

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Науково-практичний журнал
Том 21, № 3-4 (82-83) 2015

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

Головний редактор І.Я. Пінчук
Заступник головного редактора О.О. Хаустова
Випусковий редактор Д.В. Мотрук
Відповідальний секретар І.Ф. Здорик



Редакційна колегія

Абдяхімова Ц.Б., Булахова Л.А., Марценковський І.А., Олійник О.П., Осуховська О.С., Пішель В.Я., Полив'яна М.Ю., Полшкова С.Г., Ревенко О.А., Степанова Н.М., Суховій О.О. Табачников С.І., Харченко Є.М., 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. Івнев (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. Напреєнко (Україна), М.М. Пустовойт (Україна), Н.Г. Пшук (Україна), П. Ринков (Білорусь), Р. ван Ворен (Нідерланди), Н. Скокаускас (Норвегія), О.Ю. Табачников (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.

Адреса редакції

Україна, 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103
Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України
Тел./факс: (044) 503-87-86
e-mail: ifzdoryk@gmail.com, www.undisspn.org.ua

Видавець

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

Адреса видавця

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

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

Затверджено до друку Вченою радою УкрНДІ ССПН МОЗ України (протокол засідання №9 від 18.11.2015).
Здано до друку 22.12.2015 р. Підп. до друку 18.12.2015 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. № 343.
Надруковано ТОВ «Джулія принт», 03057, м. Київ, вул. Довженка, 3

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

ЗМІСТ

ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

<i>С.І. Табачников, О.С. Осуховська, Є.М. Харченко, О.В. Кюсева, Я.В. Орловська, Т.В. Синицька, А.М. Чепурна</i> СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА ТА КЛІНІКО- ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН, КОМОРБІДНОГО З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ, В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ В УКРАЇНІ	3
--	---

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

<i>І.Я. Пінчук, І.Ф. Здорик</i> ПАРЛАМЕНТСЬКІ СЛУХАННЯ НА ТЕМУ: «ПРО РЕФОРМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ»	7
ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ЗМІН ДО ЗАКОНОДАВЧИХ АКТІВ ЩОДО НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ	10
<i>О.С. Чабан, Л.Н. Юр'єва, Е.А. Хаустова, А.Й. Мамчур, А.Е. Николенко, О.Н. Барна</i> СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДЕПРЕССИЕЙ: ИТОГИ ПЕРВОГО ГОДА ВНЕДРЕНИЯ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОТОКОЛА	25

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

<i>Т.Ю. Ільницька</i> АРТ-ТЕРАПІЯ ЯК ЕФЕКТИВНИЙ МЕТОД РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПСИХІКИ	30
--	----

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

<i>О.О. Літвінов</i> РОЗЛАДИ АУТИЧНОГО СПЕКТРА ТА ЕНДОГЕННО- ПРОЦЕСУАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ: ТІЛЬКИ ФАКТИ.	34
<i>Б.А. Лобасюк, М.І. Боделан, В.В. Мартинюк, К.В. Аймедов</i> СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОГЕНЕЗА ПРИ СЧЕТЕ В УМЕ	41

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

<i>М.А. Матусова, И.А. Марценковский</i> РЕГУЛЯЦИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЕ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ СПЕКТРА АУТИЗМА ПОД ВЛИЯНИЕМ ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ	46
ДАЙДЖЕСТ	51

CONTENTS

PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC ASSISTANCE TO MILITARY MEN AND CIVILIANS DURING WARTIME

<i>S. Tabachnikov, O. Osuhovska, E. Kharchenko, O. Kiosyeva, Y. Orlovskaya, T. Synitska, A. Chepurna</i> SOCIO-DEMOGRAPHIC AND CLINICAL- PSYCHOPATHOLOGICAL DESCRIPTION OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES USE COMORBIDITY WITH POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN COMBATANTS IN THE ANTITERRORIST OPERATION IN UKRAINE	3
--	---

ORGANIZATION OF MENTAL HEALTH SERVICES

<i>I.Ya. Pinchuk, I.F. Zdoryk</i> PARLIAMENTARY HEARINGS ON «HEALTH CARE REFORM IN UKRAINE»	7
PROPOSALS FOR CHANGES TO LEGISLATIVE ACTS ON PSYCHIATRIC CARE	10
<i>O.S. Chaban, L.N. Yur'yeva, E.A. Khaustova, A.Y. Mamchur, A.Y. Nikolenko, O.N. Barna</i> MODERN REALITIES OF MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH DEPRESSION: RESULTS OF THE FIRST YEAR OF IMPLEMENTATION OF THE NATIONAL PROTOCOL	25

SOCIAL PSYCHIATRY

<i>T.Yu. Ilnytska</i> ART THERAPY AS AN EFFECTIVE METHOD OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH MENTAL DISEASES ...	30
---	----

CLINICAL PSYCHIATRY

<i>A. Litvinov</i> AUTISM SPECTRUM DISORDERS AND ENDOGENOUS PROCEDURAL PATHOLOGY: JUST THE FACTS	34
<i>B.A. Lobasyuk, M.I. Bodelan, V.V. Martynyuk, K.V. Aymedov</i> SYSTEM ANALYSIS IN ELECTROGENESIS AT DOING MENTAL ARITHMETIC	41

CHILD'S PSYCHIATRY

<i>M. Matusova, I. Martenkovsky</i> REGULATION OF HEART RATE AND CHANGES IN ELECTROENCEPHALOGRAPH IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS UNDER INFLUENCE OF EXTERNAL FACTORS	46
DIGEST	51

ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

УДК 616.89.05-007-616.89-53/46.037

С.І. Табачников, О.С. Осуховська, Є.М. Харченко,
О.В. Кіосєва, Я.В. Орловська, Т.В. Синіцька, А.М. Чепурна
СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА ТА КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА
ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН, КОМОРБІДНОГО
З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ,
В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ В УКРАЇНІ

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

tabak2007@meta.ua

Ключові слова:

учасники бойових
дій, комбатанти,
посттравматичний
стресовий розлад,
психоактивні речовини.

У статті представлений аналіз наукових даних щодо поширеності вживання психоактивних речовин, зокрема алкоголю та тютюну, серед учасників бойових дій, які страждають на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Уперше наведені дані щодо досліджуваної патології у бійців антитерористичної операції в Україні. Зроблено висновок, згідно з яким проблема вживання алкоголю, коморбідна з посттравматичним стресовим розладом у комбатантів, є комплексною та визначає необхідність подальшого її вивчення.

Актуальність теми. Поширеність посттравматичних стресових розладів (ПТСР) не має чітко детермінованих епідеміологічних показників, що обумовлено варіабельністю в різних досліджуваних групах осіб. З'ясовано, що 1% населення впродовж життя переносять ПТСР, а після тяжких психічних травм (наприклад, участь у військових діях) – 15,0% [2]. Згідно з зарубіжними даними, поширеність ПТСР коливається від 3,6% серед звичайних людей до 75,0% серед тих, хто пережив екстремальні події [23]. Вибіркові клінічні роботи визначають рівень цієї патології у ветеранів локальних війн на рівні 27,6% [18], у ветеранів короткострокових військових конфліктів – 35,1% [4], у біженців з «гарячих точок» – 2,13% [11], у учасників ліквідації аварії в Чорнобильській АЕС – 15%. Тяжкі психотравми переживають 15,0% населення, при цьому ПТСР розвивається у 3–6% осіб, тобто у кожній п'ятій людині, яка пережила психічну травму.

На сучасному етапі лікарі-психіатри звертають увагу на поєднання ПТСР та інших психічних патологій [22]. До найчастіших коморбідних патологій при ПТСР відносять депресії, розлади поведінки і залежні стани (алкогольна, тютюнова, наркотична залежність), причому у чоловіків алкоголізм посідає перше місце [8].

За даними ВООЗ (1997), у світі налічується близько 120 млн хворих на алкоголізм, 10% чоловічого населення і 3–5% жіночого зловживають алкоголем. Для формування алкогольної залежності на тлі ПТСР існує достатньо передумов. Відомо, що фармакологічні властивості етанолу обумовлюють його виражену антидепресивну, анкіолітичну, психостимулювальну дію, що дозволяє купірувати симптоми ПТСР і призводить до зловживання цим психостимулятором. Взаємозв'язок ПТСР та

алкогольної, наркотичної залежності підтверджується даними епідеміологічних досліджень дорослих у США, які брали участь в бойових діях. Серед осіб, які страждають на ПТСР, алкоголізм виявляють набагато частіше (від 21,6 до 43%), ніж у випадках відсутності ПТСР – від 8,1 до 24,7% [5].

Велику увагу дослідники приділяють коморбідності алкоголізму з іншою психічною патологією. Випадки «вторинного» алкоголізму досить поширені серед хворих і погано піддаються лікуванню без корекції першого захворювання. Однією з найважливіших причин розвитку алкогольної залежності є переживання тяжкої психологічної травми [7].

На сьогодні алкоголізм розглядають з позиції мультифакторного походження. Виникнення і тяжкість цієї патології визначаються генетичною схильністю і впливом соціальних факторів [12]. Переважання в психіатрії уявлення про формування так званої «передалкогольної» особистості втрачає свою актуальність, варто говорити скоріше про те, що потенціал зростання ролі цих аномалій [1].

