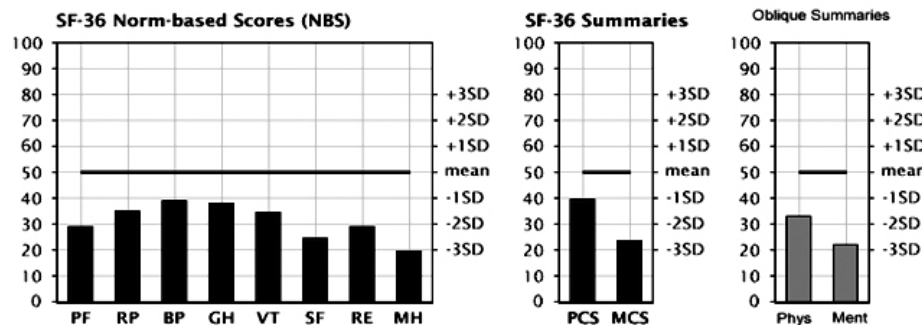
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PCS	MCS	oblique Phys	oblique Ment
Score	46,0	34,0	45,0	49,0	33,0	36,0	24,0	23,0				
Mean	87,9	83,2	74,8	75,8	68,8	88,6	85,7	80,9	50,0	50,0	50,0	50,0
S,D,	19,6	31,8	26,1	22,2	22,8	20,3	29,2	18,9	10,0	10,0	10,0	10,0
NBS	28,6	34,5	38,6	37,9	34,3	24,1	28,9	19,4	39,4	23,4	32,5	21,5

б) група БАР-М

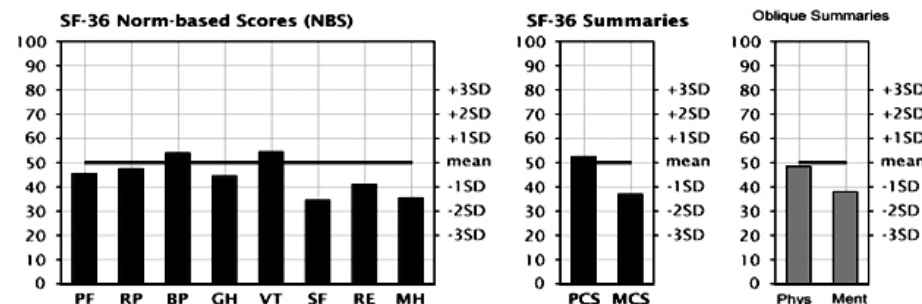
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PCS	MCS	oblique Phys	oblique Ment
Score	79,0	75,0	84,0	63,0	79,0	57,0	59,0	53,0				
Mean	87,9	83,2	74,8	75,8	68,8	88,6	85,7	80,9	50,0	50,0	50,0	50,0
S,D,	19,6	31,8	26,1	22,2	22,8	20,3	29,2	18,9	10,0	10,0	10,0	10,0
NBS	45,5	47,4	53,5	44,2	54,5	34,4	40,9	35,2	52,1	36,8	48,4	37,9

в) група БАР-Е

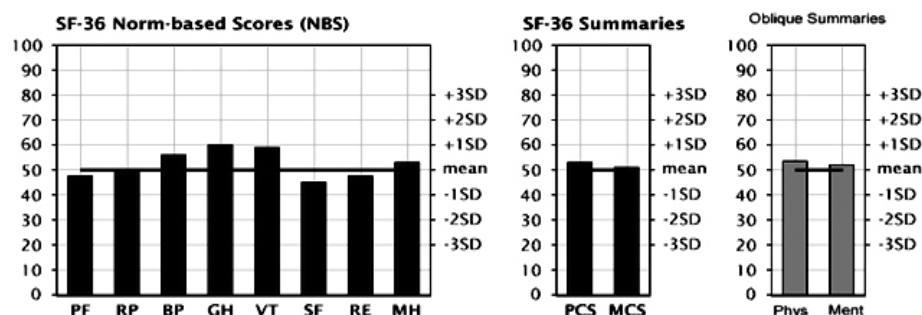
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PCS	MCS	oblique Phys	oblique Ment
Score	76,0	74,0	84,0	91,0	76,0	71,0	74,0	80,0				
Mean	83,0	77,9	70,2	70,1	57,0	83,6	83,1	75,2	50,0	50,0	50,0	50,0
S,D,	23,8	35,3	23,4	21,4	21,1	23,0	31,6	17,6	10,0	10,0	10,0	10,0
NBS	47,1	48,9	55,9	59,8	59,0	44,5	47,1	52,7	52,9	50,8	53,0	51,6



а) група БАР-Д



б) група БАР-М



в) група БАР-Е

Рисунок (а-с). Спектр показників якості життя у групах пацієнтів з біполярним афективним розладом

Висновки

Обстеженим пацієнтам з БАР притаманні приблизно однаковий статевий розподіл, найбільша питома вага хвороби у віковій категорії 31–45 років (відповідно БАР-Д – 45,0%, БАР-М – 43,3%, БАР-Е – 40,0%) з середнім віком у вибірці ($45,7 \pm 9,7$) років. Звернення за допомогою у групі БАР-М було найбільш раннім, з приводу депресії пацієнти зверталися із запізненням, що ускладнювало вихід в ремісію. Кількість пацієнтів із психотичними симптомами в анамнезі достовірно переважала також у групі БАР-М. У всіх пацієнтів виявлена депресивна симптоматика: в БАР-Д – рівня тяжкої депресії ($(32,2 \pm 7,8)$ балів); в БАР-М і БАР-Е – субклінічного рівня (відповідно $(15,2 \pm 4,6)$ і $(14,2 \pm 5,1)$ балів). Значущий результат за шкалою манії був тільки в групі БАР-М ($(30,4 \pm 6,4)$ балів). Проте, якість життя була досить низькою у всіх трьох групах, особливо соціальне функціонування і емоційне обмеження ролевих функцій, через наявність емоційного дисбалансу і когнітивного дефіциту.

Список використаної літератури

1. Кожина А. М. Современные стратегии в терапии биполярного аффективного расстройства [Текст] / А. М. Кожина, Л. М. Гайчук // Психічне здоров'я. – 2009. – Т. 3–4 (24–25). – С. 60–62.
2. Марута Н. А. Биполярные расстройства: распространенность, медико-социальные последствия, проблемы диагностики [Электронный ресурс] / Н. А. Марута // *НейроNews*. – 2011. – № 2 (29). – Режим доступа: <http://www.neuro.health-ua.com/article/439.html>.
3. Марута Н. А. Восстановление социального функционирования – основная цель терапии депрессии / Н. А. Марута // *НейроNEWS*. – 2013. – № 8 (53). – С. 16–19.
4. Очеретяная Н. Биполярное расстройство: клинический обзор [Текст] / Н. Очеретяная // *Здоров'я України*. – 2011. – № 4 (19). – С. 36–37.
5. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні: Інформаційно-аналітичний огляд за 2000–2009 рр. – Харків: Арсіс, 2010. – 160 с.
6. Хаустова Е. А. Сезонное аффективное расстройство: проблемы диагностики и терапии / Е. А. Хаустова // *Міжнародний неврологічний журнал*. – 2012. – № 2 (48). – С. 188–192.
7. Чабан О. С. Биполярная депрессия: проблемы диагностики и терапии / О. С. Чабан, Е. А. Хаустова // *НейроNews*. – 2011. – № 5 (32). – С. 18–22.
8. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity / R. C. Young, J. T. Biggs, V. E. Ziegler, D. A. Meyer // *Br. J. Psychiatry*. – 1978. – Vol. 133. – P. 429–435.
9. Clinical management and burden of bipolar disorder: results from a multinational longitudinal study (WAVE-bd) / E. Vieta [et al.] // *International Journal of Neuropsychopharmacology*. – 2013. – № 16. – P. 1719–1732.
10. Maruta N. A. The neurocognitive dysfunction in adult patients with bipolar disorder I type / N. A. Maruta, V. A. Verbenko, G. N. Verbenko // *Crimea Journal of Experimental and Clinical Medicine*. – 2013. – Vol. 3. – № 1–2 (9–10). – P. 21–23.
11. Montgomery S. A. New depression scale designed to be sensitive to change / S. A. Montgomery, M. A. Asberg // *Br. J. Psychiatry*. – 1979. – Vol. 134. – P. 382–389.
12. Neurocognitive impairment and psychosocial functioning in bipolar II disorder / B. Sole, C. M. Bonnin, C. Torrent [et al.] // *Acta Psychiatr Scand*. – 2012. – Vol. 125, № 4. – P. 309–317.
13. Phillips M. L. Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions / M. L. Phillips, D. J. Kupfer // *The Lancet*. – 2013. – Vol. 381. – P. 1663–1671.
14. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study / L. I. Judd, H. S. Akiskal, P. J. Schettler [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 62, № 12. – P. 1322–1330.
15. Social functioning in first contact mania: clinical and neurocognitive correlates / T. Hellvin, K. Sundet, S. R. Aminoff [et al.] // *Compr Psychiatry*. – 2013. – Vol. 54, № 5. – P. 432–438.
16. The enduring psychosocial consequences of mania and depression / W. Coryell, W. Scheffner, M. Keller [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. – 1993. – Vol. 150, № 5. – P. 720–727.
17. The global burden of disease. – WHO, 2004.

КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАЗЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Г.Н. Вербенко

Актуальность. Аффективные расстройства являются ведущими среди причин инвалидизации и потери работоспособности среди трудоспособного населения. Целью исследования было изучение особенностей клинической симптоматики и качества жизни 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 (F31.0–2, F 31.6), 50 пациентов (41,7%) в эутичном периоде (F 31.7)). Был проведен анализ исследуемых групп с использованием шкалы мании YMRS, шкалы депрессии MADRS и шкалы качества жизни SF–36.

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. 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. У всех пациентов выявлена депрессивная симптоматика: в БАР-Д – уровня тяжелой депрессии ((32,2±7,8) баллов); в БАР-М и БАР-Е – субклинического уровня (соответственно (15,2±4,6) и (14,2±5,1) баллов). Значимый результат по шкале мании был только в группе БАР-М ((30,4±6,4) баллов). Однако качество жизни было достаточно низким во всех трех группах, особенно социальное функционирование и эмоциональное ограничение ролевых функций, из-за наличия эмоционального дисбаланса и когнитивного дефицита.

Выводы. Основные клинические характеристики на разных стадиях течения БАР зависят от актуальной фазы заболевания. Общей тенденцией является низкий показатель качества жизни из-за наличия эмоционального дисбаланса и когнитивного дефицита.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, депрессия, мания, эутимия, качество жизни.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BAD AND QUALITY OF LIFE 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 and quality of life 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)). We analyzed the study groups using a mania scale YMRS, depression scale MADRS and the quality of life scale SF–36.

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. 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. All patients had depressive symptoms: the group BAD-D – severe depression level ((32.2±7.8) points); in groups BAD-M and BAD-E – subclinical level (respectively (15.2±4.6) and (14.2±5.1) points). Significant results on a scale of mania was only in the group of BAD-M ((30.4±6.4) points). However, quality of life was relatively low in all three groups, especially social functioning and emotional role limitation functions because of the emotional imbalances and cognitive deficits.

Conclusions. The main clinical characteristics at different BAR stages depends on the actual phase of the disease. The general trend is the lowest quality of life due to the presence emotional imbalances, and cognitive deficits.

Key words: bipolar disorder, depression, mania, euthymia, quality of life.

В.П. Культенко

СТРУКТУРА КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ПРИ КАРДІОНЕВРОЗІ, САМОСПРИЙНЯТТЯ І САМОВПЕВНЕНІСТЬ ОСОБИСТОСТІ

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, м. Київ

kultenko.viktori@mail.ru

Метою дослідження є розробка структури когнітивно-поведінкової терапії для перебудови та зміни в ставленні пацієнтів до своїх емоційних переживань, які призводять до нападу кардіоневрозу, тривають під час нападу, турбують після його закінчення.

Дослідження тривало з вересня 2013 по травень 2014 р. в кардіологічному відділенні та відділенні граничних станів психоневрологічного диспансеру, м. Київ. Було оглянуто 95 молодих осіб (віком від 25 до 37 років) з кардіоневрозом, який виник вперше (40 жінок та 55 чоловіків). Були використані: психодіагностичний тест ММРІ, кольоровий тест Люшера, методика «типу ставлення до хвороби», особистісний опитувальник Бехтерівського інституту (ООБІ). Під час клінічного та патопсихологічного обстеження у значної кількості пацієнтів (87 осіб) було діагностовано поєднання в клінічній картині хвороби соматичних симптомів з граничними психічними порушеннями, невротичними, неврозоподібними та особистісними розладами, які погіршували самосприйняття та самовпевненість особистості після перенесеного кардіоневрозу. У 43 осіб з обстежених було відмічено розлад адаптації з надмірним психоемоційним порушенням та соматизованим, іпохондричним, панічним та генералізованим тривожними розладами. Афективні ознаки порушення спостерігали у 25 осіб, особистісні – у 19 осіб (залежні від істероїдних розладів), 8 осіб мали виражені особистісні порушення з втратою віри в майбутнє без хвороби, на які впливало зниження самосприйняття та самовпевненості.

Висновки. У результаті проведеної роботи була проведена оцінка ефективності структурності КПТ у пацієнтів з кардіоневрозом та рівнем самосприйняття та самовпевненості особистості. Для купірування рецидиву, що виникає у хворого, який пройшов курс звичайної когнітивно-поведінкової терапії, часто досить короткого нагадування основних психотерапевтичних технік.

Наш досвід свідчить про те, що описаний варіант когнітивного втручання принаймні не поступається результатам, отриманим при медикаментозній терапії, якщо пацієнт бере активну участь у психотерапевтичному процесі і виконує «домашні завдання».

Зрозуміло, що не всім пацієнтам з кардіоневрозом, психосоматичними порушеннями та розладами підходить даний варіант когнітивної терапії. Здатність до рефлексії, певний рівень інтелекту і довіра до наукового способу мислення – необхідні передумови для успішності лікування.

Ключові слова:

кардіоневроз, самосприйняття особистості, самовпевненість особистості, структура когнітивно-поведінкової психотерапії.

Робота стосується самосприйняття та самовпевненості особистості, яка перенесла кардіоневроз вперше, та створення структури когнітивно-поведінкової терапії для подальшого лікування та корекції, паралельно з медикаментозною терапією. Дослідження тривало з вересня 2013 по травень 2014 р. в м. Київ, у кардіологічному відділенні та відділенні граничних станів психоневрологічного диспансеру, було оглянуто та діагностовано 95 молодих осіб (віком від 25 до 37 років) з кардіоневрозом, який виник вперше (40 жінок та 55 чоловіків). Для діагностики були використані психодіагностичний тест ММРІ, кольоровий тест Люшера, методика «типу відношення до хвороби» особистісний опитувальник Бехтерівського інституту (ООБІ).

Актуальність дослідження. Впродовж останніх десятиріч були досягнуті значні результати в дослідженні виникнення та лікування кардіоневрозів у пацієнтів молодого віку. Добрі результати лікування були відмічені при застосуванні медикаментозної терапії, при цьому необхідно вказати на позитивний вплив когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) на подальший перебіг хвороби та значну ремісію. Будь-який медикаментозний препарат має, як мінімум, дві сторони впливу: з одного боку це швидкий лікувальний ефект, а з іншого – неприємні побічні ускладнення, значна тривалість вживання препарату, яка лякає більшість пацієнтів. Тому, на противагу медикаментозним препаратам, існує когнітивно-поведінкова терапія.

дінкова терапія, яка дозволяє організму за допомогою власних сил впоратись із хворобою, а також зафіксувати у поведінці позитивні реакції для запобігання рецидиву виникнення повторного розладу.

У розвитку кардіоневрозу головною етіопатогенетичною ланкою є недосконалість у функціонуванні вегетативної нервової системи, що виникає з різних причин і має єдині клінічні прояви у вигляді психологічного дискомфорту і появи нетипових фізіологічних відчуттів. Провокатором виникнення нападу кардіоневрозу є значної сили негативні емоції та дія стресового впливу на організм, а інколи навіть позитивні, радісні емоції можуть стати причиною нападу кардіоневрозу. Люди, які страждають на психоемоційні розлади, більше за інших схильні до розвитку клініко-морфологічних змін, характерних для кардіоневрозу. Однак у деяких випадках напад кардіоневрозу може розвиватися на тлі повного благополуччя у осіб, які не страждають на органічну патологію серця. У такій ситуації мають значення навіть найменші зміни режиму праці і відпочинку, а також порушення харчової поведінки у вигляді короткочасного зловживання алкоголем і вживання продуктів, що містять кофеїн, нікотин у більшій, ніж звичайно, кількості. Групу ризику з даного захворювання складають особи молодого віку, які страждають на психоемоційні розлади різного ступеня вираженості [7].

Більшість діагнованих та оглянутих нами пацієнтів характеризуються виникненням та перебігом кардіоневрозу з такими симптомами: значно виражений страх, що виникає як наслідок біохімічного дисбалансу або неусвідомлюваних психологічних процесів. Через певний проміжок часу страх проявляється у вигляді фізичних симптомів, пов'язаних з активізацією вегетативної нервової системи (тахікардія, підвищення АТ, прискорення пульсу), неспроможністю відповідати за себе чи власні дії та нерозумінням де вони знаходяться, спогляданням себе з боку (деперсоналізація). Пацієнти відчували страх за власне життя. Різке посилення страху відбувається коли виникає відчуття порушення психічного здоров'я, та неспроможність контролювати власне життя та поточну ситуацію. Пацієнтам було запропоновано класичні техніки та прийоми класичного когнітивного підходу [8], при якому важливе місце займає використання способів раціонального впливу на когнітивні процеси, що пов'язані з неправильною оцінкою пацієнтами наявних у них симптомів.

Самосприйняття трактуємо як самоприйняття, саморозуміння й самооцінку людини. Установки, переконання та самооцінка – характеристики людей, які значною мірою залежать від їхніх спостережень за власною поведінкою. Проблема самосприйняття вивчали чимало закордонних психологів, але досліджень, спрямованих на з'ясування особливостей самосприйняття в осіб із психосоматичними розладами, практично немає. Поняття самосприйняття випрацьовували здебільшого в контексті західної соціальної психології (Д. Бем [5], С. Беєр [6], Х. Кляйн [9] та інші), досліджуючи впливи та особливості формування самосприйняття особистості в процесах соціальної взаємодії. Проте його елементи наявні і в інших фундаментальних психологічних напрямках, зокрема в психоаналізі (як основний процес форму-

вання Его за З. Фройдом; елемент формування "образу Я" за К. Горні), его-психології (елемент формування Его-ідентичності за Е. Еріксоном), гуманістичній психології (Я-концепція К. Роджерса; три функції проприуму за Г. Олпортом: відчуття власного тіла, відчуття самоідентичності, самопізнання людини) [10]. Застосовуючи поняття самосприйняття до вивчення психосоматичних розладів припускаємо, що самосприйняття людини залежатиме від її психологічного і фізичного стану та впливатиме на її стійкість до зовнішніх і внутрішніх проблем.

Метою дослідження є розробка структури когнітивно-поведінкової терапії для перебудови та зміни в ставленні пацієнтів до своїх емоційних переживань, які виникають до нападу кардіоневрозу, тривають під час нападу, турбують після його закінчення. Цього можна домогтися за допомогою інформування пацієнтів про причини виникнення у них фізичних і психоемоційних симптомів, навчити справлятися з ними за допомогою способів когнітивно-поведінкової терапії, а також сприймати ці симптоми, як абсолютно безпечні та звичайні, що не є небезпечними для життя та не порушують якість життєдіяльності. Адже без методів корекції, на підставі значної тривалості та сили даних симптомів, досить часто відмічається перехід симптомів з психосоматичних в психопатологічний розлад.

Створюючи структуру корекційної когнітивно поведінкової терапії для пацієнтів з кардіоневрозом необхідно пояснити, яким чином виникає розлад, що спричиняє больовий синдром різної поширеності та ступеня вираженості в проекції грудної стінки. Необхідно не лише розповідати про вплив негативних, а інколи і позитивних високих емоцій на початок виникнення кардіоневрозу, а й впроваджувати методи раціоналізації та візуалізації, які допоможуть пацієнтам усвідомити, що вказане відчуття тимчасове, і зникне так само швидко, як і виникло. А сильне відчуття страху в даній ситуації є природним, зазвичай супроводжується значним серцебиттям, підвищенням АТ, м'язовою напругою або тремтінням, посиленням дихання. У таких ситуаціях можливе виникнення нападу паніки, який виникає на тлі кардіалгії та супроводжується посиленою пітливістю і стійким похолодінням шкірних покривів, відчуттям поколювання в дистальних відділах кінцівок, що також свідчить про дисфункцію вегетативної нервової системи. Таким чином, для всіх хворих на кардіоневроз характерний хвилеподібний перебіг захворювання із частими змінами періодів виникнення нападу та фазою повного благополуччя. Кардіоневроз у вигляді панічних атак виникає на рівному місці, без причини – в ситуації, яка жодної небезпеки для пацієнта не становить – наприклад удома, на прогулянці або в автобусі [4]. В абсолютно спокійній ситуації виникає сильний страх як прояв неврозу, наприклад як дисбаланс біохімічних процесів у клітинах головного мозку.

Напад при кардіоневрозі хворі характеризують та описують як значний больовий синдром, як «гострий кинджальний біль в ділянці серця, що супроводжується відчуттям зупинки серцебиття, після чого спостерігається різке збільшення частоти серцевих скорочень. У таких ситуаціях пацієнти відчувають сильний безпричинний

страх і одночасно тяжкі фізичні відчуття, тому найбільше уваги при нападах надається саме небезпеці фізичних проявів при кардіоневрозі. Адже пацієнти сприймають ці симптоми як небезпечні для життя (наприклад, сильне серцебиття – «Серце не витримає, розірветься», запаморочення – «Втрачу свідомість»), а це, в свою чергу, тільки підсилює страх, створюється замкнуте коло: страх сам себе підтримує, при цьому напад «накочує» з ще більшою інтенсивністю. Але, якщо пацієнта навчити ставитися до своїх симптомів менш емоційно та намагатись їх контролювати за допомогою раціонально-когнітивної сфери, то страх та тривожно-фобічний синдром не зможуть вплинути на особистість, а хвиля нападу не буде «накривати» та посилюватись [2].

Ще одним досить важливим та необхідним моментом у когнітивно-поведінковій терапії є поетапне детальне обговорювання з пацієнтом страхів щодо завданої шкоди органам та системам під час кардіоневрозу, та запевнення пацієнта, спираючись на когнітивно-мнестичну сферу особистості, у відмінному функціонуванні органів та систем.

Серцебиття і підвищення АТ викликають у пацієнтів думку про можливу зупинку серця або розрив судини в мозку («серце та мозок не витримають навантаження»). Слід детально пояснити пацієнту, що здорове серце, як і здорові судини, витримують будь-яке можливе навантаження – це фізіологічний закон. Корисно розповісти пацієнту про системи зворотного зв'язку в організмі, які здійснюють при необхідності перерозподіл сил. Нормальна ЕКГ може теж слугувати гарантією нормального серцебиття або відсутності артеріальної гіпертензії. А значить, серце може битися як завгодно довго і як завгодно сильно [1].

Матеріали та методи дослідження

Дане дослідження тривало з вересня 2013 по травень 2014 р. на базі кардіологічного відділення та відділення граничних станів психоневрологічного диспансеру, було оглянуто та діагностовано 95 молодих осіб (віком від 25 до 37 років) з кардіоневрозом, який виник вперше (40 жінок та 55 чоловіків). Були використані психодіагностичний тест ММРІ, кольоровий тест Люшера, методика «типу ставлення до хвороби ООБІ». Під час клінічного та патопсихологічного обстежень у значній кількості пацієнтів (87 осіб) було діагностовано поєднання в клінічній картині хвороби соматичних симптомів з граничними психічними порушеннями, невротичними, неврозоподібними та особистісними розладами. Вони погіршували самосприйняття та самовпевненість особистості після перенесеного кардіоневрозу, та значно негативно впливали на перебіг когнітивно-поведінкової терапії, адже знижували мотивацію та позитивність налаштування на ефективність лікування. У 43 обстежених осіб було відмічено розлад адаптації з надмірним психоемоційним порушенням та соматизованим, іпохондричним панічним та генералізованим тривожним розладами. Афективні ознаки порушення спостерігали у 25 осіб, особистісні – у 19 осіб (залежні від істероїдний розладів), 8 осіб мали виражені особистісні порушення з втратою віри в майбутнє без хвороби, на які впливало зниження самосприйняття та самовпевненості. Як ви-

дно з отриманих результатів, у пацієнтів молодого віку з психосоматичними порушеннями та кардіоневрозом переважають функціонально-динамічні психічні розлади невротичного регістру, та особистісні, на які впливає афективна сфера та значні порушення психоемоційного фону, який досить складно контролювати лише самосвідомістю. Використання структурної когнітивної психотерапії сприяє підвищенню не лише загальної ефективності лікування, а й створює тривалу позитивну динаміку з мінімальними ознаками рецидиву. Тому КПТ як метод лікування та корекції дозволяє домогтися тривалої ремісії, яка позитивно фіксується когнітивно-мнестичною сферою особистості.

Результати та їх обговорення

Особливості самосприйняття і самовпевненості особистості, яка перенесла кардіоневроз

Після перенесеного нападу відмічаються порушення власної психічної адаптації, що призводить до зниження адекватності функціонування психічної сфери і ефективності інтелектуальної діяльності. Відбувається це внаслідок того, що при дезадаптації функціональної ланки забезпечується переробка інформації – пошук, сприйняття, аналіз і синтез, зберігання і використання. Психічна напруженість виявляється в зниженні стійкості психічних функцій, що призводить до зниження ефективності діяльності, її дезінтеграції. Перебігає когнітивно-мнестична сфера в наступних формах:

- гальмівній (уповільнення виконання інтелектуальних операцій);
- імпульсній (помилкові дії, метушливість)
- генералізованій (зрив діяльності, що супроводжується відчуттям байдужості, приреченості і депресією).

Також у діагностованих пацієнтів відмічали погіршення міжособистісної взаємодії, тобто порушення соціально-психологічної адаптації: порушення комунікації, відчуття відчуженості від інших людей, неприязнь до всякої ініціативи, а також небажання відповідальності, невпевненість у власній здатності справлятися з життєвими труднощами та криза ідентичності.

На початку проведення когнітивно-поведінкової терапії відмічались певні труднощі, які були пов'язані з низькою мотивацією хворих, стійкою впевненістю в соматичному походженні симптомів хвороби. При подальшій психологічній корекції значна увага приділялась втраті актуальності та «знециненню» бажаного ступеня ефективності КПТ, яка постійно суперечила з враженістю алекситимічних рис хворобливої особистості. В більшості ситуацій навіть при позитивному налаштуванні та повній готовності пацієнтів, як вони стверджували, ефективність КПТ дещо відставала та не давала бажаного результату в цей момент, як цього очікували пацієнти.

На підставі цього були виділені умови та час досягнення бажаного результату індивідуально для кожного пацієнта, при умові тривалого збереження терапевтичного контакту. Збільшення ефективності у хворих з кардіоневрозом вдалося домогтися за рахунок використання поетапного залучення пацієнтів у психотерапевтичний процес. На початковому етапі пацієнту розповідали про причини виникнення хвороби, раціональну терапію усвідомлення відсутності небезпечності для життя,

тих відчуттів, які турбували. Увага була направлена на вирішення короткочасних особистісно-орієнтованих поведінкових проблем, що дало можливість за короткий проміжок часу досягнути усвідомлення пацієнтом значного ефекту в лікуванні.

Висновки

У результаті проведеної роботи була оцінена об'єктивна ефективність КППТ, як методу лікування та корекції, незважаючи на виражені труднощі, особливо в ситуації переконання пацієнтів у відсутності соматичних порушень в роботі серцево-судинної системи. Ми оцінили вплив КППТ на хворих даної групи шляхом порівняння ефективності лікування і частоти рецидивів протягом 6 міс. у пацієнтів, яким був наданий різноманітний обсяг психотерапевтичної допомоги.

Оскільки в результаті когнітивно поведінкової терапії пацієнт отримує надійний засіб самопомоги, можна говорити і про більш надійний, ніж внаслідок прийому медикаментів, антирецидивний ефект. Для купірування рецидиву, що виникає у хворого, який отримав курс звичайної когнітивно-поведінкової терапії, часто досить короткого нагадування основних психотерапевтичних технік. Наш досвід свідчить про те, що описаний варіант когнітивного втручання принаймні не поступається результатам, отриманим при медикаментозній терапії, якщо пацієнт бере активну участь у психотерапевтичному процесі і виконує «домашні завдання». Зрозуміло, що не всім пацієнтам з кардіоневрозом та психосоматични-

ми порушеннями і розладами підходить даний варіант когнітивної терапії. Здатність до рефлексії, певний рівень інтелекту і довіра до наукового способу мислення – необхідні передумови для успішності лікування.

Перспективи подальших досліджень полягають у покращенні структури медико-психологічної корекції пацієнтів, які перенесли кардіоневроз вперше, за допомогою когнітивно-поведінкової терапії та поліпшення самосприйняття та самовпевненості особистості.

Список використаної літератури

1. Бурно А. М. Медицинское информирование в структуре когнитивной терапии панического расстройства // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2009. – №1.
2. Джекобсон Джеймс Л. Секреты психиатрии; пер. с англ. / Джекобсон Джеймс Л., Джекобсон Алан М. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 576 с.
3. Коростий В. И. Когнитивная психотерапия в лечении тревожных и депрессивных расстройств у молодых лиц с психосоматическими заболеваниями // В. И. Коростий // Медицинская психология. – 2011. – № 3. – С. 76–81.
4. Сидоров П. И. Психосоматические заболевания: концепции, распространенность, качество жизни, медико-социальная помощь больным / П. И. Сидоров, И.А. Новикова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2010. – № 1. – С. 55.
5. Bem D. Self-Perception theory. *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 6 Academic Press Inc, New York and London, 2000.
6. Beyer S. Gender Differences in Self-Perception and Negative Recall Biases. *Sex Roles // A. Journal of Research*. – 2008. – Vol. 38. Issue 1–2. – P. 103.
7. Clarc David M. Anxiety states: panic and generalized anxiety for Psychiatric Problems. *A Practical Guide / Clarc David M.* – New York: Oxford University Press, 1993. – 456 p.
8. Clarc David M. Panic disorder and social phobia. *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Ed. by Clarc D.M. and Fairburn C.G. – New York: Oxford University Press, 1997. – 437 p.
9. Klein H. Self-Perception in Late Adolescence: An Interactive Perspective. *Adolescence*. – 2005. – Vol. 30. Issue 119. – P. 579.
10. Хьелл Л. Теории личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб.: Питер, 2003.

СТРУКТУРА КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ КАРДИОНЕВРОЗЕ, САМОВОСПРИЯТИЕ И САМОУВЕРЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ

В.П. Култенко

Целью исследования стала разработка структуры когнитивно-поведенческой терапии для перестройки и изменения в отношении пациентов к своим эмоциональным переживаниям, которые возникают перед приступом кардионевроза, продолжаются во время приступа, беспокоят после его окончания. Исследование продолжалось с сентября 2013 по май 2014 г. в кардиологическом отделении и отделении пограничных состояний психоневрологического диспансера, г.Киев. Было осмотрено 95 молодых людей (в возрасте от 25 до 37 лет) с кардионеврозом, возникшим впервые (40 женщин и 55 мужчин). Были использованы психодиагностические тесты ММПИ, цветной тест Люшера, методика «типа отношения к болезни», личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ). Во время клинического и патопсихологического обследования у значительного числа пациентов (87 человек) было диагностировано сочетание в клинической картине болезни соматических симптомов с пограничными психическими нарушениями, невротическими, неврозоподобными и личностными расстройствами, которые ухудшали самовосприятие и самоуверенность личности после перенесенного кардионевроза. У 43 человек из диагностированных было отмечено расстройство адаптации с чрезмерным психоэмоциональным нарушением, а также соматизированным, ипохондрическим, паническим и генерализованным тревожными расстройствами. Аффективные признаки нарушения наблюдались у 25 человек, личностные – у 19 человек (зависящие от истероидных расстройств), у 8 человек имели место выраженные личностные нарушения с потерей веры в будущее без болезни, на которые влияло снижение самовосприятия и самоуверенности.

Выводы. В результате проведенной работы была оценена эффективность структурности КППТ у пациентов с кардионеврозом и уровень самовосприятия и самоуверенности личности. Для купирования рецидива, возникающего у больного, прошедшего курс обычной когнитивно-поведенческой терапии, часто достаточно короткого напоминания основных психотерапевтических техник.

Наш опыт свидетельствует о том, что описанный вариант когнитивного вмешательства по крайней мере не уступает результатам, полученным при медикаментозной терапии, если пациент принимает активное участие в психотерапевтическом процессе и выполняет «домашнее задание».

Разумеется, не всем пациентам с кардионеврозом и психосоматическими нарушениями и расстройствами подходит данный вариант когнитивной терапии. Способность к рефлексии, определенный уровень интеллекта и доверия к научно-образному мышлению – необходимые предпосылки для успешности лечения.

Ключевые слова: кардионевроз, самовосприятие личности, самоуверенность личности, структура когнитивно-поведенческой психотерапии.

STRUCTURE OF COGNITIVE-BEHAVIOURAL PSYCHOTHERAPY IN CASE OF CARDIAC NEUROSIS, SELF-PERCEPTION AND SELF-ASSERTIVENESS OF PERSONALITY

V. Kultenko

The aim of the study is to develop a structure of cognitive-behavioral therapy for adjustment and change in the attitude of patients to their emotional experiences that occur before the attack of cardio neurosis, continued during the attack, concerned at the end.

The study lasted from September 2013 to May 2014 in Kiev, cardiology department and department of border states neuropsychiatric clinic, were examined 95 young people (aged 25 to 37 years) with cardio neurosis appeared first time (40 women and 55 men). We used psychodiagnostic tests MMPI, Luscher color test, the technique «type of attitude to the disease», «Personality Inventory of Bechterov Institute (PIBI)». During the clinical and pathopsychological examination a significant number of patients (87) were diagnosed a combination in the clinical picture of the disease somatic symptoms with borderline mental disorders, neurotic, neurosis and personality disorders that impair the individual's self-perception and self-confidence after borne cardioneurosis. 43 people have been diagnosed the adaptation disorder with excessive psycho-emotional disorder and somatic, hypochondriacal, panic and generalized anxiety disorders. Affective disorders symptoms were observed in 25 people, 19 people have personally disorders (depending on hysteroid disorders), 8 people have been pronounced personality disorders with loss of faith in the future without the disease that are affected by decrease in self-perception and self-confidence.

Conclusions: As a result of this work it was made an evaluation of efficiency of structural CBT in patients with cardio neurosis, their self-perception and the level of self-confidence and personality.

For relief of recurrence, which occurs in a patient after the course of normal cognitive-behavioral therapy is often sufficient a short reminder of basic psychotherapeutic techniques. Our experience shows that described variant of cognitive intervention, at least not inferior to the results obtained with drug therapy if the patient takes an active part in the psychotherapeutic process and performs the «homework».

Of course, this version of cognitive therapy is not suitable for all patients with cardio neurosis and psychosomatic violations and disorders. The capability for reflection, a certain level of intelligence and trust to the scientific and imaginative thinking are the backgrounds for successful treatment.

Key words: cardio neurosis, self-perception of personality, self-confidence of personality, structure of cognitive-behavioral psychotherapy.

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89

Д.Н. Сафонов

МИШЕНИ И ВЕКТОРЫ ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОГЕННЫХ КОМПОНЕНТОВ
ЭКЗАЦЕРБАЦИИ КАТАТОНИЧЕСКОГО СИНДРОМАЗапорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье
doxtor15@gmail.com

Ключевые слова:
психотерапия,
психопрофилактика,
кататонический
синдром, мишени
психотерапии.