За останні десятиліття було показано, що клініка і динаміка наркологічних захворювань, швидкість формування і тяжкість дефіцитарних розладів тісно пов'язані з преморбідними конституціональними особливостями хворих [13–16, 19]. У деяких наукових роботах представлено, що алкоголізм більш сприятливо перебігає у осіб зі стеничними рисами характеру в преморбідному періоді і набагато злякисніше – у хворих із істерозбудливими, тобто саме цей контингент є живильним середовищем для асоціальних верств суспільства [4, 17]. Проміжне становище займають хворі з астенічними рисами характеру. Крім того, при «вторинному» алкоголізмі відома

дисоціація між вираженістю клінічних його проявів та відносним соціальним збереженням. Таким чином, на сьогодні доцільно вивчати роль особистості в патогенезі залежностей від ПАР. Значну увагу лікарів-психіатрів до ролі характерологічних рис у розвитку алкоголізму привертає актуальне питання про вплив особистісних характеристик на виникнення, форму і перебіг психогенних реакцій, ПТСР і вторинного алкоголізму.

У літературі представлено обсяг даних про взаємозв'язок характеру психічної травми і перебігу алкоголізму, що розвинувся на її фоні. Особлива увага дослідників приділяється хворим, у яких ПТСР є наслідком участі у військових діях. Так, у колишніх комбатантів алкоголізм відрізняється високим темпом прогресивності та толерантністю до алкоголю, швидким формуванням змінених форм сп'яніння з експлозивністю і брутальністю, частими алкогольними амнезіями, більш вираженими соціальними та соматичними наслідками хвороби [3]. Відомо, що ПТСР можуть викликати будь-які стресові фактори, необов'язково екстремального характеру. На сьогодні досліджень, присвячених особливостям алкоголізму в поєднанні з ПТСР, розвиненим внаслідок різних психотравматичних чинників, з урахуванням впливу преморбідних рис особистості, практично немає.

Актуальність вивчення алкогольної залежності, що формується у бійців з ознаками ПТСР, обумовлена високою поширеністю даної патології. У осіб, які страждають на ПТСР, у 2–3 рази частіше зустрічаються різні форми залежності від ПАР, порівняно з цивільною популяцією. Майже у 75% ветеранів бойових дій з ПТСР впродовж життя відзначають симптоми, які дозволяють діагностувати психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю [21]. За результатами досліджень ряду авторів відомо, що у 62–91% хворих з ПТСР є діагностичні критерії хоча б ще одного захворювання (за DSM-4), а у 35% виявлено два захворювання (за DSM-4), окрім ПТСР [10].

Подолання індивідом психотравматичних стресорів бойової обстановки залежить не тільки від успішності переробки травматичного досвіду, але й від взаємодії трьох чинників: характеру психотравматичних подій, індивідуальних характеристик ветеранів та особливостей умов, в які ветеран потрапляє після повернення з війни [6, 9].

Враховуючи частоту локальних війн у всьому світі, високі цифри поширеності ПТСР серед бійців АТО і ситуацію в Україні, можна зробити висновок про те, що масштаби наркологічної патології, коморбідної з ПТСР, значні. Разом з тим, особливості формування та закономірності перебігу залежності від алкоголю вивчені недостатньо, що додатково підкреслює високу її актуальність.

Матеріали та методи дослідження

Впродовж 2015 р. нами проведено дослідження поширеності та особливостей вживання ПАР серед учасників бойових дій, які страждали на ПТСР.

Для вивчення соціально-демографічних, клініко-психопатологічних особливостей осіб з ПТСР, які вживають ПАР, застосовували розроблену нами уніфіковану карту обстеження, яка двічі була трансформована для більш чутливого та адекватного відображення стану

респондентів і забезпечення експрес-направленості. До використаних нами методик дослідження входили AUDIT-подібні тести (І.В. Лінський та О.І. Мінко), за допомогою яких ми вивчали адиктивний статус досліджуваних, і Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) для визначення психоемоційної сфери у бійців АТО.

Дослідження проводили анонімно, за умови інформованої згоди, в декілька етапів. На першому етапі, з урахуванням критеріїв включення та виключення, формували групи обстежених з ПТСР, а на другому – бійців з ПТСР досліджували на предмет вживання ПАР та, відповідно, визначали мішені лікувального впливу.

Результати та їх обговорення

У 2015 р. в Обласній психіатричній лікарні, військовому шпиталі та шпиталі для інвалідів війни у м. Миколаєві ми обстежили 112 респондентів чоловічої статі, учасників АТО, серед яких 54 особи з наявністю ПТСР. Віковий діапазон респондентів був досить різномірний (від 22 до 58 років) з основною поширеністю 30–40 років; одружених було 60,0%, неодружених – 28,6%; розлучених – 11,4%. Опитувані у 90,0% випадків відмічали задовільні стосунки у родині, а також матеріально-побутові умови (85,7%). Середню спеціальну освіту мали 51,4% бійців, 25,7% – повну середню, 2,9% – неповну вищу. Наявність в анамнезі травми головного мозку відмітили 17,1% респондентів. Найбільший процент опитаних почали вживати ПАР у 18 (20,7%) та 16 років (17,2%). При цьому ми отримали наступні результати. Вживання алкогольмісних речовин спостерігали у 100,0% респондентів, тютюну – у 94,5%, канабіноїдів – у 27,8%. Вживання опіоїдів та психостимуляторів не виявлено.

У ході вивчення даних розподілу обстежених за віком початку тютюнопаління, вживання алкогольних напоїв або наркотичних речовин було отримано наступні показники, які відображено на рисунку 1.

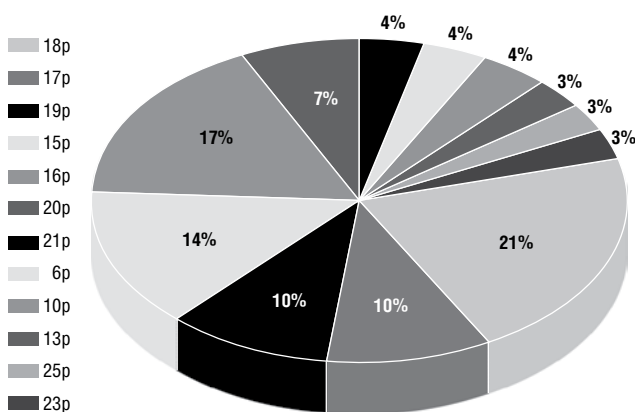


Рис. 1. Вік обстежених на початок вживання ПАР (тютюнопаління, вживання алкогольних напоїв або наркотичних речовин)

Виявлено, що 20,7% респондентів почали вживати ПАР у віці у 18 років, 17,2% – у 16 і 13,8% – у 15-річному віці. 3,4% респондентів, почали вживати ПАР у 6, 10, 13, 21, 23 та 25 років.

При вивченні показників клініко-діагностичного розділу встановлена спадковість, яка ускладнена по лінії батька, матері, близьких родичів по невротичних станах – у 10,7%, алкогольній залежності – у 20,7% та наркотичній

залежності – у 6,7%. Спадковість за психічними розладами судинного генезу спостерігали у 5,4% респондентів.

Таблиця 1. Результати дослідження вживання алкоголю бійцями з ПТСР за допомогою тесту ALCOGOL – AUDIT

Ступінь вживання алкоголю, n=54	% респондентів	Кількість осіб
Ступінь А	5,5	3
Ступінь В	57,4	31
Ступінь С	31,7	17
Ступінь D	5,6	3

Примітки: 1. Ступінь А (1–7 балів) – відносно безпечне вживання алкоголю. 2. Ступінь В (8–15 балів) – небезпечне вживання алкоголю. 3. Ступінь С (16–20 балів) – вживання алкоголю зі шкідливими наслідками. 4. Ступінь D (>20 балів) – залежні стани.

Аналізуючи результати за тестом ALCOGOL-AUDIT ми виявили, що всі 54 бійці з ПТСР вживали алкоголь: ступінь А виявлено у 5,5% (3 особи) проаналізованих респондентів, що свідчить про відносно безпечне вживання алкоголю; ступінь В мали 57,4% (31 чоловік), що говорить про небезпечне вживання алкоголю; ступінь С виявлено у 31,7% (17 пацієнтів), що дало нам змогу сказати про наявність вживання алкоголю зі шкідливими наслідками; ступінь D – залежні стани спостерігались у 5,6% (3 особи) опитуваних. Таким чином, більше половини досліджуваних відповідали 2 ступеню – 54,7% (небезпечне вживання алкоголю) і 3 ступеню – 31,7% (вживання алкоголю зі шкідливими наслідками).

Щодо вегетативних та психосоматичних розладів виявлено наступне – розлади сну відмічали 29 чоловік (55,4%), лабільність пульсу відчували 11 пацієнтів (19,4%). Іншими симптомами були: підвищений АТ у 12 респондентів (21,6%), знижений АТ у 7 (13,5%). До вегетативних реакцій було віднесено наявність вегетосудинної дистонії у 11 опитуваних (19,4%), лабільність вазомоторів у 7 пацієнтів (13,5%) та гіпергідроз у 15 респондентів (27,1%). У своїх відповідях 10 чоловік скаржилися на ортостатичні порушення (18,9%); кардіалгії, дизаритмії спостерігалися у 15 респондентів (27,1%). Також відмічалася зміна з боку травного тракту – на зниження апетиту скаржилися 12 респондентів (21,6%), підвищення апетиту відмічали 20 опитуваних (37,8%), а диспепсичні розлади спостерігались лише у 2 пацієнтів (2,8%). До розладів сечової системи було віднесено дизуричні розлади у 2 респондентів (2,8%).

Додатково вивчали поєднане вживання ПАР (алкоголь, тютюн та канабіноїди) особами з проявами ПТСР. При цьому отримані наступні результати (табл. 2).

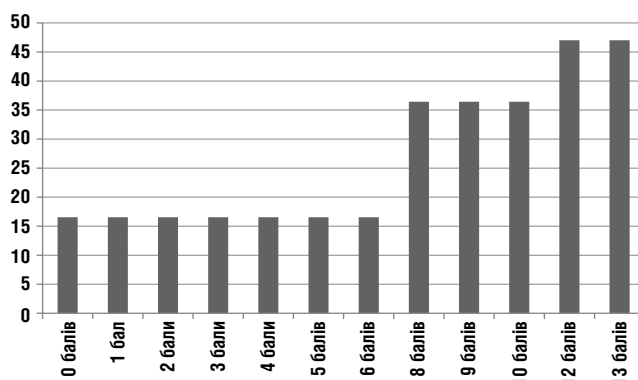
Таблиця 2. Результати дослідження поєданого вживання ПАР (алкоголь, тютюн та канабіноїди) особами з ПТСР

Ступінь вживання алкоголю, n=54	% респондентів	Кількість осіб
Ступінь А	10,7	9
Ступінь В	46,3	25
Ступінь С	31,4	17
Ступінь D	5,6	3

Стосовно поєданого вживання ПАР серед досліджуваних були отримані наступні показники: ступеню А відповідало 10,7% обстежених, а саме 9 осіб, що свідчить про незначну кількість респондентів, які відносно безпечно вживали ПАР; 46,3% – 25 опитуваних – мали ступінь В, що говорить про небезпечне вживання ПАР; ступінь С

виявлено у 31,4% (17 пацієнтів), що свідчить про наявність вживання ПАР зі шкідливими наслідками, та ступінь D спостерігали у 5,6% осіб. Тобто майже половина респондентів зі змішаними формами вживання ПАР та проявами ПТСР (46,3%) належать до групи небезпечно-го вживання ПАР; 31,4% вживали ПАР зі шкідливими наслідками. Слід зазначити, що частіше спостерігали поєднане вживання алкогольовмісних речовин з тютюнопалінням, значно рідше – алкоголю з канабіноїдами.

При подальшому розгляді ми провели аналіз наявності рівня тривоги та депресії у досліджуваних осіб за допомогою методики HADS (рис. 2).

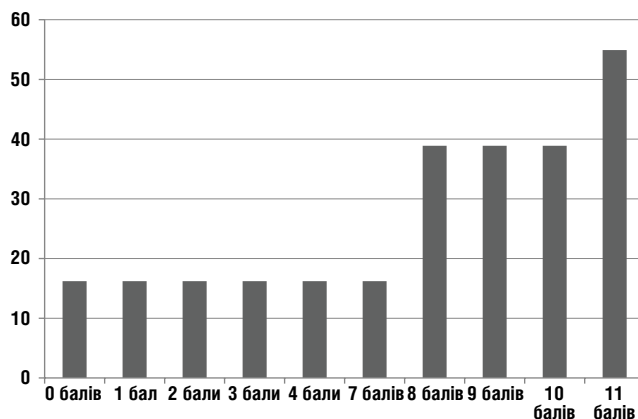


Примітки: 1. 0–7 балів – показник норми; 2. 8–10 балів – субклінічно виражена тривога; 3. 11–13 балів – клінічно виражена тривога.

Рис. 2. Показники тривоги, визначені за методикою HADS у респондентів з ПТСР, які вживають ПАР

За Госпітальною шкалою тривоги та депресії 16,5% опитуваних отримали від 0 до 6 балів (показник норми), 8–10 балів мали 36,4% респондентів, що вказує на субклінічно виражену тривогу, а 12 і 13 балів, тобто показник клінічно вираженої тривоги, отримали 47,1% опитуваних. Тобто можна зробити висновок, що майже половина респондентів (47,1%) знаходиться у тривожному стані, перебуваючи у зоні бойових дій та після них.

Вивчаючи структуру розвитку депресії у респондентів із ПТСР та вживанням ПАР ми отримали наступні результати: найбільший відсоток пацієнтів (54,9%) мали клінічно виражену депресію, 38,9% респондентів набрали 8–10 балів, що свідчить про наявність субклінічно вираженої депресії та 16,2% отримали показники, які свідчать про відсутність симптоматики депресії (рис. 3).



Примітки: 1. 0–7 балів – показник норми; 2. 8–10 балів – субклінічно виражена депресія; 3. 11–13 балів – клінічно виражена депресія.

Рис. 3. Показники депресії, визначені за методикою HADS у осіб із ПТСР, які вживають ПАР

З отриманих результатів можна зробити висновок, що у 54,9% опитуваних мали місце виражені ознаки депресивного стану, що, в свою чергу, підтверджує наявність симптомів ПТСР.

Висновки

Коморбідне з ПТСР вживання алкоголю або інших ПАР детермінує формування небезпечних адиктивних розладів більш ніж у половини респондентів. При цьому комбіноване вживання ПАР зі шкідливими наслідками (алкоголь, тютюн, канабіноїди) також діагностовано майже у половини бійців. У сукупності з отриманими результатами щодо віку, в якому опитувані почали вживати ПАР (15–18 років), отримані дані можуть свідчити про адиктивну спрямованість розвитку особистості, зріст якої був потенційований психотравмівною ситуацією.

Посттравматичний стресовий розлад, відображаючи стан адаптаційно-особистісної складової в некомпенсованому стані у бійців АТО, має значну поширеність, уражаючи практично половину досліджуваних комбатантів.

Субклінічно та клінічно виражена депресія і тривога, внаслідок вегетативних порушень, у більшості бійців свідчить про значно виражене напруження психофізіологічних процесів у стані декомпенсації.

Вживання ПАР у учасників бойових дій з ПТСР є мало-вивченим та таким, що вкрай потребує подальшої розробки.

Список використаної літератури

1. Арзуманов Ю. Л. Психофизиологические основы алкоголизма и наркоманий / Ю. Л. Арзуманов. – М.: Изд. «Гайнуллин», 2001. – С. 57–75; 115–155.
2. Злоупотребление психоактивными веществами (клинический и правовой аспекты) / Т. Б. Дмитриева, А. Л. Игонин, Т. В. Клименко [и др.]. – М.: МНЦ «Инфо-коррекция», 2003. – 316 с.
3. Иванец Н. Н. Блокаторы опиатных рецепторов в терапии алкогольной зависимости / Н. Н. Иванец, И. П. Анохина, М. А. Винникова // Вопросы наркологии. – 2002. – № 5. – С. 8–17.
4. Иванец Н. Н. Руководство по наркологии / Н. Н. Иванец. – М.: Медпрактика, 2000. – Т. 2. – 504 с.

5. Код доцмyna: <http://monash.edu/research/people/profiles/profile.html?sid=288&pid=26398>
6. Код доцмyna: <http://www.cancer.gov/about-cancer/coping/survivorship/new-normal/ptsd-hp-pdq>
7. Код доцмyna: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2169512/>
8. Код доцмyna: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4380540/>
9. Код доцмyna: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10761675>
10. Код доцмyna: <http://www.ptsd.va.gov/professional/research-bio/research/vietnam-vets-study.asp>
11. Краснянский А. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов войны в Афганистане / А. Краснянский, П. В. Морозов : Съезд психиатров : тез. докл. – М., 1995.
12. Мусиенко Г. А. Некоторые особенности алкогольной зависимости, протекающей на фоне посттравматических стрессовых расстройств / Г. А. Мусиенко, А. В. Бараненко // Новости харьковской психиатрии. – Харьков, 2003.
13. Небаракова Т. П. Клиника и лечение хронического алкоголизма у лиц с преморбидными чертами характера астенического круга : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук / Т. П. Небаракова. – М., 1977. – 16 с.
14. Новиков Е. М. Алкоголизм и гипоталамо-надпочечниковая система / Е. М. Новиков. – М.: Антидор, 2001. – 290 с.
15. Новиков Е. М. Клиника и лечение хронического алкоголизма у лиц с преморбидными характерологическими чертами истерического круга (клиника и терапия) : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук / Е. М. Новиков. – М., 1977.
16. Павлов И. С. Комплексная психотерапия больных хроническим алкоголизмом в зависимости от личностных особенностей : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук / И. С. Павлов. – М., 1978. – 16 с.
17. Пивень Б. Н. Смешанные формы психических заболеваний / Б. Н. Пивень, И. И. Шереметева. – Новосибирск : Наука, 2003. – 125 с.
18. Позраничные нервно-психические нарушения у ветеранов войны в Афганистане (посттравматические стрессовые нарушения) : методические рекомендации / Б. Д. Цыганков, А. И. Белкин, В. А. Вяткина [и др.]. – М., 1992. – 16 с.
19. Пятницкая Н. Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма / Н. Н. Пятницкая. – М.: Медицина, 1988. – 288 с.
20. Смирнов А. В. Отдаленные последствия воздействия экстраординарных стрессовых событий у ветеранов войны в Афганистане и членов семей погибших : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. наук / А. В. Смирнов. – СПб., 1997. – 19 с.
21. Смирнова Л. В. Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих (клиника, коморбидные состояния, факторы риска, терапия) : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук / Л. В. Смирнова. – Томск, 2003. – 26 с.
22. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб.: Путь, 2001.
23. Substance Use Disorders in Patients With Posttraumatic Stress Disorder: A Review of the Literature / K. Leslie, M. D. Jacobsen, M. Steven [et al.] // American Journal of Psychiatry. – 2001. – № 158. – P. 1184–1190.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, КОМОРБИДНОГО С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАСТРОЙСТВОМ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ АНТИТЕРРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ В УКРАИНЕ

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

В статье представлен анализ научных данных о распространенности употребления психоактивных веществ, в частности алкоголя и табакокурения, среди участников боевых действий, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством. Впервые приведены данные относительно исследуемой патологии у бойцов антитеррористической операции в Украине. Сделан вывод, согласно которому проблема употребления алкоголя, никотина и каннабиноидов коморбидно с ПТСР у комбатантов является комплексной и определяет необходимость дальнейшего изучения.