С целью выявления мишеней психотерапии и психопрофилактики психогенного компонента в структуре кататонического синдрома различного генеза на основании его структурно-динамических особенностей было обследовано 100 пациентов, имеющих в структуре психопатологических расстройств доминирующий кататонический синдром различного генеза при помощи клинко-психопатологического, клинко-анамнестического и психодиагностического методов. В результате исследования было установлено, что использование психотерапевтических методов при профилактике психопатологических расстройств, имеющих в своей структуре кататонический синдром, корректно, прежде всего, в отношении психогенных триггеров процесса эксацербаций и факторов дисконформности, а также были выявлены мишени психопрофилактического воздействия.

Актуальность. Кататонический синдром, а точнее, кататонические синдромы, согласно определению В.В. Чугунова, – группа чередующихся гиперкинетически-активных расстройств (кататоническое возбуждение и кататонический ступор), представляющих собой фазы патогенетически единого процесса, с полиморфными оболочечными психопатологическими проявлениями [1].

Клинко-психопатологическая специфика кататонического синдрома – а именно, наличие импульсивного возбуждения – приводит к высокой частоте ауто- и гетероагрессивных форм поведения, что определяет приоритет контроля за эксацербациями среди данного контингента, а также разработку механизмов их психотерапевтической превенции [2–4, 6].

Возвращаясь к расстройствам кататонического спектра в ракурсе клинко-психопатологии, следует отметить структурное единообразие компонентов кататонического синдрома в рамках патонозологических форм различной регистровой принадлежности, что, по-видимому, объясняется единством нейрометаболического механизма, лежащего в основе основных диагностических компонентов кататонии (ступора и [импульсивного] возбуждения), при различном модусе их индукции [3, 5–7].

В силу полиморфизма разных клинических форм кататонического синдрома и их этиопатогенетических вариантов формирование единой системы мониторинга и психопрофилактики эксацербаций данного психопатологического расстройства является чрезвычайно затруднительным. Однако распределение, пусть и условное, нозологических форм психопатологических расстройств, в структуре которых представлен кататонический синдром или его клинически значимые компоненты, на [этио]па-

тогенетические группы позволяет сформировать рабочие модели индикации эксацербаций, а также разработать конгруэнтный модус их психопрофилактики.

Цель исследования – на основании структурно-динамических особенностей кататонического синдрома различного генеза выявить мишени психотерапии и психопрофилактики психогенного компонента в его структуре.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на 100 пациентах КУ «Запорожская областная психиатрическая больница». Все исследованные пациенты имели в структуре психопатологических расстройств верифицированный кататонический синдром.

Все пациенты являются мужчинами, средний возраст на данном этапе формирования контингента исследования составляет $(27 \pm 0,61)$ лет.

Нами были использованы следующие методы: клинко-анамнестический, клинко-психопатологический и психодиагностический.

Результаты и их обсуждение

Наиболее целесообразной в рамках поставленной задачи представляется следующая группировка [пато]нозологических форм, имеющих в своей структуре кататонический синдром либо его клинически значимые компоненты:

- 1) эндогенная группа:
 - кататоническая форма шизофрении;
 - иные формы шизофрении с кататоническими включениями;
 - аффективные психозы с кататоническим синдромом;

2) органическая группа:

- органические психозы с кататоническим синдромом;
- сенильные психозы (поздняя кататония);

3) экзогенная группа:

- интоксикационные психозы с кататоническим синдромом;
- инфекционные психозы с кататоническим синдромом;

3) психогенная группа:

- истерокаатония.

Кататонические проявления в рамках эндогенной нозологической группы обладают специфической динамикой течения, состоящей в чередовании активных психотических фаз и ремиссий (последним соответствуют интермиссии в случаях биполярного аффективного и шизоаффективного расстройств).

Как показывают психоанамнестические и клинко-психопатологические исследования, начало экзакербацій психопатологической семиотики в рамках эндогенных расстройств (при наличии результатов нейровизуализации, исключающих органическую этиологию кататонии) имеет высокую конкордантность с воздействием психогений, что позволяет идентифицировать механизмы и создать рабочие модели индикации экзакербацій, а также разработать конгруэнтный модус психопрофилактики психогенных экзакербацій эндогенной кататонии.

Клинически механизмы экзакербацій эндогенных кататонических расстройств с участием психогенных триггеров могут быть представлены следующим образом:

- в рамках кататонической формы шизофрении: психогения → психастенизация → активация процессов кататонического возбуждения / ступора → проявление базисных компонентов кататонического синдрома.
- в рамках иных форм шизофрении: психогения → психастенизация → появление / усиление нарушений ассоциативного процесса (структурно-логические нарушения мышления) → ослабление критики → бредообразование → активация процессов кататонического возбуждения / ступора → проявление базисных компонентов кататонического синдрома.
- в рамках аффективных психозов с кататоническим синдромом: психогения → психастенизация → формирование патологически изменённого аффективного фона → аффектогенные нарушения мышления → активация микрокататонических компонентов → проявление базисных компонентов кататонического синдрома.

Выделение вышеуказанных звеньев психопатогенеза эндогенно-кататонических нарушений позволяет условно выделить 4 стадии их экзакербації с характерными триггерными зонами:

1) predispositionная («психогения → психастенизация»);

2) реактивная, или препсихотическая («психастенизация с интериоризацией переживаний → нарушения мышления / аффекта»);

3) психотическая («появление / усиление нарушений ассоциативного процесса (структурно-логические нарушения мышления) → ослабление критики → бредообразование» либо «формирование патологически

изменённого аффективного фона → аффектогенные нарушения мышления»);

4) собственно кататоническая («активация процессов кататонического возбуждения / ступора» либо «активация микрокататонических компонентов → проявление базисных компонентов кататонического синдрома»).

Следует отметить отсутствие либо абортивность третьей стадии экзакербації в рамках кататонической формы шизофрении, что детерминирует резкий переход к клинически выраженным проявлениям кататонического синдрома.

Учитывая общность звеньев психопатогенеза (таких как психотравматизация с последующей психастенизацией, predispositionные по отношению к кататоническим расстройствам нарушения иных психических сфер) во всей эндогенной группе, возможно использование их в качестве индикаторов степени вероятности развития базисных кататонических нарушений (возбуждения и ступора) при условии наличия кататонических расстройств в индивидуальном анамнезе.

Наличие же психогенных факторов экзакербації и общих для всех эндогенных кататонических расстройств стадий её развития позволяют сформировать некое временное «окно» психотерапевтического воздействия, ограниченное, с одной стороны, регистрацией факта психогении (либо реактивных феноменов или психастенических проявлений), с другой – переходом экзакербації в собственно кататоническую стадию.

Содержательно же психотерапевтические возможности определяются компетентностью метода в отношении реактивно-психогенных моментов, поскольку по крайней мере один из критериев реактивных состояний К. Jaspers'a (1913), а именно тот, согласно которому психотравмирующая ситуация находит своё отражение в содержании болезненных переживаний, актуален и для экзакербації эндогенно-процессуальных заболеваний и звучанием её на стадиях predispositionной, реактивной и даже психотической.

Указанные выше динамические особенности экзакербацій формируют следующие возможные векторы психопрофилактического, с привлечением психотерапевтических методик, воздействия.

1. Исключение психотравматизации и триггерного воздействия психогений в целом в случае состоявшегося стрессорного воздействия, что требует континуального психотерапевтического воздействия в периоды ремиссий (интермиссий) с использованием следующих методов и методик: рациональная психотерапия, методики релаксации и аутогенной тренировки (в том числе с использованием психотонических вариантов), когнитивно-бихевиоральная терапия, терапия творческим самовыражением, экзистенциальная терапия, групповые методики, копинг-стратегии.

2. Предупреждение развития реактивного ответа и наступления препсихотических нарушений (путем формирования резистентности к психогениям либо адекватных модусов совладания (копинга), для чего также необходимо перманентное психотерапевтическое воздействие в периоды ремиссий (интермиссий) с применением следующих методов и методик: аутогенная тренировка, когнитивно-бихевиоральная терапия, групповые методики, суппортивная психотерапия – с целью

формирования личностной резистентности к психогениям, либо – овладение копинг-стратегиями.

Следует заметить, что в данных двух пунктах наблюдается определённый синергизм со специфическим эмоционально-волевым снижением при психозах шизофренического спектра.

3. Недопущение перехода в стадию психотической экзацербации (путем купирования проявлений реактивной стадии), что требует комплексного психотерапевтического и психофармакологического воздействия на ведущие компоненты препсихотических психопатологических нарушений, с эксплуатацией следующих методов и методик: когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка, активирующая психотерапия, рациональная психотерапия, групповые методики.

В нижеприведенной таблице систематизированы представления о некоторых мишенях и саногенетических механизмах психотерапии и психопрофилактики психогенных компонентов экзацербаций кататонического синдрома.

Выводы

При том, что активная терапия непосредственно компонентов кататонического синдрома является противопо-

казанием для большинства методов психотерапевтического вмешательства, использование психотерапевтических методов при профилактике психопатологических расстройств, имеющих в своей структуре кататонический синдром, корректно, прежде всего, в отношении психогенных триггеров процесса экзацербаций и факторов дискомплаентности.

В ходе исследования были выявлены следующие мишени психопрофилактического воздействия:

- в рамках эндогенной группы кататоний: формирование аутического модуса личностного реагирования, ощущение неестественности происходящего, негативный окрас происходящих событий, формирование сверхценных идей собственной несостоятельности, формирование аффективных нарушений, имеющих тревожную, меланхолическую или гипобулическую аранжировку;
- в рамках органической группы кататоний: снижение личностной резистентности к психогениям, формирование неустойчивости аффекта, повышение интенсивности смены знаков эмоционального реагирования, снижение порога психической реактивности, ретенция психогенных индукций, формирование тревожно-ипохондрического модуса личностного реагирования.

Таблица. Мишени и саногенетические механизмы психотерапии кататонического синдрома различного генеза

Предиктор	Клиническое наполнение и мишени психотерапии	Вектор психотерапевтического воздействия	Метод / методика психотерапевтического воздействия
Истощаемость в рамках психоорганического синдрома в структуре органической кататонии	Психастенизация, снижение личностной резистентности к психогениям	Формирование антистрессовых дефензивных барьеров	Аутогенная тренировка (психотонические варианты), когнитивно-бихевиоральная терапия
Аффективная лабильность в рамках психоорганического синдрома в структуре органической кататонии	Неустойчивость аффекта, повышенная интенсивность смены знаков эмоционального реагирования	Формирование навыков стабилизации эмоционального фона, релаксации	Когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка, суггестивная психотерапия, групповая терапия
Раздражительность в рамках психоорганического синдрома в структуре органической кататонии	Снижение порога реактивности	Формирование навыков переключения, релаксации	Когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка, суггестивная психотерапия, групповая терапия
Снижение волевых и мотивационных компонентов деятельности в рамках эндогенной кататонии	Формирование аутического модуса личностного реагирования	Адекватная рационализация индивидуальных болезненных переживаний, формирование побудительных мотиваций к деятельности	Активирующая психотерапия, рациональная психотерапия, экзистенциальная психотерапия, суггестивная психотерапия, когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка
Дереализация, деперсонализация в рамках эндогенных и аффективных форм кататонии	Ощущение неестественности происходящего, негативный окрас происходящих событий, формирование сверхценных идей собственной несостоятельности	Рационализация транзиторных состояний и последующих аффективно-значимых переживаний, сверхценных идей	Рациональная и суггестивная психотерапия, групповая психотерапия
Брадиписхия в рамках аффективных форм кататонии	Ретенция психогенных индукций	Формирование навыков расслабления, переключения	Когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка
Вегетативная дестабилизация в рамках органической кататонии	Формирование тревожно-ипохондрического модуса личностного реагирования	Рационализация ипохондрических представлений, формирование терапевтического альянса, обучение коррекции терапии в зависимости от интроспективной оценки переживаний	Рациональная и суггестивная психотерапия, директивные методы психотерапии, групповая терапия, когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка
Сенестопатические феномены в рамках органической, аффективной и эндогенных форм кататонии			
Аффективная аранжировка депрессивного эпизода при аффективных формах кататонии	Тревога Тоска Гипопатия	Коррекция аффективного фона соответственно ведущему компоненту аффективной аранжировки гипотимии	Рациональная психотерапия, суггестивная психотерапия Групповая психотерапия Активизирующие методики

Список использованной литературы

1. Чугунов В. В. Психотерапевтический диагноз – 3-е изд. Расширенное / В. В. Чугунов – Х. : Наука, 2014/2015. – 536 с.
2. Чугунов В. В. Клинико-статистический и историографический анализ представлений об эпидемиологии расстройств кататонического спектра / В. В. Чугунов, Д. Н. Сафонов, А. Д. Городок // Таврический журнал психиатрии. – 2013. – Т. 17, №1 (62). – С. 69–77.
3. Bush G. Catatonia I: rating scale and standardized examination / G. Bush, M. Fink, G. Petrides // Acta Psychiatr Scand. – 1996. – № 93. – P.129–136. 6
4. Caroff S. N. Catatonia: from psychopathology to neurobiology / S. N. Caroff // American Psychiatric Publishing. – 2004.
5. Peralta V. Motor features in psychotic disorders. II. Development of diagnostic criteria for catatonia / V. Peralta, M. J. Cuesta // Schizophr Res. – 2001. – № 47 (2–3). – P. 117–126.
6. Shorter E. Hysteria and catatonia as motor disorders in historical context / E. Shorter // Hist. Psychiatry. – 2006. – Dec 17 (68). – P. 461–468.
7. The relationship of catatonia symptoms to symptoms of schizophrenia / Z. Z. Cernovsky, J. A. Landmark, H. Merskey, R. L. O'Reilly // Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie. – 1998. – № 43 (10). – P. 1031–1035.

МІШЕНІ ТА ВЕКТОРИ ПСИХОТЕРАПІЇ ПСИХОГЕННИХ КОМПОНЕНТІВ ЕКЗАЦЕРБАЦІЇ КАТАТОНІЧНОГО СИНДРОМУ

Д.М. Сафонов

З метою виявлення мішеней психотерапії та психопрофілактики психогенного компонента у структурі кататонічного синдрому різноманітного генезу на основі його структурно-динамічних особливостей було обстежено 100 пацієнтів, що мають в структурі психопатологічних розладів домінуючий кататонічний синдром різноманітного генезу за допомогою клініко-психопатологічного, клініко-анамнестичного та психодіагностичного методів. У результаті дослідження було встановлено, що використання психотерапевтичних методів при профілактиці психопатологічних розладів, які мають у своїй структурі кататонічний синдром, коректно, насамперед, по відношенню до психогенних тригерів екзацерацій і факторів дискмплаєнтності, а також виявлено мішені психотерапевтичного впливу.

Ключові слова: психотерапія, психопрофілактика, кататонічний синдром, мішені психотерапії.

TARGETS AND VECTORS OF PSYCHOTHERAPY OF PSYCHOGENIC COMPONENTS OF EXACERBATION OF CATATONIC SYNDROME

D. Safonov

In order to identify the targets of psychotherapy and psycho-prophylaxis of psychogenic component in the catatonic syndrome of different origin on the basis of its structurally-dynamic characteristics 100 patients with psychopathological disorders in the structure of the dominant catatonic syndrome of different genesis were examined by means of clinically-psychopathological, clinically-anamnestic and psychodiagnostic methods. The study found that using of the psychotherapeutic techniques in the prevention of psychopathological disorders having in its structure catatonia correctly, especially in respect of psychogenic triggers of exacerbations and dyscompliance factors and identified target of psychoprophylactic impact.

Key words: psychotherapy, psychoprophylaxis, catatonic syndrome, target of psychotherapy.

УДК 616–009.7–036.12:612.821

О.М. Авраменко

БАГАТОФАКТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТІВ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ І ХРОНІЧНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії

та наркології МОЗ України, м. Київ

onavramenko@gmail.com

Актуальність. Низка біологічних, психологічних і соціальних факторів, серед яких переважає емоційний стан, визначає формування хворобливої поведінки у пацієнтів з хронічним болем. Багатофакторне суб'єктивне сприйняття болю і відповідь на нього в деяких пацієнтів з хронічним больовим синдромом (ХБС) в межах хворобливої поведінки перешкоджає процесу загоєння або значно його подовжує.

Мета дослідження полягала у багатофакторній комплексній оцінці характеристик пацієнтів з ХБС залежно від наявності супутніх психічних розладів, зокрема депресивного епізоду (ВДР), генералізованого тривожного розладу (ГТР) і тривожно-депресивного розладу (ТДР).

Матеріали та методи. Проаналізовані характеристики особливостей болю у 135 пацієнтів з ХБС неонкологічного генезу із непсихотическими психічними розладами за допомогою The McGill Pain Questionnaire (MPQ), The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI), Pain Catastrophising Scale (PCS), шкали комплексної оцінки SPAASMS.

Результати. Формування хворобливої поведінки у пацієнтів з ХБС відбувалося паралельно із набуттям НПР, step-by-step, від сенсорної сенсibilізації до афективного реагування з додатковими змінами мотиваційного компонента. Вже на тлі сформованих афективних змін додавався поведінковий компонент, насамперед у вигляді більш активного споживання медичної допомоги (додаткові ліки і візити до лікаря), а не загальної активності.

Висновки. Переривання (або навіть тимчасове призупинення) step-by-step ланцюга формування хворобливої поведінки шляхом своєчасної діагностики і терапії НПР має зменшити соціально-економічний тягар щодо пацієнтів з ХБС.

Ключові слова: психічні розлади, синдром хронічного болю, депресія, тривожний розлад, больова поведінка.

Актуальність. Багатофакторний підхід до оцінки болю вкладається у нейроматриксну теорію болю, запропоновану У R. Melzack у 1998 р [22], відповідно до

якої больові відчуття формуються патерном нервових імпульсів у нейрональних ланцюгах ЦНС (переважно у лімбічній системі). Нейроматрикс є великою мережею

нейронів, що утворює функціональні петлі між таламусом і корою; корою і лімбічною системою. Синаптичні зв'язки у цій нейронній мережі генетично детерміновані. Вони певним чином складають материнську «матрицю», яка генерує, відтворює і модулює відповідну сенсорну інформацію. Нейронні петлі дивергують (розходяться у головному мозку в просторі) і формують три основні компоненти нейроматриксу – «нейромодулі», саме в яких і відбувається одночасна паралельна обробка аферентних імпульсів. Нейромодулі відповідають трьом головним психологічним компонентам больового відчуття: сенсорно-дискримінативному, афективно-мотиваційному і оцінювально-пізнавальному. Обробка даних в окремих нейромодулях завершується конвергенцією інформації, взаємодією між ними і формуванням кінцевого результату – нейросигнатури. Нейросигнатура являє собою безперервний потік імпульсів, які виходять з нейроматриксу, прямують до наступного компонента системи – сенсорного неврального центру, в якому відбувається оцінка цього потоку сигналів, його усвідомлення, осмислення і накопичення досвіду [6].

Існують певні характерні ознаки хворобливої захисної поведінки у пацієнтів з хронічними больовими синдромами (ХБС) (М. Lefkowitz, 2003): увага пацієнта постійно прикута до болю; скарги на біль мають постійний характер; пацієнт драматизує больові відчуття, наочно їх демонструючи (зоїк, стогін, гримаси, накульгування тощо); використання безлічі різноманітних ліків; часте звертання за медичною допомогою; погіршення сімейних стосунків [1, 2, 6]. Частина пацієнтів опановують біль, частково зменшують фіксацію уваги на ньому, починають сприймати біль як дещо «належне» та «неминуче», продовжуючи вести звичний спосіб життя з нормальним повсякденним рівнем діяльності. Але у багатьох випадках пацієнти з ХБС потребують більшої уваги, відчувають себе надмірно хворими і формують хворобливу обмежувальну поведінку зі зменшенням активності й зняттям із себе відповідальності щодо повсякденних обов'язків [4, 13, 16, 25, 31, 34, 35, 43]. Отже, реакція кожної окремої людини на біль є індивідуальною, і каузальні взаємини не завжди визначаються зовнішніми факторами [35].

М. Салліван стверджував, що стандарти оцінювання болю мають, насамперед, моральний, а не науковий характер. Больову поведінку він розглядав як відображення особистого досвіду болю у суспільній поведінці, зауважуючи при цьому, що дійсно приватний досвід болю не доступний для наукових досліджень [45]. Формування хворобливої поведінки у пацієнтів з хронічним болем залежить від взаємодії низки біологічних, психологічних і соціальних факторів, серед яких переважає емоційний стан пацієнтів. На підставі багатофакторного характеру суб'єктивного сприйняття болю і відповіді на нього у деяких пацієнтів із хронічним больовим синдромом (ХБС) формується певна хвороблива поведінка, що перешкоджає процесу загоєння або значно його подовжує. Вербально чи невербально хворий посиляє або не посиляє повідомлення іншим, що він відчуває біль, навіть інколи не усвідомлюючи цього. Хвороблива поведінка почасти використовується оточуючими не тільки для оцінки фізичного стану людини, а й стає підставою для висновків про риси її особистості. Причому, захисна

невербальна хвороблива поведінка пов'язана з більш негативним оцінюванням оточуючими, ніж комунікативна поведінка [34]. Автори підкреслюють, що у людей із хронічним болем можуть виникнути труднощі в управлінні тригерами захисної поведінки і часто вони навіть не знають, що проявляють таку поведінку.

Між хронічним болем і психологічними факторами є реципрокні взаємозв'язки. Психологічні фактори та уявлення пацієнтів про значення болю впливають на сприйняття інтенсивності больових відчуттів. Біль може спровокувати депресивні симптоми та вплинути на ступінь їх вираженості. Дослідження показують, що ступінь, в якому хронічний біль обмежує нормальне функціонування, має більш негативний вплив на афективну сферу, ніж інтенсивність власне больових відчуттів [7, 8]. Підтверджена низка причинно-наслідкових зв'язків ХБС і депресії. Причому більшість із дослідників приходять до висновку, що біль та інвалідизація передують депресії [4, 7–9, 19, 20, 22, 25, 27–29, 36, 38, 40, 42, 45]. Не менш значущим є поєднання ХБС з тривожними розладами та порушеннями сну. Низка досліджень щодо факторів ризику рецидиву депресивних і тривожних розладів наголошує, що підпорогові депресивні й тривожні симптоми є найпоширенішими прогностичними факторами появи тривоги і депресії, особливо при приєднанні болю [5–8, 10–12, 23, 37–39]. 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].

Наявність у пацієнта з ХБС супутніх неспсихотичних психічних розладів ускладнює усвідомлення хворобливої поведінки й дає додатковий імпульс до її формування. Надмірне залучення або відштовхування оточуючих шляхом демонстрації больової поведінки (як усвідомлено, так і несвідомо) на тлі НПР знижує рівень соціальної підтримки пацієнта, виводячи його у певну психосоціальну ізоляцію та призводячи до додаткової фіксації на відчутті болю. У курації пацієнта з ХБС мають використовуватися скринінг психічних і наркологічних розладів, уникнення прийому анагетиків та седативів-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 багатофакторна комплексна оцінка характеристик пацієнтів з ХБС залежно від наявності супутніх психічних розладів, зокрема депресивного епізоду (ВДР), генералізованого тривожного розладу (ГТР) і тривожно-депресивного розладу (ТДР).

Матеріали та методи дослідження

За умови інформованої згоди було обстежено 187 пацієнтів з ХБС (R52.1, R52.2 за МКХ–10), які перебували на лікуванні у відділенні функціональної неврології Клінічної лікарні «Феофанія» ДУС. За критеріями включення/виключення була відібрана 171 особа, з яких для подальшого аналізу включено 135 осіб, що склали клінічний матеріал дослідження та були поділені на основну (ОГ) та контрольну групи (КГ). Усі пацієнти були обстежені за критеріями МКХ–10 на наявність депресивного епізоду

(ВДР), тривожного розладу (ТР) та тривожно-депресивного розладу (ТДР). До основної групи увійшли 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) – 32 особи; ОГ2 – ХБС+ТР (R52.1-2+F41.0-1) – 34 особи; ОГ3 – ХБС+ТДР (R52.1-2+F41.2-3, F43.22) – 33 особи. У групу контролю (КГ) увійшли особи з ХБС без психічних розладів неспсихотичного регістру, її кількість становила 36 осіб.

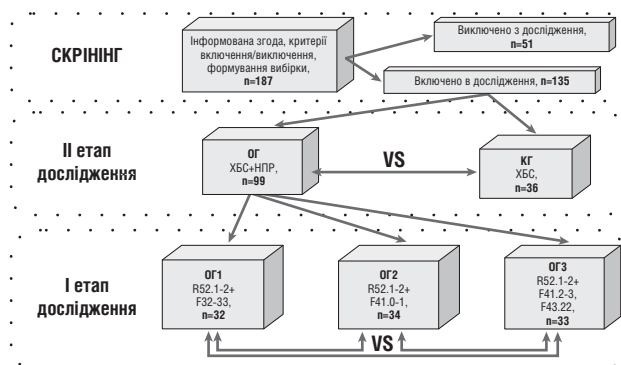


Рис. 1. Дизайн дослідження

Серед обстежених пацієнтів було 50 чоловіків (37,1%) і 85 жінок (62,9%), (рис. 2). Розподіл за статтю в усіх досліджених групах достовірно не різнився ($P=0,1032$).

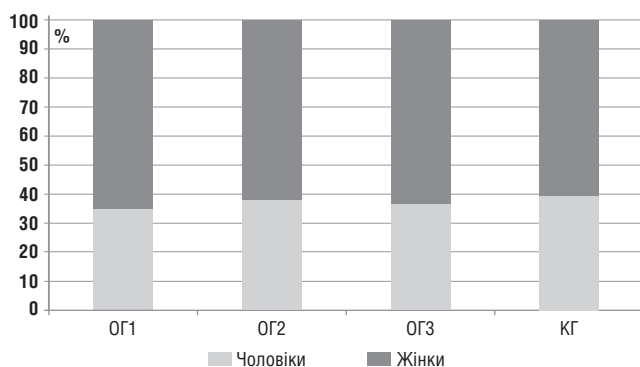


Рис. 2. Розподіл обстежених осіб за статтю (n=171)

Вік пацієнтів був у межах 20–75 років, із переважанням осіб старшої вікової категорії в усіх групах (рис. 3). Найбільшу питому частку, до 1/3 усіх обстежених, склали особи у віці 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 ($P=0,1086$).

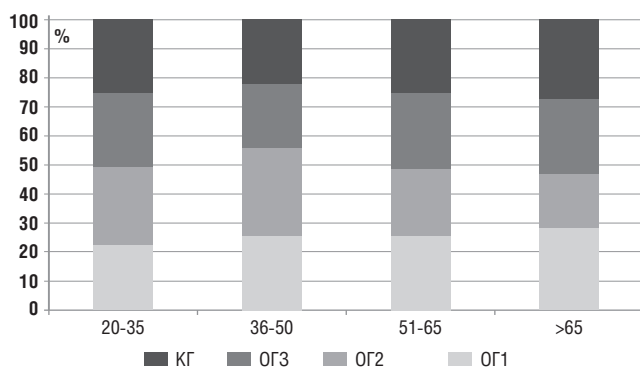


Рис. 3. Розподіл обстежених осіб за віком (n=171)

і склав відповідно ($57,6\pm9,8$); ($53,66\pm10,3$); ($55,8\pm8,5$) і ($56,2\pm9,6$) років. Втім, варто відмітити певну тенденцію до накопичення осіб старшого віку в групі ОГ1 та молодшого віку – у групі ОГ2.

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 боєм» за наступними шкалами: Мак-Гілловський больовий опитувальник The McGill Pain Questionnaire (MPQ), комплексний больовий опитувальник The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI), шкала катастрофізації хронічного болю Pain Catastrophising Scale (PCS), шкала комплексної оцінки SPAASMS.

The McGill Pain Questionnaire (MPQ). Для оцінки якісних характеристик болю застосовували Мак-Гілловський больовий опитувальник (МГБО), у якому всі слова (дескриптори), що описують якісні особливості болю, поділені на 20 підкласів. Кожен підклас складають слова, подібні за своїм смисловим значенням, які різняться за інтенсивністю переданого або больового відчуття. Підкласи утворили три основні класи: сенсорну, афективну і евалюативну (оціночну) шкали. Дескриптори сенсорної шкали (1–13-й підкласи) характеризують біль у термінах механічного або термічного впливу, зміни просторових або часових параметрів. Афективна шкала (14–19 підкласи) відображає емоційну сторону болю в термінах напруги, страху, гніву або вегетативних проявів. Евалюативна шкала (20-й підклас) складається з 5 слів, які виражають суб'єктивну оцінку інтенсивності болю пацієнтом. Кожне вибране слово має числовий показник, що відповідає порядковому номеру слова у підкласі. Підрахунок зводиться до визначення двох показників: індексу числа обраних дескрипторів (ІЧВД), який являє собою суму вибраних слів, і рангового індексу болю (РІБ) – суму порядкових номерів дескрипторів у субкласах. Евалюативна шкала, по суті, є вербальною ранговою шкалою, в якій вибране слово відповідає певному рангу. Показники можуть визначатися окремо для сенсорно-дискримінативного й афективно-мотиваційного компонента болю обрахуванням сенсорної й афективної шкал відповідно.

The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). З метою визначення фізичних, психологічних і соціальних елементів в особистому житті хворих з хронічним больовим синдромом застосовували багатофакторний опитувальник The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (за R.D. Kerns, Turk, Rudy та співавт., 1985). У вступній частині тесту пропонується вибрати особу, з якою стосунки є найближчими, регулярно або часто проходить спілкування (так звана «значима людина») та вказати, чи проживає ця людина з опитуваним. У основній частині питання поділені на три групи. У першій групі 20 питань, які характеризують суб'єктивне ставлення до болю, емоційний стан за останній період та рівень задоволеності від дозвілля та роботи. У другій групі 14 питань, які показують реакцію та ставлення «значимої людини» до хворого під час загострення больового синдрому. В останній, третій групі, 18 питань, завдяки яким можна отримати інформацію про види повсякденної діяльності та активності пацієнтів. У

відповідь на кожне питання необхідно підкреслити цифру від 0 до 6. Результати підраховують за 12-ма шкалами WHUMPI, які вимірюють соціальні, поведінкові, когнітивні та афективні реакції на біль, а саме – вираженість болю; перешкоди життєдіяльності; контроль життєвих ситуацій; емоційний дистрес; підтримка; негативні реакції з боку близьких; турбота; відволікаючі маневри; спілкування; ведення домогосподарства; перебування поза будинком; робота на відкритому повітрі.

Pain Catastrophising Scale (PCS) запропонована M. Sullivan у 1995 році.

Шкала катастрофізації болю Pain Catastrophizing Scale (PCS) включає в себе 13 пунктів з наголосом на думках і почуттях і оцінює 3 показники катастрофізації: постійні роздуми («Я не можу не думати про те, який сильний у мене біль»), перебільшення («Мені здається, що може трапитися щось страшне»), безнадійність («Немає нічого, що б зменшило мій біль»). Результати оцінюються за 5-бальною шкалою Лайкерта, де 0 – відсутність катастрофізації, а 4 – максимальний її рівень. До фактора постійних роздумів відносяться 4 ствердження (0–16 балів); до перебільшення – 3 (0–12 балів); до безнадійності – 6 (0–24 бали). Для PCS може розраховуватись загальна оцінка (діапазон 0–52 бали). Високе значення вказує на вищу катастрофізацію болю.

Шкала SPAASMS (F. Mitra та співавт.). SPAASMS (S – бали для болю, P – рівні фізичної активності, A – додаткові знеболювальні препарати, A – додатковий візит до лікаря, S – показники сну, M – показники настрою, S – побічні ефекти). Пацієнти відповідали на питання про настрій, якість сну та фізичну активність з власної точки зору. Також необхідно було вказати про необхідність додаткового візиту до лікаря через загострення болю, застосування більшої кількості знеболювальних медикаментів та побічні ефекти. У кінці підраховували сумарну кількість балів, відповідно до відмічених у таблиці відповідей.

Результати та їх обговорення

Стаж больового синдрому складав $(13,7 \pm 6,5)$ років, частота загострень становила $(4,9 \pm 2,6)$ раз 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 (табл. 1). Неврологічно – переважно хронічна вертеброгенна люмбалгія, люмбоішіалгія.

Згідно з Больовим опитувальником Мак-Гілла, ранговий індекс болю за сенсорно-дискримінативним компонентом (СДК – РІБ) виявився найбільшим у групі ОГ3 $(7,1 \pm 2,6)$, а в групі КГ був найменшим $(3,4 \pm 1,5)$, проте не сягав рівня достовірності. За індексом числа виділених дескрипторів сенсорно-дискримінативного компонента (СДК – ІЧВД) у цих групах відмічена достовірна відмінність (відповідно в групі ОГ3 – $(15,1 \pm 2,8)$ балів, в КГ – $(6,8 \pm 2,2)$, $p < 0,05$). За афективно-мотиваційним компонентом в групах ОГ1 та ОГ2 ранговий індекс болю (АМК – РІБ) був достовірно більшим, порівняно з показниками КГ (відповідно ОГ1 – $(4,2 \pm 0,9)$ балів, ОГ2 – $(4,6 \pm 1,2)$ балів, порівняно з КГ – $(2,3 \pm 0,6)$, $p < 0,05$), але в групі ОГ3 була відмічена тільки тенденція до збільшення РІБ за рахунок неоднорідної оцінки пацієнтами свого стану $((5,1 \pm 2,4)$ балів).

За індексом числа виділених дескрипторів афективно-мотиваційного компонента (АМК – ІЧВД) була відстежена тенденція до збільшення балів в групах ОГ1 та ОГ2 (відповідно $(7,2 \pm 2,6)$ і $(9,3 \pm 2,8)$ балів) і достовірно більший ІЧВД в групі ОГ3, порівняно з КГ (відповідно $(12,9 \pm 3,8)$ VS $(5,6 \pm 2,4)$; $p < 0,05$). За сумарними показниками РІБ і ІЧВД достовірно відрізнялися від КГ тільки клінічні групи з тривожними феноменами ОГ2 та ОГ3 (відповідно РІБ $(10,1 \pm 2,6)$ і $(12,2 \pm 3,1)$ VS $(5,7 \pm 1,7)$; $p < 0,05$; ІЧВД $(21,2 \pm 4,1)$ і $(28,0 \pm 4,4)$ VS $(12,4 \pm 2,8)$; $p < 0,05$). За евалюативною оцінкою інтенсивності болю (ІБ – п. 20) було відмічено тільки тенденцію до збільшення показника в усіх групах осіб з НПР (табл. 2).

Таблиця 2. Характеристики обстежених осіб за Больовим опитувальником Мак-Гілла (якісна оцінка характеру болю) (n=171)

Показники (бали)	ОГ1 n=32	ОГ2 n=34	ОГ3 n=33	КГ n=36
СДК – РІБ	$4,3 \pm 1,6$	$5,4 \pm 2,2$	$7,1 \pm 2,6$	$3,4 \pm 1,5$
СДК – ІЧВД	$8,2 \pm 2,6$	$11,9 \pm 3,6$	$15,1 \pm 2,8^*$	$6,8 \pm 2,2^*$
АМК – РІБ	$4,2 \pm 0,9^*$	$4,6 \pm 1,2^*$	$5,1 \pm 2,4$	$2,3 \pm 0,6^*$
АМК – ІЧВД	$7,2 \pm 2,6$	$9,3 \pm 2,8$	$12,9 \pm 3,8^*$	$5,6 \pm 2,4^*$
РІБ	$8,5 \pm 2,1$	$10,1 \pm 2,6^*$	$12,2 \pm 3,1^*$	$5,7 \pm 1,7^*$
ІЧВД	$15,4 \pm 3,2$	$21,2 \pm 4,1^*$	$28,0 \pm 4,4^*$	$12,4 \pm 2,8^*$
ІБ	$3,2 \pm 1,9$	$3,6 \pm 2,2$	$3,9 \pm 2,4$	$2,8 \pm 1,6$

Примітка: * – $p < 0,05$.