Ключевые слова: участники боевых действий, комбатанты, посттравматическое стрессовое расстройство, психоактивные вещества.

SOCIO-DEMOGRAPHIC AND CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL DESCRIPTION OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES USE COMORBIDITY WITH POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN COMBATANTS IN THE ANTITERRORIST OPERATION IN UKRAINE

S. Tabachnikov, O. Osuhovska, E. Kharchenko, O. Kiosyeva, Y. Orlovskaya, T. Synitska, A. Chepurina

The article presents an analysis of scientific data regarding the prevalence of psychoactive substance use, including alcohol and tobacco among the combatants who suffer from posttraumatic stress disorder (PTSD). These first data studied pathology fighters antiterrorist operation in Ukraine. The conclusion, according to which the problem of alcohol consumption comorbid with PTSD in combatants is a complex and determine the need for further study it.

Key words: combatants, posttraumatic stress disorder, psychoactive substance.

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

УДК 342.951:351.77

І.Я. Пінчук, І.Ф. Здорик

ПАРЛАМЕНТСЬКІ СЛУХАННЯ НА ТЕМУ: «ПРО РЕФОРМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ»

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



16 грудня 2015 р. у Верховній Раді України відбулися парламентські слухання на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні». Ключовими темами для обговорення стали реформування системи охорони здоров'я в Україні, його бачення та існуючі проблеми у цій галузі. Захід зібрав широке коло учасників, серед яких народні депутати, представники Адміністрації Президента, Уряду, МОЗ, обласних державних адміністрацій та обласних рад, керівники департаментів охорони здоров'я та профільних комісій обласних рад, головні лікарі обласних лікарень, члени громадських та волонтерських організацій, профільних міжнародних організацій, науковці та експерти. Серед більш ніж 40 доповідачів були представники законодавчої та виконавчої гілок влади, професійних об'єднань, організацій з захисту прав та інтересів пацієнтів, експерти, науковці та лікарі [5].

Відкриваючи слухання, перший заступник Голови Верховної Ради України А.В. Парубій зазначив: «Нам доводиться проводити реформи майже у всіх сферах суспільного життя. Така доля нашої держави, що нам доводиться одночасно і вести війну на Сході, і реформувати всі сфери: від судової до реформи силових структур, антикорупційні реформи. Але однією з найважливіших для простої людини, для громадянина України, є реформа охорони здоров'я». Головуючий також підкреслив, що без загального плану, без загальної цілі дуже складно робити етапні спеціалізовані реформи та закликав не лише до озвучення проблем у медичній галузі, а й до надання пропозицій до концепції, стратегії та загального бачення такої важливої реформи [1, 5, 6, 8].

Доповідь Міністра охорони здоров'я О. Квіташвілі була присвячена досягненням у галузі охорони здоров'я за минулий рік та визначенню основних пріоритетів, серед яких покращення ефективності медичних послуг, орієнтованих на потреби пацієнта; збереження та зміцнення системи громадського здоров'я; перевага профілактичного напрямку діяльності галузі охорони здоров'я; зниження показників захворюваності, інвалідності та смертності населення; підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги; запровадження ефективних організаційно-правових та фінансово-економічних механізмів; підвищення соціальної справедливості й захисту прав громадян на охорону здоров'я. Окремо міністр звернув увагу на необхідність прийняття найближчим часом нормативно-правової бази для створення прозорих правил на фармацевтичному ринку, надання автономії медичним закладам, запуску гарантованого пакета медичних послуг [3, 5, 6, 8].

Учасники парламентських слухань у своїх виступах зазначали, що збереження здоров'я як важливої складової людського капіталу є безумовним пріоритетом державної політики. Проте хоча Конституцією України здоров'я людини визначено найвищою соціальною цінністю, а стаття 49 Основного Закону регламентує цілу низку важливих державних гарантій, спрямованих на забезпечення захисту та зміцнення здоров'я українських громадян, реальний стан системи охорони здоров'я України впродовж двох останніх десятиліть є незадовільним. Згідно з результатами соціологічних опитувань, до 87 відсотків громадян України незадоволені роботою вітчизняної медичної галузі.

Голова Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я Ольга Богомолець ознайомила усіх присутніх із проектом Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я європейської якості. В своєму виступі доповідач зупинилась на напрямках реформування медичної сфери, а саме: створенні механізму державних закупівель, затвердженні моделі розрахунку собівартості медичних послуг, створенні та забезпеченні роботою регіональних диспетчерських центрів, стандартизації й маршрутизації системи екстреної медичної допомоги, створенні механізму захисту прав пацієнтів. Важливим аспектом впровадження її основних кроків стане доступність гарантованого рівня медичної допомоги для громадян, створення здорової конкуренції серед лікарів, що в сукупності дозволить повернути довіру пацієнтів до вітчизняного медичного обслуговування та підняти його престиж [2, 5, 6, 8].

Досвід останніх двох років засвідчив, що вітчизняна медична галузь зіткнулася з новими викликами,

пов'язаними з проведенням бойових дій на Сході країни, коли кількість осіб, які потребують медичної допомоги та реабілітації, зростає в рази.

З доповіддю «Психічне здоров'я – важлива складова національної безпеки держави та стабільності суспільства» виступила Директор Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Головний позаштатний спеціаліст зі спеціальності «Психіатрія та Наркологія» д.мед.н. с.н.с. Ірина Яківна Пінчук [6].

«Шановний головуєчий!
Шановні народні депутати!
Шановні присутні!

Актуальність питання охорони психічного здоров'я сьогодні вже не обговорюється. Нам потрібні конкретні кроки, конкретні політичні рішення для створення нового іміджу України, забезпечення національної безпеки нашої держави та стабільності в суспільстві.

Сьогодні з екранів телевізорів, у засобах масової інформації ми чуємо такі слова як божевілля, психічна криза, депресія, ПТСР, шизофренія тощо. Нам, фахівцям, дуже прикро спостерігати таку гіпердіагностику, тим більше з вуст нефахівців. З одного боку, вживання психіатричної термінології в такий спосіб у суспільстві ще більше стигматизує нашу галузь, але, з іншого боку, зрозумілим стає те, що держава починає визнавати важливість питання охорони психічного здоров'я.

Тому сьогодні ми звертаємо увагу на необхідність вирішення двох найголовніших питань. У нас є лише два прохання. Перше – це розгляд в першому читанні змін до Закону України «Про психіатричну допомогу» та друге – створення та затвердження Державної Програми охорони психічного здоров'я населення України.

Проблеми на сьогодні:

- Відсутність державної стратегії в галузі охорони психічного здоров'я;
- Повільне проведення структурної реформи служби, спрямованої на створення соціально-орієнтованої психіатричної допомоги;
- Відсутність комплексного біопсихосоціального підходу до надання допомоги, а саме до розвитку реабілітації, психоосвітніх програм, мультидисциплінарного підходу;
- Недостатня міжсекторальна взаємодія.

Сьогодні Україна прогала в Європейському суді 10 справ, 3 з яких – через невідповідність діючого законодавства Конвенції прав людини і основоположних свобод.

Протягом року фахівці МОЗ України, Мінсоцполітики, МО, профільні асоціації, громадські організації пацієнтів та їхніх родичів, Уповноважений ВР України з прав людини, Уповноважений Президента України з прав дитини неодноразово обговорювали зміни до Закону. Наголошуємо на терміновому розгляді змін до Закону України «Про психіатричну допомогу» в першому читанні [4].

На проблеми української судової психіатрії було звернуто увагу в Комітеті ООН з захисту прав інвалідів у серпні 2015 р. Основною проблемою є централізація надання психіатричної допомоги у вигляді госпіталізації з суворим наглядом та умови її надання, що прирівню-

ються до катування. В листопаді 2015 року відбувся моніторинг Європейськими експертами закладів, де проходить примусове лікування. Заключний звіт буде наданий Україні в січні 2016 року.

Просимо МОЗ дозволити, а Комітет з питань охорони здоров'я та народних депутатів підтримати впровадження в 2–3 пілотних регіонах європейської моделі надання психіатричної допомоги пацієнтам, які скоїли злочин.

В Україні до сьогодні не було офіційної статистики щодо ПТСР. З 2015 р. МОЗ вперше впровадило збір даних про кількість ПТСР взагалі, зокрема у військовослужбовців та дітей. І у березні 2016 р. ми вперше отримаємо дані за 2015 р. Сьогодні на сайті МОЗ України в рубриці «Громадське обговорення» знаходиться Клінічна Настанова та Уніфікований клінічний протокол «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад». Ці документи розроблялися та адаптувалися вперше мультидисциплінарною міжвідомчою робочою групою, до складу якої увійшли фахівці силового блоку, громадські організації.

Просимо МОЗ прискорити процедуру затвердження даних документів та завершити цей процес до кінця року.

На жаль, в Україні досі відсутнє розуміння системи реабілітації в сфері охорони психічного здоров'я. Існує плутанина понять «медична», «психологічна», «соціальна», «професійна реабілітація», хто і де її має проводити. Однак, заглянувши в історію країн, що пройшли через військові події, ми бачимо, що для створення системи реабілітації, починаючи з визначення поняття «реабілітація» до створення методології, знадобилося від декількох років до десятиліть.

Для прискорення цього процесу в Україні необхідно прийняти 5-річну Державну Програму охорони психічного здоров'я населення, підкріплену фінансово, де чітко будуть прописані покрокові завдання для кожного Міністерства і відомства, з урахуванням їх компетенції. Не зробивши цього ми ще довго будемо працювати за принципом «лебідь, рак і щука», нерационально використовувати державні кошти, а найголовніше – ми ніколи не створимо системи реабілітації. Не допоможуть окремі накази по міністерствах, ніякі розрізнені плани заходів, безперервні засідання всіх робочих груп.

Сьогодні психіатрична служба має Концепцію Державної Програми охорони психічного здоров'я населення України, яка протягом тривалого часу розроблялася МОЗ України, пройшла громадське обговорення, розглянута на засіданні круглого столу при Комітеті з питань охорони здоров'я.

Беручи до уваги, що сьогодні в Україні не приймаються державні програми, ми просимо зробити виняток, з урахуванням потреб сьогодення, і прийняти Державну Програму охорони психічного здоров'я населення України.

Психічне здоров'я – загальна справа і, якщо ми досягнемо успіху, – виграють всі, при невдачі – заплатить кожний».

У обговоренні актуальних питань щодо реформування охорони здоров'я в Україні взяли участь понад 40 чоловік, зокрема народні депутати (Мусій О.С., Шипко А.Ф., Корчинська О.А., Яриніч К.В., Шурма І.М.,

Сисоєнко І.В., Чижмарь Ю.В), Уповноважений Президента України з прав людей з інвалідністю Сушкевич В.М., Уповноважений Верховної Ради України з прав людини Лутковська В.В., Президент Національної академії медичних наук Сердюк А.М., академік НАН України Чехун В.Ф. та інші. Учасники парламентських слухань наголосили на необхідності активізувати розробку та супровід пакета законопроектів, необхідних для законодавчого забезпечення реформування охорони здоров'я, а саме щодо: основних засад державної політики охорони здоров'я, закладів охорони здоров'я, лікарських засобів, системи медичного страхування, захисту прав пацієнтів, психічного здоров'я, медичних послуг, донорства, трансплантації, сімейної медицини тощо [5].

У заключному слові Голова Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я Ольга Богомолець подякувала учасникам слухань та запросила фахівців з різних галузей медицини до участі в засіданнях комітету [5, 7, 8]. На її думку, парламентські слухання стануть відправною точкою для визначення основних шляхів та втілення у життя принципово нових підходів до реформування системи охорони здоров'я в Україні, що будуть відображені у напрацьованих за результатами парламентських слухань Рекомендаціях. Таким чином, суспільство зможе отримати чіткий алгоритм заходів, яких необхідно вжити на всіх рівнях державної влади для забезпечення проведення реформи системи охорони здоров'я в Україні з урахуванням набутого раніше по-

зитивного досвіду та найкращих міжнародних практик у цій сфері.

Закриваючи засідання, перший заступник Голови Верховної Ради України А.В. Парубій подякував присутнім за принципову та відверту розмову, внесення конструктивних пропозицій та запропонував Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я доопрацювати проект рекомендацій з урахуванням висловлених під час обговорення зауважень та пропозицій [5, 7, 8].

Список використаної літератури

1. Виступ А. Парубія під час парламентських слухань «Про реформу охорони здоров'я в Україні» [Електронний ресурс] / Youtube – Режим доступу до ресурсу: <https://www.youtube.com/watch?v=PDx4wmi9MBo>
2. Виступ О. Богомолець під час парламентських слухань «Про реформу охорони здоров'я в Україні» [Електронний ресурс] / Youtube – Режим доступу до ресурсу: <https://www.youtube.com/watch?v=x15rAAHFmdQ>
3. Виступ О. Квіташвілі під час парламентських слухань «Про реформу охорони здоров'я в Україні» [Електронний ресурс] / Youtube – Режим доступу до ресурсу: https://www.youtube.com/watch?v=ilvb_wEa0nc
4. Закон України про психіатричну допомогу. – К. : Вид-во "Сфера", 2000. – 50 с.
5. Парламентські слухання [Електронний ресурс] / Верховна Рада України – Режим доступу до ресурсу: http://rada.gov.ua/news/Novyny/Parlamentski_slukhannya/121696.html
6. Парламентські слухання на тему «Про реформу охорони здоров'я в Україні» [Електронний ресурс] / Youtube – Режим доступу до ресурсу: <https://www.youtube.com/watch?v=EtEzrw8K1S8>
7. Парламентські слухання на тему «Про реформу охорони здоров'я в Україні» частина 2 [Електронний ресурс] / Youtube – Режим доступу до ресурсу: <https://www.youtube.com/watch?v=4ak3kPQQ-XM>
8. Про парламентські слухання на тему «Про реформу охорони здоров'я в Україні» 16 грудня 2015 року [Електронний ресурс] / Урядовий портал – Режим доступу до ресурсу: http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=248713919&cat_id=244828973

ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ЗМІН ДО ЗАКОНОДАВЧИХ АКТІВ ЩОДО НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Актуальність питання охорони психічного здоров'я складно переоцінити. Впродовж року фахівці Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства соціальної політики, Міністерства оборони, профільні асоціації, громадські організації пацієнтів та їхніх родичів, Уповноважений Верховної Ради України з прав людини, Уповноважений Президента України з прав дитини неодноразово обговорювали зміни до Закону України «Про психіатричну допомогу».

На проблеми української судової психіатрії було звернуто увагу в Комітеті ООН з захисту прав інвалідів у серпні 2015 р. Основною проблемою є централізація надання психіатричної допомоги у вигляді госпіталізації з суворим наглядом та умови її надання, що прирівнюються до катування. У листопаді 2015 року відбувся моніторинг Європейськими експертами закладів, де проходить примусове лікування. Заключний звіт буде наданий Україні в січні 2016 року.

На сьогодні Україна програла в Європейському суді 10 справ, 3 з яких – через невідповідність діючого законодавства Конвенції прав людини і основоположних свобод. Нам потрібні конкретні кроки, конкретні політичні рішення для створення нового іміджу України, забезпечення національної безпеки та стабільності в суспільстві. Саме тому до комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я були подані пропозиції внесення змін до законодавчих актів щодо надання психіатричної допомоги. Ці пропозиції мають лягти в основу змін до низки законопроектів для прийняття Верховною Радою України в першому читанні.

Враховуючи вищенаведене, вважаємо за доцільне ознайомити широке коло фахівців та читачів із суттю цих пропозицій.

ЗАКОН УКРАЇНИ «ПРО ПСИХІАТРИЧНУ ДОПОМОГУ»	
Діюча редакція	Редакція, що пропонується
Стаття 1. Визначення термінів У цьому Законі наведені нижче терміни вживаються в такому значенні: психічні розлади – розлади психічної діяльності, визнані такими згідно з чинною в Україні Міжнародною статистичною класифікацією хвороб, травм і причин смерті; тяжкий психічний розлад – розлад психічної діяльності (затямарення свідомості, порушення сприйняття, мислення, волі, емоцій, інтелекту чи пам'яті), який позбавляє особу здатності адекватно усвідомлювати оточуючу дійсність, свій психічний стан і поведінку; психіатрична допомога – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд та медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади; фахівець – медичний працівник (лікар, медична сестра, фельдшер), психолог, соціальний працівник та інший працівник, який має відповідну освіту та спеціальну кваліфікацію і бере участь у наданні психіатричної допомоги; комісія лікарів-психіатрів – два чи більше лікарів-психіатрів, які колегіально приймають рішення з питань, пов'язаних з наданням психіатричної допомоги; психіатричний заклад – психоневрологічний, наркологічний чи інший спеціалізований заклад, центр, відділення тощо всіх форм власності, діяльність яких пов'язана з наданням психіатричної допомоги; законні представники – батьки (усиновителі), опікуни або інші особи, уповноважені законом представляти інтереси осіб, які страждають на психічні розлади, у тому числі здійснювати захист їх прав, свобод і законних інтересів при наданні їм психіатричної допомоги; усвідомлена згода особи – це згода, вільно висловлена особою, здатною зрозуміти інформацію, що надається доступним способом, про характер її психічного розладу та прогноз його можливого розвитку, мету, порядок та тривалість надання психіатричної допомоги, методи діагностики, лікування та лікарські засоби, що можуть застосовуватися в процесі	Стаття 1. Визначення термінів У цьому Законі наведені нижче терміни вживаються в такому значенні: психічні розлади – розлади психічної діяльності, визнані такими згідно з чинною в Україні Міжнародною статистичною класифікацією хвороб, травм і причин смерті; тяжкий психічний розлад – розлад психічної діяльності (затямарення свідомості, порушення сприйняття, мислення, волі, емоцій, інтелекту чи пам'яті), який позбавляє особу здатності адекватно усвідомлювати оточуючу дійсність, свій психічний стан і поведінку; психіатрична допомога – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на профілактику, раннє виявлення (в тому числі шляхом проведення профілактичних оглядів), діагностику, лікування, нагляд, догляд, медичну та психосоціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами; фахівець – медичний працівник (лікар, медична сестра, фельдшер), психолог, соціальний працівник, та інший працівник, який має відповідну освіту та спеціальну кваліфікацію і бере участь у наданні психіатричної допомоги; комісія лікарів-психіатрів – два чи більше лікарів-психіатрів, які колегіально приймають рішення з питань, пов'язаних з наданням психіатричної допомоги; психіатричний заклад – стаціонарна установа системи соціального захисту населення, психіатричний, наркологічний чи інший спеціалізований заклад, центр, відділення тощо всіх форм власності, діяльність яких пов'язана з наданням психіатричної допомоги; законні представники – батьки (усиновителі), опікуни або інші особи, уповноважені законом представляти інтереси осіб, які страждають на психічні розлади, у тому числі здійснювати захист їх прав, свобод і законних інтересів при наданні їм психіатричної допомоги; усвідомлена згода особи – це згода, вільно висловлена особою, здатною зрозуміти інформацію, що надається доступним способом, про характер її психічного розладу та прогноз його можливого розвитку, мету, порядок та тривалість надання психіатричної допомоги, методи діагностики, лікування та лікарські засоби, що можуть застосовуватися в процесі