За багатфакторним опитувальником The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory в частині I серед п'яти субшкал, призначених для вимірювання важливих аспектів досвіду переживання хронічного

Таблиця 1. 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	19	59,3	20	58,8	18	54,5	26	72,2
Рецидивуючий характер	31	96,9	31	91,2	31	93,9	31	86,1
Тривалість болю >90 днів	22	68,7	20	58,8	24	72,7	13	36,1
Стаж больового синдрому	$15,3 \pm 6,6$		$11,4 \pm 5,2$		$16,1 \pm 8,6$		$12,2 \pm 5,5$	
Частота загострень	$5,2 \pm 2,6$		$4,9 \pm 2,6$		$5,1 \pm 2,8$		$4,2 \pm 2,2$	
Кількість вогнищ болю	$2,2 \pm 0,9$		$1,9 \pm 1,2$		$1,9 \pm 0,8$		$1,2 \pm 0,6$	

болю, в тому числі перешкоди життю як втручання болю в професійне, соціальне і сімейне функціонування; соціальна підтримка як стурбованість подружжя або інших референтних осіб; виразність або тяжкість болю; контроль ситуації як суб'єктивна здатність контролювати власне життя; емоційний дистрес як наявність афективних порушень. Лише в останній субшкалі було відмічено достовірне збільшення показників в групі ОГ3, порівняно з КГ ((5,3±2,0) VS (1,7±1,4); $p<0,05$). Субшкали частини II, як відображення відповідно негативних реакцій, турботи й комунікацій щодо скарг і больової поведінки з подружжям або іншими референтними особами виявили недостовірну тенденцію до збільшення, насамперед в групі депресивних пацієнтів ОГ1. Активність пацієнтів усіх груп (відповідно до частини III за чотирма категоріями: повсякденна діяльність; хатні справи, робота на відкритому повітрі; відпочинок далеко від дому і соціальна діяльність) також не має достовірної різниці. Загальний рахунок шкали WHUMPI коливався від (26,3±4,6) в КГ до (32,2±5,1) в групі ОГ3 без достовірної різниці між усіма клінічними групами (табл. 3).

Таблиця 3. Характеристики обстежених осіб за багатофакторним опитувальником The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (n=171)

Показники (бали)	ОГ1 n=32	ОГ2 n=34	ОГ3 n=33	КГ n=36
Перешкоди життю	3,8±1,6	4,4±2,2	4,1±2,6	2,4±1,3
Соціальна підтримка	2,2±1,6	1,9±1,6	1,9±1,8	4,6±2,0
Виразеність болю	3,4±1,9	4,6±3,2	4,1±2,4	2,6±1,6
Контроль ситуації	2,2±1,6	2,3±1,8	2,1±1,8	4,6±2,4
Емоційний дистрес	4,5±2,1	4,0±2,6	5,3±2,0*	1,7±1,4*
Негативні реакції	5,1±3,2	4,2±2,1	4,8±2,2	1,4±1,1
Турбота	3,9±1,9	3,2±2,2	3,6±2,4	2,8±1,6
Комунікації	4,2±2,6	3,3±1,8	4,1±2,8	2,6±1,4
Активність	2,3±1,7	2,7±1,9	2,2±1,6	3,6±2,4

Примітка: * – $p<0,05$.

Відповідно до Шкали катастрофізації болю Pain Catastrophizing Pain Catastrophizing шкала (PCS) показник «постійні роздуми» («Я не можу не думати про те, як сильний мій біль») мав чітку тенденцію до збільшення в групах НПП, але не сягав рівня достовірності у жодній з них. Натомість, показники «перебільшення» («Мені здається, що може трапитися щось страшне»), «безнадійність» («Немає нічого, що б зменшило мій біль»), а також сумарний рівень катастрофізації в групах НПП виявилися достовірно більшим, порівняно з КГ (відповідно за «перебільшенням» ОГ1 – (6,2±2,6); ОГ – (10,9±3,5); ОГ3 – (9,1±3,8) VS КГ – (0,8±0,6); $p<0,05$; за «безнадійністю» ОГ1 – (15,2±3,9); ОГ2 – (12,6±1,2); ОГ3 – (15,9±2,4) VS КГ – (5,3±2,6); $p<0,05$; сумарно ОГ1 – (33,7±5,1); ОГ2 – (35,9±4,8); ОГ3 – (37,8±5,3) VS КГ – (13,3±3,4); $p<0,05$).

Ми зауважили, що при більш високому рівні катастрофізації достовірно вищою була інтенсивність відчуття болю, обстежені вибирали більш тяжкі реєстри інтенсивності болю і більшу кількість дескрипторів за сенсорною й афективною шкалами MPQ. При аналізі субшкал Pain Catastrophizing Scale (PCS) був відмічений

зв'язок між відчуттям безпорадності й схильності до перебільшення проблеми болю з феноменом ($r=0,69$ і $r=0,63$, відповідно, $p<0,05$) (табл. 4).

Таблиця 4. Характеристики обстежених осіб за Шкалою катастрофізації болю PCS (n=171)

Показники (бали)	ОГ1 n=32	ОГ2 n=34	ОГ3 n=33	КГ n=36
Постійні роздуми	12,3±3,6	12,4±4,2	12,8±4,6	7,4±2,5
Перебільшення	6,2±2,6*	10,9±3,5*	9,1±3,8*	0,8±0,6*
Безнадія	15,2±3,9*	12,6±1,2*	15,9±2,4*	5,3±2,6*
Загальна оцінка	33,7±5,1*	35,9±4,8*	37,8±5,3*	13,3±3,4*

Примітка: * – $p<0,05$.

За результатом опитування за шкалою SPAASMS виявлено, що пацієнти з групи ОГ2 достовірно частіше приймали ліки, порівняно з КГ (відповідно (2,7±1,3) VS (0,6±0,5); $p<0,05$). Додаткові візити до лікаря також були достовірно частіші у групах тривожних пацієнтів ОГ2 і ОГ3 (відповідно (2,9±1,6) і (2,5±1,8) VS (0,4±0,2); $p<0,05$). Достовірне зниження настрою очікувано було в групах депресивних пацієнтів ОГ1 і ОГ3 (відповідно (2,8±1,6) і (2,9±1,8) VS (0,6±0,4); $p<0,05$). Показники якості сну, побічних ефектів і фізичної активності мали тенденцію до збільшення в групах обстежених з НПП, але не сягали рівня достовірності. Сумарна кількість балів за Шкалою SPAASMS в усіх НПП групах була достовірно вищою за групу КГ (відповідно (11,7±2,9); (15,2±3,2); (14,5±3,4) VS (5,3±1,6); $p<0,05$) (табл. 5).

Таблиця 5. Характеристики обстежених осіб за шкалою SPAASMS (n=171)

Показники (бали)	ОГ1 n=32	ОГ2 n=34	ОГ3 n=33	КГ n=36
Додаткові ліки	1,6±0,4	2,7±1,3*	2,1±1,2	0,6±0,5*
Додатковий візит до лікаря	1,2±0,6	2,9±1,6*	2,5±1,8*	0,4±0,2*
Якість сну	2,2±0,9	2,6±1,4	2,5±1,4	1,8±1,2
Настрій	2,8±1,6*	2,3±1,8	2,9±1,8*	0,6±0,4*
Побічні ефекти	1,3±1,1	2,5±1,6	2,2±1,1	0,7±0,4
Фізична активність	2,6±1,2	2,2±1,1	2,3±1,4	1,2±0,8
Всього	11,7±2,9*	15,2±3,2*	14,5±3,4*	5,3±1,6*

Примітка: * – $p<0,05$.

Отже, за нашими спостереженнями, формування хворобливої поведінки відбувається step-by-step, від сенсорної сенсibilізації до афективного реагування з додатковими змінами мотиваційного компонента. Уже на тлі сформованих афективних змін додається поведінковий компонент, насамперед у вигляді більш активного споживання медичної допомоги (додаткові ліки і візити до лікаря), а не загальної активності. Ми вважаємо, що переривання (або навіть тимчасове припинення) step-by-step ланцюга формування хворобливої поведінки шляхом своєчасної діагностики і терапії НПП має зменшити соціально-економічний тягар щодо пацієнтів з ХБС.

Висновки

Формування хворобливої поведінки у пацієнтів з ХБС відбувалося паралельно із набуттям НПП, step-by-step, від сенсорної сенсibilізації до афективного

реагування з додатковими змінами мотиваційного компонента. У пацієнтів без НПР прояви болю більшою мірою залежали від фізичної активності, порівняно із пацієнтами з НПР, але мали меншу тривалість та схильність до рецидивування. Клінічні групи з ГТР та ТДР за опитувальником Мак-Гілла мали достовірно більші сумарні показники рангового індексу болю і індексу числа обраних дескрипторів. За субшкалою емоційного дистресу шкали WHUMPI було відмічено достовірне збільшення показників тільки в групі ТДР, порівняно з пацієнтами без НПР. За шкалою PCS показники «перебільшення» і «безнадійність», а також сумарний рівень катастрофізації в групах НПР виявився достовірно більшим, порівняно з пацієнтами без НПР. При вищому рівні катастрофізації достовірно вищою була інтенсивність відчуття болю, вибиралися більш тяжкі реєстри інтенсивності болю і більша кількість дескрипторів за сенсорною й афективною шкалами MPQ. При аналізі субшкал Pain Catastrophizing Scale (PCS) був відмічений зв'язок між відчуттям безпорадності й схильності до перебільшення проблеми болю з феноменом тривоги ($r=0,69$ і $r=0,63$, відповідно, $p<0,05$). Вже на тлі сформованих афективних змін додавався поведінковий компонент, насамперед у вигляді більш активного споживання медичної допомоги (додаткові ліки і візити до лікаря), а не загальної активності. Ми вважаємо, що переривання (або навіть тимчасове призупинення) step-by-step ланцюга формування хворобливої поведінки шляхом своєчасної діагностики і терапії НПР має зменшити соціально-економічний тягар щодо 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) / А. С. Бронштейн, В. Л. Ривкин // 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.
- Влияние дезадаптивных установок на клиническую картину и прогноз хронической головной боли напряжения [Текст] / И. Г. Подымова, А. Б. Данилов // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 2011. – Т. 111, № 4. – С. 4–7.
- Вознесенская Т. Г. Хроническая боль и депрессия / Т. Г. Вознесенская // Фарматека. – 2008. – № 6. – С. 10–15.
- 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 ОГГИ. 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 болю / О. А. Левада // Нейропсих. – 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.
- Чабан О. С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) [Посібник] / О. С. Чабан, О. О. Хаустова. – К.: ТОВ «ДСГ Лтд», 2004. – 96 с.
- Arthritis pain and disability: response to collaborative depression care / E. H. Lin, L. Tang, W. Katon [et al.] // Gen. Hosp. Psychiatry. – 2006 – Vol. 28. – P. 482–486.
- Bhattacharya R. Excess risk of chronic physical conditions associated with depression and anxiety / R. Bhattacharya, C. Shen, U. Sambamoorthi // BMC Psychiatry. – 2014. – Vol. 14. – P. 10.
- 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.
- Catastrophic thinking and heightened perception of pain in others / M. J. Sullivan, M. O. Martel, D. A. Tripp [et al.] // Pain. – 2006. – Vol. 123. – P. 37–44.
- Catastrophizing mediates the relationship between pain intensity and depressed mood in older adults with persistent pain / B. M. Wood, M. K. Nicholas, F. Blyth [et al.] // The Journal of Pain. – 2013. – Vol. 14, No. 2. – P. 149–157.
- Chronic pain and pain-related disability across psychiatric disorders in a clinical adolescent sample / W. L. Mangerud, O. Bjerkeset, S. Lydersen, M. S. Indredavik // 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.
- Impact of pain on depression treatment response in primary care / M. J. Bair, R. L. Robinson, G. J. Eckert [et al.] // Psychosom Med. – 2004. – Vol. 66. – P. 17–22.
- Impact of pain on the course of depressive and anxiety disorders / J. G. Gerrits, N. Vogelzangs, P. van Oppen [et al.] // Pain. – 2012. – Vol. 153. – P. 429–436.
- Long-term risk for depressive symptoms after a medical diagnosis / D. Polsky, J. A. Doshi, S. Marcus [et al.] // Arch. Intern. Med. – 2005. – Vol. 165. – P. 1260–1266.
- Melzack R. From the gate to the neuromatrix / R. Melzack // Pain. – 1999. – № 6. – P. 121–126.
- 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, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases / R. R. Edwards, C. Cahalan, G. Mensing [et al.] // Nat Rev Rheumatol. – 2011. – Vol. 7. – No. 4. – P. 216–224.
- 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.
- Preoperative anxiety and catastrophizing: a systematic review and metaanalysis of the association with chronic postsurgical pain / M. Theunissen, M. L. Peters, J. Bruce [et al.] // Clin. J. Pain. – 2012. – Vol. 28, No. 9. – P. 819–841.
- Radford C. Pain and Pain Behaviour / C. Radford // Philosophy. – 1972. – Vol. 47, No. 181. – P. 189–205.
- 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 / W. D. Scholten, N. M. Batelaan, A. J. van Balkom [et al.] // J. Affect. Disord. – 2013. – Vol. 147. – P. 180–185.
- Relationship among Pain Catastrophizing, Depressed Mood, and Outcomes across Physical Therapy Treatments / S. Bergbom, K. Boersma, T. Overmeer, S. J. Linton // Phys. Ther. – 2011. – Vol. 91. – No. 5. – P. 754–764.
- Relationships among pain, anxiety, and depression in primary care / A. J. Means-Christensen, P. P. Roy-Byrne, C. D. Sherbourne [et al.] // Depress Anxiety. – 2008. – Vol. 25. – P. 593–600.
- 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 / B. H. Smith, A. M. Elliott, W. A. Chambers [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 / M. I. Bisschop, D. M. Kriegsman, D. J. Deeg [et al.] // J. Clin. Epidemiol. – 2004. – Vol. 57. – P. 187–194.
- The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA): rationale, objectives and methods / B. W. Penninx, A. T. Beekman, J. H. Smit [et al.] // Int. J. Methods Psychiatr Res. – 2008. – Vol. 17. – P. 121–140.
- The relation between catastrophizing and the communication of pain experience / M. J. Sullivan, M. O. Martel, D. Tripp [et al.] // Pain. – 2006. – Vol. 122. – P. 282–288.

МНОГОФАКТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

О.Н. Авраменко

Актуальность. Ряд биологических, психологических и социальных факторов, среди которых ведущим является эмоциональное состояние, определяет формирование болевого поведения у пациентов с хронической болью. Многофакторное субъективное восприятие боли и ответ на нее в виде болезненного поведения у некоторых пациентов с хроническим болевым синдромом (ХБС) препятствует процессу заживления или значительно его удлинит.

Цель исследования заключалась в многофакторной комплексной оценке характеристик пациентов с ХБС в зависимости от наличия сопутствующих психических расстройств, в частности депрессивного эпизода (БДЭ), генерализованного тревожного расстройства (ГТР) и тревожно-депрессивного расстройства (ТДР).

Методы. Проанализированы характеристики особенностей боли у 135 пациентов с ХБС неонкологической генеза с непсихотическими психическими расстройствами с помощью The McGill Pain Questionnaire (MPQ), The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI), Pain Catastrophising Scale (PCS), шкалы комплексной оценки SPAASMS.

Результаты. Формирование болевого поведения у пациентов с ХБС происходило соответственно наличию НПП, step-by-step, от сенсорной сенсibilизации к аффективному реагированию с дополнительными изменениями мотивационного компонента. На фоне аффективных изменений добавлялся поведенческий компонент, прежде всего в виде более активного потребления медицинской помощи (дополнительные лекарства и визиты к врачу), но не общей активности.

Выводы. Прерывание (или даже временное приостановление) step-by-step цепи формирования болезненного поведения путем своевременной диагностики и терапии НПП должно уменьшить социально-экономическое бремя пациентов с ХБС.

Ключевые слова: психические расстройства, синдром хронической боли, депрессия, тревожное расстройство, болевое поведение.

MULTIFACTORIAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS AND CHRONIC PAIN SYNDROMES

O. Avramenko

Relevance. A number of biological, psychological and social factors, including the prevailing emotional state of patients, determines the formation of unhealthy behaviors in patients with chronic pain. Based on multifactorial nature of subjective pain perception and response, specific pain behavior is formed in some patients with chronic pain syndrome (CPS) and interferes with the healing process or significantly extend.

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 (ADD).

Methods. Were analyzed by multifactorial comprehensive assessment of the characteristics of 135 patients with CPS non- cancer genesis and the non-psychotic mental disorders using The McGill Pain Questionnaire (MPQ), The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI), Pain Catastrophising Scale (PCS), the scale integrated assessment SPAASMS.

Results. Formation of pain behavior in patients with CPS occurred respectively by the presence of non-psychotic mental disorders (MDD, GAD, ADD): from sensor sensitization to affective response with additional modifications of the motivational component. Then the behavioral component was added first as a active use of medical aid (additional drugs and visits to the doctor), but not the total activity.

Conclusions. Interrupts or even a temporary suspension of forming painful chain behavior by timely diagnosis and treatment of non-psychotic mental disorders (MDD, GAD, ADD) is to reduce the social and economic burden of patients with CPS.

Key words: mental disorders, chronic pain syndrome, depression, anxiety disorder, pain behavior.

616.895.8-008.15:616-07:616-08

O. Mrug

REHABILITATION POTENTIAL OF PERSONALITY IN PARANOID SCHIZOPHRENIA

Department of Psychiatry, Addictology and Psychotherapy with postgradual course M. I. Pyrohov
Vinnytsia National Medical University (Pirogova str., 109, c. Vinnytsia, 21018)
olena.mrug@gmail.com

Key-words: personality's component, rehabilitation potential, transactional analysis, paranoid form of schizophrenia.

Important changes related to the conceptualization and realization of the important role of rehabilitation in the treatment of mental illnesses take place in the world of psychiatry. These changes are related to schizophrenia spectrum disorders in particular. The modern psychiatry problem of effectiveness and safety of reduction of exacerbations in patients with schizophrenia has been appeared and still is an actual issue. Complex psychological problems in the family, related to the risk of its collapse, the growth of neurocognitive deficits, social stigma society with the «displacement» of patients and the general decline in the quality of their life are the most important issues for these patients. [1]

Actuality. Psychosocial rehabilitation measures in the form of clinic- psychological, psycho-pedagogical and psychotherapeutic conditions are the most important issues for these patients. Their goal is to achieve the patients autonomous functioning in society as the restoration of their ability to conscious control of social behavior [2]. Increasing of social adaptation and support of social patients' functioning optimal level became treatment quality evaluation criteria. Psycho-rehabilitative activities include individual and group forms of psychotherapy, psycho-educational programs, family therapy, social skills training and other forms of medical and social influence in a

properly organized rehabilitative environment. Adoption of the disease and a positive attitude to therapy with strict adherence to the therapeutic regimen, increasing of stress resistance, the formation of positive motivation, improved social functioning of the patient and creation of optimal conditions for their reintegration into society are the tasks of stress management approved in clinical protocols of medical care and rehabilitation of patients with schizophrenia. Transactional analysis as a theory of the individual and systemic psychotherapy, aimed at the development and personality changes has found its place in the system of rehabilitation [5]. The problem of psychotherapy of

schizophrenic patients is relevant for modern society, which tends to socialize and to ensure an adequate standard of living of everyone. Transactional analysis has proved to be an effective method for the therapy of these patients, but lacks theoretically based and statistically validated data regarding aspects of the structure and development of the personality, characteristic behavior patterns, components of internal picture of illness in schizophrenia that are needed to improve the system of effective psychotherapy from the perspective of transactional analysis. A human becomes the subject of study and therapy with the structure of his personality, which is represented in its progressive development. A certain peculiar pattern of psychological defense mechanisms and object relations is typical for each individual. It can cause decompensating in the form of the corresponding disorder in the psycho-traumatic situation, exceeding the adaptive capacity of the individual. The value of this approach lies in its practical orientation and recommendations for therapy based on deep and subtle understanding of the unique individuality of each patient. It is based on the so-called «life script» - individual life plan, that is developed as a survival strategy and the model of which is laid in early childhood. According to Eric Byrne, the most important life decisions are made in the first 2-3 years of life, and most of the «scenarios» are assimilated up to 6 years. The main determinants of «scenarios» are «the child ego-states» of the child's parents, which are placed in his mind through the «ban» and «promises» [3, 6]. Features of therapy in Transactional analysis are orientation on changes, and not just on the achievement of insight or enlightenment. Of course, Transactional analysis causes stress in understanding the genesis of the problems, but this understanding is never seen as the ultimate goal - awareness becomes a tool for personality changes, and the change itself is made up of decision-making and active process of the changes to be brought to life [4]. The aim of the Transactional analysis is to achieve one's autonomy and independence, taking responsibility for own emotions, thoughts and actions, independent determination of one's «destiny», included in the reality of «here and now», free from psychological games interactions, that make possible safety and transparency [5].

In Transactional analysis the «ego state» is a system of thinking and feeling, accompanied by corresponding patterns of behavior and perception. There are «Parental ego state», which includes patterns of behavior, thinking and feeling, copied from the parental figures, as they took care of us; «Child's ego state», which includes the feelings, thoughts, behavior and especially the perception of belonging to our past, related primarily to our current desires and needs, including the need for affection or dependency; «Adult's ego state», which includes perceptions, thoughts, feelings and behaviors related to the reality «here and now», and is responsible for contact with the reality and the realization of our desires.

Relationships within families of patients with paranoid schizophrenia is represented in terms of pathological symbiosis. The concept of symbiosis by Schiff is used in this study [10, 11]. Painful relationships of patients with paranoid schizophrenia are presented here as passive behavior due to unresolved symbiotic relationship with their parents in

childhood. Symbiosis, in terms of J. Schiff, is a normal stage of development of a child, which is perceived by the mother and the child as split and merge of their needs. Symbiosis occurs when two or more people act as if they form the whole person together. Using the term structure of transactional analysis, they cachet various complementary «ego states» so that together they have a complete set of «ego states», and individually do not. Symbiosis is a normal state for a child, because he does not have adequately developed «Parental» and «Adult's» ego states», so he uses the parents' «ego states», otherwise he may die. For an adult person is not normal to depend on his partner and devalue their «Parental» and «Adult's» ability, so it is a pathological symbiosis in this case. Patients with paranoid schizophrenia make their contribution to the symbiosis with their «Child's ego states» and their relatives - with their «Parental» and «contaminated Adult's ego state.» Thus, as if the whole person is forming - a patient with paranoid schizophrenia with his «child's» needs, and some of his relatives - with their «parental» and «adult's» skills, the desire to satisfy them and to care for the mentally ill. The symbiotic relationship between patients with paranoid schizophrenia and his relatives includes mutual depreciation of up to ignoring the problems, the inability to resolve them and to change something in their life (the well-known psychological defense mechanism in the form of denial - a source of anosognosia as the absence of criticism to the illness). The purpose of such relationships is the acting out of their own problems and negative emotions on the other person, and avoidance of intimacy. And codependent person needs these relations no less than patient with paranoid schizophrenia.

In terms of transactional analysis, playing roles in symbiosis is a «psychological game», which is a close substitute for unhealthy families. «Psychological games» are the series of repetitive, stereotyped, and saturated unconscious negative emotional experiences of a patient's relationship with their micro social environment, with a characteristic change of «psychological roles.» Switching between the roles of «Chaser», when there is a worsening of the disease, and the «Victim» when he «pays» for his behavior after returning to the criticism endured is typical for the patient with paranoid schizophrenia. The alternation of roles is also typical for the inner circle of the patient. It is the role of «Victims» when relatives are literally victims of his relative in his psychotic state, «Chaser» as they pour out all the anger, all suffering from the experience of this period, and «Saviour», when, in spite of everything, they continue to live with such a person, thinking that without them he will be «completely lost», or that this is their marital or parental duty. These relationships with typical switching between roles are called «dramatic triangle.» They are characterized by a high emotional intensity and constant switching between psychological states of alternating various negative emotions of anger and rage, or guilt and pity, hopelessness and despair. They also lack clear boundaries, direct statements (intimacy), often a manipulative behavior takes place [3,6].

The object of the study was to determine the structure of rehabilitation potential of the personality of the patient with paranoid schizophrenia.

The subject of the study were the factors forming the inner picture of disease of the patient with paranoid schizophrenia.

The purpose of the study was to determine the rehabilitation potential of the personality of the patient with paranoid schizophrenia.

The tasks of the study were to develop a set of diagnostics instruments to determine the features of the structure of personality and explore the factors shaping the internal picture of the disease in the form of paranoid schizophrenia.

Materials and methods

Theoretical analysis of the current state of the investigated problems, clinic-anamnestic method, questionnaire for the definition of «structural ego states» by Julia Hey, questionnaire of «drivers» by Mary Cox, questionnaire of «personality adaptations» by Joines, the questionnaire for the definition of «moments of crisis» by Jean Isily Clark, a statistical analysis of the data.

Results and discussion

This study presents a clinical case of the patient with paranoid schizophrenia, in terms of Transactional analysis, on the part of the relationships that the patient and his family are building with each other.

Patient R., 32 years old, suffers from paranoid schizophrenia with episodic remitting type of flow.

According to the results of the test method for the determination of «structural ego states» by Julia Hey, patient is dominated by «the Parental ego state.» This result can be explained in such a way, that the person, who has developed a schizoid type of protection and proper personality structure, experienced significantly dominant influence from his parental figures and formed a strong internal introject as the basis of the «Parental ego state», and the development of the «Child's ego state» was braked to meet the requirements of his parenteral figures [5, 7, 8]. The inclusion of these introjects into his personality structure was a necessary condition for «survival» in their environment. This hypothesis can be confirmed by the data, obtained during the clinical interview, when the patient noted to be exposed to physical and moral violence in the families in his childhood. The negative manifestation of attention, that was called «strokes» by Bern, are the reflection of the negative «Parental ego state» of his parenteral figures and, therefore, form a negative parental introject. Thus, this patient is determined by contamination of the «Parental ego state» and slow down «Child's ego-state.» The result is a tendency to criticize himself with «Parental ego states» and use the security mechanism of «escape» in response to his «Child's ego states.» The more he «escapes», the more «Parental ego state» criticizes him. Thus, a person sticks in his negative feelings. Such a structure is formed at an early oral stage, when basic needs were not satisfied [6].

In a survey of the patient's investigation dominant functional «ego states» of «Controlling Parent» and «Adaptive Child» have been identified. The «ego-state of Caring Parent» has not been defined. These data correlate with the results, obtained in the determination of the dominant structural «ego state». Any structural «ego state» can manifest in any functional «ego states», resulting in the regression of «Parental ego state» appearing in functional «ego states» of «Adaptive Child» and the «Controlling Parent» in the structure of the dominant personality [8]. Functional «ego-state» of «Adaptive Child» directly reflects the structure and provides adaptive behavior. As the patient was subjected to violence

in the childhood, the decision as a «survival strategy» at the time was appropriate, and this form of behavior was an opportunity to adapt to the environment in order to preserve his life. But the dominance of «ego-state» of the «Adaptive Child» in the present time is no longer relevant and leads to social maladjustment of the patient. Functional «ego-state» of the «Controlling Parent» directly reflects the parents' introject. The aim of the «Controlling Parent» is the domination, criticism and depreciation of others [5, 6]. The patient incorporated the characteristics of his real parents and formed tight introjects. The absence of the «ego-state» of the «Caring Parent» can be explained by the fact, that the patient did not get enough care and support from his parents, and therefore has not formed a positive introject of the «Caring Parent».

According to the results of the clinical conversation, the patient's typical «life position» was identified as «I-, You-». The patient was subjected to the certain psycho-traumatic situation throughout his life, which was perceived by him as a strong threat from the outside world. This result corresponds to the described hypothesis and shows the position of the basic distrust to the outside world.

The typical «door contact» for the patient, according to Paul Ware [6], has been determined as «passive behavior.» «Passive behavior as an escape from the real interaction» is the main way for such people to respond to the world around them. The resource here is the realization of his «escape» through action, resulting in the restoration in contact with the inner emotional sphere, from which the patient is dissociated. Passive behavior is a manifestation of the dissociation process - internal alienation from unpleasant emotions. The patient puts in his conduct most of their energy. In order to establish the contacts, necessary is to act with him, because the patient does not feel safe enough to demonstrate his needs and feelings. To exit from the typical state of the patient is necessary to involve his process of thinking, but instead of thinking about his real needs and their satisfaction, he is inclined to dream and a lot of fantasy to replace reality. Pondering for him is an internal process, which he practically does not externalize. It is necessary to give positive support to the patient for him to begin externalizing his thinking process and approaching reality [10, 11].

According to the test method of determining the leading «drivers» by Mary Cox, the leading «drivers» (behavioral patterns) were identified in the following ratio: «rejoice others» (38%), «be strong» (39%), «be perfect» (10 %), «try» (9%) and «rush» (4%). Thus, the leading «drivers» are «be strong», «rejoice others» and «be perfect.» According to the results, a behavior pattern «be strong» can be determined to play a significant role in the formation of the internal picture of the disease. It is evident with overly cautious behavior of alienation from the own feelings, confidence in the own strength and endurance. This «driver» operates after dissociation of the personality and provides an opportunity not to get in touch with the own feelings, which seem to be threatening and destructive. In order to unconsciously «please» his parents, the patient tries to «be strong», with no needs and equating the concept of «to be resilient» and «to be good.» The «driver» «rejoice others» is a manifestation of a functional «ego-state» of «Adaptive Child» and provides the behavior of the adaptation [8]. Thus, undergoing psycho-traumatic influence from parental figures, the patient

realizes his old screenwriting solution to adapt and to avoid additional negative incentives.

During the methodology to determine the «moments of crisis» by Jean Isily Clark patient was determined to «stuck» in the first stage of development. The main task for the age from 0 to 6 months is to «to be». «Prohibitions», that a child can receive at this stage, are: «do not exist», «do not feel», «do not have needs», «do not be healthy» and «do not be close» [10]. Getting the psycho-traumatic injury by the patient at an early stage of development causes symptoms at all levels of operation. It is characterized by a basic mistrust, dissociated from his own experiences, disorientation in his own feelings and self-awareness. Two main frustrated needs are in the heart of these experiences – to feel safety and to be in close contact. The patient is afraid to let anything out of hand and to be «unprepared». This fear arises in early childhood, when a child can't defend himself from something unexpectedly happened in reality. Thus, the decision of the patient's early childhood was to control himself, others and to keep others at a safe distance.

The patient was found «scenario ban» «do not be close.» Since he experienced negative manifestations of attention, ignorance and the failure to be taken by the parents in his childhood, the child took an early decision «to stay emotionally away from people to avoid negative feelings of abandonment, loneliness and despair.» Also, the patient was found «ban» «do not feel your feelings.» This «scenario solution» is closely linked to the decision «not to be close» and an internal protection from pain. The discovered «ban» «do not think» is formed from the previous «bricks»: as the patient is dissociated from the signals of his body - sensations and feelings, his thoughts are based on his own fantasies, not on facts. This «ban» appears excessive fantasizing, inability to analyze data about the world and inability to distinguish his fantasies from reality. Discovered «ban» «don't be healthy» patient realized, felling ill with schizophrenia.

According to the criteria of the definition of «personality adaptations», the prevailing «personality adaptations» were identified as «schizoid» and «paranoid». For the «schizoid» is a typical contamination of the «Parental ego state». The typical functional «ego-state» is the «ego-state» of «Adaptive Child.» The characteristic «life position» is «I-, You-». The tone is generally flat and monotonous, facial expressions and gestures are poor. Basic needs are to recognize and satisfy his needs and feelings. For this adaptation characteristic position is the avoidance of solutions. The typical «bans» are «do not be healthy», «do not be close», «do not feel» and «do not think», that correspond to the survey. «The doors of contact» with the «schizoid» are carried out through behavior. «Parents contamination», the exclusion of the «Child's ego state», leading functional «ego-state» of «Controlling Parent», «life position» - «I-, You-» are characteristic for the «paranoid personal adaptation». Basic needs are trust and a sense of security. Basic «bans» are «do not feel», «do not be close» and «do not trust». The leading «drivers» are «be perfect» and «be strong». These characteristics coincide with the findings. «Door contact» for «paranoid» is thinking - awareness of thoughts, which leads to the realization of feelings and then to change of the behavior [9].

Thus, from the viewpoint of Transactional analysis, schizophrenic disorders can be considered as a protective reaction. This structure allows the individual to dissociate the «unbearable» part of his own experience and «to separate» it from him. There-

fore, the patient unconsciously does not trust anyone (including his analyzers and thinking, based on real facts), and «is forced» to build such understanding of reality that would satisfy his frustrated need for close contact with a significant figure (secure patterns of attachment), since the adoption of the fact, that he was rejected by family and significant awareness of his despair about this is devastating for him. Thus, for the patient real way to change his life situation is to exclude access to his «child's» needs out of the absorption symbiotic relationship, to work in the direction of bigger autonomy through confrontation and awareness of his passive behavior with respect to his own needs.

Findings

1. Schizophrenic disorders may be considered as a protective reaction. The «ego states» of «Controlling Parent» and «Adaptive Child» dominate in patient with paranoid schizophrenia.

2. No introject of the «ego state» of the «Caring Parent» is a consequence of lack of care and support by parenteral figures in childhood.

3. The prevalence of «life position» «I-, You-» is a reflection of a basic distrust to the outside world, impairment of self and others.

4. The leading «driver» «be strong» operates personality's functioning after dissociation. 5. The co-dominating «drivers» «rejoice others» and the «driver» «be strong» are formed as a result of the psycho-traumatic impact of the «Controlling Parent's ego state» of the patient's parenteral figures and are functional manifestations of the «Adaptive Child ego-state»

6. Getting the psycho-traumatic injury by the patient at an early stage of the development of personality causes symptoms on all levels of its functioning.

7. The typical «scenario prohibitions» of the patient are «do not be close», «do not feel», «do not think» and «do not be healthy».

8. The characteristic «personality adaptations» of the patient are «schizoid» and «paranoid». 9. Adequately selected and individually metered rehabilitation activities on initial stages of schizophrenia are the indicator of the success of the received assistance and determine the level of the quality of a patient's life and his social adaptation. 10. The purpose of psychotherapy in the treatment of patients with paranoid schizophrenia is to access the exclusion of their «child's» needs as the way out of absorption symbiotic relationship, to work in the direction of greater autonomy through confrontation and awareness of patient's passive behavior with respect to his own needs. 11. The obtained results can be used to diagnose internal picture of illness of the patients with paranoid schizophrenia, as well as for therapy to maintain remission phase and to improve the quality of life of the patients.

References

1. Абрамов, В.А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами: Руководство для врачей-психиатров, психологов и соц. работников / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова. - Донецк: Каштан, 2006. - 254-255 с.
2. Абрамов В.А. Психический дефект при шизофрении и проблема госпитализма / В.А. Абрамов, Г.Г. Путятин, А.В. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2008. - №1. - С.101-116.
3. Берн Э. Игры, в которые играют люди: психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры: психология человеческой судьбы / Э. Берн; пер. с англ. А. А. Грузберг. - М.: Прогресс, 1988. - 400с.
4. Гулдинг М. Психотерапия нового решения: теория и практика / М. Гулдинг, Р. Гулдинг; пер. с англ. О. П. Мальцевой. - СПб.: Питер, 2000. - 350 с.