ЗАКОН УКРАЇНИ «ПРО ПСИХІАТРИЧНУ ДОПОМОГУ»	
Діюча редакція	Редакція, що пропонується
надання психіатричної допомоги, їх побічні ефекти та альтернативні методи лікування;	надання психіатричної допомоги, їх побічні ефекти та альтернативні методи лікування;
амбулаторна психіатрична допомога – психіатрична допомога, що включає в себе обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, в амбулаторних умовах;	амбулаторна психіатрична допомога – психіатрична допомога, що включає в себе обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, в амбулаторних умовах;
стаціонарна психіатрична допомога – психіатрична допомога, що включає в себе обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, і надається в стаціонарних умовах понад 24 години підряд.	стаціонарна психіатрична допомога – психіатрична допомога, що включає в себе обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, і надається в стаціонарних умовах понад 24 години підряд.
Стаття 4. Принципи надання психіатричної допомоги Психіатрична допомога надається на основі принципів законності, гуманності, додержання прав людини і громадянина, добровільності, доступності та відповідно до сучасного рівня наукових знань, необхідності й достатності заходів лікування з мінімальними соціально-правовими обмеженнями.	Стаття 4. Принципи надання психіатричної допомоги Психіатрична допомога надається на основі принципів законності, гуманності, додержання прав людини і громадянина, добровільності, доступності та відповідно до сучасного рівня наукових знань, необхідності й достатності заходів лікування, медичної та психосоціальної реабілітації та надання освітніх послуг з мінімальними соціально-правовими обмеженнями та згідно затверджених клінічних протоколів, стандартів тощо.
Стаття 5. Державні гарантії щодо забезпечення психіатричною допомогою та соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади Держава гарантує: фінансування надання психіатричної допомоги в обсязі, необхідному для забезпечення гарантованого рівня та належної якості психіатричної допомоги; безоплатне надання медичної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, у державних та комунальних закладах охорони здоров'я та безоплатне або на пільгових умовах забезпечення їх лікарськими засобами і виробами медичного призначення в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України; грошову допомогу в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, особі, яка проживає разом з інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, – на догляд за ним. Розмір зазначеної допомоги розраховується як різниця між трьома прожитковими мінімумами на кожного члена сім'ї та середньомісячним сукупним доходом сім'ї за попередні шість місяців, але не може бути більше, ніж мінімальна заробітна плата; здійснення всіх видів експертизи психічного стану особи; захист прав, свобод і законних інтересів осіб, які страждають на психічні розлади; вирішення в установленому законом порядку питань опіки та піклування щодо осіб, які страждають на психічні розлади; соціально-побутове влаштування інвалідів та осіб похилого віку, які страждають на психічні розлади, а також догляд за ними; здобуття безоплатно відповідної освіти особами, які страждають на психічні розлади, у державних та комунальних навчальних закладах; встановлення обов'язкових квот робочих місць на підприємствах, в установах та організаціях для працевлаштування інвалідів внаслідок психічного розладу в установленому законом порядку. З метою забезпечення громадян різними видами психіатричної допомоги та соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування відповідно до їх повноважень:	Стаття 5. Державні гарантії щодо забезпечення психіатричною допомогою та соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади Держава гарантує: цільове фінансування надання психіатричної допомоги в обсязі, необхідному для забезпечення гарантованого рівня та належної якості психіатричної допомоги згідно із затвердженими клінічними протоколами та стандартами надання психіатричної допомоги. Фінансування надання психіатричної допомоги в обсязі, необхідному для забезпечення гарантованого рівня та належної якості психіатричної допомоги здійснюється у відповідності до затвердженої національної програми охорони психічного здоров'я; безоплатне надання медичної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, у державних та комунальних закладах охорони здоров'я та безоплатне або на пільгових умовах забезпечення їх лікарськими засобами і виробами медичного призначення в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України; грошову допомогу в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, особі, яка проживає разом з інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду – на догляд за ним. Розмір зазначеної допомоги розраховується як різниця між трьома прожитковими мінімумами на кожного члена сім'ї та середньомісячним сукупним доходом сім'ї за попередні шість місяців, але не може бути більше, ніж мінімальна заробітна плата; здійснення всіх видів експертизи психічного стану особи; захист прав, свобод і законних інтересів осіб, які страждають на психічні розлади; вирішення в установленому законом порядку питань опіки та піклування щодо осіб, які страждають на психічні розлади; соціально-побутове влаштування інвалідів та осіб похилого віку, які страждають на психічні розлади, а також догляд за ними в порядку встановленому Кабінетом Міністрів України; здобуття безоплатно відповідної освіти особами, які страждають на психічні розлади, у державних та комунальних навчальних закладах; встановлення обов'язкових квот робочих місць на підприємствах, в установах та організаціях для працевлаштування інвалідів внаслідок психічного розладу в установленому законом порядку та нагляд за цільовим використанням цих квот. З метою забезпечення громадян різними видами психіатричної допомоги та соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування відповідно до їх повноважень:

ЗАКОН УКРАЇНИ «ПРО ПСИХІАТРИЧНУ ДОПОМОГУ»	
Діюча редакція	Редакція, що пропонується
створюють мережу психіатричних закладів та організовують надання психіатричної допомоги гарантованого рівня;	створюють заклади для надання психіатричної допомоги та забезпечують надання психіатричної допомоги гарантованого рівня;
забезпечують належні умови для надання психіатричної допомоги та реалізації прав, свобод і законних інтересів осіб, які страждають на психічні розлади;	забезпечують належні умови для надання психіатричної допомоги та реалізації прав, свобод і законних інтересів осіб, які страждають на психічні розлади;
організують за спеціальними програмами безоплатне загальноосвітнє та професійно-технічне навчання осіб, які страждають на психічні розлади;	організують за спеціальними програмами безоплатне спеціальне (корекційне) , загальноосвітнє та професійно-технічне навчання осіб, які страждають на психічні розлади;
створюють лікувально-виробничі підприємства, цехи, дільниці тощо з полегшеними умовами праці для здійснення трудової реабілітації, оволодіння новими професіями та працевлаштування осіб, які страждають на психічні розлади;	створюють підприємства, цехи, дільниці тощо з полегшеними умовами праці для здійснення трудової реабілітації, оволодіння новими професіями та працевлаштування осіб, які страждають на психічні розлади;
організують гуртожитки та інші місця проживання для осіб, які страждають на психічні розлади і втратили соціальний зв'язок;	організують установи підтриманого проживання , гуртожитки та інші місця проживання для осіб, які страждають на психічні розлади та потребують спеціальних умов проживання або втратили соціальний зв'язок;
поліпшують житлові умови осіб, які страждають на психічні розлади, в установленому законодавством порядку;	поліпшують житлові умови осіб, які страждають на психічні розлади, в установленому законодавством порядку;
забезпечують виконання загальнодержавних та інших програм у сфері надання психіатричної допомоги та соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади;	забезпечують виконання загальнодержавних та інших програм у сфері надання психіатричної допомоги та соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади;
здійснюють відповідно до законів інші заходи щодо соціального та правового захисту осіб, які страждають на психічні розлади.	здійснюють відповідно до законів інші заходи щодо соціального та правового захисту осіб, які страждають на психічні розлади.
Стаття 6. Конфіденційність відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання психіатричної допомоги Медичні працівники, інші фахівці, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, та особи, яким у зв'язку з навчанням або виконанням професійних, службових, громадських чи інших обов'язків стало відомо про наявність у особи психічного розладу, про факти звернення за психіатричною допомогою та лікування у психіатричному закладі чи перебування в психоневрологічних закладах для соціального захисту або спеціального навчання, а також інші відомості про стан психічного здоров'я особи, її приватне життя, не можуть розголошувати ці відомості, крім випадків, передбачених частинами третьою, четвертою та п'ятою цієї статті. Право на одержання і використання конфіденційних відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги має сама особа чи її законний представник. За усвідомленою згодою особи або її законного представника відомості про стан психічного здоров'я цієї особи та надання їй психіатричної допомоги можуть передаватися іншим особам лише в інтересах особи, яка страждає на психічний розлад, для проведення обстеження та лікування чи захисту її прав і законних інтересів, для здійснення наукових досліджень, публікацій в науковій літературі, використання у навчальному процесі. Допускається передача відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги без згоди особи або без згоди її законного представника для: 1) організації надання особи, яка страждає на тяжкий психічний розлад, психіатричної допомоги; 2) провадження досудового розслідування або судового розгляду за письмовим запитом слідчого, прокурора та суду. У листку непрацездатності, що видається особі, яка страждає на психічний розлад, діагноз психічного розладу вписується за згодою цієї особи, а у разі її незгоди – лише причина непрацездатності (захворювання, травма або інша причина). Забороняється без згоди особи або без згоди її законного представника та лікаря-психіатра, який надає психіатричну допомогу, публічно демонструвати особу, яка страждає на психічний розлад, фотографувати її чи робити кінозйомку, відеозапис, звукозапис та прослуховувати співбесіди особи з медичними працівниками чи іншими фахівцями при наданні їй психіатричної допомоги. Забороняється вимагати відомості про стан психічного здоров'я особи та про надання їй психіатричної допомоги, за винятком випадків, передбачених цим Законом та іншими законами.	Стаття 6. Конфіденційність відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання психіатричної допомоги Медичні працівники, інші фахівці, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, та особи, яким у зв'язку з навчанням або виконанням професійних, службових, громадських чи інших обов'язків стало відомо про наявність у особи психічного розладу, про факти звернення за психіатричною допомогою та лікування у психіатричному закладі чи перебування в психоневрологічних закладах для соціального захисту або спеціального навчання, а також інші відомості про стан психічного здоров'я особи, її приватне життя, не можуть розголошувати ці відомості, крім випадків, передбачених частинами третьою, четвертою та п'ятою цієї статті. Право на одержання і використання конфіденційних відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги має сама особа чи її законний представник. За усвідомленою письмовою згодою особи або її законного представника відомості про стан психічного здоров'я цієї особи та надання їй психіатричної допомоги можуть передаватися іншим особам лише в інтересах особи, яка страждає на психічний розлад, для проведення обстеження та лікування чи захисту її прав і законних інтересів, для здійснення наукових досліджень, публікацій в науковій літературі, використання у навчальному процесі. Допускається передача відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги без згоди особи або без згоди її законного представника для: 1) організації надання особи, яка страждає на тяжкий психічний розлад, психіатричної допомоги; 2) провадження досудового розслідування або судового розгляду за письмовим запитом слідчого, прокурора та суду. У листку непрацездатності, що видається особі, яка страждає на психічний розлад, діагноз психічного розладу вписується за згодою цієї особи, а у разі її незгоди – лише причина непрацездатності (захворювання, травма або інша причина). Забороняється без письмової згоди особи або без письмової згоди її законного представника та лікаря-психіатра, який надає психіатричну допомогу, публічно демонструвати особу, яка страждає на психічний розлад, фотографувати її чи робити кінозйомку, відеозапис, звукозапис та прослуховувати співбесіди особи з медичними працівниками чи іншими фахівцями при наданні їй психіатричної допомоги. Забороняється вимагати відомості про стан психічного здоров'я особи та про надання їй психіатричної допомоги, за винятком випадків, передбачених цим Законом та іншими законами.