5. Джойнс В. Основы транзакционного анализа / В. Джойнс, Й. Стюарт; пер. с англ. Р. Т. Воронова. – К.: ФАДА, ЛТД, 2002. – 393с.
6. Стайнер К. Сценарии жизни людей / К. Стайнер; пер. с англ. О. П. Мальцевой. – СПб.: Пупер, 2003. – 416 с.
7. Clarkson, P. Transactional analysis. Psychotherapy / P. Clarkson. – London: Tavistock, Routledge, 1991. – 230 p.
8. Cox M. The relationship between ego state structure and function: a diagrammatic formulation / M. Cox // TAJ. – 1999. – №1, Vol. 29. – P. 35–46.
9. Joines V. Personality Adaptations. A new Guide to Human Understanding in Psychotherapy and Counseling / V. Joines, I. Stewart. – Nottingham and Chapel Hill: Lifespace Publishing, 2007. – 413 p.
10. Schiff J. L. The Cathexis reader: transactional analysis treatment of psychosis / J. Schiff. – New York: Harper and Row, 1975. – 420.
11. Schiff S. Personality development and symbiosis / S. Schiff // TAJ. – 1977. – №4, Vol. 7. – P. 215–239.

РЕАБИЛИТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ОСОБИСТОСТІ ПРИ ПАРАНОЇДНІЙ ШИЗОФРЕНІЇ

О.Ф. Мруг

В даній статті представлений клінічний випадок хворого на параноїдну шизофренію з точки зору транзактного аналізу. Метою даного дослідження було визначення реабілітаційного потенціалу особистості пацієнта з параноїдною формою шизофренії залежно від впливу оточуючих психосоціальних факторів за допомогою опитувальника для визначення «структурних еґо-станів» Julia Hey, опитувальника «драйверів» Mary Cox, опитувальника «особистісних адаптацій» Джойнса, анкети для визначення «кризових моментів розвитку» Jean Isily Clark. Результати дослідження дозволили встановити, що розлади при шизофренії можуть бути розглянуті як захисна реакція. Отримані результати можуть бути використані для діагностики внутрішньої картини хвороби при параноїдній формі шизофренії, а також для проведення психотерапії з метою підтримання фази ремісії та покращення якості життя пацієнтів.

Ключові слова: особистісна складова, реабілітаційний потенціал, транзактний аналіз, параноїдна форма шизофренії.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЛИЧНОСТИ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

О.Ф. Мруг

В данной статье представлен клинический случай больного параноидной шизофренией с точки зрения транзактного анализа. Целью данного исследования было определение реабилитационного потенциала личности больного параноидной формой шизофрении в зависимости от окружающих его психосоциальных факторов с помощью опросника для определения «структурных эго-состояний» Julia Hey, опросника «драйверов» Mary Cox, опросника «личностных адаптаций» Джойнса, анкеты для определения «кризисных моментов развития» Jean Isily Clark. Результаты исследования позволили установить, что расстройства при шизофрении могут быть рассмотрены как защитная реакция. Полученные результаты могут быть использованы для диагностики внутренней картины болезни при параноидной форме шизофрении, а также для проведения психотерапии с целью поддержания фазы ремиссии и улучшения качества жизни пациентов.

Ключевые слова: личностная составляющая, реабилитационный потенциал, транзактный анализ, параноидная форма шизофрении.

УДК 616.895.8-008.15:616-07:616-08

І.Л. Лук'янович

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕВАЖАЮЧОЇ ПЕРЦЕПТИВНОЇ МОДАЛЬНОСТІ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ПІВКУЛЬОВОЇ АСИМЕТРІЇ У ХВОРИХ З ПСИХОТИЧНИМИ, НЕПСИХОТИЧНИМИ, ДЕФЕКТНО-ОРГАНІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА В ОСІБ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ ПІД ДІЄЮ СТРЕСОГЕННИХ ЧИННИКІВ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця
lukianovich1@rambler.ru

Ключові слова:
переважаюча
модальність сприйняття,
функціональна
півкульова асиметрія
мозку, деменція.

Проведені дослідження відображають особливості переважаної модальності сприйняття, особливості півкульової асиметрії мозку у пацієнтів з психотичними, непсихотичними та дефектно-органічними розладами, та у осіб, які перебувають під дією гострого та хронічного стресового чинника.

Актуальність. Організація всього психічного життя людини, в основі якого лежать базові психічні функції, пов'язана з безпосереднім відображенням сигналів, що надходять із зовнішнього світу. Перцептивний образ є цілісним відображенням предмета у всіх його просторово-часових і модальних характеристиках (Л.М. Веккер, 1974, 1976, 1981, 1998).

Дані нейропсихології вказують на те, що в корі представлені первинні (сенсорні) і вторинні (перцептивні) зони тільки трьох модальностей – окципітальна (зорова), темпоральна (слухова) і постцентрально-соматосенсорна (кінестетична). Тільки ці три конвексимальні ділянки формують третинні (парієтальні) зони, забезпечуючи репрезентативний рівень когнітивних процесів (Васильєва Н.В.).

Дослідження І.М. Сеченова, І.П. Павлова, П.К. Анохіна, Л.С. Виготського, А.Р. Лурія довели, що будь-яка дія

людини здійснюється складною функціональною системою, що розвивається і змінюється протягом життя.

Біологічний розвиток організму в онтогенезі підкоряється суворим закономірностям на всіх його стадіях. У кожній психічній функції і функціональній ланки є своя програма розвитку. Знання схем розвитку сприяє більш чіткій констатації поділу випадків органічної або функціональної недостатності мозку, варіантів його неформованості, тобто диференційованому підходу до відхилень від норми (дизонтогенезу).

Е. Кречмер сформулював дві основні закономірності: при розвитку вищих ступенів мозку нижчі не відходять вбік і не зникають, а «працюють у загальному союзі, як підлеглі інстанції під управлінням вищих»;

функції переходять знизу доверху, внаслідок чого встановлюється складна залежність між нижчим рівнем організації мозку і вищим.

Наприклад, у дитини не може сформуватися мова, якщо їй не передував процес сприйняття. Локалізація однієї і тієї ж функції змінюється в процесі дозрівання мозку і вищих психічних функцій.

При станах тривоги і напруги посилюється активність правої руки – лівої півкулі мозку (Ф.Б. Березін), коефіцієнт права/ліва збільшується у правшів при адаптації до нових умов життя (Лавров В.І., 1976).

За певних умов, а саме – при переході у статистично рідкісний функціональний стан, пов'язаний із зміним станом свідомості, може відбуватися тимчасова дезінтеграція (дисолюція) на даному етапі онтогенезу нейродинамічної системи, з поверненням її до більш ранніх рівнів організації. Подібна вікова регресія відносно функціональної асиметрії півкуль, яка має етапний перебіг в порядку, зворотному установленому при онтогенезі, належить до так званої «горизонтальної регресії» (Співак Д.Л., 1989). Фізіологічно вона виявляється як динамічна перебудова міжпівкульової асиметрії з переходом домінування до правої півкулі (повернення до I–II періодів онтогенезу).

Функціональний стан, що повертає мозок до ранніх етапів його онтогенезу, впливає на ефективність засвоєння нової інформації, активізуючи «ранню установку на навчання» (Е. Россі) сформовану в ранньому дитинстві. Людина, яка знаходиться у відповідному функціональному стані, сприймаючи інформацію, діє, як дитина раннього віку, що зустрічається з нею вперше в житті.

Дозрівання функціональної асиметрії півкуль є одним із вузлових моментів зміни на різних етапах онтогенезу міжцентральної відносин, який виступає в ролі провідного механізму вікового розвитку психіки (Л.С. Виготський, А.Р. Лурія). Формування функціональної асиметрії півкуль має безперечний зв'язок з віковими особливостями сприйняття і мислення, що лежать в основі формування типологічних особливостей особистості, у тому числі з розвитком індивідуально-типового когнітивного стилю (як з переважанням перцептивних стратегій, так і стратегій обробки інформації), з розвитком інтелектуального стилю (А.А. Алексєєв, Л.А. Громова), а також більш широко – з формуванням індивідуального стилю діяльності, тісно пов'язаного з типологічними властивостями нервової системи (Е.А. Клімов).

Залежно від стресового чинника, тривалості його дії, змін, що виникають у мозку внаслідок розвитку тих чи інших захворювань, дослідження модальності сприйняття, як стратегії обробки інформації, а відповідно формування форм мислення, пам'яті, поведінки висвітлено мало і в основному розглядається в психологічних дослідженнях, присвячених саме формуванню психічних функцій у дітей.

Однак, не залежно від віку, хворобливі впливи, функціональні порушення та органічні ушкодження призводять до руйнування асоціативних зв'язків, функціональних блоків, структур, що вже сформовані, до дизонтогенезу. Це має перебіг у вигляді психотичних, непсихотичних, дефектно-органічних станів, а можливість і якість відновлення якраз і буде забезпечуватись переважальною перцептивною модальністю, що збереже-

на і має можливість розвитку та специфікації структур мозку, що її забезпечують і спонукають до створення або відновлення більш складних утворень.

Саме процес формування психічних порушень через порушення перцепції та можливість відновлення через збережені канали перцепції відіграє значну роль у розумінні патогенезу психічних порушень та визначенні підходів до якісного лікування.

Щоб пояснити сліпому, який не знає що таке яблуко, необхідно дати йому потримати яблуко в руках, почути його поскрипування під руками, відчути його запах, скласти його просторову, смакову, тактильну характеристики. Поєднавши отримані відомості зі словом «яблуко», сліпий побудує тільки йому зрозумілий унікальний образ і водночас зрозуміле і для нього поняття, і для тих, хто яблуко бачить але не відчуває запаху або смаку, і для тих, хто не має проблем зі сприйняттям.

Мета. Дослідити зміни переважаючої перцептивної модальності та функціональної півкульової асиметрії під дією стресових та шкідливих факторів.

Матеріали та методи дослідження

Обстежували хворих з синдромом залежності від алкоголю II стадії, стаж зловживання алкоголем 2–7 років, які перенесли стан порушення свідомості і проходили лікування після купірування цього стану в палаті інтенсивної терапії, та хворих, які перенесли гостре порушення мозкового кровообігу, хворих з тривожно-депресивними та адаптаційними порушеннями, а також здорових осіб, які перебували під дією гострого стресового чинника (студенти під час тестового оцінювання) та осіб, які перебувають під дією тривалого стресового чинника (працівники міліції).

Первинне дослідження хворих проводилось на 3–7 день перебування в стаціонарі, після купірування гострого стану. Дослідження включало методики: MMSE, батарею тестів лобної дисфункції (FAV), тест малювання годинника, САН, таблиці Шульте, діагностики домінуючої перцептивної модальності (С. Єфремцева) та півкульового переважання.

Результати та їх обговорення

Дослідження перцептивних переваг та функціональної асиметрії півкуль у хворих та здорових осіб виявило ряд особливостей.

У порівнянні з середньопопуляційними, відбулись, залежно від тяжкості ураження, зміни у переважаючій системі сприйняття та зміни у функціональній півкульовій асиметрії мозку.

Загалом у більшості здорових дорослих осіб без особливих перцептивних переваг, пов'язаних з діяльністю чи захопленням, переважає візуальний тип сприйняття, лівопівкульове переважання у правшів, що підтверджується дослідженням низки авторів та власними.

Досліджувані здорові особи з функціональним лівопівкульовим переважанням (у 76%), оцінка переважаючої модальності яких проводилась до та після дії гострого стресового чинника, демонстрували переважання візуальної модальності.

Після дії стресового чинника на 1–2 бали знижувалася бальна вираженість по всіх модальностях у 92%

досліджуваних, у 8% спостерігалось збільшення балів по візуальній та кінестетичній модальностях на 1 бал. У 17% відбулась зміна переважаючої модальності на нижчу за рівнем. У всіх досліджуваних зберігалась функціональна лівопівкульова перевага із зменшенням темпу виконання завдань, що відповідало межах норми.

У досліджуваних, що перебували під дією хронічного стресового чинника, які пройшли поглиблене психологічне та психіатричне обстеження при професійному підборі, функціональна лівопівкульова перевага модальності сприйняття спостерігалась у 81,6%; перевага візуальної модальності спостерігалась у 29,7% досліджуваних із зниженням бальної вираженості (переважно середньої – 8 балів), у 37,8% – виявлена аудіальна та кінестетична переважаюча модальність середньої вираженості – 8 балів, та змішаних форм виявлено 23,6%.

У хворих з легкими когнітивними порушеннями та деменцією внаслідок тривалого зловживання алкогольними напоями формування переважаючої системи сприйняття виявлялось поверненням до раніше сформованих і простіших переважаючих систем сприйняття: кінестетичної, аудіальної, візуальної, із загальним зниженням вираженості в балах оцінки перцептивної модальності (середній показник 3–4 бали, що відповідає низькому балу переважаючої модальності), відбувалось збільшення кількості осіб із змішаною перевагою модальності та збільшення кількості осіб з правопівкульовим функціональним переважанням (45% досліджуваних).

Це підтверджує думки дослідників про перехід хворих до інших, раніше сформованих функціональних станів, як у сприйнятті і відтворенні інформації, так і у формуванні систем її аналізу за рахунок раніше сформованих і більш простих систем.

У хворих через функціональну незрілість та руйнацію асоціативних зв'язків виникали астения, когнітивні порушення, депресія, тобто виникали явища ретардації психічних процесів.

Інтоксикаційні порушення в системі сприйняття та міжпівкульовій функціональній асиметрії відрізнялись від порушень, що виникали у хворих, які перенесли транзиторне порушення мозкового кровообігу.

При проведенні лікувальних та реабілітаційних заходів у хворих відбувались позитивні кількісні та якісні зміни, що виражались в позитивних відповідях на твердження опитувальника, як в кількісному (більша кількість позитивних тверджень стосовно однієї модальності: кінестетичної, аудіальної, візуальної), так і в якісному (збільшення кількості тверджень і перевага більш

пізно розвинутої модальності аудіальної, візуальної над кінестетичною) вираженнях.

Хворі з динамічними порушеннями мозкового кровообігу мали когнітивні порушення на рівні від легкого до дементного, однак бальна вираженість кожного типу модальності в середньому залишалась на рівні середньої (9–11 балів), з кількісним зниженням у видах модальності залежно від глибини когнітивного дефіциту.

Відновлення у хворих з динамічними порушеннями мозкового кровообігу відбувалось з переважанням візуальної модальності (+2,4%) над кінестетичною (+2,1%) та аудіальною (+1,6%), на відміну від хворих з інтоксикаційними порушеннями, у яких відновлення прогресувало у кінестетичній модальності.

Ретестування через 2 тижні, місяць, три місяці, підтверджують, що описані зміни корелювали з позитивною динамікою зменшення когнітивного дефіциту у хворих та покращенням самопочуття, що визначалися методиками MMSE, батареєю тестів лобної дисфункції (FAV), тестом малювання годинника, САН, таблицями Шульте.

Хворі з тривожно-депресивними та адаптаційними порушеннями виявляли значну перевагу кінестетичної модальності, середньовираженої (9 балів) – у 45% досліджуваних. Особи з перевагою візуальної модальності сприйняття складали 25% середньовираженої (9 балів), 10 % складали особи з перевагою ближче до середньо вираженої (7,9 балів) аудіальної модальності, та 20% складала особи із змішаних модальностей. Міжпівкульова функціональна асиметрія у цих осіб діагностувалась за рахунок лівопівкульового переважання у 58%.

Процес відновлення когнітивних функцій відбувався досить повільно, залежно від переважаючої модальності до захворювання, глибини та специфічності ураження, тотальності ураження мозку, та потребувало оцінки стану невропатологом, психологом, психіатром.

Висновки

У всіх досліджуваних спостерігались зміни модальності сприйняття, як в кількісному так і в якісному складі, під дією різних чинників.

Переважаюча перцептивна модальність є динамічною системою і відображає загальний стан функціонування психічних процесів, перебіг когнітивних процесів, методів переробки інформації.

Чим тяжчою була дія на мозок вражаючого фактора, тим більшою була інверсія якості переважаючої модальності із зменшенням бальної вираженості всіх систем перцептивної модальності.

Таблиця. Зміни переважаючої модальності в осіб під дією стресових чинників та через невротичні порушення, інтоксикаційні впливи, транзиторні порушення мозкового кровообігу, вираженість функціонального міжпівкульового переважання (%)

Середня бальна вираженість модальності				% переважаючої модальності			ФПА, %
Візуальна	Аудіальна	Кінестетична		Візуальна	Аудіальна	Кінестетична	p≥
Студенти	8,46	7,9	8,56	37	17	27	76
Співробітники МВС	8,3	8,5	8,6	29,7	37,8	23,6	81,6
Неврози	9	7,9	9	25	10	45	58
Алкогольна проблема	2,68	3,56	3,75	18,7	25	31,2	55
Динамічне порушення мозкового кровообігу	9,1	9,1	11	30	8	50	

Втручання, що змінює перевагу перцептивної модальності сприйняття, має перебіг з переважним збільшенням кінестетичної модальності і зменшенням аудіальної та візуальної.

Зміни перцептивної модальності корелюють зі змінами функціональної асиметрії мозку і сумісно відображають адаптивні механізми, що задіяні в процесі відновлення.

Визначення переважаючої перцептивної модальності дозволяє контролювати процес відновлення хворих з когнітивними порушеннями.

Стан функціональної півкульової асиметрії та зміна вираженості модальності можуть слугувати ознакою дезадаптивної дії стресових чинників та змін у стані здоров'я особи під впливом шкідливих факторів та дозволяє встановити направленість психотерапевтичного процесу.

Простота та доступність методик є перевагою даного способу контролю за станом відновлення у хворих, не потребує додаткових знань, може легко перевірятись в бесіді з лікарем амбулаторної практики і слугувати оцінювальною шкалою відновлювального процесу.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ПЕРЦЕПТИВНОЙ МОДАЛЬНОСТИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ, НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ, ДЕФЕКТНО-ОРГАНИЧЕСКИМИ РАСТРОЙСТВАМИ И У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ СТРЕССОВЫХ ФАКТОРОВ

И.Л. Лукьянович

Проведенные исследования отражают особенности преобладающей модальности восприятия, особенности полушарной асимметрии мозга у пациентов с психотическими, непсихотическими и дефектно-органическими расстройствами, и у лиц, находящихся под действием острого и хронического стрессового фактора

Ключевые слова: преобладающая модальность восприятия, деменция, функциональная полушарная асимметрия

FEATURES OF DOMINANT PERCEPTUAL MODALITIES AND FUNCTIONAL HEMISPHERIC ASYMMETRY IN PATIENTS WITH PSYCHOTIC, NON-PSYCHOTIC, DEFECT-ORGANIC DISORDERS AND PERSONS UNDER THE INFLUENCE OF STRESS FACTORS

I. Lukyanovich

The study reflects the peculiarities of perception prevailing modality, features of hemispheric asymmetry of the brain in patients with psychotic, non-psychotic and defect-organic disorders and persons under the influence of acute and chronic stressors.

Key words: prevailing modality of perception, functional hemispheric asymmetry of the brain, dementia

УДК 616.8-085.2/.3

В.С. Мельник

СИСТЕМА ЗГОРТАННЯ КРОВІ ТА ДИНАМІКА КОГНІТИВНОГО ДЕФІЦИТУ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

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

melnykv@ukr.net

Ключові слова:

ішемічний інсульт, система згортання крові, когнітивні функції.

Список використаної літератури

1. Белгородский Л. С. Периодизация психического развития с точки зрения онтогенеза функциональной асимметрии. В сб.: Современные проблемы физиологии и медицины / Л. С. Белгородский, Д. А. Еникеев. – Уфа: Башкирский Гос. мед. университет, 1997. – 129 с.
2. Богданов О. В. Физиологические основы процессов восстановления функций мозга и реабилитации организма / О. В. Богданов. – СПб., 2000. – 60 с.
3. Васильева Н. В. Научно-практическая конференция «Ананьевские чтения – 99»: тезисы конференции; сборка: Ананьевские чтения / под ред. А. А. Крылова. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 1999. – С. 23–24. 3
4. Веккер Л. М. Психические процессы / Л. М. Веккер. – Т. 1. – Л., 1974.
5. Выготский Л. С. Воображение и творчество в детском возрасте. – Л. С. Выготский. – М., 1967.
6. Диагностика доминирующей перцептивной модальности / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. С. Ефремова / Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М., 2002. – С. 237–238.
7. Киспаева Т. К вопросу о когнитивной реабилитации пациентов, перенесших острый церебральный инсульт / Т. Киспаева // Лечащий врач. – 2010. – № 10.
8. О соотношении структурных и статистических характеристик образов восприятия разной степени константности / Л. М. Веккер, А. В. Бровар, Н. М. Владимиров, И. А. Михайлова // Вопросы психологии. – 1971. – № 1. – С. 28–35.
9. Смирнов В. М. Физиология сенсорных систем и высшая нервная деятельность: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В. М. Смирнов, С. М. Будылина. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 304 с.
10. Холл М. НЛП-мастер. Полный сертификационный курс. Высшая магия НЛП / М. Холл, Б. Боденхаммер; пер. Н. Миронова. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003.
11. Хомская Е. Д. Нейропсихология. 4-е издание. – СПб.: Питер, 2005. – 496 с.

Мета. Вивчити вплив показників системи згортання крові на динаміку когнітивного дефіциту у хворих з ішемічним інсультом.

Матеріал та методи. У дослідження увійшли 72 хворих з нефатальним ішемічним інсультом: 38 (52,8%) жінок та 34 (47,2%) чоловіки, середній вік (70,8±10,7) роки. Дослідження вищих психічних функцій проводили скринінговим методом за допомогою шкали MMSE. Також оцінювали основні біохімічні параметри гемостазу при поступленні в стаціонар. Результати. У хворих з ішемічним інсультом реєструвалась підвищена активність системи згортання крові, що проявлялось появою РФМК та вірогідним збільшенням вмісту протромбінового пулу, порівняно з контрольними значеннями. На 14 добу захворювання у пацієнтів з достовірно нижчими вихідними рівнями фібриногену та РФМК, а також нижчою активністю X фактора згортання крові спостерігали краще відновлення когнітивних функцій. Зв'язку між рівнем когнітивних функцій на 14 добу захворювання та вихідним вмістом протромбінового пулу, тромбіновим, протромбіновим та активованим частковим тромбопластиновим часом не встановлено.

Висновки. Для більшості хворих на ішемічний інсульт характерним є висока активність системи згортання крові, яка в подальшому негативно впливає на відновлення когнітивних функцій.

Відомо, що пацієнти, які перенесли ішемічний інсульт, мають високий ризик розвитку інвалідизації внаслідок

залишкового рухового дефіциту. Значно менше уваги приділяється післяінсультній когнітивній дисфункції,

частота якої може досягати 82% [8]. Віднедавна з'явилися повідомлення щодо ролі окремих факторів системи згортання крові у патогенезі деменції та когнітивних розладів. В експерименті було показано, що зменшення рівня фібриногену позитивно впливає на когнітивні функції у мишей та зменшує відкладання бета-амілоїду [9]. У клінічному дослідженні хворих на ІХС було показано взаємозв'язок підвищеної активності тромбоцитів зі зниженням когнітивних функцій та запропоновано використовувати даний показник в якості прогностичного маркера розвитку деменції [7]. У іншому дослідженні було підтверджено зв'язок між підвищеною активністю тромбоцитів та розвитком хвороби Альцгеймера [10].

У нашому попередньому дослідженні був встановлений зв'язок активності системи фібринолізу з рівнем когнітивних функцій на 14 добу ішемічного інсульту. Ми встановили, що підвищення активності таких інгібіторів фібринолізу, як альфа-2 антиплазмин та PAI-1 в перші години інсульту, вірогідно асоціюється з розвитком помірної та тяжкої постінсультної деменції на 14 добу захворювання. Достатній рівень активності протеїну С у перші години інсульту асоціюється з повним відновленням когнітивних функцій, а знижений – з розвитком помірної та тяжкої деменції [3].

У результаті проведеного в 2011 році мета-аналізу досліджень когнітивних функцій та факторів системи гемостазу було встановлено зв'язок між підвищеними рівнями фрагментів протромбіну, D-димера, фактора фон Віллебранда (vWF), PAI-1 та розвитком судинної деменції [6]. У одній з найбільших on-line баз медичних публікацій Pubmed інформація стосовно впливу зрушень у системі гемостазу на відновлення когнітивних функцій у хворих, що перенесли ішемічний, інсульт відсутня, ми знайшли лише одне повідомлення про зв'язок між розладами гемореології та когнітивним дефіцитом у хворих, які перенесли ТІА [11].

Мета дослідження. Вивчити вплив показників системи згортання крові на динаміку когнітивного дефіциту у хворих з ішемічним інсультом.

Матеріали та методи дослідження

В дослідження увійшли 72 хворих з нефатальним ішемічним інсультом: 38 (52,8%) жінок та 34 (47,2%) чоловіки, середній вік (70,8±10,7) роки. Хворі перебували на стаціонарному лікуванні в І та ІІ неврологічних відділеннях Київської міської клінічної лікарні №4. Діагноз ішемічного інсульту був підтверджений нейровізуалізаційно (КТ або МРТ головного мозку).

Усі хворі або їх родичі були попереджені та дали згоду на участь у клінічному дослідженні.

Дослідження вищих психічних функцій проводили скринінговим методом за допомогою шкали MMSE, що включає 12 завдань, які відображають основні показники когнітивних функцій. Оцінювали: орієнтування в часі та місці, рахунок, слухомовну пам'ять, називання предметів, які показували, повторення фрази, розуміння команди, читання, письмо і малюнок. Ця методика достатньо проста та зручна для використання в повсякденній практиці. Відповідно до поставленої мети ми використали наступну оцінку за шкалою MMSE – 30–26 балів – когнітивні функції не порушені, 25–23 бали –

когнітивне зниження, 22–20 балів – легка постінсультна деменція, ≤19 балів – помірна постінсультна деменція, ≤12 балів – виражена постінсультна деменція. Обстеження проводили на 7 та на 14 доби перебування хворого в стаціонарі.

При поступленні до стаціонару проводили забір венозної крові з наступним її центрифугуванням та виділенням плазми, формених елементів, оцінювали основні біохімічні параметри гемостазу (час згортання плазми крові в тесті тромбіновий час (ТЧ), протромбіновий час (ПЧ), АЧТЧ за загальноприйнятими методиками [1, 4]. Також визначали вміст фібриногену спектрофотометричним методом, а розчинних фібрин-мономерних комплексів (РФМК) – фосфатним методом [2, 5]. Активність фактора X системи згортання крові визначали за допомогою специфічного хромогенного субстрату S2765 та активатора фактора X (RVV), отриманого з отрути Vipera Russeli (Sigma, США), згідно з методичними рекомендаціями KABI Diagnostica. Визначення пулу молекул протромбінового походження проводили використовуючи імуноферментний аналіз у модифікації ELISA. Рівень vWF визначали у плазмі крові методом імуноферментного аналізу, який проводили за стандартною методикою для розчинних білків). Контрольні показники системи гемостазу отримані у 20 пацієнтів, зіставних за віком та основними демографічними показниками, без гострих порушень мозкового кровообігу.

Для обробки цифрового матеріалу використовували пакет програм базової статистики SPSS Statistica 17.0. Проводили однофакторний дисперсійний аналіз ANOVA. Достовірність отриманих результатів оцінювали за допомогою критерію χ^2 (критерій узгодженості Пірсона).

Результати та їх обговорення

За вихідним рівнем неврологічного дефіциту за шкалою NIHSS хворих поділили наступним чином: у 30 (41,7%) хворих діагностовано легкі неврологічні порушення ((6,4±1,6) бала), у 25 (34,7%) – середнього ступеня тяжкості ((10,5±1,4) бала), у 8 (11,1%) – тяжкий неврологічний дефіцит ((13,5±0,5) бала) та у 9 (12,5%) хворих зареєстрований надто тяжкий неврологічний дефіцит ((17,8±2,3) бала).

У таблиці 1 наведені показники системи гемостазу, отримані при поступленні до стаціонару.

Таблиця 1. Показники системи гемостазу в першу добу ішемічного інсульту

Показник	Хворі	Контроль
ФГ, г/л	2,95±0,1	2,4±0,2
Вміст РФМК, мг/100 мл	3,47±0,16*	0
Вміст протромбінового пула, у.о.	0,74±0,02*	0,63±0,02
Вміст vWF, %	157,3±7,6	98,7±3,4
Активність X фактора, %	102,14±3,25	99,8±5,7
ТЧ, с	10,7±0,42	10,5±0,5
ПЧ, с	16,28±0,35	16±1,0
АЧТЧ, с	26,13±0,44	30,0±1,34

Примітка. * – $p<0,01$ порівняно з групою контролю.

Як видно з наведених даних, у хворих з ішемічним інсультум реєструвалась вища активність системи згортання крові, що проявлялось появою РФМК та вірогідним збільшенням вмісту протромбінового пулу, порівняно з контрольними значеннями.

На 7 добу захворювання ми проаналізували когнітивні функції у обстежених хворих. Було встановлено, що середній бал за шкалою MMSE в середньому становив $(19,6 \pm 5,7)$ бала та відповідав помірній постінсультній деменції. У 16 (22,2%) хворих когнітивні функції були не порушені ($(26,4 \pm 3,2)$ бала), у 9 (12,5%) хворих зареєстровано когнітивне зниження ($(23,7 \pm 1,7)$ бала), ще у 16 (22,2%) – легка ($(21,2 \pm 0,8)$ бала), у 25 (34,7%) помірна ($(16,7 \pm 1,9)$ бала), а у 6 (8,3%) – виражена постінсультна деменція ($(9,3 \pm 1,6)$ бала).

Проведений аналіз показав, що на 14 добу лікування покращення когнітивних функцій відбулося у 45 (62,5%) пацієнтів, відсутність динаміки виявлено у 19 (26,4%) обстежених, негативна динаміка була у 8 (11,1%) хворих (рис. 1).

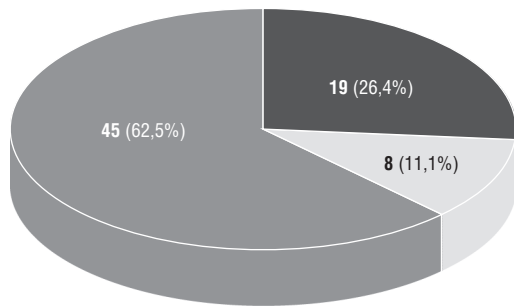


Рис. 1. Динаміка когнітивних функцій на 14 добу за шкалою MMSE (%)

Середній бал за шкалою MMSE на 14 добу захворювання відповідав помірному когнітивному зниженню та становив $(22,4 \pm 4,9)$ бала. Когнітивні функції були не порушені у 27 (37,5%) хворих ($(26,4 \pm 2,4)$ бала), у 17 (23,6%) зареєстровано когнітивне зниження ($(23,5 \pm 2,4)$ бала), у 8 (11,1%) – легка, у 17 (23,6%) – помірна, а у 3 (4,2%) – вира-

жена постінсультна деменція ($(21,2 \pm 1,3)$ бала, $(17,7 \pm 1,9)$ бала та $(8,7 \pm 2,5)$ бала відповідно) (рис. 2).



Рис. 2. Розподіл хворих за ступенем порушення когнітивних функцій на 7 та 14 добу ішемічного інсульту (MMSE, %)

Ми провели зіставлення показників системи згортання крові при поступленні до стаціонару з рівнем когнітивних функцій на 14 добу захворювання. Достовірні відмінності були знайдені для концентрації ФГ, РФМК та активності Х фактора (табл. 1). Вихідний вміст протромбінового пулу, ТЧ, ПЧ та АЧТЧ у хворих з різним рівнем когнітивних функцій на 14 добу захворювання достовірно не відрізнялись.

Як видно із наведених у таблиці даних, кращому відновленню когнітивних функцій на 14 добу захворювання відповідали достовірно нижчі вихідні рівні ФГ ($p=0,001$), РФМК ($p=0,017$) та активності Х фактора ($p=0,024$). (див. табл. 2).

Висновки

У результаті проведеного дослідження виявлено, що у хворих на ішемічний інсульт з достовірно нижчими вихідними рівнями фібриногену та РФМК, а також нижчою активністю Х фактора згортання крові спостерігається краще відновлення когнітивних функцій на 14 добу захворювання. Подібного зв'язку з вихідним вмістом

Таблиця 2. Однофакторний дисперсійний аналіз ANOVA показників системи гемостазу при надходженні у стаціонар у хворих з різним ступенем когнітивних функцій на 14 добу захворювання

	Когнітивні функції на 14 добу	M	m	95% CI		p
				н.м.	в.м.	
ФГ, г/л	Непорушені	2,54	0,6	2,08	2,91	0,001
	Когнітивне зниження	3,1	0,5	2,35	3,29	
	Легка постінсультна деменція	3,07	0,6	2,49	3,66	
	Помірна постінсультна деменція	3,26	0,5	2,27	3,81	
	Виражена постінсультна деменція	3,46	0,7	2,65	4,08	
РФМК, мг/100мл	Непорушені	2,86	1,73	1,93	3,78	0,017
	Когнітивне зниження	3,88	0,48	3,51	4,26	
	Легка постінсультна деменція	3,65	1,20	3,01	4,29	
	Помірна постінсультна деменція	3,67	1,50	3,05	4,29	
	Виражена постінсультна деменція	3,63	0,38	3,23	4,03	
Активність Х фактора, %	Непорушені	96,0	27,5	81,4	110,7	0,024
	Когнітивне зниження	102,2	28,0	87,3	117,2	
	Легка постінсультна деменція	102,6	33,4	76,9	128,7	
	Помірна постінсультна деменція	111,2	32,7	97,7	124,7	
	Виражена постінсультна деменція	115,1	38,8	74,4	155,9	

протромбінового пулу, тромбіновим, протромбіновим та активованим частковим тромбопластиновим часом не встановлено.

Список використаної літератури

1. Баркаган З. С. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза / З. С. Баркаган, А. П. Момот. – М.: Ньюдиамед-АО, 2001. – 296 с.
2. Братчик А. М. Клинические проблемы фибринолиза / А. М. Братчик. – К.: Здоров'я, 1993. – С. 145–156.
3. Мельник В. С. Влияние эндогенных активаторов та інгібіторів системи фібринолізу на когнітивний дефіцит у хворих з ішемічним інсультом / В. С. Мельник // Архів психіатрії. – 2014. – № 3 (73). – С. 65–67.
4. Меньшиков В. В. Лабораторные методы исследования в клинике / В. В. Меньшиков. – М.: [б. и.], 1987. – 310 с.
5. Определение растворимого фибрина в плазме крови / Т. В. Варецкая, Л. И. Михаловская, Л. А. Свистальская, Я. М. Ена // Клин. лаб. диагностика. – 1992. – № 7–8. – С. 10–14.
6. Association between circulating hemostatic measures and dementia or cognitive impairment: systematic review and meta-analyses / T. J. Quinn, J. Gallacher, I. J. Deary [et al.] // Journal of Thrombosis and Haemostasis. – 2011. – № 9. – P. 1475–1482.
7. Association of platelet activation with vascular cognitive impairment: implications in dementia development? / K. Stellos, N. Katsiki, P. Tatsidou, B. Bigalke, C. Laske // Curr. Vasc. Pharmacol. – 2014. – № 12 (1). – P. 152–154.
8. Cognitive functioning after stroke: a one-year follow up study / S. M. Rasquin, J. Lodder, R. W. Ponds [et al.] // Dement. Geriatr. Cogn. Disord. – 2004. – № 18. – P. 138–144.
9. Fibrinogen and altered hemostasis in Alzheimer's disease / M. Cortes-Canteli, D. Zamolodchikov, H. J. Ahn [et al.] // J. Alzheimers Dis. – 2012. – № 32(3). – P. 599–608.
10. Laske C. Platelet activation in Alzheimer's disease: from pathophysiology to clinical value / C. Laske, K. Sopova, K. Stellos // Curr. Vasc. Pharmacol. – 2012. – № 10 (5). – P. 626–630.
11. Velcheva I. Hemorheological disturbances and cognitive function in patients with cerebrovascular disease / I. Velcheva, G. Nikolova // Clinical Hemorheology and Microcirculation. – 2008. – № 39. – P. 397–402.

СИСТЕМА СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ И ДИНАМИКА КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В. С. Мельник

Цель. Изучить влияние показателей системы свертывания крови на динамику когнитивного дефицита у больных с ишемическим инсультом. Материал и методы. В исследование включены 72 больных с нефатальным ишемическим инсультом: 38 (52,8%) женщин и 34 (47,2%) мужчины, средний возраст (70,8±10,7) года. Исследование высших психических функций проводили скрининговым методом с помощью шкалы MMSE. Также оценивали основные биохимические параметры гемостаза при поступлении в стационар. Результаты. У больных с ишемическим инсультом регистрировалась повышенная активность системы свертывания крови, что проявлялось появлением РФМК и вероятным увеличением содержания протромбинового пула, по сравнению с контрольными значениями. На 14 сутки заболевания у больных с достоверно меньшими исходными концентрациями фибриногена и РФМК, а также меньшей активностью X фактора свертывания крови наблюдается лучшее восстановление когнитивных функций. Связи между уровнем когнитивных функций и исходным содержанием протромбинового пула, тромбинового, протромбинового и активированного частичного тромбопластинового времени не установлено.

Выводы. Для большинства больных с ишемическим инсультом характерна высокая активность системы свертывания крови, которая в дальнейшем негативно влияет на восстановление когнитивных функций.

Ключевые слова: ишемический инсульт, система свертывания крови, когнитивные функции.

THE BLOOD COAGULATION SYSTEM AND DYNAMICS OF COGNITIVE FUNCTION IN ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS V. Melnik

Objective. To study the influence of indicators of blood coagulation system on the dynamics of cognitive function in patients with ischemic stroke. Material and Methods. The study included 72 patients with nonfatal ischemic stroke, of which 38 (52.8%) women and 34 (47.2%) males, mean age 70.8 ± 10.7 years. The study of higher mental functions were performed by a screening method MMSE. Also we evaluated the main biochemical parameters of hemostasis at admission. Results. In patients with ischemic stroke were recorded increased activity of the blood coagulation system, which manifests the appearance Soluble fibrin-monomer complex (SFMC) and the likely increase in the content of prothrombin pool compared with control values. On day 14 of the disease in patients with significantly lower initial concentrations of fibrinogen and SFMC, as well as lower activity of coagulation factor X is observed better recovery of cognitive functions. Relation between the level of cognitive function and original content prothrombin pool, thrombin, prothrombin and activated partial thromboplastin time - is not established.

Conclusions. For the majority of patients with ischemic stroke is characterized by high activity of the blood coagulation system, which further adversely affects the recovery of cognitive functions.

Key words: ischemic stroke, coagulationsystem, cognitive function.

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89

О.О. Літвінов

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ РОЗЛАДІВ АУТИЧНОГО СПЕКТРА
В РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУПАХУкраїнський науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ
centaurus999@ukr.net**Ключові слова:**підлітки, повнолітні,
розлади аутичного
спектра, соціальна
взаємність, комунікація,
соціально-адаптивна
поведінка.

У кінці минулого століття аутизм вважали рідкісним захворюванням. За інформацією Американського центру з контролю захворювань (CDC), поширеність розладів аутичного спектра (РАС) у 2000 році складала 1 випадок на 150 дітей. Наразі РАС є однією з найпоширеніших патологій у структурі сучасної психіатричної нозології. Останні дослідження свідчать, що близько 1% дитячої популяції страждає на РАС [5]. Поширеність РАС серед дорослого населення становить 1,8% серед чоловіків та 0,8% серед жінок [1].

Більшість науковців впродовж останнього десятиріччя дотримуються сучасної концепції, згідно з якою РАС є системними порушеннями розвитку мозку, пояснюється взаємодією генетичних та середовищних чинників [2]. В американській DSM-5 класична тріада симптомів РАС спрощена. Наразі описано дві дефініції: соціально-комунікативні труднощі та повторювана поведінка [3]. Спрощення діагностичного алгоритму дозволило знизити витрати на діагностику, сприяючи також підвищенню її специфічності [6].

Дуже багато осіб, які страждають на аутизм, мають супутню інтелектуальну недостатність та/або сенсорні розлади, що супроводжуються руховою гіперактивністю і стереотипіями, грубими порушеннями емоційної когніції та соціальної перцепції.

Діагностують РАС, як правило, у віці до трьох років. Маніфестація, в більшості випадків, супроводжується затримкою психомоторного розвитку, або регресом, тобто втратою вже надбаних вмінь та навичок, в тому числі і/або мовлення.

Велика частка пацієнтів з РАС є інвалідами, що мають значні обмеження у соціальних інтеракціях. І чим пізніше хворі діти піддаються впливу ранніх втручань, тим глибший рівень дезадаптації. Тому для покращення якості життя вкрай необхідно якомога раніше та якісніше проводити соціально-медичні інтервенції, дати хворим з РАС можливість максимально адаптуватися в суспільстві.

З віком рівень адаптації та соціалізації пацієнтів змінюється, трансформується також клінічний симптомокомплекс. Як наслідок, різні вікові групи потребують диференційованого підходу у виборі терапевтичної тактики. Отже, щоб надати якісну соціально-медичну допомогу, потрібно визначити вікові клініко-динамічні особливості РАС та адаптивні можливості пацієнтів різних вікових груп.

Для цього ми провели власне дослідження, метою якого було вивчення клінічного поліморфізму РАС у процесі дорослішання.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження було проведено у відділі психічних розладів дітей та підлітків Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології, а також на базі Київських міських клінічних психоневро-

логічних лікарень № 1 та № 2 і Київського міського психоневрологічного диспансеру № 5. Нами був обстежений 61 пацієнт. Рандомізація відбувалася за віком, на дві підгрупи. 31 респондент у віці 15 – 18 років віднесений до підгрупи «А» – підлітки, 30 повнолітніх у віці до 27 років – до підгрупи «В» – дорослі.

Дослідження відбувалось згідно з загальноприйнятими підходами до психіатричного обстеження із використанням скороченого переліку оціночних категорій напівструктурованого діагностичного інтерв'ю аутизму ADI – R. Для оцінки інтелекту використовували тест Векслера (WAIS). Обстеження також включало анамнестичний, соціально-демографічний та методи математичної статистики.

Результати та їх обговорення

Незважаючи на невелику кількість рандомізованих пацієнтів, співвідношення кількості чоловіків та жінок (рис. 1) відповідає популяційним даним і становить 1:6.



Рис.1. Співвідношення рандомізованих пацієнтів за статтю

Вік виникнення перших клінічних проявів РАС є подібним в обох підгрупах, про що свідчать дані таблиці 1.

Таблиця 1. Вік виникнення перших симптомів розладу аутичного спектра у групі обстеження

Вік виникнення перших симптомів, р.	Підгрупа «А»-підлітки, n=31, кільк. хв.	Підгрупа «В»-дорослі, n=30, кільк. хв.
До 1	10	6
1 – 3	15	16
Старше 3	6	8

Однак, не всі хворі були кваліфіковані як аутисти одразу після маніфестації РАС. У 15 пацієнтів розлад було діагностовано у віці понад 18 років, при проведенні обстеження під час оформлення групи інвалідності. Кожен з даних респондентів мав низькі показники соціальної інклюзії та загальної адаптації. Жоден з цих хворих не мав дружніх стосунків з однолітками, не мав освіти та роботи. Неспроможність вести самостійне життя без будь-якої підтримки була наслідком побутової дезадаптації.

За допомогою кореляційного аналізу з'ясували, що тяжкість симптоматики РАС також значною мірою пов'язана з віком діагностування хвороби. На рисунку 2 видно, що дані пацієнти мають більш виражену тяжкість клінічних проявів, ніж ті, які отримали соціально-медичні втручання своєчасно.

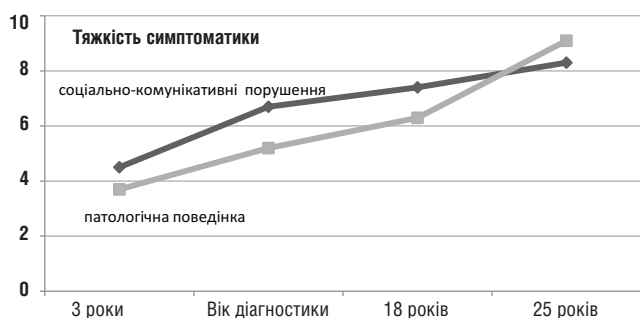


Рис. 2. Графік кореляції тяжкості симптоматики залежно від віку діагностики розладу аутичного спектра

Порівняно з рештою пацієнтів вибірки, ці 15 аутистів мали значну недостатність соціальної та емоційної взаємності, значні нейрокогнітивні порушення та більш виражену шаблонність, негнучкість повсякденної поведінки.

При проведенні реабілітаційних заходів пацієнти даної когорти потребували значно більшої тривалості корекції та показували незначну позитивну динаміку.

У (9,8±3,8) % випадків внутрішньоутробний розвиток рандомізованих хворих відбувався фізіологічно, в решті випадків ((90,2±3,8) %) мали місце патологічна вагітність (внутрішньоутробні інфекції, токсикоз), та/або ускладнені пологи (кесарів розтин, акушерські щипці, вакуум-екстракція, стимуляція). Найчастіше зустрічалося поєднання проблем антенатального та інтранатального періодів. Аналізуючи вказані дані можна припустити, що перинатальна патологія є одним із чинників, що провокують маніфестацію РАС.



Рис. 3. Представленість перинатальної патології в анамнезі респондентів

Також предиспозицією виникнення РАС цілком можуть бути психічні травми, фізичні травми, щеплення, які мали місце у 28 спостереженнях нашого дослідження, тобто майже у половини рандомізованих пацієнтів. У решті випадків (n=33), не було зафіксовано причинно-наслідкового зв'язку маніфестації РАС із дією середовищних чинників.

Приблизно у третині випадків були виявлені затримка психофізичного розвитку та регрес набутих навичок і мовлення. Відповідно, в підгрупі «А» вони становили (28±8) % та (35,5±8,5) %; в підгрупі «В» – (26,6±8) % та (33,3±8,6) %.

Серед підлітків сертифікат про середню освіту здобули 17 респондентів. 15 повнолітніх пацієнтів також отримали середню освіту, 8 – середню спеціальну, 2 закінчили навчання у вишах. Діапазон інтелекту в пацієнтів у досліджених підгрупах коливався від норми до тяжкої його недостатності (F 72). В 2/3 випадків IQ хворих знаходився на рівні легкої розумової відсталості (F 70) або межував із нею. Середній бал в групі підлітків склав 69, серед повнолітніх – 71.

Треба зазначити, що когнітивні можливості рандомізованих пацієнтів були вищими, ніж у середньому в хворих з інтелектуальною недостатністю без РАС. Це підтверджується наведеними вище анамнестичними даними про кількість респондентів, які отримали освіту. Однак, рівень адаптації та соціального функціонування був значно гіршим у тих пацієнтів, у яких IQ виявився нижчим за норму (< 70).

Отже, рівень IQ із впевненістю можна вважати предиктором рівня функціонування хворих з РАС.

Що стосується решти коморбідних розладів, то спостерігається виражена кореляція між тяжкістю клінічних проявів РАС та наявністю супутньої патології (тривожного розладу, депресивного розладу, епілептичного процесу).

Для з'ясування клініко-динамічних особливостей РАС у різних вікових групах нами було проведено ретроспективне дослідження когорти підлітків та повнолітніх аутистів за допомогою інтерв'ю (ADI-R).

Згідно з даними обстеження, у домені «мовленнєве та комунікативне функціонування» підгрупа підлітків отримала гірші результати, ніж дорослі пацієнти. Відхилення по всіх пунктах незначні (p<0,05), але загалом повнолітні хворі мали кращі показники. Якщо конкретизувати, то підлітки з РАС продемонстрували недостатність безпосередньо в процесі мовлення та невербальної комунікації. Порушення рецептивної мови поєднувалися з порушеннями якості соціальної вербалізації та взаємного спілкування. Повнолітні пацієнти виявили більшу компетентність у володінні експресивною мовою та інструментальними жестами.

Що стосується «соціального розвитку», то згідно з нашими даними, з віком обмежується здатність до інтуїтивного розуміння контексту соціальних ситуацій. Серед старших пацієнтів низька якість соціальних ініціатив комбінувалася з неадекватністю соціального реагування. Як наслідок, рівень соціальної адаптації хворих, а згодом і якість їх життя, знизилася. Можливо цей феномен обумовлений зниженням когнітивних функцій хворих. Однак, окремі пацієнти з підгрупи «дорослі», які не мали інтелектуальної недостатності,

Таблиця 2. Порівняння підгруп «А» та «В» за ADI-R (мовленнєве та комунікативне функціонування)

Ознаки	Група РАС, Підгрупа «А», Підлітки, n=31		Група РАС, Підгрупа «В», Дорослі, n=30		P
	сер. бал	± m	сер. бал	± m	
Розуміння простого мовлення	1,60	0,02	1,20	0,02	<0,001
Загальний рівень розвитку мовлення	0,76	0,01	0,48	0,08	<0,001
Використання тіла іншої людини для спілкування	0,70	0,01	0,60	0,02	<0,001
Артикуляція / Вимова	0,9	0,01	0,34	0,04	<0,001
Стереотипна вимова та відстрочені ехолалії	1,05	0,03	0,91	0,04	0,001
Соціальна вербалізація / Спілкування	0,35	0,01	0,71	0,09	0,046
Взаємне спілкування	0,74	0,02	1,10	0,05	0,004
Недоречні запитання або ствердження	0,32	0,01	0,60	0,02	0,007
Інверсія займенників	0,69	0,08	0,32	0,04	0,001
Неологічне / Унікальне мовлення	0,26	0,02	0,25	0,04	<0,001
Вербальні ритуали	0,38	0,04	0,27	0,06	0,001
Інтонія / Гучність / Ритм / Темп	0,21	0,04	0,39	0,05	<0,001
Поточне комунікативне мовлення	1,76	0,06	0,89	0,02	<0,001
Вказування (пальцем) для вираження зацікавленості	0,51	0,02	1,02	0,04	<0,001
Кивання (позитивний рух головою)	0,35	0,01	0,90	0,02	0,027
«Мотання» головою (негативний рух головою)	0,79	0,03	1,10	0,08	<0,001
Звичайні / Інструментальні жести	1,65	0,04	0,68	0,02	<0,001
Увага до голосу	0,90	0,01	1,20	0,04	<0,001
Спонтанні імітації дій	0,49	0,04	0,91	0,01	<0,001
Уявні ігри	0,69	0,04	1,30	0,02	<0,001
Уявні ігри з однолітками	0,59	0,03	1,60	0,01	<0,001

Таблиця 3. Порівняння підгруп «А» та «В» за ADI-R (соціальний розвиток)

Ознаки	Група РАС, Підгрупа «А», Підлітки, n=31		Група РАС, Підгрупа «В», Дорослі, n=30		P
	сер. бал	± m	сер. бал	± m	
Прямий погляд (зоровий контакт)	0,34	0,09	0,45	0,01	<0,001
Соціальна посмішка	0,75	0,01	0,79	0,02	<0,001
Привертання уваги співрозмовника до предмета, що зацікавив	0,56	0,01	0,91	0,04	0,036
Пропонування ділитися	0,60	0,03	1,12	0,03	0,045
Спроби ділитися гарним настроєм з іншими	0,29	0,05	0,48	0,02	<0,001
Пропонування розради	0,74	0,03	1,21	0,05	0,001
Якість соціальних ініціатив (спроба почати спілкування)	0,61	0,02	0,52	0,01	<0,001
Спектр виразів обличчя, що використовується для спілкування	0,48	0,04	0,95	0,02	0,026
Недоречні вирази обличчя	0,61	0,02	0,69	0,02	<0,001
Адекватність соціального реагування	0,72	0,01	1,09	0,06	0,005
Ініціація відповідних дій	0,74	0,04	1,12	0,03	<0,001
Наслідуючі соціальні ігри	1,84	0,05	1,24	0,02	<0,001
Цікавість до дітей	0,82	0,03	0,64	0,01	0,033
Реакція на пропонування соціального контакту від інших дітей	0,24	0,06	1,8	0,03	0,048
Групові ігри з однолітками	1,40	0,06	1,62	0,04	<0,001
Дружба	0,94	0,01	1,31	0,08	<0,001
Соціальне розгальмовування	0,89	0,04	1,25	0,09	0,001

Таблиця 4. Порівняння підгруп «А» та «В» за ADI-R (інтереси та поведінка)

Ознаки	Група РАС, Підгрупа «А», Підлітки, n=31		Група РАС, Підгрупа «В», Дорослі, n=30		p
	сер. бал	± m	сер. бал	± m	
Незвичайні заняття	0,36	0,01	0,40	0,01	<0,001
Обмежені інтереси	0,82	0,06	0,94	0,05	<0,001
Повторюване використання предметів або зацікавленість у частинах предметів	1,21	0,04	0,86	0,05	<0,001
Компульсії / Ритуали	0,71	0,08	1,64	0,03	<0,001
Незвичні сенсорні інтереси	0,49	0,01	0,36	0,07	<0,001
Незвична загальна чутливість до звуку	0,84	0,04	0,86	0,04	<0,001
Ненормальне ідіосинкратичне негативне реагування на специфічні сенсорні стимули	1,4	0,02	0,95	0,02	<0,001
Складнощі із незначними змінами у звичних заняттях або навколишньому середовищі	0,75	0,06	0,81	0,04	<0,001
Спротив до незначних змін у навколишньому середовищі (що не впливають безпосередньо на пацієнта)	0,69	0,01	0,74	0,09	<0,001
Незвична прив'язаність до предметів	0,64	0,02	0,79	0,03	<0,001
Манерні рухи руками та пальцями (манерізми)	0,8	0,01	0,45	0,02	0,039
Інші складні манерні або стереотипні рухи тілом	0,29	0,04	0,34	0,04	<0,001
Руки рук на рівні середини тіла	-	-	-	-	-
Хода	0,61	0,02	0,59	0,01	<0,001
Агресія до батьків, опікунів, членів родини	0,78	0,05	0,34	0,01	<0,001
Агресія до сторонніх людей	0,92	0,02	0,59	0,04	0,003
Самопошкодження (аутоагресія)	0,48	0,07	0,54	0,06	<0,001
Гіпервентильція	0,04	0,05	0,05	0,03	<0,001
Непритомність, напади, втрата свідомості	0,29	0,02	0,34	0,04	<0,001
Вік появи перших симптомів	2,59	0,08	1,84	0,08	0,001

показали особисті високі результати в даному домені. Існує думка, що вони мають так званий високий «когнітивний резерв».

За обмеженими, незвичайними інтересами та патологічною поведінкою обидві групи мають близькі показники середнього балу. В обох випадках пацієнти проявляли соціально неприйнятні форми реактивної поведінки. Але відстежувалася відмінність за деякими пунктами ADI-R та певна вікова кореляція. В групі «А» переважала демонстрація агресивної поведінки. Повнолітні рандомізовані хворі виявилися більш активними у здійсненні ритуалів та компульсивних дій. Не виключено, що даний вид поведінкових порушень можна вважати віковозалежним, оскільки зі збільшенням віку поведінка моделюється відповідно до соціокультурного середовища. У нашому випадку поведінкові реакції в дорослому віці емоційно-залежні, однак більш диференційовані, ніж у підлітків. Також вважають, що чим старші пацієнти, тим масштабніший діапазон проявів їх емоцій. Отже, очікувалося, що підгрупа «В» буде легше інтегруватися в суспільне середовище, зважаючи на філогенетичні особливості. Однак дослідження вказує на протилежний результат. Чим старші хворі, тим нижчий потенціал адаптаційних механізмів.

Таким чином, з віком зростала питома частка емоційно-поведінкових порушень високого еволютивного

рівня, на відміну від рандомізованих підлітків, де переважали більш прості форми опозиційної поведінки, асоційовані із сенсорними інтересами.

Висновки

Отримані результати демонструють, що кожна вікова група з РАС має власний стрижневий симптомокомплекс. У підлітковому віці в клінічній картині більшою мірою переважали комунікативно-мовленнєві порушення. Це, в свою чергу, спільно з порушеннями поведінки, призводило до зниження рівня адекватності соціального реагування та погіршення соціальної інтеграції.

У дорослих хворих мало місце зниження якості соціальних ініціатив на тлі емоційно-поведінкових порушень при більш-менш нормальному рівні комунікації.

Резюмуючи, треба відмітити, що рівень адаптації знижується з віком, навіть при достатній сформованості невербального інтелекту, хоча вираженість клінічних проявів РАС нівелюється при дорослішанні хворих.

Спираючись на вказані анамнестичні, соціально-демографічні та клініко-психопатологічні дані необхідно формувати розуміння ефективної лікувальної стратегії РАС.

Для піднесення якості психіатричної допомоги на сучасний рівень треба виконати три умови. Перше – це превенція патології в групах ризику. Друге – раннє ви-

явлення перших ознак РАС та раннє втручання. І останнє – це довготривала та якісна реабілітація пацієнтів.

При лікуванні треба використовувати лише ті методи, що ґрунтуються на принципах доказової медицини. Насамперед це мають бути психосоціальні інтервенції у вигляді когнітивно-поведінкової терапії. Фармакологічні препарати потрібно використовувати обґрунтовано та зважено. Нейролептики, психостимулятори та антидепресанти мають грати допоміжну роль у комплексному лікуванні РАС, і ні в якому разі – альтернативну. Призначення повинні бути лише за клінічними показниками, дози – мінімально ефективними, курс лікування – оптимальним.

При плануванні терапевтичної тактики слід пам'ятати, що першочерговою задачею психіатричних та соціальних служб є захист прав дітей та дорослих з

особливими потребами та їх максимальна інтеграція в суспільство.

Список використаної літератури

1. *Autism Spectrum Disorders in adults living in households throughout England: a report from the Adult Psychiatric Morbidity Survey* / T. Brugha, S. McManus, H. Meltzer [et al.] // *The Department of Health Sciences, University of Leicester, and the Autism Research Centre, University of Cambridge* – 2007.
2. *Autism: A Brain disorder or a disorder that affects the brain?* / M. R. Herbert // *Clinical Neuropsychiatry*. – 2005. – Vol. 2, № 6. – P. 354–379.
3. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition* // *American Psychiatric Association*. – 2013.
4. *Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample* / Kim, Leventhal [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. – 2013. – Vol. 170 (6). – P. 689.
5. *Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP)* / G. Baird, E. Simonoff, A. Pickles [et al.] // *Lancet*. – 2006. – Vol. 368. – P. 210–215.
6. *Validation of Proposed DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder* / Thomas W. Frazier [et al.] // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2012. – Vol. 51, Is.1. – P. 28–40.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ АУТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

А.А. Литвинов

С целью изучения особенностей клиники, патоморфологии, социальной компетентности и процессов адаптации в результате взросления был обследован 61 пациент с расстройствами аутического спектра (РАС) в возрасте 15–27 лет. Изложенные результаты анализа свидетельствуют о преобладании социально-коммуникативных нарушений в когорте подростков и, преимущественно, эмоционально-поведенческих – в подгруппе взрослых пациентов. Также отмечено, что адаптивные возможности пациентов заметно снижаются с возрастом, а выраженность основных клинических проявлений нивелируется.

Ключевые слова: подростки, совершеннолетние, расстройства аутического спектра, социальная взаимность, коммуникация, социально-адаптивное поведение.

CLINICAL FEATURES OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN DIFFERENT AGE GROUPS

A. Litvinov

To study the characteristics of the clinic, pathomorphology, social competence and adaptation processes as a result of growing up, was examined 61 patients with autism spectrum disorders (ASD) aged 15–27 years. The above analysis' results indicate the predominance of social communicative disorders in a cohort of adolescents and, predominantly, emotional and behavioral disorders in the subgroup of adult patients. It is also noted that adaptive capacity of the patients reduced significantly with rising of the age and severity of major clinical symptoms leveled.

Key words: adolescents, adults, autism spectrum disorders, social reciprocity, communication, social adaptive behavior.

Я.Б. Бикшаева

ШИЗОФРЕНИЯ, МАНИФЕСТИРУЮЩАЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ

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

Ключевые слова:

шизофрения, манифестирующая в детском возрасте, медико-социальная реабилитация, терапевтические стратегии, психофармакотерапия, атипичные антипсихотики.

МКБ-10 и DSM-IV не выделяет детскую шизофрению как отдельную диагностическую категорию, а для диагностики шизофрении, манифестирующей в детском возрасте, предлагают применять те же диагностические критерии, что и для взрослых. В данной статье мы определили особенности диагностики, психофармакологического лечения и медико-социальной реабилитации шизофрении в детско-подростковом возрасте, коррелирующие с этапами течения этого заболевания, рассматриваемые нами как результаты достижения последовательных терапевтических целей и отвечающие формализованным критериям редукции симптомов заболевания и восстановления социального функционирования.

В Европе распространенность шизофрении, манифестирующей в детском возрасте (до 14 лет) колеблется от 0,1 до 1%, а у подростков – возрастает до 4%. По данным официальной статистики Минздрава Украины, заболеваемость шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами, манифестирующими в возрасте до 14 лет, составляет 0,9, а распространенность – 4,7 на 100 000 детского населения. У подростков от 15 до 18 лет заболеваемость составляет 10,8, а распространенность – 40,5 на 100 000 населения.

У детей в возрасте до 3 лет психотические состояния представлены преимущественно расстройствами общего развития (расстройствами из спектра аутизма). Их распространенность составляет около 1% детской популяции. У детей дошкольного возраста иногда встречаются транзиторные зрительные и слуховые психопатологические феномены. Они возникают под влиянием интоксикации или стресса, не влияют на поведение детей, и большинством педиатров расцениваются как неврологические перцепторные нарушения, а не психотические симптомы.

Диагностические критерии МКБ-10 (World Health Organization, 1992) [1] и DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) [6] практически исключают возможность диагностики шизофрении у детей дошкольного возраста. МКБ-10 и DSM-IV не выделяет детскую шизофрению как отдельную диагностическую категорию, а для диагностики шизофрении, манифестирующей в детском возрасте, предлагают использовать диагностические критерии для взрослых.

В данной статье нами определены особенности диагностики, психофармакологического лечения и медико-социальной реабилитации шизофрении в детско-подростковом возрасте, коррелирующие с этапами течения

этого заболевания, которые рассматриваются нами как результаты достижения последовательных терапевтических целей и отвечают формализованным критериям редукции симптомов заболевания и восстановления социального функционирования.

Особенности диагностики шизофрении, манифестирующей в детском возрасте

Диагностический процесс при шизофрении, манифестирующей в детском возрасте, имеет ряд взаимосвязанных целей: раннюю диагностику психотических симптомов, формирование групп «специфического риска и целенаправленной профилактики», окончательную диагностику расстройства согласно диагностическим критериям МКБ-10, оценку тяжести имеющейся позитивной и негативной симптоматики, определение уровня когнитивного функционирования и нарушений социальной адаптации, диагностику коморбидных психических расстройств и соматической органной патологии, изучение ситуации в контексте семьи и социальной среды с установлением внутренних и внешних факторов, влияющих на терапию [3, 4].

Другой, очень важной целью диагностического процесса является установление терапевтического взаимодействия с семьей и ребенком, установления партнерских отношений, достижение общего видения проблем, целей и формирование соответствующего плана действий [1, 2].

Ранее были попытки диагностировать детскую шизофрению как отдельное заболевание, отличное от шизофрении у взрослых. Однако на сегодняшний день доказано, что на базе критериев МКБ-10, используемых для диагностики шизофрении у взрослых, возможно с высокой степенью надежности диагностировать шизофрению и у детей.

Каждый ребенок с подозрением на шизофрению должен быть обследован детским психиатром. Психиатрическое обследование должно включать интервью с ребенком и обоими родителями. Нужно изучить анамнез жизни и болезни ребенка. В семейной истории нужно уточнить наличие случаев психических заболеваний, суицида, влияние экологических факторов, действие которых ассоциированы с повышением риска заболевания шизофренией. При исследовании истории жизни ребенка нужно выяснить особенности его развития, личностные особенности, наличие защитных факторов и факторов, повышающих риск эскалации психоза.

Психиатрическое обследование должно также включать тщательный сбор анамнеза заболевания, что в дальнейшем позволит определить возможный стереотип его течения. Должны быть проанализированы эпикризы и консультативные заключения других медицинских учреждений, характеристики учебных заведений, результаты интервью с родителями ребенка и непосредственно с ним самим.

При сборе анамнеза заболевания нужно установить возникновение первых психотических симптомов, изменений в поведении, появление проблем в школе и в отношениях с родителями. Отдельно нужно выяснить наличие и время возникновения у ребенка вторичной симптоматики: симптомов или осложнений, которые возникли в результате лечения антипсихотиками, действия фрустрирующих факторов, употребление психоактивных веществ, длительность течения психотических симптомов, выявить копинг-стратегии пациента, в частности, что именно помогает ему облегчить симптоматику, выявить факты употребления наркотических веществ или алкоголя с целью облегчения состояния, вызванного психотическими переживаниями. Обязательным является непосредственное психиатрическое обследование ребенка и оценка имеющихся у него психопатологических симптомов. Особое внимание должно быть уделено оценке расстройств ощущения и восприятия, нарушениям мышления, аффективным расстройствам. При оценке психического состояния ребенка важным является установление фазы его развития, реакции на психоз, стиля психологических защит, вытекающих из структуры его личности.

При необходимости возможно проведение экспериментально-психологического исследования и определение уровня интеллекта или ментального возраста ребенка, что позволяет правильно интерпретировать отдельные симптомы. В частности, иногда сложно провести границу между такими психическими симптомами, как бред и фантазии, вызванные игрой воображения и характерные для многих маленьких детей. Необходимо также учитывать тот факт, что в отличие от взрослых, маленькие дети, или дети с низким ментальным возрастом могут не чувствовать дискомфорта и не демонстрировать дезорганизующего влияния психотических симптомов. Они могут быть неспособными отличать их от нормальных для себя переживаний. Важным может также быть оценивание ухудшения когнитивного функционирования, вызванного заболеванием, или учета уровня познавательных функций для определения потенциала социальной реабилитации больного шизофренией ребенка.

При физическом обследовании ребенка следует исключить соматические причины психотических симптомов. Прежде всего, должны быть исключены возможные органические причины расстройств психики и поведения, среди которых состояния, связанные с острой интоксикацией, употреблением психоактивных и наркотических веществ, инфекционными и нейроинфекционными заболеваниями, опухолями головного мозга, нарушениями обмена веществ, эпилепсией.

Лабораторные методы исследования, электроэнцефалография, методы нейровизуализации (компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ)) не имеют самостоятельного значения для диагностики шизофрении, однако могут использоваться при проведении дифференциальной диагностики. Некоторые лабораторные тестирования, такие как оценка почечного или печеночного функционирования могут применяться для мониторинга безопасности психотропного лечения [7, 11, 12].

Диагноз выставляется в рамках одной из стандартизированных международных классификаций – МКБ–10 или DSM–IV. Диагностика шизофрении в детском возрасте является исключительной компетенцией врача – детского психиатра. Для постановки окончательного диагноза достаточным является использование общепризнанных диагностических критериев международных психиатрических классификаций [6, 13].

В сложных для дифференциальной диагностики случаях, в частности при наличии коморбидных психических расстройств, для определения тяжести заболевания, эффективности и безопасности оказания помощи возникает потребность в проведении формализованного психиатрического обследования ребенка с использованием стандартизированных скрининговых инструментов. Такое исследование целесообразно проводить на этапе высокоспециализированной психиатрической помощи.

Для окончательной диагностики шизофрении, проведения дифференциальной диагностики с другими психическими расстройствами могут использоваться полуструктурированные интервью: K-SADS (Diagnostic Interview Kiddie-Sads-Present and Lifetime) и DAWBA (Development and Well-being Assessment). Для оценки тяжести симптомов шизофрении у подростков и клинической динамики в процессе психофармакотерапии используются шкала позитивных и негативных симптомов PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale) и шкала общего клинического впечатления CGISS (Clinical Global Impression-Severity Scale). Для оценки уровня когнитивного функционирования может применяться шкала K-BIT2 (Kaufman Brief Intelligence Test Second Edition). Для оценки расстройств адаптивного поведения рекомендована шкала Vineland, социальной адаптивности ребенка – SRS (Social Responsiveness Scale).

Особенности терапевтических стратегий шизофрении, манифестирующей в детском возрасте

Полиморфизм клинических проявлений и их биологическая гетерогенность требуют комплексного применения фармакологических, психологических методов лечения и специальных форм социальной помощи.

Врач – детский психиатр, который оказывает специализированную психиатрическую помощь ребенку с шизофренией, должен учитывать возраст ребенка, стадию развития заболевания, тяжесть и механизмы нарушений адаптивного поведения, наличие особых академических образовательных проблем, ситуацию в семье [3, 4].

Отдельными задачами психологической терапии являются: формирование приверженности к терапии и соблюдению терапевтического режима, устранение конфликтов в группе первичной поддержки, направленное на предотвращение эндорективных декомпенсаций и поддержку ремиссии (стресс-менеджмент), а также улучшение социального функционирования [1, 2].

При ранней (до 12 лет) манифестации существенное значение имеют нарушения познавательных функций, школьная и социальная дезадаптации. В таких случаях важными являются привлечение к оказанию психосоциальной помощи и специальные образовательные услуги школы. При планировании стратегии лечения целесообразно максимально, насколько это возможно, ограничить пребывание ребенка в психиатрической больнице, обеспечить его лечение преимущественно в амбулаторных условиях. В терапевтической стратегии должно найти отражение решение общемедицинских проблем ребенка. Нужно устранить препятствия, ограничивающие доступ такого ребенка к медицинской помощи, обеспечить проведение мониторинга метаболических побочных эффектов, связанных с применением антипсихотиков, введение (в случае необходимости) диеты.

Шизофрения, манифестирующая в пубертатном возрасте, может негативно повлиять на профессиональное становление, социальную инклюзию, репродуктивное здоровье и построение семейных отношений с лицами противоположного пола. Такие пациенты должны получать дополнительную специальную помощь в этих сферах.

Частью диагностического процесса при шизофрении в детском возрасте является определение стадии заболевания. Традиционно выделяют продромальную стадию, стадию манифестации (острую шизофрению), ремиссию, стадию хронического течения (хроническую шизофрению).

При разработке требований к программно-целевому обслуживанию шизофрении в детско-подростковом возрасте целесообразно выделить этапы течения заболевания, как иерархию состояний, которые могут рассматриваться как результаты достижения последовательных терапевтических целей и отвечают формализованным критериям редукции симптомов заболевания и восстановления социального функционирования.

Такой подход позволяет нам выделить этап продромальных расстройств, этап экзacerbации (манифестации), этап ответа на терапию и редукции симптомов заболевания, этап созревания, этап восстановления социального функционирования.

Продромальный этап. В большинстве случаев удается отследить определенный период ухудшения функционирования, который может включать соци-

альную изоляцию, эмоциональное отчуждение от родителей, своеобразные странные занятия, необычное поведение, метафизические интересы и ухудшение проблемно-решаемого поведения. Для подростков характерна определенная диссоциация между неопределенностью, аморфностью симптоматики и тяжестью нарушений социального функционирования. Нередко наблюдается не свойственное ранее избегание общения, преобладание виртуальной коммуникации над реальной, с «жизнью в интернете», своеобразная «астеническая несостоятельность», «ипохондриа здоровья». На продромальном этапе шизофрении у подростков также характерны проблемы, связанные с концентрацией внимания, нарушениями сна, академическими трудностями в школе; могут наблюдаться симптомы, которые ошибочно квалифицируются как проявления депрессивного и тревожно-фобического расстройств. Постановка диагноза шизофрении на продромальном этапе невозможна, целью диагностического процесса является формирование групп специфического риска и проведения специфической профилактики.