ЗАКОН УКРАЇНИ «ПРО ПСИХІАТРИЧНУ ДОПОМОГУ»

Діюча редакція

Документи, що містять відомості про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги, повинні зберігатися з додержанням умов, що гарантують конфіденційність цих відомостей. Вилучення оригіналів цих документів та їх копіювання може здійснюватися лише у випадках, встановлених законом.

Стаття 7. Діагностика психічного розладу та лікування особи, яка страждає на психічний розлад

Діагноз психічного розладу встановлюється відповідно до загальноєвропейських міжнародних стандартів діагностики та Міжнародної статистичної класифікації хвороб, травм і причин смерті, прийнятих центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я для застосування в Україні. Діагноз психічного розладу не може базуватися на незгоді особи з існуючими в суспільстві політичними, моральними, правовими, релігійними, культурними цінностями або на будь-яких інших підставах, безпосередньо не пов'язаних із станом її психічного здоров'я.

Методи діагностики та лікування і лікарські засоби, дозволені центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, застосовуються лише з діагностичною та лікувальною метою відповідно до характеру психічних розладів і не можуть призначатися для покарання особи, яка страждає на психічний розлад, або в інтересах інших осіб.

Забороняється визначати стан психічного здоров'я особи та встановлювати діагноз психічних розладів без психіатричного огляду особи, крім випадків проведення судово-психіатричної експертизи померлого.

Методи діагностики та лікування і лікарські засоби, що становлять підвищений ризик для здоров'я особи, якій надається психіатрична допомога, застосовуються за призначенням і під контролем комісії лікарів-психіатрів: за усвідомленою згодою особи; щодо особи віком до 14 років (малолітньої особи) – за згодою її батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визначеної у встановленому законом порядку недієздатною, – за згодою її законного представника.

Перелік методів діагностики та лікування і лікарських засобів, що становлять підвищений ризик для здоров'я особи, встановлюється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Стаття 8. Забезпечення безпеки надання психіатричної допомоги та запобігання небезпечним діям з боку осіб, які страждають на психічні розлади

Психіатрична допомога надається в найменш обмежених умовах, що забезпечують безпеку особи та інших осіб, при додержанні прав і законних інтересів особи, якій надається психіатрична допомога.

Заходи фізичного обмеження та (або) ізоляції особи, яка страждає на психічний розлад, при наданні їй психіатричної допомоги застосовуються за призначенням та під постійним контролем лікаря-психіатра чи іншого медичного працівника, на якого власником психіатричного закладу чи уповноваженим ним органом покладені обов'язки з надання психіатричної допомоги, і застосовуються лише в тих випадках, формах і на той час, коли всіма іншими законними заходами неможливо запобігти діям особи, що являють собою безпосередню небезпеку для неї або інших осіб. Про форми та час застосування заходів фізичного обмеження та (або) ізоляції робиться запис у медичній документації. Заходи фізичного обмеження та (або) ізоляції застосовуються відповідно до правил, встановлених центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Органи внутрішніх справ зобов'язані подавати допомогу медичним працівникам, за їх зверненням, у разі надання психіатричної допомоги в примусовому порядку та забезпечувати безпечні умови для доступу до особи та її психіатричного огляду. Органи внутрішніх справ повинні запобігати діям з боку особи, якій надається психіатрична допомога в примусовому порядку, що загрожують життю і здоров'ю оточуючих та інших осіб, та вживати заходи щодо забезпечення схоронності залишеного без нагляду майна та житла особи, яка госпіталізується в примусовому порядку, а в разі необхідності – проводити розшук особи, якій психіатрична допомога повинна надаватися в примусовому порядку.

Редакція, що пропонується

Документи, що містять відомості про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги, повинні зберігатися з додержанням умов, що гарантують конфіденційність цих відомостей. Вилучення оригіналів цих документів та їх копіювання може здійснюватися лише у випадках, встановлених законом.

Стаття 7. Діагностика психічного розладу та лікування особи, яка страждає на психічний розлад

Діагноз психічного розладу встановлюється відповідно до загальноєвропейських міжнародних стандартів діагностики та Міжнародної статистичної класифікації хвороб, травм і причин смерті, прийнятих центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я для застосування в Україні. Діагноз психічного розладу не може базуватися на незгоді особи з існуючими в суспільстві політичними, моральними, правовими, релігійними, культурними цінностями або на будь-яких інших підставах, безпосередньо не пов'язаних із станом її психічного здоров'я.

Методи діагностики та лікування і лікарські засоби, дозволені центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, застосовуються лише з діагностичною та лікувальною метою відповідно до характеру психічних розладів і не можуть призначатися для покарання особи, яка страждає на психічний розлад, або в інтересах інших осіб.

Забороняється визначати стан психічного здоров'я особи та встановлювати діагноз психічних розладів без психіатричного огляду особи, крім випадків проведення судово-психіатричної експертизи померлого.

Методи діагностики та лікування і лікарські засоби, що становлять підвищений ризик для здоров'я особи, якій надається психіатрична допомога, застосовуються за призначенням і під контролем комісії лікарів-психіатрів: за усвідомленою згодою особи; щодо особи віком до 14 років (малолітньої особи) – за згодою її батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визначеної у встановленому законом порядку недієздатною, – за **письмовою** згодою її законного представника.

Перелік методів діагностики та лікування і лікарських засобів, що становлять підвищений ризик для здоров'я особи, встановлюється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Стаття 8. Забезпечення безпеки надання психіатричної допомоги та запобігання небезпечним діям з боку осіб, які страждають на психічні розлади

Психіатрична допомога надається в найменш обмежених умовах, що забезпечують безпеку особи та інших осіб, при додержанні прав і законних інтересів особи, якій надається психіатрична допомога.

Заходи фізичного обмеження та (або) ізоляції особи, яка страждає на психічний розлад, при наданні їй психіатричної допомоги застосовуються за призначенням та під постійним контролем лікаря-психіатра чи іншого медичного працівника, на якого власником психіатричного закладу чи уповноваженим ним органом покладені обов'язки з надання психіатричної допомоги, і застосовуються лише в тих випадках, формах і на той час, коли всіма іншими законними заходами неможливо запобігти діям особи, що являють собою безпосередню небезпеку для неї або інших осіб. Про форми та час застосування заходів фізичного обмеження та (або) ізоляції робиться запис у медичній документації. Заходи фізичного обмеження та (або) ізоляції застосовуються відповідно до правил, встановлених центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Органи внутрішніх справ зобов'язані подавати допомогу медичним працівникам, за їх зверненням, у разі надання психіатричної допомоги в примусовому порядку та забезпечувати безпечні умови для доступу до особи та її психіатричного огляду, **за необхідністю, супроводжують для здійснення госпіталізації до психіатричного закладу.** Органи внутрішніх справ повинні запобігати діям з боку особи, якій надається психіатрична допомога в примусовому порядку, що загрожують життю і здоров'ю оточуючих та інших осіб, та вживати заходи щодо забезпечення схоронності залишеного без нагляду майна та житла особи, яка госпіталізується в примусовому порядку, а в разі необхідності – проводити розшук особи, якій психіатрична допомога повинна надаватися в примусовому порядку.