Этап экзacerbации (манифестации). Острая шизофрения. Это этап, на котором в клинической картине преобладают позитивные психотические симптомы: галлюцинации, бредовые идеи, расстройства формального мышления, странное психотическое поведение. Психотические симптомы имеют свои клинические особенности у детей разного возраста. Наиболее специфические слуховые галлюцинации. Они встречаются у 80% больных в возрасте до 14 лет. У 40–60% детей наблюдаются также зрительные галлюцинации, бред и расстройства мышления. У детей до 7 лет расстройства восприятия и нарушения мышления нередко сочетаются с тяжелой дезорганизацией поведения, двигательной расторможенностью, тяжелой задержкой психо-речевого развития, что затрудняет дифференциальную диагностику с расстройствами из спектра аутизма.

Детская шизофрения от детского аутизма отличается рядом факторов: а) более поздней манифестацией; б) меньшей тяжестью когнитивной недостаточности; в) меньшей тяжестью социальной дезадаптации; г) отсутствием тяжелых нарушений развития речи; д) появлением продуктивной психопатологической симптоматики (галлюцинаций и бреда); е) наличием периодов ремиссий и рецидивов.

Задачами терапии на этом этапе является нормализация поведения, обеспечение контроля над продуктивной симптоматикой, формирование критики и установки на лечение.

Этап ответа на терапию и редукции симптомов заболевания. На этом этапе наблюдается терапевтический эффект от антипсихотической терапии, а именно 50% снижение показателя психопатологической симптоматики по шкале PANNS.

Задачами терапии на этом этапе является мониторинг и коррекция побочных эффектов антипсихотической терапии, достижение ремиссии, создание условий для перехода от лечения к медико-социальной реабилитации, как формы высокоспециализированной детской психиатрической помощи на третичном уровне, к лече-

нию, реабилитации и социальной поддержке ребенка в амбулаторных условиях на вторичном уровне медицинской помощи.

Этап созревания ремиссии. Это этап, на котором в клинической картине наблюдаются резидуальные позитивные и негативные симптомы шизофрении, симптомы, связанные с побочными эффектами антипсихотических препаратов, аффективные и тревожно-фобические симптомокомплексы.

Задачами терапии на этом этапе является достижение стабильной ремиссии, при которой резидуальные симптомы шизофрении значительно не влияют на социальное функционирование и поведение, устранение триггерных факторов, которые могут быть причиной рецидива, формирование установки на длительную поддерживающую терапию и восстановление социального функционирования.

Этап восстановления социального функционирования. У детей, страдающих шизофренией, часто наблюдаются депрессивные, маниакальные, тревожно-фобические и поведенческие психопатологические симптомы. Эти симптомы могут определять клиническую картину ремиссии и ее стабильность. Сложно квалифицировать эти симптомы: они могут быть проявлениями коморбидных психических заболеваний (рекуррентной депрессии, биполярного расстройства), эндореактивных средовых воздействий, могут быть обусловлены ходом эндогенного процесса. Наличие резидуальных психических расстройств связывают с повышенным риском рецидива шизофрении.

Задачами терапии, которая должна проводиться на первичном уровне медицинской помощи, является соблюдение режима поддерживающей терапии, на втором уровне терапии – профилактика рецидивов (гибкая коррекция лечения при сезонных обострениях, алкоголизации, действии стрессовых факторов. Задачами социальной поддержки на уровне общины является достижение стабильного функционирования в социальном окружении (социальная поддержка при восстановлении посещения учебного заведения, профессиональном обучении, решении проблем, связанных с группой первичной поддержки).

Этап хронических расстройств. Хроническая шизофрения. Формирование хронического течения шизофрении свидетельствует, что ребенок является нон-респондером к терапии атипичными антипсихотиками. Поздняя диагностика и начало антипсихотической терапии повышают риск хронического течения шизофрении. При хронической шизофрении наблюдаются дезактуализация и частичная редукция позитивных психопатологических симптомов, однако сохраняются социальная изоляция, апатия и абulia. Негативные симптомы обуславливают низкий уровень социального функционирования ребенка. Если шизофрения манифестирует в возрасте до 14 лет, она часто сопровождается формированием тяжелых форм когнитивной недостаточности, что соответствует уровню умеренной или тяжелой умственной отсталости.

Задачами терапии на этапе хронических расстройств должны быть стабилизация поведения, достижения частичной редукции негативной симптоматики,

восстановление социальных навыков и когнитивного функционирования.

Особенности психофармакологического лечения шизофрении, манифестирующей в детском возрасте

Последствия шизофрении считаются более серьезными, чем побочные эффекты от ее лечения. Терапия антипсихотиками не имеет альтернативы при лечении шизофрении. Их эффективность доказана в многочисленных двойных слепых плацебо-контролируемых исследованиях. Антипсихотические препараты могут значительно улучшать состояние больных. Ранняя диагностика и начало лечения существенно улучшают прогноз заболевания [8, 10].

Нейробиологической основой клинической эффективности нейролептиков у больных шизофренией является уменьшение плотности дофаминовых рецепторов в мезолимбических структурах головного мозга, в результате чего достигается устранение бредовых идей, галлюцинаций и агрессивного поведения.

Атипичные нейролептики улучшают нейротрансмиссию дофамина в лобных отделах мозга, с чем связана редукция негативных симптомов шизофрении. Эта группа препаратов не имеет альтернативы при лечении детской шизофрении. В ряде контролируемых исследований доказано, что антипсихотики второго поколения не менее эффективны при лечении шизофрении у детей, чем конвенционные нейролептики, однако они характеризуются меньшим риском побочных эффектов, в том числе влиянием на познавательные функции [5, 9].

Применение антипсихотиков у детей и подростков должно опираться на принципы доказательной медицины. Основанием для применения антипсихотиков у детей являются доказательства их эффективности и безопасности в рамках проведенных международных плацебо-контролируемых исследований. Данные, полученные у взрослых пациентов, не должны экстраполироваться на детскую популяцию. Директивы FDA (администрация по продуктам питания и лекарственным препаратам США) и EMEA (европейское агентство лекарственных средств) в полном объеме соответствуют этим требованиям. Показания для применения в Украине любого из регистрируемых для детской практики атипичных антипсихотиков базируются на результатах тех же международных контролируемых исследований и нормативных документов FDA и EMEA и не имеют с ними принципиальных разногласий.

Собственный клинический опыт авторов статьи позволяет рекомендовать для лечения шизофрении в детско-подростковом возрасте исключительно атипичные антипсихотические препараты.

В течение пяти последних лет FDA существенно расширила список рекомендованных для использования у детей атипичных антипсихотиков, ввела новые показания, одобрил ряд препаратов для использования с пятилетнего возраста. Аналогичные изменения применения антипсихотиков в педиатрической практике утверждены EMEA.

Рisperидон рекомендован для лечения агрессивных нарушений при расстройствах из спектра аутизма

с 6 лет, шизофрении у подростков – с 13 лет, а также для лечения маниакальных или смешанных эпизодов биполярного расстройства у подростков с 10 лет был добавлен арипипразол с идентичными показаниями к применению. Позже для лечения шизофрении у детей с 13 лет и маниакальных/смешанных эпизодов биполярного расстройства у подростков с 10 лет были рекомендованы кветиапин, оланзапин, zipразидон. В Украине единственным атипичным антипсихотиком, рекомендованным Фармцентром Украины для применения в педиатрической практике, является рисперидон. Показания для его применения аналогичные показаниям, зарегистрированным в США и Европе.

Для обеспечения эффективности и безопасности антипсихотической терапии в детской психиатрической практике прежде всего следует повысить требования к качеству диагностики. Необходимо убедиться, что ребенку обоснованно, в строгом соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, установлен психиатрический диагноз, который требует лечения антипсихотиками.

При отсутствии терапевтического ответа на терапию антипсихотиками прежде всего необходимо убедиться, что ребенок и семья верно понимают и неуклонно выполняют режим дозирования препарата. Родители без согласования с врачом не могут менять кратность приема, уменьшать или увеличивать дозу, нарушать режим приема. В случаях некомплаентности следует применять диспергируемые таблетки или растворы для питья. Прием антипсихотиков при шизофрении в детском возрасте должен быть длительным и непрерывным. Некоторые детские психиатры рекомендуют принимать антипсихотические препараты в течение определенных периодов времени, особенно если заболевание имеет сезонный характер с очерченными обострениями в весенне-осенний период. Однако такая практика нецелесообразна, так как довольно часто даже своевременно начатое лечение не позволяет остановить развитие рецидива. Такая тактика особенно неприемлема у больных с небольшим стажем заболевания.

Необходимо, по возможности, избегать комбинированного лечения (одновременного назначения двух или более нейролептиков). Дозы антипсихотиков, при назначении их детям, должны подбираться индивидуально, путем постепенного наращивания (титрования) до минимально эффективных доз. Отмена препаратов также должна проводиться очень медленно.

В детском возрасте рекомендуется частая кратность приема антипсихотиков: от 6 до 10 лет суточную дозу рекомендуется распределять на три приема; от 11 до 14 лет – на два приема. Такой режим дозирования позволяет снизить пиковые концентрации и связанные с ними побочные эффекты, а также обеспечивает поддержание стабильной концентрации препаратов в сыворотке крови маленьких детей, имеющих более быстрый печеночный метаболизм.

Прием атипичных антипсихотиков может привести к повышению аппетита и метаболическим нарушениям. Необходимо контролировать количество пищи, которую принимает ребенок, и ее калорийность. При соблюдении диетических рекомендаций удается существенно снизить риск развития метаболического синдрома.

Обострение шизофренической симптоматики сопровождается усилением влечения к курению. Курение улучшает переносимость экстрапиримидных побочных эффектов, но может снизить антипсихотическую активность клозапина и оланзапина.

Эффективность zipразидона в значительной степени зависит от калорийности питания. Абсорбция препарата зависит от приема пищи. Если калорийность пищи меньше 500 калорий, то концентрация препарата в сыворотке крови может быть на 50% ниже.

Также приходится учитывать взаимодействие атипичных антипсихотиков с алкоголем. Очевидно, что подросткам, страдающим шизофренией, следует воздерживаться от приема алкоголя. Другой вопрос, как обеспечить выполнение этого требования. Трудно быть уверенным, что подростки, интегрированные в коллектив сверстников, смогут соблюдать режим абсолютного воздержания от приема спиртосодержащих напитков. Приверженность к терапии является непременным условием ее эффективности. При назначении атипичных антипсихотиков детям мы всегда ищем баланс между ухудшением социального функционирования в случае отказа от лечения и соматическими последствиями терапии. Мы должны научить родителей мониторить побочные эффекты и проводить мероприятия, направленные на улучшение переносимости лечения.

Принципы медико-социальной реабилитации шизофрении, манифестирующей в детском возрасте

При лечении шизофрении у детей и подростков важное значение имеют методы психологического лечения и разнообразные формы социальной поддержки ребенка и его семьи. Они создают континуум тесно связанных между собой психосоциальных вмешательств, который в украинской медицинской практике принято называть медико-социальной реабилитацией.

Среди психосоциальных вмешательств, которые рекомендованы для реабилитации детей и подростков, больных шизофренией, различают: а) социальное сопровождение случаев заболевания; б) психообразовательная работа с ребенком и членами его семьи; в) тренинг социальных навыков; г) комплаенс терапия (тренинг соблюдения терапевтического режима); д) стресс-менеджмент, диалогово-согласительный тренинг с применением копинг-техник. Специальные психологические методы лечения могут быть применены с целью улучшения социального функционирования, соблюдения терапевтического режима или улучшения контроля над резидуальными симптомами [4].

На этапе манифестных психотических расстройств психообразовательная работа с подростком и группой его первичной поддержки должна быть направлена на преодоление экзистенциального страха и растерянности, признание симптомов заболевания и необходимости лечения, в частности приема антипсихотических препаратов, принятие психического заболевания. Целью социальной поддержки на этом этапе заболевания является продолжение лечения в амбулаторных условиях и создание условий для избегания госпитализаций.

На етапі поступової редукції психотических расстройств и созреваия ремиссии психообразовательная работа должна быть направлена на понимание связи положительной динамики симптомов шизофрении с антипсихотической терапией, формированием установки на восстановление социального функционирования. Целью социальной поддержки на этом этапе заболевания является сокращение продолжительности пребывания ребенка в стационарном психиатрическом учреждении. Медико-социальная реабилитация также должна включать проведение тренингов социальных навыков, комплаенс терапии и диалогово-согласовательных тренингов.

На этапе ремиссии, после выписки ребенка из стационара, психообразовательная работа и специальные психологические методы лечения должны быть направлены на принятие подростком и его родителями наличия болезни, признание необходимости длительной поддерживающей терапии антипсихотическими препаратами. Для приобретения навыков жизни с резидуальными продуктивными психотическими симптомами, социальная поддержка подростков на этом этапе заболевания должна опираться на широкое использование опыта больных с похожими проблемами. Психосоциальные вмешательства должны включать проведение тренингов социальных навыков, комплаенс-терапии, диалогово-согласовательных тренингов.

Выводы

1. Психиатрическая помощь детям и подросткам, больным шизофренией, должна предоставляться в максимально дестигматизованных и, как правило, в амбулаторных условиях. Пребывание ребенка в стационарных психиатрических отделениях должно быть кратковременным и хорошо мотивированным.

2. Программа раннего вмешательства при шизофрении, манифестирующей в детско-подростковом возрасте, должна включать: психообразовательную работу на макросоциальном уровне, семейную терапию с использованием методов стресс-менеджмента и тренинга социальных навыков.

3. Ранняя психосоциальная помощь в сочетании с длительной терапией атипичными антипсихотиками при коррекции когнитивных нарушений и расстройств адаптивно-

го поведения у больных шизофренией детей и подростков эффективнее, чем монотерапия атипичными антипсихотиками, и значительно эффективнее, чем лечение конвенционными нейролептиками в стационарных условиях.

4. При применении терапии атипичными антипсихотиками в сочетании с психосоциальными интервенциями показатели качества жизни и социального функционирования детей с шизофренией выше.

5. Ребенок и его родители должны быть непосредственными участниками терапевтического процесса, участвовать в мониторинге побочных эффектов, проведении мероприятий, направленных на минимизацию побочных эффектов и улучшение переносимости лечения.

Список использованной литературы

1. Ентони В. Психиатрична реабілітація / В. Ентони, М. Коем, М. Фаркас. – К.: Сфера, 2001. – 237 с.
2. Психотерапия детей и подростков / под ред. Х. Ремшмидта. – М.: Мир, 2000. – 410 с.
3. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия / Х. Ремшмидт. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 340 с.
4. Шизофрения. Изучение спектра психозов / под ред. Р. Дж. Энсилла, С. Холлидея, Дж. Хугенботтэма. – М.: Медицина, 2001. – 120 с.
5. A multiple-center, randomized, double-blind, placebo-controlled study of oral aripiprazole for treatment of adolescents with schizophrenia / R. L. Findling, A. Robb, M. Nyilas [et al.]. // *Am. J. Psychiatry*. – 2008. – Vol. 165. – P. 1432 – 1441.
6. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)*. DC: American Psychiatric Association. – Washington, 1994.
7. Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study / J. N. Giedd, J. Blumenthal, N. O. Jeffries [et al.]. // *Nature Neuroscience*. – 1999. – Vol. 2 (10). – P. 861–863.
8. Correll C. U. Antipsychotic use in children and adolescents: minimizing adverse effects to maximize outcomes / C. U. Correll // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. – 2008. – Vol. 47. – P. 9–20.
9. Correll C. U. One-year incidence rates of tardive dyskinesia in children and adolescents treated with second-generation antipsychotics: a systematic review / C. U. Correll, J. M. Kane // *J. Child. Adolesc. Psychopharmacol.* – 2007. – Vol. 17. – P. 647–656.
10. Malm U. OTP Research group at the University of Gotteburg; UKU; Scandinavian Society for Psychopharmacology. Consumer satisfaction in schizophrenia. A 2 year randomized controlled study of two community-based treatment programs / U. Malm, T. Lewander // *Nord. J. Psychiatry*. – 2001. – Vol. 55 (Suppl. 44). – P. 91–96.
11. Mapping adolescent brain change reveals dynamic wave of accelerated gray matter loss in very early-onset schizophrenia / P. Thompson, C. Vidal, J. N. Giedd [et al.]. // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. – 2001. – Vol. 98 (20). – P. 11650–11655.
12. Progressive cortical change during adolescence in childhood-onset schizophrenia: a longitudinal magnetic resonance imaging study / J. L. Rapoport, J. N. Giedd, J. Blumenthal [et al.]. // *Archives of General Psychiatry*. – 1999. – Vol. 56 (7). – P. 649–654.
13. The ICD–10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines (CDDG). – Geneva, WHO. – 1992. – 376 p.

ШИЗОФРЕНІЯ, ЩО МАНІФЕСТУЄ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ: ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПЕВТИЧНИХ СТРАТЕГІЙ

Я.Б. Бікшаєва

МКХ–10 та DSM–IV не виділяє дитячу шизофренію як окрему діагностичну категорію, а для діагностики шизофренії, яка маніфестує у дитячому віці, пропонують застосовувати ті ж діагностичні критерії, що й для дорослих. У даній статті ми визначили особливості діагностики, психофармакологічного лікування та медико-соціальної реабілітації шизофренії в дитячо-підлітковому віці, що корелюють з етапами перебігу цього захворювання, які розглядаються нами як результати досягнення послідовних терапевтичних цілей і відповідають формалізованим критеріям редукції симптомів захворювання і відновлення соціального функціонування.

Ключові слова: шизофренія, яка маніфестує у дитячому віці, медико-соціальна реабілітація, терапевтичні стратегії, психофармакотерапія, атипів антипсихотики.

SCHIZOPHRENIA MANIFESTS IN CHILDHOOD: PECULIARITIES OF DIAGNOSTICS AND THERAPEUTIC STRATEGIES

Y. Bikshaieva

ICD–10 and DSM–IV does not release the children's schizophrenia as a separate diagnostic category, and for the diagnosis of schizophrenia manifests in childhood, suggest the use of the diagnostic criteria for adults. In this article we have identified particular diagnosis, psychopharmacological treatment and medical and social rehabilitation of schizophrenia in children and adolescence, which correlate with the steps the flow of the disease, which are considered by us as to achieve results consistent therapeutic purposes and meet the formal criteria of reduction of symptoms and restore social functioning.

Key words: schizophrenia, manifesting in childhood, medical and social rehabilitation, therapeutic strategies, psychopharmacotherapy, atypical antipsychotics.

О.В. Чернишов

СОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ РОЗВИТКУ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

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

Ключові слова:

больовий синдром,
стиль виховання,
соціальні чинники,
конфліктність родини,
психосоматика.

Автором проаналізовано основні соціальні чинники розвитку больового синдрому в підлітковому віці: стаття містить дані щодо дослідження характеру сімейних взаємин між батьками пацієнта, стилю виховання, успішності навчання. Крім цього, проведений аналіз результатів щодо локалізації больових відчуттів у підлітків, визначені фактори, які негативно впливають на стан здоров'я даної категорії хворих.

Актуальність. Психосоматичні розлади у дітей та підлітків є важливою проблемою практичної охорони здоров'я. Невміння розпізнати цю патологію часто призводить до того, що істинний діагноз встановлюють через багато років після виникнення перших проявів хвороби. Виникнення і подальший розвиток психосоматичних порушень призводить до становлення більшості патологічних станів, особливо у ранні вікові періоди, тому потрібні максимально рання діагностика та лікування цих розладів, які нерідко взаємно доповнюються і підсилюються, а в ряді випадків і обтяжують прояви основного захворювання (соматичного або психічного). У дитячому та підлітковому віці найчастіше психотравматичний вплив на розвиток соматоформних розладів мають девіантні дитячо-батьківські стосунки [1, 2]. Це перешкоджає адекватному лікуванню і значною мірою погіршує прогноз.

Мета роботи – визначити соціальні чинники, які призводять до виникнення хронічного больового синдрому у підлітків.

Матеріали та методи дослідження

Для даного дослідження було відібрано 304 підлітки (174 дівчини та 130 юнаків), які надходили на стаціонарне

лікування у відділення Миколаївської обласної психіатричної лікарні № 1 або зверталися за амбулаторною допомогою впродовж 2011–2014 років та мали домінуючі скарги на біль. Вік обстежених складав 16–17 років. Підлітки були поділені на три групи залежно від встановленого діагнозу. До першої групи (Г1) увійшли 105 підлітків, які страждали на соматоформний вегетативний розлад (дисфункція) (F 45.3). До другої групи (Г2) увійшло 98 підлітків із невротичними, пов'язаними зі стресом розладами (тривожно-фобічні розлади (F 40), та іншими тривожними розладами (F 41), а до третьої групи (Г3) було віднесено 101 підлітка з афективними розладами настрою (легкий депресивний епізод з соматичними симптомами – F 32.01). У роботі використовували метод напівструктурованого інтерв'ю, який включав в себе вивчення характеру сімейних взаємин між батьками пацієнта, стилю виховання, якості навчання хворого, а також визначення зв'язку з виникненням больового синдрому.

Результати та їх обговорення

Аналіз даних щодо сімейних відносин обстежуваних виявив, що 275 (90,46%) підлітків із загальної кількості виховували власні батьки. 187 пацієнтів (61,51%) мешка-

Таблиця 1. Розподіл осіб, що обстежувалися, за видом болю, який превалював

Вид болю	Стать	Досліджені групи			Всього у 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)
Абдоминалгія	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)
Усього 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: 1. * – $p < 0,05$ при порівнянні груп дослідження між собою або при порівнянні за гендерною ознакою;

2. ** – $p < 0,05$ при порівнянні груп дослідження між собою та при порівнянні за гендерною ознакою.

ють у повній родині (з них 161 (52,96%) – у власних родин, 26 (8,55%) – у прийомних родин, а 114 підлітків (37,50%) – тільки з матір'ю. Випадків виховання когось із обстежених підлітків лише батьком ми не зафіксували. З усього обстеженого контингенту 6 пацієнтів (1,97%) мешкали в інтернатному закладі.

Усі пацієнти мали незакінчену середню освіту: 267 осіб (87,8%) навчалися у 10 або 11 класах середньої школи, а 37 чоловік (12,2%) – на першому чи другому курсі середнього спеціального навчального закладу (коледж або училище).

Аналізуючи результати вивчення локалізації больових відчуттів можна стверджувати, що найчастіше виявляли 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 у групах дівчат з Г2 (35,1%) та Г3 (31,0%) зустрічались удвічі частіше, порівняно із 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 з наявністю міалгій/артралгій була серед дівчат з Г2 (14,0%), кардіалгії переважали у групі Г1 (юнаки – 34,8%, дівчата – 32,2%).

У таблиці 2 наведені дані про наявність конфліктів у повних сім'ях підлітків.

Таблиця 2. Характер стосунків між батьками у повних сім'ях (кількість)

Конфлікти між батьками		Досліджені групи			
		Г1	Г2	Г3	Всього в групах
Відбуваються постійно	Ю	8 (30,8)	7 (30,4)	6 (19,4)	21 (26,3)
	Д	10 (28,6)	8 (22,9)	7 (20,6)	25 (24,0)
Відбуваються час від часу	Ю	12 (46,2)	9 (39,1)	10 (32,3)	31 (38,8)
	Д	17 (48,6)	18 (51,4)	17 (50,0)	52 (50,0)
Ніколи не відбуваються	Ю	6 (23,1)	7 (30,4)	15 (48,4)*	28 (35,0)
	Д	8 (22,9)	9 (25,7)	10 (29,4)	27 (26,0)
Всього за статтю	Ю	26 (32,5)	23 (28,8)	31 (38,8)	80 (26,3)
	Д	35 (33,7)	35 (33,7)	34 (32,7)	104 (34,2)

Примітка. * $p < 0,05$ при порівнянні груп дослідження між собою або при порівнянні за гендерною ознакою.

Як свідчать дані таблиці 2, практично в усіх обстежених юнаків та дівчат родинні стосунки між батьками характеризувались високим рівнем конфліктності, при цьому достовірної різниці між групами не відмічалось ($p > 0,05$). Відмінність складали юнаки з Г3, значна частина яких відмічали, що конфлікти між батьками не виникали ніколи (48,4 %).

Повне взаєморозуміння між матір'ю та донькою найчастіше виявляли у Г1 (35,2%). Найменша кількість випадків за показником «Повне взаєморозуміння» виявлено в діаді батько–донька в Г3 (14,3%). Повну відсутність взаєморозуміння між батьком та сином найчастіше виявляли у Г2 (47,8%). Повну відсутність взаєморозуміння між матір'ю та донькою рідше відмічали в Г2 (19,6%). Конфлікти між підлітками та батьком або матір'ю спостерігались у переважній більшості обстежених родин. Достовірно значуща різниця за гендерною ознакою вияв-

лена в єдиному випадку в Г2 за показником «Конфлікти час від часу» між діадами батько–син та батько–донька (юнаки – 21,7%, дівчата – 47,2%; $p < 0,05$).

У наступній таблиці наведено дані щодо рівня навчання підлітків (табл. 3).

Таблиця 3. Розподіл обстежених підлітків відповідно до рівня навчання

Рівень навчання (середні відмітки, бали)	Стать	Групи			Всього у підгрупах
		Г1	Г2	Г3	
Високий (9–12) ¹⁾	юнаки	12 (26,0)	10 (24,4)	9 (20,9)	31 (23,8)
	дівчата	19 (32,2)	21 (36,8)	16 (27,6)	56 (32,2)
Середній (5–8)	юнаки	32 (69,6)	29 (70,7)	30 (69,8)	91 (70,0)
	дівчата	39 (66,1)	36 (63,2)	36 (62,1)	111 (63,8)
Низький (до 5)	юнаки	2 (4,3)	2 (3,5)	4 (9,3)	8 (6,2)
	дівчата	1 (1,7)	0 (0,0)	6 (10,3)*	7 (4,0)
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: ¹⁾Рівень навчання аналізували за середніми оцінками впродовж останнього року за 12-бальною шкалою, за даними пацієнтів та їх батьків;

* $p < 0,05$ при порівнянні груп дослідження між собою або при порівнянні за гендерною ознакою.

Аналіз рівня навчання у групах виявив закономірності, властиві кожній із груп та статі підлітка.

Високий бал частіше відмічали у дівчат, порівняно з юнаками, особливо в Г2 (36,8%). Низькі бали достовірно частіше отримували дівчата з Г3 (10,3%). Стійкі середні бали частіше мали юнаки усіх трьох груп дослідження (70,0%).

Ми аналізували рівень матеріального забезпечення у родин, в котрих мешкали пацієнти. Отримані дані представлено у таблиці 4.

Таблиця 4. Розподіл обстежених підлітків відповідно до рівня матеріального забезпечення у родині

Рівень матеріального забезпечення ¹⁾	Стать	Групи			Всього у підгрупах
		Г1	Г2	Г3	
Високий (понад 10)	юнаки	9 (19,6)	13 (31,7)	10 (23,3)	32 (24,6)
	дівчата	17 (28,8)	18 (31,6)	21 (36,2)	56 (32,2)
Середній (5–10)	юнаки	26 (56,5)	16 (39,0)	24 (55,8)	66 (50,8)
	дівчата	30 (50,5)	26 (45,6)	22 (37,9)	78 (44,8)
Низький (до 5)	юнаки	11 (23,9)	12 (29,3)	9 (20,9)	32 (24,6)
	дівчата	12 (20,3)	13 (22,8)	15 (25,9)	40 (23,0)
Усього 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. Розраховували сукупний дохід на родину у тисячах гривень на місяць.

Аналіз цих даних не виявив суттєвих розбіжностей у рівні матеріального забезпечення серед обстежених пацієнтів за статтю. Низький рівень достатку був притаманним чверті досліджених, але найвиразнішим він виявився у юнаків з Г2 (29,3%). Найвищий дохід зафіксовано у родин, дівчат з Г3 (36,2%), а також у дівчат та юнаків з Г2 (відповідно 31,6% та 31,7%). До представників середнього класу належала практично половина з усіх обстежених. Середній достаток мали сім'ї юнаків з Г1 (56,5%), юнаків з Г3 (55,8%) та дівчат з Г1 (50,5%).

Висновки

Аналізуючи загальні результати щодо локалізації больових відчуттів можна стверджувати, що найчастіше відзначався абдомінальний вид болю (юнаки – 33,9%, дівчата – 26,4%).

У результаті проведеного дослідження виявлено, що тип родини, характер родинних зв'язків, а також рівень матеріального забезпечення сім'ї не мали значного впливу на формування захворювання та больового синдрому у підлітків.

Факторами, які мають негативний вплив на стан здоров'я досліджених, визначено конфліктність родини (у результаті порушення дитячо-батьківських стосунків з батьком – 26,64 %; у результаті порушення дитячо-батьківських стосунків з матір'ю – 43,09 %; у результаті по-

рушення подружньої взаємодії між батьками – 42,43 %), відсутність взаєморозуміння між батьками та підлітками (між батьком та підлітком – 18,75 %; між матір'ю та підлітком – 25,66 %).

За рівнем навчання більшість підлітків належала до групи учнів з середньою або низькою успішністю навчання (71,38 %), що також можна вважати характерною соціально-демографічною особливістю даного контингенту хворих.

Список використаної літератури

1. Бортникова Е. Г. Психологические особенности подростков с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы: дис. на соискание ученой степени канд. психол. наук / Е. Г. Бортникова. – СПб, 2006. – 137 с.
2. Вейн А. М. Психосоматические отношения. Заболевания вегетативной системы / под ред. А. М. Вейна. – М.: Медицина, 1991. – С. 374–384.

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

О.В. Чернышев

Автором проанализированы основные социальные факторы развития болевого синдрома в подростковом возрасте: статья содержит данные по исследованию характера семейных взаимоотношений между родителями пациента, стиля воспитания, успеваемости. Кроме этого проведен анализ результатов по локализации болевых ощущений у подростков, определены факторы, негативно влияющие на состояние здоровья данной категории больных.

Ключевые слова: болевой синдром, стиль воспитания, социальные факторы, конфликтность семьи, психосоматика.

SOCIAL FACTORS OF PAIN SYNDROME DEVELOPMENT IN ADOLESCENTS

O. Chernyshev

The author analyzes the basic social factors of pain in adolescence: the article contains information about the investigation of family relationships specifics between the parents of the patient, parenting style, academic achievement. In addition, it is analyzed the results concerning pain localization in adolescents, the factors that negatively affect the health of these patients.

Key words: pain syndrome, style of education, social factors, family conflict, psychosomatics.

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 616.895-008-02:616.379-008.64

В.В. Ищук

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОПАТОГЕНЕЗА
ПСИХОГЕННОГО КОМПОНЕНТА ПСИХОЭНДОКРИННОГО СИНДРОМА
ПРИ ИНСУЛИНОЗАВИСИМОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ**

Украинский научно-практический центр эндокринной хирургии,
трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, г. Киев
androman2008@mail.ru

Ключевые слова:

инсулинозависимый
сахарный диабет,
психоэндокринный
синдром, психо-
травматизация, нозогения.

С целью индикации и анализа динамики нозогенных психотравмирующих факторов в психопатогенезе психоэндокринного синдрома при инсулинозависимом сахарном диабете было обследовано 40 пациентов Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии и трансплантации эндокринных органов и тканей, страдающих инсулинозависимым сахарным диабетом и имеющих в структуре психопатологических расстройств психоэндокринный синдром или его осевые компоненты, при помощи психодиагностического, клинико-анамнестического, клинико-психопатологического и клинико-психофеноменологического методов. В результате исследования был проведен анализ медико-психологических особенностей психогенных компонентов психоэндокринных синдромов в структуре инсулинозависимого сахарного диабета.

Актуальность. Повышение эффективности терапии инсулинозависимого сахарного диабета остается одной из наиболее значимых проблем в сфере компетенции эндокринологии. Несмотря на значительные успехи в разработке путей компенсации абсолютной инсулиновой недостаточности, сделавшие в последние десятилетия применение заместительной терапии чрезвычайно эффективным и максимально безопасным, как за счет внедрения в рутинную клиническую практику синтетических аналогов инсулина, лишенных фармакодинамических и компликационных недостатков препаратов, получаемых из естественных источников, так и за счет разработки перспективных в отношении режима приема и дозирования средств введения, эффективность контроля за течением заболевания, превенция и своевременность диагностики его осложнений по-прежнему остаются в прямой зависимости от уровня комплаентности [1, 2, 5, 6]. Вопросы достижения максимальной приверженности терапии в рамках указанной нозологической формы имеют чрезвычайное значение, что объясняется абсолютной необходимостью самостоятельного контроля пациентом соотношения уровня гликемии и режима дозирования заместительной терапии, способности к самоограничению при соблюдении диетических рекомендаций, мотивации для мониторинга состояния здоровья в условиях специализированной диагностики [5, 7]. К сожалению, наличие континуальных метаболических нарушений, этиопатогенетически сопряженной коморбидной патологии, а также прямых осложнений в структуре сахарного диабета влечет за собой развитие психопатологических нарушений, описываемых в рамках психоэндокринного синдрома, оказывающего выраженное негативное влияние на комплаентность, реализованное через формирование когнитивно-гностических, мнестических и ассоци-

ативно-идеаторных нарушений. В структуре указанного психопатологического синдрома большую роль играют психогенные и органические нарушения, имеющие на ранних этапах психопатогенеза психоэндокринного синдрома характер сателлитных, которые в дальнейшем, по мере приобретения структурной целостности, становятся полноценными его компонентами. Акцентируя внимание на психогенном радикале в структуре психоэндокринного синдрома, следует отметить как важную его роль в качестве триггера эксацербаций и психопатологических нарушений, присутствующего на всех этапах заболевания и даже еще до развития клинически оформленного психоэндокринного синдрома, так и его подверженность психотерапевтической коррекции и превенции. Таким образом, исследование структуры психотравмирующих факторов в ракурсе поиска путей и мишеней психотерапии психогенного компонента психопатологических нарушений при инсулинозависимом сахарном диабете является актуальной проблемой [2, 4, 6].

Целью исследования являются индикация и анализ динамики нозогенных психотравмирующих факторов в психопатогенезе психоэндокринного синдрома при инсулинозависимом сахарном диабете.

Дизайн исследования: исследование проводилось на 40 пациентах Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии и трансплантации эндокринных органов и тканей, страдающих инсулинозависимым сахарным диабетом. Все исследованные пациенты имели в структуре психопатологических расстройств психоэндокринный синдром или его осевые компоненты.

Материалы и методы исследования

Основным методом исследования выступал психодиагностический, реализованный путем сочетания психодиаг-

ностического интервью и стандартного набора методик экспериментально-психологического исследования в рамках различных периодов и нозологических форм эндокринной патологии. В качестве вспомогательных методов были использованы клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический и клиничко-психофеноменологический.

Результаты и их обсуждение

В рамках медико-психологического и клиничко-анамнестического исследования, включавшего психодиагностическое интервью, направленное на структурирование и систематизацию предикторов психотравматизации в структуре заболевания, была использована разработанная в наших предыдущих исследованиях двухосевая систематика:

Хронопатологическая ось (в соотношении с временным периодом течения заболевания), включающая следующие группы предикторов:

- ранние (существующие в периоде времени от момента первичного обращения за медицинской помощью по поводу текущего заболевания до 6 месяцев с момента постановки диагноза);
- отсроченные (существующие после 6 месяцев с момента постановки диагноза до момента диагностики первых соматических осложнений заболевания, требующих самостоятельной терапии);
- поздние (с момента диагностики первых соматических осложнений заболевания, требующих самостоятельной терапии, и далее).

Интроспективно-вита́льная ось (по принадлежности к интроспективно-идентифицируемым сферам жизнедеятельности), включающая следующие группы предикторов психотравматизации:

- валеоцентрическая (включает предикторы, принадлежащие к сфере опасений за состояние здоровья, физическое и психическое благополучие);
- социоцентрическая (включает предикторы, принадлежащие к сфере нарушения социальных, включая семейные, трудовые и экономические, взаимоотношений);
- агедонистическая (включает предикторы, принадлежащие к сфере опасений, направленных на утрату возможности получать удовольствие и удовлетворение).

В ходе психодиагностического интервью проводили анализ частоты встречаемости нозогенных предикторов психотравматизации, основанный на регистрации выявляемых при целенаправленном расспросе жалоб пациентов, содержащих тягостные переживания, связанные с личностными и социальными аспектами заболевания в различные периоды его течения. Данные, полученные в ходе указанного анализа, представлены в таблице.

Таким образом, каждый из выявленных предикторов психотравматизации может быть охарактеризован в ракурсе динамики его представленности.

Для анализа динамики нами были использованы 5 динамических типов нозогенных психотравмирующих факторов:

- *интенсифицирующийся* – для которого отмечается увеличение частоты регистрации по мере течения заболевания (в основе указанного типа динамики

лежат процессы дезадаптации и/или неэффективности саногенных механизмов в условиях прогрессивного нарастания интенсивности воздействия психотравмирующего фактора);

- *персистирующий* – для которого отмечается стабильная ($\pm 10,0\%$) частота регистрации во всех периодах течения заболевания (в основе указанного типа динамики лежат: паритет активности саногенных механизмов и интенсивности воздействия психотравмирующих факторов и/или стабильный характер интенсивности психотравмирующего воздействия при неэффективности саногенных механизмов);
- *редуцирующийся* – для которого отмечается снижение частоты регистрации по мере течения заболевания (в основе указанного типа динамики лежат процессы адаптации и эффективности саногенных механизмов в отношении воздействия психотравмирующего фактора и/или регрессивный характер интенсивности воздействия психотравмирующего фактора);
- *кульминационный* – для которого отмечается максимальная частота регистрации в одном из периодов заболевания (в основе указанного типа динамики лежит наличие в каком-либо периоде заболевания особенностей, синергических психотравмирующему фактору и/или снижающих эффективность саногенных механизмов);
- *ремитирующий* – для которого пики частоты регистрации отмечаются в раннем и позднем периодах заболевания, при этом в отсроченном периоде отмечается спад частоты его регистрации (в основе указанного типа динамики лежит частичная, нестойкая адаптация к воздействию психотравмирующего фактора, постепенно развивающаяся в раннем периоде заболевания, имеющая относительную целостность в отсроченном и переходящая в дезадаптацию под воздействием нарастающей интенсивности психотравматизации и/или кумуляции психопатологических и патофизиологических нарушений в позднем периоде заболевания).

Резюмируя результаты исследования необходимо оговорить частные аспекты динамики представленности отдельных нозогенных психотравмирующих факторов в структуре исследуемых нозологических форм.

Факт наличия хронического неизлечимого заболевания как предиктор психотравматизации также имеет ремитирующий тип динамики (77,5% / 27,5% / 32,2%), что может быть объяснено успешной психической адаптацией к воздействию данного предиктора, представляющего собой комплекс экзистенциальных переживаний, ассоциированных с заболеванием, в отсроченном периоде, с последующим возрастанием его интенсивности в силу негативного влияния интроспективного восприятия формирующихся осложнений на субъективное восприятие тяжести заболевания на позднем этапе его течения.

Ограничение физической активности в перспективе развития заболевания и фактическое ограничение физической активности как предиктор психотравматизации имеет ремитирующий тип динамики (67,5% / 42,5% / 52,5%), что может быть объяснено влиянием осложнений заболевания на ограничение физической активности на

Таблица. Частота регистрации выявленных нозогенных предикторов психотравматизации в различные периоды заболевания при инсулинозависимом сахарном диабете

Группы предикторов	Сахарный диабет, N = 40
Ранние	Валеоцентрические: факт наличия хронического, неизлечимого заболевания как витального дефекта – 31 (77,5%); ограничение физической активности в перспективе развития заболевания – 27 (67,5%); формирование наследственной предрасположенности у потомства – 14 (35,0%); наличие тягостно переживаемых симптомов заболевания – 13 (32,5%); необходимость терапии препаратами, имеющими выраженные побочные эффекты, негативно сказывающиеся на состоянии здоровья – 13 (32,5%)
	Социоцентрические: необходимость постоянного контроля уровня гликемии – 29 (72,5%); необходимость проведения диагностических процедур и терапии, имеющих высокую стоимость – 21 (52,5%); наличие трудовых ограничений, сопряженных с финансовыми трудностями, утратой экономически-доминантной семейной роли – 10 (25,0%); ограничение круга общения, связанное с наличием заболевания или его симптомами – 7 (27,5%)
	Агедонистические: необходимость строгого соблюдения режима питания и диеты, необходимость пожизненного отказа от табакокурения и приема алкоголя – 39 (97,5%); зависимость от приема заместительной гормональной терапии – 31 (77,5%)
Отсроченные	Валеоцентрические: факт наличия хронического, неизлечимого заболевания как витального дефекта – 11 (27,5%); фактическое ограничение физической активности – 17 (42,5%); формирование наследственной предрасположенности у детей пациентов 17 (42,5%); наличие тягостно переживаемых симптомов заболевания – 7 (17,5%); необходимость терапии препаратами, имеющими выраженные побочные эффекты, негативно сказывающиеся на состоянии здоровья – 6 (15,0%); интроспективно-определяемые когнитивные и мнестические нарушения – 2 (5,0%)
	Социоцентрические: необходимость постоянного контроля уровня гликемии – 24 (60,0%); необходимость проведения диагностических процедур и терапии, имеющих высокую стоимость – 13 (32,5%); наличие трудовых ограничений, сопряженных с финансовыми трудностями, утратой экономически-доминантной семейной роли – 16 (40,0%); ограничение круга общения, связанное с наличием заболевания или его симптомами – 10 (25,0%)
	Агедонистические: необходимость строгого соблюдения режима питания и диеты, необходимость пожизненного отказа от табакокурения и приема алкоголя – 26 (65,0%); зависимость от приема заместительной гормональной терапии – 7 (17,5%);
Поздние	Валеоцентрические: формирование функциональных и морфологических нарушений (снижение зрения, хронические воспалительные заболевания кожных покровов, формирование трофических изменений нижних конечностей, липодистрофия, избыточный или недостаточный вес, полидипсия, полиурия, импотенция у мужчин, снижение либидо etc.) – 37 (92,5%); факт наличия хронического, неизлечимого заболевания как витального дефекта – 13 (32,2%); фактическое ограничение физической активности – 21 (52,5%); формирование наследственной предрасположенности у детей пациентов 22 (55,0%); наличие тягостно переживаемых симптомов заболевания – 23 (57,5%); необходимость терапии препаратами, имеющими выраженные побочные эффекты, негативно сказывающиеся на состоянии здоровья – 17 (42,5%); интроспективно-определяемые когнитивные и мнестические нарушения – 6 (12,5%)
	Социоцентрические: необходимость проведения диагностических процедур и терапии, имеющих высокую стоимость – 17 (42,5%); необходимость постоянного контроля уровня гликемии – 11 (27,5%); наличие трудовых ограничений, сопряженных с финансовыми трудностями, утратой экономически-доминантной семейной роли – 14 (35,0%); ограничение круга общения, связанное с наличием заболевания или его симптомами – 17 (42,5%)
	Агедонистические: необходимость строгого соблюдения режима питания и диеты, необходимость пожизненного отказа от табакокурения и приема алкоголя – 19 (47,5%); зависимость от приема заместительной гормональной терапии – 9 (22,5%)

позднем этапе заболевания, при частичной их компенсации в отсроченном периоде за счет терапии метаболических нарушений.

Наличие тягостно переживаемых симптомов заболевания как предиктор психотравматизации имеет ремитирующий характер динамики (32,5% / 17,5% / 57,5%), что объясняется высокой эффективностью коррекции метаболических нарушений в отсроченном периоде заболевания при высокой субъективной значимости формирующихся осложнений заболевания как факторов тяжести течения заболевания на позднем его этапе.

Необходимость терапии препаратами, имеющими выраженные побочные эффекты, негативно сказывающиеся на состоянии здоровья, имеет ремитирующий тип динамики (32,5% / 15,0% / 42,5%), при этом степень проявлений побочных эффектов инсулинотерапии прямо пропорциональна увеличению необходимых для коррекции возрастающей инсулиновой недостаточности дозировок, увеличивающихся на поздних этапах течения заболевания, а также кумуляции соматических осложнений инсулинотерапии, таких как липодистрофия и др.

Интроспективно-определяемые когнитивные и мнестические нарушения как предиктор психотравматизации имеют интенсифицирующийся тип динамики (0% / 5,0% / 12,5%), впервые проявляясь в отсроченном периоде заболевания переживания пациентов, по-видимому, соответствуют объективному нарастанию когнитивно-гностических и мнестических нарушений в структуре прогрессирующего психоорганического синдрома при относительной сохранности субъективного их осмысления.

Необходимость проведения диагностических процедур и терапии, имеющих высокую стоимость, как фактор психотравматизации имеет ремитирующий тип динамики (52,5% / 32,5% / 42,5%), что соответствует объективно высоким затратам на этапе первичной диагностики на ранних этапах течения заболевания и терапии осложнений на поздних, при этом отсроченный период заболевания требует менее значительных материальных затрат в силу стабильного характера используемой терапии.

Наличие трудовых ограничений, сопряженных с финансовыми трудностями, утратой экономически доминантной семейной роли как фактор психотравматизации имеет кульминационный тип динамики (25,0% / 40,0% / 35,0%), что соответствует наибольшей значимости трудовых ограничений в отсроченном периоде заболевания за счет наибольшего субъективно идентифицируемого диссонанса между фактической компенсацией клинических проявлений заболевания и налагаемых трудовых ограничений, компенсируемых в позднем периоде заболевания получением выплат социального страхования.

Ограничение круга общения, связанное с наличием заболевания или его симптомами, как фактор психотравматизации имеет кульминационный характер динамики (27,5% / 25,0% / 42,5%) и имеет пик частоты регистрации в позднем периоде заболевания, что определяет развивающиеся осложнения позднего этапа

заболевания основополагающими факторами социального отчуждения и коммуникативного дефицита, как за счет объективных ограничений передвижения, зависимости от терапевтических процедур, так и по причинам аутостигматизации, формирования патологических модусов восприятия заболевания и паттернов поведения.

Необходимость строгого соблюдения режима питания и диеты, а также необходимость пожизненного отказа от курения табака и приема алкоголя как факторы психотравматизации имеют редуцирующий тип динамики (97,5% / 65,0% / 47,5%), имея практически абсолютную представленность в рамках раннего периода течения заболевания в силу необходимости тотального ремоделирования режима питания. Дальнейшее снижение частоты регистрации данного предиктора соответствует прогрессирующей адаптации и эффективному обучению пациентов на отсроченном и позднем периодах заболевания.

Зависимость от приема заместительной гормональной терапии как предиктор психотравматизации имеет ремитирующий тип динамики (77,5% / 17,5% / 22,5%), имея наибольшую выраженность в раннем периоде течения заболевания, степень значимости предиктора соответствует тотальному ремоделированию образа жизни. Дальнейшее резкое снижение частоты его регистрации отображает успешную адаптацию и повышение приверженности к терапии. Некоторое повышение частоты регистрации предиктора в позднем периоде заболевания, по-видимому, вызвано субъективно определяемым снижением её эффективности в отношении развивающихся осложнений.

Анализ динамического распределения представленности выявленных нозогенных предикторов психотравматизации на разных этапах течения заболевания направлен, прежде всего, на идентификацию конгруэнтной пропорции интенсивности психотерапевтической коррекции и превенции на каждом этапе течения заболевания и в отношении каждого фактора психотравматизации.

Выводы

В результате анализа медико-психологических особенностей психопатогенеза психогенного компонента психоэндокринного синдрома в структуре инсулинозависимого сахарного диабета были выявлены и систематизированы наиболее значимые нозогенные предикторы психотравматизации.

Произведена систематизация выявленных предикторов соответственно хронопатологической (ранние, отсроченные и поздние) и интроспективно-витальной (валеоцентрические, социоцентрические и агедонистические) систематикам.

Произведен анализ динамики представленности выявленных предикторов согласно 5 динамическим типам – нозологическим формам, а именно: интенсифицирующийся, персистирующий, редуцирующийся, кульминационный и ремитирующий.

Выполнена интерпретация динамической организации предикторов психотравматизации в структуре каждой из исследуемых нозологических форм.

Список использованной литературы

1. A novel behavioral intervention in adolescents with type 1 diabetes mellitus improves glycemic control: preliminary results from a pilot randomized control trial / L. Maranda, M. Lau, S. M. Stewart, O. T. Gupta // *The Diabetes Educator*. – 2015. – № 41 (2). – P. 224–230.
2. Autoaggressive behaviour with patients suffering from type 1 diabetes treated at the Clinic for Psychiatry and Psychotherapy Developmental Age-description of cases / S. Hacia, L. Cichoc, M. Nowak [et al.] // *Psychiatria Polska*. – 2013. – № 47 (5). – P. 887–896.
3. Murphy H. R. Psycho-educational interventions for children and young people with Type 1 diabetes / H. R. Murphy, G. Rayman, C. Skinner // *Diabetic Medicine*. – 2006. – № 23 (9). – P. 935–943.
4. National guidelines for psychological care in diabetes: how mindful have we been? / T. R. Nicholson, J. P. Taylor, C. Gosden [et al.] // *Diabetic Medicine*. – 2009. – № 26 (4). – P. 447–450.
5. Psychological screening in children with diabetes mellitus type-1 at the children's hospital and the Institute of Child Health, Multan / W. I. Khan, M. W. Rabbani, E. Afzal, M. Adnan // *The Journal of Pakistan Medical Association*. – 2013. – № 63 (12). – P. 1520–1522.
6. Walter J. Adolescents with diabetes type 1 in adolescent psychiatry and psychotherapy / J. Walter // *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. – 2013. – № 62 (9). – P. 707–725.
7. Zheng X. P. Psycho-behavioral changes in children with type 1 diabetes mellitus / X. P. Zheng, S. H. Chen // *World Journal of Pediatrics*. – 2013. – № 9 (3). – P. 261–265.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОПАТОГЕНЕЗУ ПСИХОГЕННОГО КОМПОНЕНТА ПСИХОЕНДОКРИННОГО СИНДРОМУ ПРИ ІНСУЛІНОЗАЛЕЖНОМУ ЦУКРОВИМУ ДІАБЕТИ

В.В. Ішук

З метою індикації та аналізу динаміки нозогенних психотравматичних факторів у психопаатогенезі психоендокринного синдрому при інсулінозалежному цукровому діабеті було обстежено 40 пацієнтів Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії та трансплантації ендокринних органів і тканин, які страждають на інсулінозалежний цукровий діабет та мають у структурі психопаатологічних розладів психоендокринний синдром або його осьові компоненти, за допомогою психодіагностичного, клініко-анамнестичного, клініко-психопаатологічного та клініко-психофеноменологічного методів. У результаті дослідження було проведено аналіз медико-психологічних особливостей психогенних компонентів психоендокринних синдромів у структурі інсулінозалежного цукрового діабету.

Ключові слова: інсулінозалежний цукровий діабет, психоендокринний синдром, психотравматизація, нозогенія.

MEDICALLY-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PSYCHOPATHOGENESIS OF PSYCHOGENIC COMPONENT OF PSYCHOENDOCRINIC SYNDROME WITH INSULIN DEPENDENT DIABETES MELLITUS

V. Ischuk

In order to display and comparative analysis of the dynamics of nosogenic stressful factors in psychogenesis of psychoendocrinic syndrome in insulin dependent diabetes mellitus were examined 40 patients of the Ukrainian Scientific-Practical Center of Endocrine Surgery and Transplantation of endocrine organs and tissues suffering from insulin-dependent diabetes and having psychoendocrinic syndrome or axial components in the structure of psychopathological disorders using psychodiagnostic, clinically-psychopathological and clinically-psychophenomenological methods. The study analyzed the medically-psychological characteristics of psychogenic component of psychoendocrinic syndromes in the structure of insulin-dependent diabetes mellitus.

Key words: insulin-dependent diabetes mellitus, psychoendocrinic syndrome, psycotraumatization, nosogeny.

УДК 616.86

Д.Н. Сапон

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

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ
sapon.dari@gmail.com

Ключові слова:

фіброміалгія, тривожно-депресивні розлади, реактивно-особистісна тривожність, депресія, хронічний невропатичний больовий синдром травматичного генезу.

Встановлено, що *серед обстежених були* пацієнти, які мали психопаатологічні розлади, в тому числі й тривожно-депресивні. Результати дослідження свідчать про те, що пацієнтів з високим рівнем тривоги більше при фіброміалгії ніж при невропатичному больовому синдромі травматичного генезу. Кількість пацієнтів з ХНБС травматичного генезу, що мають депресивний розлад різного ступеня вираженості, переважає кількість таких пацієнтів з фіброміалгією. Питома частка пацієнтів, які скаржаться на зниження якості життя, серед пацієнтів, хворих на фіброміалгію, значно нижча, ніж у пацієнтів, що страждають на ХНБС.

Актуальність. Як зазначено у Доповіді ВООЗ, депресії є величезним тягарем для суспільства та для самого пацієнта, істотно погіршуючи якість його життя [1, 4]. За прогнозами фахівців, депресія претендує на друге місце серед провідних факторів, які визначають кількість втрачених років життя в зв'язку з втратою працездатності, і поступатиметься за цією характеристикою лише ішемічній хворобі серця [1, 2, 4]. Світовий рівень поширеності хронічного болю до 2011 року сягнув понад 250 млн пацієнтів. Очікується, що до 2015 року вдвічі зросте кількість пацієнтів із фіброміалгією, втричі – з

невропатичним болем, тому проблема терапії подібних розладів стає все більш актуальною [1, 2, 4].

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

Стан розробки проблеми

Тривожно-депресивні розлади, які формуються на тлі больового синдрому – найчастіший психопаатологічний

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

Причинно-наслідковий зв'язок між тривожно-депресивними розладами та хронічним невропатичним болем повністю не вивчений, але в клінічній практиці вже є наступні гіпотези:

- Тривожно-депресивні розлади передують розвитку ХНБС;
- Тривожно-депресивні розлади є наслідком ХНБС;
- Епізоди тривоги та депресії, що передують ХНБС, призводять до розвитку тривожно-депресивних розладів після початку ХНБС;
- Дезадаптивні копінг-стратегії сприяють формуванню взаємодії між тривогою, депресією і хронічним болем;

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

Науковці Von Korff & Simon [4, 14] зробили деякі узагальнення, а саме:

- біль міцно пов'язаний з тривожними та депресивними розладами;
- залежність кількості вогнищ та інтенсивності болю від поточних подій життя є характеристиками, що зазвичай передують депресії;
- пацієнтам з болем притаманні такі психологічні симптоми депресії, як зниження життєвого тону, розлади сну, тривога та відсутні відчуття провини і усамітнення;

Психологічний дистрес та недієспроможність почасти поверхневі та транзиторні при гострому больовому синдромі, але значно погіршуються при хроніфікації і поєднанні симптоматики [4, 9, 16].

За даними мета-аналізу, який провів Van Houdenhove на 12 234 пацієнтах первинної лікарняної мережі, 20–45% з них страждають на хронічний невропатичний біль [17]. Пацієнти з поточним епізодом депресії скаржаться на грудний, тазовий біль, на відміну від хворих із фіброміалгією, у яких депресивний розлад може бути впродовж тривалого часу [15]. Було встановлено тісний зв'язок між тривожно-депресивними станами та больовим синдромом при фіброміалгії та ХНБС травматичного генезу [2, 13, 14, 16].

Психічні симптоми дуже ускладнюють перебіг та тяжкість фіброміалгії. При анкетуванні жінок з цим діагнозом було встановлено, що вони вважають тривожний, депресивний стан прогностичним фактором розвитку фіброміалгії і, в майбутньому, психічних порушень [10, 13, 15]. Крім того, при тяжких станах депресії та тривоги у хворих з фіброміалгією спостерігали більше психічних симптомів та вираженіше погіршення стану функціонування, ніж без неї. Також встановлено, що симптоматика у хворих на фіброміалгію пов'язана з депресивним чи тривожним розладом, який спостерігається як поточний епізод чи був в анамнезі на минулий час [2, 5, 9]. Депресивні та тривожні розлади пов'язані та асоціюються у хворих на фіброміалгію з функціональною нестабільністю, та є тим фактором, який прогностично впливає на ризик постійного болю, викликаного даним захворюванням [1, 3, 13].

Важливо зауважити, що терапія тривожних та депресивних розладів потребує різних терапевтичних стратегій та заходів. Це зумовило актуальність вивчення особливості поширення тривожно-депресивних розладів у хворих на фіброміалгію та хронічний невропатичний больовий синдром травматичного генезу [3, 7, 12].

Завданням нашого дослідження було виявлення у пацієнтів, які страждають на фіброміалгію та ХНБС, ознак тривожно-депресивних розладів та встановлення, які саме розлади більш властиві пацієнтам з фіброміалгією, а які пацієнтам з ХНБС.

Матеріали та методи дослідження

Відповідно до мети дослідження було обстежено 206 осіб. З них фіброміалгія була у 97 осіб та у 109 осіб – хронічний невропатичний больовий синдром травматичного генезу, вік обстежених був від 18 до 63 років (середній вік $(40,41 \pm 6,36)$ року). Тривалість захворювання становила від 3 до 280 міс. (в середньому $(95,41 \pm 8,11)$ міс.). Серед обстежених було 34% чоловіків та 66% жінок.

На початку дослідження усім хворим проводили загальноклінічне обстеження, оцінку інтенсивності болю за ВАШ, загальне та біохімічне дослідження крові з визначенням ревматоїдного фактора, С-реактивного протеїну, ЕНМГ, ЕЕГ, викликані потенціали Р300, визначення психічного статусу. На другому етапі обстеження в усіх хворих проводили оцінку рівня тривожного та депресивного стану за допомогою анкетування за опитувальником Шихана, опитувальником ВАШ, опитувальником по фіброміалгії; використовували тестові методики HAD, SF-36 для оцінки якості життя, анкети про самопочуття

PRIME-MD (Quick Guide to PRIME-MD Patient Health Questionnaire, PHQ). Ці шкали були розроблені для використання у загальній медичній практиці, в нашому дослідженні анкети заповнювали самі пацієнти власноруч. Потім оцінювали взаємозв'язок між виявленням тривожно-депресивних розладів у хворих на фіброміалгію та ХНБС, а саме – кількість та частоту виявлення окремо депресивних розладів та тривожних станів у даних двох групах. Також порівнювали оцінку якості життя, окремо при фіброміалгії та ХНБС.

Серед пацієнтів були виокремлені групи з високими показниками тривожності й депресії та низькими показниками якості життя. Наступним завданням було встановлення кількості таких пацієнтів серед хворих на фіброміалгію та хворих із ХНБС.

Результати та їх обговорення

Дослідженням було виявлено, що кількість пацієнтів з високим рівнем тривоги при ХНБС складає 16,8%, а з фіброміалгією – 32% (табл. 1, рис. 1.).



Рис. 1 Кількість пацієнтів з різними рівнями тривоги при фіброміалгії



Рис. 2 Кількість пацієнтів з різними рівнями тривоги при ХНБС

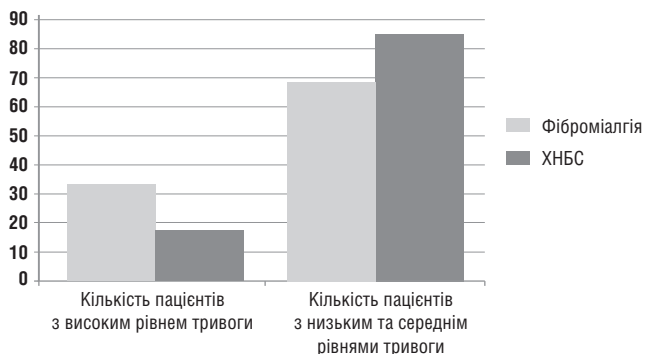


Рис. 3 Порівняльна діаграма кількості пацієнтів з різним рівнем тривоги

Як видно з порівняльної діаграми (рис. 3), пацієнтів з високим рівнем вираженості тривоги більше при фіброміалгії, ніж при невропатичному больовому синдромі

травматичного генезу. Порівнявши чисельність пацієнтів за допомогою статистичних методів ми визначили, що статистична значимість такої різниці дорівнює 0,01 (за критерієм Фішера, при $\phi^*_{\text{емп}} = 2,539$).

Таблиця 1. Кількість пацієнтів з різним рівнем тривоги при фіброміалгії та хронічному невропатичному больовому синдромі

Діагноз	Кількість пацієнтів з високим рівнем тривоги	Кількість пацієнтів з низьким та середнім рівнями тривоги	Всього
Фіброміалгія	31 (32%)	66 (68%)	97
ХНБС	20 (16,8%)	99 (83,2%)	119

Дослідженням було виявлено, що кількість пацієнтів із депресивними розладами при фіброміалгії складає 33,8% (рис. 4), а при ХНБС (рис. 5) 48,6%.



Рис. 4 Кількість пацієнтів з депресивними розладами при фіброміалгії



Рис. 5 Кількість пацієнтів з депресивними розладами при хронічному невропатичному больовому синдромі

Загальний результат наочно представлений у порівняльній діаграмі та таблиці (рис. 6, табл. 2). Порівняльний аналіз засвідчив, що кількість пацієнтів з ХНБС травматичного генезу, які мають депресивний розлад різного ступеня вираженості, значно переважає кількість таких пацієнтів з фіброміалгією. Статистична значимість дорівнює 0,02 (за критерієм Фішера, $\phi^*_{\text{емп}} = 2.029$).

Таблиця 2. Питомі частки депресивних розладів у пацієнтів, хворих на фіброміалгію та хронічний невропатичний больовий синдром

Діагноз	Кількість пацієнтів з депресивними розладами	Всього
Фіброміалгія	26 (33,8%)	77
ХНБС	53 (48,6%)	109

Наступним завданням був аналіз зниження якості життя пацієнтів з фіброміалгією в порівнянні з пацієнтами, які страждають на ХНБС.

Кількість пацієнтів, що вказали на зниження якості свого життя, складає 48,5% від загальної кількості хво-



Рис. 6 Питомая частка депрессивных расстройств у пациентов, больных на фибромиалгию та хронический невропатический болевой синдром

рих на фибромиалгию (рис. 7), а частина таких пациентов при ХНБС составляет 69,2% (рис. 8). Таким чином ми з'ясували, что качество жизни ухудшается больше при диагнозе ХНБС (рис. 9).



Рис. 7 Количество пациентов, больных на фибромиалгию, які вказали на снижения качества своего життя



Рис. 8 Количество пациентов, больных на хронический невропатический болевой синдром, які вказали на снижения качества своего життя

Таблица 3. Питомая частка пациентов, які скаржаться на снижения качества життя, серед пациентов, больных на фибромиалгию та хронический невропатический болевой синдром

Діагноз	Зниження якості життя	Всього
Фіброміалгія	47 (48,5%)	97
ХНБС	74 (69,2%)	107



Рис. 9. Питомая частка пациентов, які скаржаться на снижения качества життя, серед пациентов, больных на фибромиалгию та хронический невропатический болевой синдром

Питомая частка пациентов, які скаржаться на снижения качества життя, серед больных на фибромиалгию значно нижча, ніж серед пациентов с ХНБС. Статистическая значимость составляет 0,01 за критерием Фишера ($\phi^*_{\text{емп}} = 3.024$).

Список використаної літератури

1. Дмитриева Л. Л. Методика формализованной оценки неврологических проявлений // Л. Л. Дмитриева // Журн. невропатол. и психиатрии. – 1995. – № 5. – С. 77–80.
2. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику // В. В. Николаева. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 168 с.
3. Сулейманова Г. П. Психосоматические соотношения и внутренняя картина болезни у больных синдромом фибромиалгии: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук / Г. П. Сулейманова. – Волгоград, 2005. – 22 с.
4. Чабан О. С. Терапія хронічного алгічного синдрому у пацієнтів з несприятливими депресивними розладами і коморбідною соматичною патологією / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Український вісник психоневрології. – Т. 18, вун. 1 (62) – 2010.
5. A 14-week, randomized, double-blind, placebo-controlled monotherapy trial of pregabalin in patients with fibromyalgia / L. M. Arnold, I. J. Russell, E. W. Dirr [et al.] // Pain. – 2008. – № 9. – P. 792–805.
6. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of duloxetine in the treatment of women with fibromyalgia with or without major depressive disorder / L. M. Arnold, A. Rosen, Y. L. Pritchett [et al.] // Pain. – 2005. – № 119 (1–3). – P. 5–15.
7. Arnold L. M. Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta-analysis and review / L. M. Arnold, P. E. Keck, J. A. Welge // Psychosomatics. – 2000. – Vol. 41. – P. 104–113.
8. Bennett M. I. Intravenous lignocaine in the management of primary fibromyalgia syndrome / M. I. Bennett, Y. M. Tai // Int. J. Clin. Pharmacol. Res. – 1995. – № 15 (3). – P. 115–119.
9. Bennett R. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses / R. Bennett // Clin. Exp. Rheumatol. – 2005. – № 23 (5). – S. 154–160.
10. Depression and pain comorbidity: a literature review / M. J. Bair, R. L. Robinson, W. Katon, K. Kroenke // Arch. Intern. Med. – 2003. – Vol. 163. – P. 2433–2445.
11. Fibromyalgia relapse evaluation and efficacy for durability of meaningful relief (FREEDOM): a 6-months, double-blind, placebo-controlled trial with pregabalin / L. J. Crofford, P. J. Mease, S. L. Simpson [et al.] // Pain. – 2008. – № 136. – P. 419–431.
12. Meenan R. F. The AIMS approach to health status measurement: conceptual background and measurement properties / R. F. Meenan // J. Rheumatol. – 1982. – № 9. – P. 785–788.
13. Refined insights into the pain-depression association in chronic pain patients / Angst F., Verra M. L., Lehmann S. [et al.] // Clin. J. Pain. – 2008. – Vol. 24. – P. 808–816.
14. Relationships Among Depression, Chronic Pain, Chronic Disabling Pain, and Medical Costs / B. A. Arnow, C. M. Blasey, J. Lee [et al.] // Psychiatr. Serv. – 2009. – Vol. 60 (3). – P. 344–350.
15. Safety and tolerability of duloxetine in the treatment of patients with fibromyalgia: pooled analysis of data from five clinical trials / E. H. S. Choy, P. J. Mease, D. K. Kajdasz [et al.] // Clin. Rheumatol. – 2009. – № 28 (9). – P. 1035–1044.
16. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: a test of the trauma hypothesis / D. S. Ciccone, D. K. Elliott, H. K. Chandler [et al.] // Clin. J. Pain. – 2005. – № 21 (5). – P. 378–386.
17. Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study / R. M. Bennett, M. Kamin, R. Karim [et al.] // Am. J. Med. – 2003. – № 114 (7). – P. 537–545.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ФИБРОМИАЛГИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО НЕВРОПАТИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Д. Н. Сапон

Актуальность. Депрессии несут с собой большой груз как для социума, так и для пациента, существенно снижая качество и уровень жизни. По предварительным данным, депрессия претендует на второе место по факторам, которые обозначают количество потерянных лет жизни в связи с утратой трудоспособности и уступают по этой характеристике лишь ишемической болезни сердца. Хронический болевой синдром к 2011 году выявлен у 250 млн пациентов по всему миру. Ожидается, что в 2015 году вдвое возрастет количество пациентов с фибромиалгией, второе – с невропатической болью. Поэтому проблема терапии подобных состояний становится все более актуальной.

Цель. Выявить диагностические критерии и клинические проявления, установить особенности распространения тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с фибромиалгией и хроническим невропатическим болевым синдромом травматического генеза.

Методы и материалы. В соответствии с целью исследования было обследовано 206 человек, среди которых 97 с фибромиалгией, 109 – с хроническим невропатическим болевым синдромом травматического генеза. Все пациенты в начале обследования прошли общее клиническое обследование, оценку интенсивности боли, исследование крови, ЭНМГ, ЭЭГ, вызванные потенциалы Р300. На втором этапе всем пациентам проводилась оценка уровня тревожного, а также депрессивного состояния при помощи анкетирования по опроснику Шихана, опроснику по фибромиалгии, тестовым методикам HAD, SF-36, PRIME-MD. В последующем происходила оценка взаимосвязи проявлений тревожно-депрессивных состояний у пациентов с фибромиалгией, а также хроническим невропатическим болевым синдромом травматического генеза. Также сравнению подлежала оценка качества и уровня жизни отдельно при фибромиалгии и ХНБС.

Результаты исследования. Было установлено, что пациентов с высоким уровнем тревоги больше при фибромиалгии, нежели при ХНБС (соответственно 32% и 16,8%). Также исследование показало, что количество пациентов с депрессивными расстройствами при фибромиалгии меньше, нежели при диагнозе ХНБС (соответственно 33,8% и 48,6%). Количество пациентов со снижением качества и уровня жизни было больше при ХНБС (69,2%), нежели при фибромиалгии.

Заключение. Исследованием было установлено, что среди обследованных были пациенты с психопатологическими изменениями, в том числе тревожно-депрессивными расстройствами. Результаты обследования указывают на то, что пациентов с высоким уровнем тревоги больше при фибромиалгии, нежели при хроническом невропатическом болевом синдроме травматического генеза.

Депрессивными расстройствами различной степени выраженности, а также более выраженным снижением уровня и качества жизни страдали пациенты с хроническим невропатическим болевым синдромом травматического генеза и в меньшей степени – пациенты с фибромиалгией, что было установлено данным исследованием.

Ключевые слова: фибромиалгия, тревожно-депрессивные расстройства, реактивно-личностная тревожность, депрессия, хронический невропатическая болевой синдром травматического генеза.

FEATURES DIAGNOSIS ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH FIBROMYALGIA WITH CHRONIC NEUROPATHIC PAIN OF TRAUMATIC GENESIS

D. Sapon

Summary. 206 persons with a chronic neurological pain syndrome, among which group of patients with a chronic neurological pain syndrome and group of patients with the diagnosis of fibromyalgia are inspected. It was set that among inspected there were patients with abnormal psychology symptoms, namely with anxious-depressed disorders. The results of inspection specify on that the level of alarm was marked anymore for patients with fibromyalgia by comparison to HNBS. The depressed disorders were present mainly for patients with the diagnosis of HNBS.

Objectives. Depressions carry with itself a large load both for society and for a patient, substantially reducing quality and standard of living. From preliminary data depression applies into second place on factors which designate the amount of the lost years of life in connection with the loss of ability to work and yield by this recommendation only to ischemic heart trouble. Together with it a chronic pain syndrome diagnosis by 2011 walked over a threshold 250 million patients all over the world. It is expected that in 2015 twice the amount of patients will grow with fibromyalgia, three times with neurological pain. Thus the problem of therapy of the similar states becomes more actual.

Aim. To expose diagnostic criteria, clinical displays, set the features of distribution for the anxious-depressed patients with the diagnosis of fibromyalgia, and also chronic neurological pain syndrome of traumatic genesis.

Methods & materials. In accordance with a purpose researches were inspected 206 persons among which 97 persons with the diagnosis of fibromyalgia, 109 persons with a diagnosis of chronic neurological pain syndrome of traumatic genesis. All patients at the beginning of inspection passed a general clinical inspection, estimation of intensity of pain, hemanalysis, ENMG, EEG, caused potentials of R300. On the second stage the estimation of level of the anxious, and also depressed state was conducted all patients through a questionnaire on the questionnaire of Shikhana, questionnaire on fibromyalgia, test methods of HAD, SF-36, PRIME-MD. In subsequent there was an estimation of intercommunication of displays of the anxious-depressed states for patients with fibromyalgia, and also by the chronic neurological pain syndrome of traumatic genesis. The estimation of quality and standard of living was also subject comparison separately at fibromyalgia, and also CNPS.

Results. It was set that more patients are with the high level of alarm at fibromyalgia, than at CNPS (accordingly 32% and 16,8%). Research showed also, that amount of patients with the depressed disorders at fibromyalgia less than at the diagnosis of CNPS (accordingly 33,8% and 48,6%). With the decline of quality and standard of living patients had an amount of patients anymore with the diagnosis of CNPS (69,2%), than for patients with the diagnosis of fibromyalgia.

Conclusion. It was set by research, that among inspected there were patients with abnormal psychology changes, including anxious-depressed disorders. The results of inspection specify on that more patients are with the high level of alarm at fibromyalgia, than at the chronic neurological pain syndrome of traumatic genesis.

It was set by this research, that the depressed disorders of different degree, and also more expressed decline of level and quality of life patients suffered at a chronic neurological pain syndrome of traumatic genesis diagnosis and less patients with the diagnosis of fibromyalgia.

Key words: fibromyalgia, anxiety-depressive disorder, reactive and personal anxiety, depression, chronic neuropathic pain of traumatic genesis.

С.С. Румянцева, Т.В. Синіцька, Ю.В. Вольних

ДО ПИТАННЯ СТАНДАРТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НАРКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

ДУ «Український моніторинговий та медичний центр
з наркотиків та алкоголю МОЗ України», м. Київ

Ключові слова:

медичні стандарти,
протоколи, психоактивні
речовини, лікування.

У статті проведено аналіз існуючих стандартів лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин та висвітлено питання необхідності їх удосконалення і доопрацювання.

Проблеми охорони здоров'я (ОЗ) населення та діяльність, спрямована на його збереження і зміцнення, вимагають постійної уваги з боку держави. ОЗ є одним із пріоритетних напрямів державної політики та одним із основних факторів національної безпеки країни (згідно з п. 6 ст. 92 Конституції України від 28 червня 1996 р. [5], ст. 12 Основ законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 р. [13], ст. 7 Закону України «Про основи національної безпеки України» від 19 червня 2003 р. [3], Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України, затвердженою Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. [19], Указом Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» від 6 грудня 2005 р. [18], Міжгалузевою комплексною програмою «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки», затвердженою Постановою Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. [6]).

Необхідне для галузі реформування передбачає організацію ресурсів таким чином, щоб максимально ефективно та безпечно задовольняти потреби пацієнтів, а також надавати профілактичну та лікувальну допомогу без зайвих затрат відповідно до рівня та сучасних можливостей науки. Разом із необхідністю удосконалення системи моніторингу, методів діагностики, лікування і реабілітації, підвищення кваліфікації фахівців постає задача розробки і впровадження в медичну практику відповідних галузевих стандартів, що на даний час є актуальною потребою сьогодення і вагомим внеском в реформування галузі ОЗ [8].

Державні соціальні нормативи у сфері ОЗ установлюються відповідно до Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» [2], до частини першої статті 141 Основ законодавства України про охорону здоров'я [13], підпункту 6.3 підпункту 6 пункту 4 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого Указом Президента України від 13 квітня 2011 року № 467 [9], наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313 (Методика № 751) [10], на виконання пунктів 2 (Програма № 597), 3 (Програма № 597) та 13 Плану за-

ходів Міністерства охорони здоров'я України з реалізації Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року (Програма № 597), затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 вересня 2011 року № 597 [9].

Галузеві стандарти у сфері ОЗ розробляються і затверджуються центральним органом виконавчої влади у сфері ОЗ (тобто МОЗ України).

Галужевими стандартами у сфері ОЗ є:

- стандарт медичної допомоги (медичний стандарт) – сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду, які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і практики;
- клінічний протокол – уніфікований документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовність.

Додержання стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів є обов'язковим для всіх ЗОЗ, а також для фізичних осіб – підприємців, що провадять господарську діяльність з медичної практики [14].

Важливо зазначити, що уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги і медичні стандарти мають індикатори якості, за якими можна оцінити якість наданої медичної допомоги за певний період, у певному закладі ОЗ, регіоні, в системі МОЗ України [16].

Для підвищення ефективності діагностики, лікування та реабілітації хворих наркологічного профілю необхідні ретельний аналіз та удосконалення існуючих нормативних документів у даній галузі.

На сьогодні медична допомога пацієнтам із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин (ПАР) надається у спеціалізованих державних наркологічних установах. Поряд з цим збільшилася кількість недержавних організацій, які надають медичні та реабілітаційні послуги відповідним хворим. Тому питання щодо формування спільної консолідованої та виваженої позиції щодо лікування відповідних захворювань наркологічного профілю для нашої країни є вкрай актуальним.

На сьогодні є тенденція до відмови від обов'язкових мінімальних курсів лікування осіб з вищезазначеними пато-

логіями, що в деяких випадках може призводити до недотримання права хворих на одержання повноцінної допомоги, до невинуватеного скорочення програм та термінів лікування, до появи безлічі «цілителів», які не мають достатніх професійних і моральних рис, до профанації та комерціалізації терапії, до використання різноманітних «експрес-методів» лікування, які ігнорують принципи комплексності, поетапності та диференційованості терапії [1].

Аналізуючи розроблені у нашій державі стандарти надання наркологічної допомоги, які визначали підходи до лікування хворих із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання ПАР [7], слід зауважити наступне.

В наведених документах не завжди чітко обґрунтований об'єм медичних послуг для лікування відповідних розладів, а також непоодинокі випадки включення таких медичних послуг, що не відповідають стандартам оснащення наркологічного відділення, диспансеру, лікарні, наркологічного центру тощо.

У відповідних нормативах обрана тривалість стаціонарного лікування наркологічних хворих не обґрунтована клініко-динамічними характеристиками захворювання та економічною ефективністю. Що стосується амбулаторної фази лікування, то у протоколах не зазначена кратність відвідування пацієнтом лікаря-нарколога залежно від тяжкості розладу.

Привертає увагу факт відсутності стандарту медико-соціальної реабілітаційної допомоги, а пропонувані елементи такої допомоги, що включені до існуючих протоколів, у більшості випадків не можуть забезпечити бажаного лікувально-реабілітаційного ефекту.

Відповідні нормативні документи не проходили зовнішнього ліцензування, не мали диференційованих доказів пропонованих методів, були створені фахівцями монодисциплінарної робочої групи, а не мультидисциплінарної, як це прийнято в усьому світі, а також не містили інформації про точну дату наступного перегляду, а також переліку першоджерел літератури [15].

Протоколи надання спеціалізованої наркологічної допомоги хворим із розладами наркологічного профілю повинні включати всі зазначені ПАР у рубриках F10–F19 МКХ–10 [4].

Стандарти були розроблені експертним методом на основі фахового консенсусу, а не на принципах доказової медицини (у документи мають включатися медичні технології, ліки з доведеною ефективністю).

При використанні нозологічної моделі пацієнта доцільне складання самостійного стандарту по кожному окремому коду МКХ–10 у зв'язку з тим, що кожен з таких станів вимагає різної форми надання медичної допомоги і різної тривалості лікування. Найкращим рішенням є складання такої моделі пацієнта, яка враховувала б нозологічну форму, стадію і тяжкість захворювання, залежно від яких рекомендувалися б мінімальні або максимальні курси лікування.

У більшості випадків нормативи орієнтувалися на спеціальність «Наркологія» а не на діагноз, без урахування системного підходу та мульти-/коморбідності хворобливих станів.

Затверджені протоколи не працювали в системі якості, оскільки не містили її індикаторів для моніторингу,

що унеможливило виміряти та оцінити ефективність наданої медичної допомоги в цілому; також важливою перешкодою для здійснення моніторингу залишається факт відсутності відповідного незалежного контролера дотримання зазначених нормативів.

На сьогодні в нашій державі взагалі відсутні нормативи надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах за спеціальністю «Наркологія» (на відміну від протоколів), оскільки останній відповідний документ – «Державні соціальні стандарти у сфері охорони здоров'я «Наркологія», затверджений наказом МОЗ України від 28.12.2009 р. № 507, втратив чинність згідно з наказом МОЗ України від 08.05.2014 р. № 310) [11].

Виходячи з того, що стандарти, які існували досі, не завжди були підкріплені відповідними науковими дослідженнями, інші підпадали під правові колізії із затвердженими МОЗ інструкціями із застосування ряду лікарських засобів, треті не включали досягнень сучасної наркологічної науки, – потрібно створити такі нормативи, які б урахували сучасні вимоги доказової медицини, що передбачають впровадження новітніх технологій систематичного збору, аналізу, синтезу та застосування якісної наукової медичної інформації, яка дозволяє приймати оптимальні клінічні рішення на користь пацієнта.

Слід зазначити, що протоколи лікування наркологічних хворих повинні забезпечувати необхідний мінімум надання наркологічної допомоги, полегшувати взаємопорівняння рівнів цієї допомоги у різних наркологічних установах, сприяти вирішенню питань фінансування, утворювати критерії та орієнтири при визначенні відповідності ліцензійним вимогам.

Висновки

Застосування єдиних, найпрогресивніших і вивірених технологій лікування розладів у відповідних хворих послужить не тільки протидії названим негативним тенденціям, а й підвищенню середнього рівня наркологічної допомоги, поширенню позитивного досвіду, накопиченого у різних наркологічних і психіатричних закладах нашої країни, повсюдному впровадженню досягнень науки.

Модернізації ОЗ населення повинна передувати серйозна підготовча робота, зокрема, щодо розробки та затвердження медико-технологічних документів, які оптимізують медичну допомогу при певних нозологіях чи патологічних станах, розроблених у масштабах нашої країни мультидисциплінарними робочими групами відповідно до сучасних наукових принципів, спираючись на засади доказової медицини та світовий досвід.

Список використаної літератури

1. До питання стандартів діагностики наркологічних розладів / І. Я. Пінчук, С. С. Румянцев, Т. В. Синицька [та ін.] // *Архів психіатрії*. – 2015. – № 1 (80). – С. 26–29.
2. Закон України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» // *Електронний ресурс*. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/go/2017-14.
3. Закон України «Про основи національної безпеки України» від 19 червня 2003 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/go/964-15.
4. 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.
5. Конституція України від 28 червня 1996 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/go/254к/96-вр.
6. Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки, затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. / *Електронний ресурс*. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-n

7. Наказ від 21.09.2009 № 681 Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Наркологія». [Електронний ресурс]. – Точка доступу: http://www.poltavalk.com.ua/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=157&Itemid=29.
8. Наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454 «Про затвердження концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.apteka.ua/article/91912.
9. Наказ МОЗ України від 16 вересня 2011 року № 597 Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua>.
10. Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України». МОЗ України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: (Методика N 751).
11. Наказ МОЗУ від 08.05.2014 № 310 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://document.ua/pro-viznannya-takimi-sho-vtratlili-chinnist-dejakih-nakaziv-m-doc189733.html>.
12. Наказ Президента України від 13 квітня 2011 року № 467 «Про Положення про Міністерство охорони здоров'я України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/laws/show/467/2011.
13. Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/go/2801-12.
14. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 7 липня 2011 р. № 3611-VI / [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua>.
15. Реабілітація і ресоціалізація лиць з состояниями зависимости : Материалы XIII научно-практической конференции «Довженковские чтения: реабилитация и ресоциализация лиц с состояниями зависимости различного происхождения», 10–11 апреля 2012 г., г. Харьков.
16. Рогова О. Г. «Державна політика стандартизації в системі охорони здоров'я в Україні» / Рогова О. Г. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.kbuara.kharkov.ua/e-book/...2/...02.pdf
17. Степаненко А. В. Уніфікована методика з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини [Електронний ресурс] / [А. В. Степаненко, О. М. Морозов, В. Т. Чумак та ін.] // Укр. мед. часопис. – 2009. – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua>.
18. Указ Президента України від 6 грудня 2005 р. «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/laws/show/1694/2005.
19. Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. щодо Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, затверджений Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000.

К ВОПРОСУ СТАНДАРТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

С.С. Румянцев, Т.В. Синицкая, Ю.В. Вольных

В статье проведен анализ существующих стандартов лечения расстройств психики и поведения вследствие употребления психоактивных веществ и освещены вопросы необходимости их усовершенствования и доработки.

Ключевые слова: медицинские стандарты, протоколы, психоактивные вещества, лечение.

THE QUESTION OF STANDARDS OF TREATMENT OF PATIENTS NARCOLOGICAL

S. Rumyantsev, T. Sinitskaya, Y. Volnykh

The article analyzes the current standards of treatment of mental disorders and behavior due to the use of psychoactive substances and the need to address the issues of improvement and refinement.

Key words: medical standards, protocols, psychoactive substances, treatment.

УДК 616.89-008.13-008.545-07-08

Н.Ю. Напреєнко

ПОХОДЖЕННЯ, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСІЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

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

Ключові слова:

алкоголізм, депресії, їх взаємозалежність, походження депресій, їх клінічні варіанти, терапія.

Обстежено 160 хворих на алкоголізм із симптомами депресії. Вивчено взаємозв'язок між синдромом алкогольної залежності та депресивними розладами. Встановлено, що за походженням такі депресії можна поділити на психогенні (66,3% пацієнтів), ендогенні (11,3%), органічні (цереброорганічні та соматогенні – 22,4%) і змішані. У обстежених виділено наступні клінічні варіанти депресивних станів: 1) депресивно-іпохондричний – у 42,5% хворих; 2) астенично-депресивний – у 20,6%; 3) тривожно-депресивний – у 19,4%; 4) депресивно-дисфоричний – у 8,8%; 5) депресивно-апатичний – у 4,35%; і 6) простий – у 4,35% пацієнтів. Показано, що депресія у більшості з цих пацієнтів провокує рецидиви алкоголізації, знижує якість та тривалість ремісії та погіршує сомато-неврологічний і соціальний стан хворих. Розроблено комплексну систему діагностики та лікування для оцінки та корегування складових «хибного кола» (психічної, соматичної та соціальної), притаманних таким пацієнтам. Ця програма допомоги враховує виявлені під час дослідження механізми розвитку депресії, її клінічні варіанти, клінічні та динамічні характеристики залежної поведінки, характерологічні риси пацієнта, наявні соматичні та неврологічні відхилення і ситуацію в його мікрооточенні.

Актуальність. Співіснування алкогольної залежності (АЗ) та депресивних розладів (ДР) описане багатьма авторами [3–5, 7]. Наші попередні дослідження підтверджують той факт, що саме коморбідна депресія разом із певними

рисами особистості таких пацієнтів найчастіше зумовлюють актуалізацію патологічного потягу до алкоголю (ППА), створюють небезпеку виникнення рецидивів хвороби та загалом знижують тривалість і якість ремісії [1, 2].

Хворі на АЗ із ДР є однією зі складних груп в плані діагностики, лікування, профілактики, медичної та соціальної реабілітації. Діагностика симптомів депресії у них виявляється проблематичною [6], на нашу думку, через домінування її атипової, стертої клінічної картини [1, 2]. Це значною мірою пов'язано з різноманітністю походження ДР у таких осіб. Прояви депресії переважно ігноруються самими пацієнтами, як правило, є непомітними для оточуючих і «маскуються» систематичним пияцтвом. При цьому депресивні симптоми слід відносити до складу основних синдромів АЗ. Важливо й те, що після повної або часткової редукції останніх ДР залишаються, вони «ховаються» за численними соматичними та цереброорганічними наслідками хронічної алкогольної інтоксикації. Такі хворі зазвичай звертаються за медичною допомогою тільки у випадках рецидивів алкоголізації, частіше у вигляді запоїв. Усе це значною мірою зумовлює затяжний перебіг і терапевтичну резистентність як ДР, так і АЗ.

Не дивлячись на значну увагу до цієї проблеми науковців і практиків-психіатрів (наркологів), слід визнати, що чинні стандартні підходи до надання допомоги таким пацієнтам не є достатньо ефективними.

Матеріали і методи дослідження

Метою нашого дослідження стало вивчення причин, закономірностей формування та клінічної структури депресій при алкогольній залежності, удосконалення критеріїв їх діагностики й розробка комплексної системи диференційованого лікування.

З використанням клініко-анамнестичного, соціально-демографічного, клініко-психопатологічного, психодіагностичних (скринінг-шкала AUDIT – виявлення осіб, які зловживають алкоголем, шкала самооцінки депресії Цунга, стандартизована шкала депресії Гамільтона, шкала Ч.Д. Спілбергера-Ю.Л. Ханіна – оцінка рівня реактивної тривоги та особистісної тривожності, методика К. Леонгарда-Г. Шмішека – вивчення акцентуацій характеру), загальних клінічних і лабораторних, за показаннями – нейрофізіологічних (ЕЕГ, МРТ) і призначених лікарями-інтерністами спеціальних соматичних та неврологічних методів здійснено обстеження 160 хворих на АЗ із ДР, чоловічої статі, віком 32 – 56 років.

Результати та їх обговорення

Клінічні варіанти та походження депресій при АЗ. Комплексне обстеження показало, що у більшості пацієнтів симптоми депресії «маскувалися» астеничними, іпохондричними та сомато-вегетативними порушеннями. Основними скаргами були: зниження працездатності – у 135 (84,4%), надмірна дратівливість – у 119 (74,4%), швидка втомлюваність – у 114 (71,3%), порушення сну – у 83 (51,9%), неприємні внутрішні відчуття – у 47 (29,4%) обстежених. Ці прояви відсували на другий план власне депресивні порушення, симптоми яких пацієнти відмічали лише в процесі тривалого розпитування або й взагалі не вказували, проте вони завжди виявлялися за допомогою тестування за шкалою Гамільтона. Діагностували наступні клінічні варіанти депресивних синдромів: 1) депресивно-іпохондричний – у 68 (42,5%) пацієнтів; 2) астенично-депресивний – у 33 (20,6%) пацієнтів; 3) тривожно-депресивний – у 31 (19,4%) пацієнта; 4) депресивно-дисфоричний – у 14 (8,8%)

пацієнтів; 5) апатико-депресивний – у 7 (4,35%) пацієнтів; 6) простий депресивний – у 7 (4,35%) хворих. При цьому спільними особливостями всіх пацієнтів було некритичне сприйняття ними власного емоційного стану, невиразність почуття провини із прагненням звинувачувати у своїх проблемах оточуючих, інтенсивні короткотривалі або затяжні психопатоподібні реакції та невідповідність між значною виразністю іпохондричних і астеничних проявів.

У 78 (48,8%) хворих на фоні проведеної раніше терапії спостерігалася тенденція до затяжного перебігу недуги з частими епізодами посилення депресивної симптоматики, спровокованими конфліктними життєвими обставинами та/або погіршенням соматичного стану, що супроводжувалося актуалізацією ППА. Щодо усунення ДР значна кількість цих пацієнтів виявлялися терапевтично резистентними. У випадках, при яких у діагностичному комплексі застосовували шкалу Гамільтона, позитивна динаміка проявів депресії становила менше 50%.

Аналіз загальних закономірностей формування ДР при АЗ показав, що вони є гетерогенною групою. В цілому їх можна поділити на психогенні, ендогенні, органічні та змішані.

Так, у 106 (66,3%) пацієнтів формування ДР відбувалося за впливу психотравматичних обставин, здебільшого безпосередньо пов'язаних з конфліктною ситуацією в мікросередовищі. Неблагополучні інтерперсональні стосунки, що спричиняли виникнення депресії, у 48 (30,0%) з цих хворих торкалися партнерського, подружнього та родинного життя, у 35 (21,9%) були пов'язані із неприємностями на роботі, руйнуванням планів, кар'єри, у 23 (14,4%) пацієнтів були змішані соціальні проблеми.

Велику питому вагу психогенно зумовлених депресій у цих хворих можна пояснити їх нездатністю до адекватної психологічної адаптації в умовах психотравматичних обставин внаслідок преморбідних і постморбідних індивідуально-психологічних рис особистості та домінування неефективних (інфантильних та невротичних) механізмів психологічного захисту. Внаслідок алкоголізації у них закріплювалися індивідуально-психологічні стереотипи девіантної поведінки, поглиблювалися порушення в процесах адаптивності та самоактуалізації, що, в свою чергу, заважало гармонізації міжособистісної взаємодії у буденному житті, запобіганню міжособистісним та внутрішньоособистісним конфліктам.

Виявлені нами у обстежених хворих поглиблення преморбідних тенденцій до депресивного реагування на різноманітні несприятливі чинники внаслідок соматичних, цереброорганічних і соціальних ускладнень залежності, зростання небажання пацієнтів визнати себе хворими, некритичність, неможливість правильно оцінити негативний вплив наслідків вживання алкоголю на особисте життя, професійну діяльність, долю сім'ї та інші соціальні стосунки, відсутність установки на одужання, неадекватне уявлення про себе можна розглядати в якості основних об'єктів впливу психотерапії. У 18 (11,3%) хворих ДР за походженням та клінічними особливостями належали до ендогенної афективної патології. Їм були властиві такі ознаки, як добові коливання настрою з певним його покращенням у другій половині дня, надцінні ідеї меншовартості та неповноцінності, почуття провини та велика питома вага соматовегетативних розладів, притаманних «класичній» депресії. Прояви психопатологічної симпто-

матики мали фазовий характер, відмічалися спонтанні сезонні зміни настрою у вигляді зтяжених станів пригніченості зі зниженням активності та працездатності, втратою попередніх інтересів, постійною наявністю тривожного компонента, зниженням апетиту, втратою ваги, безсонням. Органічний генез ДР у 36 (22,4%) пацієнтів було підтверджено в процесі клініко-неврологічного та нейрофізіологічного дослідження. Більшість з них відповідали діагностичним критеріям «Органічного афективного розладу» (F06.3 за МКХ-10). Їх виникнення було пов'язане з органічним ураженням головного мозку, що сформувалось як внаслідок безпосереднього токсичного впливу етанолу на центральну нервову систему, так і завдяки іншим механізмам дисметаболічного характеру за рахунок наявної соматичної патології, спричиненої хронічною алкогольною інтоксикацією. Депресії були структурною складовою основних синдромів алкогольної залежності, часто вони зустрічалися в рамках ППА як його афективний компонент. Клінічна картина депресій значною мірою відповідала варіантам психоорганічного синдрому. За ступенем виразності симптоматики ці депресії були найменш інтенсивними, у пацієнтів спостерігався стійкий субдепресивний стан із короткотривалими психопатоподібними реакціями в поєднанні зі значною виснажливістю психічної діяльності та помірно вираженими когнітивними розладами. Характерною була часта зміна настрою, що виникала із незначного приводу або спонтанно, пароксизмально, з появою роздратованості, нетерпимості, неспроможності стриматися.

Отже, в генезі ДР при АЗ велику питому вагу мають соціально-психологічні чинники. З одного боку, в таких осіб наявне усвідомлення необхідності докорінної зміни стилю життя, стереотипів, манери поведінки. З іншого – хворі неспроможні адекватно контролювати власні емоції, реагувати на звичайні стресогенні ситуації повсякденного життя без вживання алкоголю. Внаслідок цього у пацієнтів прискорюється соціальна дезадаптація, зростає ризик аутоагресивної поведінки, знижується ефективність лікувальних та реабілітаційних заходів. При цьому формується замкнене коло: зловживання алкоголем викликає афективну патологію, яка, в свою чергу, веде до посилення алкоголізації.

Діагностика та диференційна діагностика ДР при АЗ передбачають виявлення симптомів депресії за допомогою клінічного та параклінічних методів обстеження, визначення її етіології (ендогенне, психогенне, екзогенно-органічне чи змішане походження), виразності (непсихотичний або психотичний регістр порушення), клінічних особливостей та типу перебігу.

У процесі діагностики проводиться:

1. Детальне медичне обстеження осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю на предмет наявності симптомів депресії, особливо в групі високого ризику її виникнення (пацієнти з епізодами депресії в анамнезі, за наявності коморбідної соматичної, цереброорганічної патології, розладів особистості, кризових станів, особливо за відсутності соціальної підтримки, особи з посттравматичним стресовим розладом тощо).

2. Усі пацієнти з групи ризику та з підозрою на депресію з метою верифікації її симптомів, визначення

походження депресії та типу її перебігу повинні бути обстежені за допомогою клініко-психопатологічного, соматичного, неврологічного, психодіагностичного, лабораторних та інструментальних методів.

3. Пацієнти із симптомами тяжкої депресії, при підозрах на ендогенний характер психопатології, з дисфоричним варіантом симптоматики, а також у випадках терапевтичної резистентності, при наявності аутоагресивних тенденцій, психотичних симптомів повинні бути скеровані на консультацію до психіатра з метою проведення диференційної діагностики, визначення нозологічної належності депресії та призначення відповідного лікування.

4. За наявності ознак депресії та соматичної чи цереброорганічної патології хворих необхідно проконсультувати у відповідного спеціаліста.

Лікування. Розроблена нами програма терапії ДР при АЗ передбачає інтегрування методів біологічного та психотерапевтичного впливу. Програма будується із врахуванням механізмів розвитку депресії та її клінічної картини, клінічних та динамічних характеристик залежності від алкоголю, особливостей особистості пацієнта та його мікросоціального оточення, наявності соматичних та неврологічних наслідків хронічної алкогольної інтоксикації.

Курсова терапія має бути тривалою та проводиться у три етапи, з відповідними цим етапам способами та методами лікувального впливу. Етапи терапії: 1 – купірування поточної депресії та ППА; 2 – стабілізуюча терапія з корекцією особистісних та когнітивних розладів; 3 – протирецидивна терапія, спрямована на усунення чинників ризику даної патології.

Лікування хворих з легкою та помірно вираженою депресією, за умови, що дана симптоматика не супроводжується посиленням патологічного потягу до алкоголю, зазвичай проводиться амбулаторно.

Наявність у пацієнта депресивно-дисфоричного стану може свідчити про актуалізацію ППА і є рецидиво-небезпечною ситуацією, що вимагає вирішення питання про необхідність надання допомоги в умовах стаціонару психіатричного або наркологічного профілю із призначенням комплексної медикаментозної терапії. Психотерапевтичні методики в таких випадках, за винятком спеціальних протиалкогольних, є малоефективними. Своєчасно розпочата фармакотерапія дозволяє запобігти рецидиву недуги. Пацієнта та його рідних слід поінформувати, що при виникненні пригніченого настрою із злостивістю, роздратованістю, надмірною чутливістю до зовнішніх подразників, внутрішнім напруженням та гнівливістю необхідно невідкладно звернутися до лікаря і розпочати лікування.

Психотропні препарати, які використовуються для лікування ДР при АЗ, повинні сприяти якомога швидшій редукції депресивних проявів, формуючи базу для психотерапевтичної корекції, не викликати виразних побічних ефектів, які можуть знижувати мотивацію пацієнта до лікування, та добре поєднуватися із іншими фармакологічними засобами з огляду на високу частоту коморбідності депресії з іншими психопатологічними розладами, численні соматичні та цереброорганічні ускладнення хронічної алкогольної інтоксикації.

Для лікування ДР при АЗ використовують анти-депресанти – наприклад, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (SSRI) в комплексі з нормотиміками, транквілізаторами, нейролептиками з тимолептичними властивостями, гепатопротекторами та ноотропами.

Пацієнти з легкою чи помірно вираженою ендogenous депресією часто порушують режим прийому препаратів, оскільки вважають наявні в них фазові коливання настрою своєю характерологічною особливістю. Тому мотивом звернення до лікаря зазвичай є лише черговий рецидив алкоголізації. Отже, вже на перших етапах лікування, поряд із використанням психофармакотерапії, особливе значення має раціональна та сімейна психотерапія. Важливо пояснити пацієнту та його рідним взаємозв'язок між розладами настрою і АЗ задля розуміння необхідності тривалого прийому підтримувальної терапії. Пацієнт повинен переконатися в тому, що наявні у нього соматичні та цереброорганічні порушення виникли внаслідок зловживання алкоголем і усунути їх можна лише при відмові від подальшого вживання спиртного. Результати проведених лабораторних та інструментальних обстежень доцільно використовувати в якості об'єктивних доказів руйнівного впливу алкоголю на організм та позитивних змін при відмові від нього. Використання сугестивних методів у пацієнтів із ДР при АЗ виявляється ефективним лише за умови стабілізації емоційної сфери та відсутності серед мотивів зловживання алкоголем патологічних мотивів самоушкодження.

Висновки

Вивчення причин, закономірностей формування та клінічної структури депресій при АЗ дозволило науково обґрунтувати принципи лікувально-діагностичної допомоги цим хворим. Виявлення у них біологічних, психологічних та соціальних чинників ризику появи ДР при АЗ у їх взаємозв'язку дозволяє побудувати терапію, яка передбачає поєднання психофармакотерапевтичних та психотерапевтичних впливів.

Стратегія лікування таких хворих повинна бути комплексною, поетапною, безперервною та тривалою, із використанням індивідуальних програм різної інтенсивності, спрямованих на відновлення психічного, соматичного, сімейного та соціального статусу пацієнта.

Список використаної літератури

1. Наркологія. Психічні та поведінкові розлади, спричинені психоактивними речовинами / О. К. Напрєєнко, Л. В. Животовська, Н. Ю. Петрина, Л. В. Рахман; за ред. О. К. Напрєєнка. – К.: Здоров'я, 2011. – 208 с.
2. Нециркулярні депресії: монографія / О. К. Напрєєнко, К. М. Логановський, О. Г. Суропятов; за ред. проф. О. К. Напрєєнка. – К.: Софія-А, 2013. – 624 с.
3. Сайков Д. В. Алкогольная депрессия: монография / Д. В. Сайков, И. К. Сосин. – Харьков: Коллегиум, 2004. – 336 с.
4. Скрипніков А. М. Наркологія: навчальний посібник / А. М. Скрипніков, О. К. Напрєєнко, Г. Т. Сонник. – Тернопіль: ТДМУ «Укрмедкнига», 2008. – 360 с.
5. Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence / M. Berking, M. Margraf, D. Ebert [et al.] // J. Consult. Clin. Psychol. – 2011. – Vol. 79 (3). P. 307–318.
6. Diagnosis, assessment, and management of harmful drinking and alcohol dependence: summary of NICE guidance / Pilling S., Yusufu-Udechuku A., Taylor C., Drummond C.; Guideline Development Group // BMJ. – 2011. – Vol. 342. – P. 700.
7. Initial depression and subsequent drinking during alcoholism treatment / K. R. Conner, S. Sorensen, K. E. Leonard // J. Stud. Alcohol Drugs. – 2005. – Vol. 66 (3). – P. 401–406.

ПРОИСХОЖДЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Н.Ю. Напрєєнко

Обследовано 160 больных алкоголизмом с симптомами депрессии. Изучена взаимосвязь синдрома алкогольной зависимости и депрессивных расстройств, установлено, что по происхождению такие депрессии можно разделить на психогенные (66,3% пациентов), эндогенные (11,3%), органические (цереброорганические и соматогенные – 22,4%) и смешанные. Определены следующие клинические варианты депрессивного состояния: 1) депрессивно-ипохондрическое – у 42,5% больных; 2) астено-депрессивное – у 20,6%; 3) тревожно-депрессивное – у 19,4%; 4) депрессивно-дисфорическое – у 8,8%; 5) депрессивно-апатическое – у 4,35%; 6) простое – у 4,35% пациентов. Показано, что депрессия у большинства из этих пациентов провоцирует рецидивы алкоголизации, снижает качество и длительность ремиссии и ухудшает сомато-неврологическое и социальное состояние больных. Разработана комплексная система диагностики и лечения, которая должна оценивать и корректировать составляющие «порочного круга» (психическую, соматическую и социальную), свойственные таким пациентам. Эта программа помощи учитывает установленные в процессе исследования механизмы развития депрессии, её клинические варианты, клинические и динамические характеристики зависимого поведения, характерологические особенности пациента, имеющиеся соматические и неврологические отклонения и ситуацию в его микроокружении.

Ключевые слова: алкоголизм, депрессии, их взаимосвязь, происхождение депрессий, их клинические варианты, терапия.

THE ORIGIN, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF DEPRESSION AT ALCOHOL DEPENDENCE

N. Napryeyenko

160 alcoholic patients with symptoms of depression were examined. The correlation of alcohol dependence syndrome and depressive disorders has been studied. Established, that the origin of such depression can be divided into psychogenic (66,3% patients), endogenous (11,3%), organic (cerebral-organic and somatogenic – 22,4%) and mixed. They identified the following clinical variants of depression: 1) depressive-hypochondriac – in 42,5% of patients; 2) asthenic-depressive – at 20,6%; 3) anxiety-depressive – in 19,4%; 4) depressive-dysphoric – 8,8%; 5) depressive-apathic – at 4,35%; 6) simple – in 4,35% of patients. It is shown that depression in the majority of these patients relapse provokes alcoholization, reduces the quality and duration of remission and worsens somatic-neurological and social status of patients. Designed the complex system of diagnostics and treatment must assess and correct components of the "vicious circle" (mental, physical and social), specific to such patients. This program will allow identified during the study the mechanisms of depression, clinical variants of the latter, clinical and dynamic characteristics of dependent behavior, characterologic traits of the patients, the existing physical and neurological deviations and the situation in its microenvironment.

Key words: alcoholism, depression, their interdependence, the origin of depression, their clinical variants, therapy.

ТЕЗИ

О.О. Літвінов

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА СОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПРИ ПЕРВАЗИВНИХ ПОРУШЕННЯХ РОЗВИТКУ У ПОВНОЛІТНІХ. ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ ІЗ ШИЗОФРЕНІЄЮ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ
centaurus999@ukr.net

Первазивні порушення розвитку (ППР) та шизофренія належать до найпоширеніших інвалідизуючих захворювань. Лікарі допускають помилки при проведенні диференційної діагностики дітей та повнолітніх пацієнтів із вказаною патологією.

На ранніх етапах діагностики розмежування шизофренії та ППР ускладнюється наявністю у багатьох дітей специфічних порушень сенсомоторного розвитку, мовлення та соціокогнітивного дефіциту, які на поведінковому рівні є психопатологічними особливостями обох розладів. Розлади спектра шизофренії (РСШ) та ППР схожі також на морфологічному рівні. Однак це окремі нозологічні групи, які мають свій особливий діапазон адаптивних можливостей.

Матеріали та методи дослідження. Рандомізовано 65 пацієнтів у віці 18 – 30 років. Рандомізація хворих відбувалася за належністю до нозологічних груп ППР та шизофренії, які маніфестували та були діагностовані в дитинстві або у підлітковому віці. 37 пацієнтів належали до групи ППР, 31 – до групи шизофренії.

Проводили анамнестичне та клініко-динамічне обстеження пацієнтів у групах порівняння. Для формалізованої структурованої оцінки використовували напівструктуроване діагностичне інтерв'ю аутизму (ADI – R), шкалу позитивних та негативних симптомів (PANSS). Для оцінки інтелекту використовували тест Векслера (WAIS).

Результати та їх обговорення. 41,2% хворих з ППР мали ознаки стійкої соціальної дезадаптації, потребували постійного стороннього нагляду та догляду; 38,2% хворих були частково здатні до самообслуговування; 20,6% хворих мали порівняно високий рівень адаптивної поведінки та були спроможні вести самостійне життя з соціальною підтримкою. Пацієнти з коморбідною розумовою відсталістю мали гірші адаптивні можливості, порівняно з тими, чий IQ був у межах норми.

Соціальна адаптація була гіршою в старшому віці, ніж у більш молодшому, хоча загальна тяжкість проявів аутизму знижувалась із дорослішанням хворих.

Наявність супутньої патології (депресія, тривога, епілепсія) корелювала з тяжкістю клінічних проявів ППР.

При оцінці за PANSS когорта ППР домінувала над групою порівняння за показником комунікативного дефіциту, інші показники наближались до таких у здорового населення.

За ADI-R спостерігалось істотне переважання групи ППР над групою шизофренії в мовному порушенні, та, особливо, у домені поведінки, при майже однаковому рівні соціалізації.

Висновки. Отримані результати свідчать про необхідність застосування диференційованих стратегій діагностики, лікування та медико-соціальної реабілітації повнолітніх хворих з ендегенно-процесуальними та первазивними розладами.