ЗАКОН УКРАЇНИ «ПРО ПСИХІАТРИЧНУ ДОПОМОГУ»	
Діюча редакція	Редакція, що пропонується
Стаття 9. Обмеження, пов'язані з виконанням окремих видів діяльності Особа може бути визнана тимчасово (на строк до п'яти років) або постійно непридатною внаслідок психічного розладу до виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для неї або оточуючих. З метою встановлення придатності особи до виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби) з особливими вимогами до стану її психічного здоров'я вона підлягає обов'язковому попередньому (перед початком діяльності) та періодичним (у процесі діяльності) психіатричним оглядам. Порядок проведення попередніх і періодичних психіатричних оглядів затверджується центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Рішення про визнання особи внаслідок психічного розладу тимчасово або постійно непридатною до виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для неї або оточуючих, приймається відповідно лікарською комісією за участю лікаря-психіатра на підставі оцінки стану психічного здоров'я особи відповідно до переліку медичних психіатричних протипоказань і може бути оскаржено до суду. Перелік медичних психіатричних протипоказань щодо виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для особи або оточуючих, затверджується Кабінетом Міністрів України і підлягає періодичному (не рідше одного разу на п'ять років) перегляду.	Стаття 9. Обмеження, пов'язані з виконанням окремих видів діяльності Особа може бути визнана тимчасово (на строк до 5 років) або постійно непридатною внаслідок психічного розладу, зокрема внаслідок вживання психоактивних речовин, до виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для неї або оточуючих. З метою встановлення придатності особи до виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби) з особливими вимогами до стану її психічного здоров'я вона підлягає обов'язковому попередньому (перед початком діяльності) та періодичним (у процесі діяльності) психіатричним оглядам, зокрема внаслідок вживання психоактивних речовин, або позачерговому у випадку виникнення психічного захворювання в проміжок часу між оглядами, встановлений порядком їх проведення. Порядок проведення попередніх і періодичних психіатричних оглядів, зокрема внаслідок вживання психоактивних речовин, затверджується центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Рішення про визнання особи внаслідок психічного розладу, зокрема внаслідок вживання психоактивних речовин, тимчасово або постійно непридатною до виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для неї або оточуючих, приймається відповідно лікарською комісією за участю лікаря-психіатра на підставі оцінки стану психічного здоров'я особи відповідно до переліку медичних психіатричних протипоказань і може бути оскаржено до суду. Перелік медичних психіатричних протипоказань щодо виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), що можуть становити безпосередню небезпеку для особи або оточуючих, затверджується Кабінетом Міністрів України і підлягає періодичному (не рідше одного разу на п'ять років) перегляду.
Стаття 10. Психіатричні заклади, медичні працівники та інші фахівці, які надають психіатричну допомогу Психіатрична допомога надається психіатричними закладами всіх форм власності, а також лікарями-психіатрами за наявності ліцензії, отриманої відповідно до законодавства. Медичні працівники, інші фахівці для допуску до роботи з особами, які страждають на психічні розлади, повинні пройти спеціальну підготовку та підтвердити свою кваліфікацію в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України. Професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації медичних працівників, інших фахівців, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, здійснюються відповідно до законодавства.	Стаття 10. Психіатричні заклади, медичні працівники та інші фахівці, які надають психіатричну допомогу Психіатрична допомога надається психіатричними закладами всіх форм власності, а також лікарями-психіатрами за наявності ліцензії, отриманої відповідно до законодавства. Психіатрична допомога засудженим до позбавлення волі надається в спеціальних психіатричних закладах, що відносяться до сфери управління центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Психіатрична допомога неповнолітнім надається окремо від дорослих. Медичні працівники, інші фахівці для допуску до роботи з особами, які страждають на психічні розлади, повинні пройти спеціальну підготовку та підтвердити свою кваліфікацію в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України. Професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації медичних працівників, інших фахівців, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, здійснюються відповідно до законодавства.
Стаття 11. Психіатричний огляд Психіатричний огляд проводиться з метою з'ясування: наявності чи відсутності в особи психічного розладу, потреби в наданні їй психіатричної допомоги, а також для вирішення питання про вид такої допомоги та порядок її надання. Психіатричний огляд проводиться лікарем-психіатром на прохання або за усвідомленою згодою особи; щодо особи віком до 14 років (малолітньої особи) – на прохання або за згодою її батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, – на прохання або за згодою її опікуна. У разі незгоди одного із батьків чи відсутності батьків або іншого законного представника психіатричний огляд неповнолітнього здійснюється за рішенням (згодою) органів опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду. Психіатричний огляд особи може бути проведено без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника у випадках, коли одержані відомості дають достатні підстави для обґрунтованого припущення про наявність у особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона: вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або неспроможна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність, або завдасть значної шкоди своєму здоров'ю у зв'язку з погіршенням психічного стану у разі ненадання їй психіатричної допомоги.	Стаття 11. Психіатричний огляд Психіатричний огляд проводиться з метою з'ясування: наявності чи відсутності в особи психічного розладу, потреби в наданні їй психіатричної допомоги, а також для вирішення питання про вид такої допомоги та порядок її надання. Психіатричний огляд проводиться лікарем-психіатром на прохання або за усвідомленою письмовою згодою особи; щодо особи віком до 14 років (малолітньої особи) – на прохання або за письмовою згодою її батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, – на прохання або за письмовою згодою її опікуна. У разі незгоди батьків чи їх відсутності або відсутності іншого законного представника психіатричний огляд неповнолітнього здійснюється за рішенням (згодою) органів опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду. Виключити

ЗАКОН УКРАЇНИ «ПРО ПСИХІАТРИЧНУ ДОПОМОГУ»	
Діюча редакція	Редакція, що пропонується
Рішення про проведення психіатричного огляду особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника приймається лікарем-психіатром за заявою, яка містить відомості, що дають достатні підстави для такого огляду. Із заявою можуть звернутися родичі особи, яка підлягає психіатричному огляду, лікар, який має будь-яку медичну спеціальність, інші особи. Заява про психіатричний огляд особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника повинна бути подана у письмовій формі та містити відомості, що обґрунтовують необхідність психіатричного огляду і вказують на відмову особи чи її законного представника від звернення до лікаря-психіатра. Лікар-психіатр має право робити запит щодо надання йому додаткових медичних та інших відомостей, необхідних для прийняття відповідного рішення. У невідкладних випадках, коли за одержаними відомостями, що дають достатні підстави для обґрунтованого припущення про наявність у особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона: вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або неспроможна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність, заява про психіатричний огляд особи може бути усною. У цих випадках рішення про проведення психіатричного огляду особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника приймається лікарем-психіатром самостійно і психіатричний огляд проводиться ним негайно. У випадках, коли відсутні дані, що свідчать про наявність обставин, передбачених абзацами другим та третім частини третьої цієї статті, заява повинна бути подана у письмовій формі та містити відомості, що обґрунтовують необхідність проведення такого огляду. У разі встановлення обґрунтованості заяви про психіатричний огляд особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника лікар-психіатр направляє до суду за місцем проживання цієї особи заяву про проведення психіатричного огляду особи в примусовому порядку. До заяви додається висновок лікаря-психіатра, який містить обґрунтування про необхідність проведення такого огляду, та інші матеріали. Психіатричний огляд особи проводиться лікарем-психіатром у примусовому порядку за рішенням суду. Лікар-психіатр перед проведенням психіатричного огляду зобов'язаний відрекомендуватися особі, яка підлягає огляду, або її законному представнику як лікар-психіатр, назвати своє прізвище, місце роботи та викласти мету огляду. Дані психіатричного огляду з висновком про стан психічного здоров'я особи, а також причини звернення до лікаря-психіатра та медичні рекомендації фіксуються у медичній документації. Умисне подання заяви про психіатричний огляд особи, що містить завідомо неправдиві або неточні відомості щодо стану психічного здоров'я цієї особи, тягне за собою відповідальність, передбачену законом.	Лікар-психіатр перед проведенням психіатричного огляду зобов'язаний відрекомендуватися особі, яка підлягає огляду, або її законному представнику як лікар-психіатр, назвати своє прізвище, місце роботи та викласти мету огляду. Дані психіатричного огляду з висновком про стан психічного здоров'я особи, а також причини звернення до лікаря-психіатра та медичні рекомендації фіксуються у медичній документації. Умисне подання заяви про психіатричний огляд особи, що містить завідомо неправдиві або неточні відомості щодо стану психічного здоров'я цієї особи, тягне за собою відповідальність, передбачену законом.
Стаття 12. Амбулаторна психіатрична допомога Амбулаторна психіатрична допомога надається лікарем-психіатром на прохання або за усвідомленою згодою особи; щодо особи віком до 14 років (малолітньої особи) – на прохання або за згодою її батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, – на прохання або за згодою її опікуна. У разі незгоди одного із батьків чи відсутності батьків або іншого законного представника амбулаторна психіатрична допомога неповнолітньому здійснюється за рішенням (згодою) органів опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду. Амбулаторна психіатрична допомога може надаватися без усвідомленої згоди особи або без згоди її законного представника у разі встановлення у неї тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона завдасть значної шкоди своєму здоров'ю у зв'язку з погіршенням психічного стану у разі ненадання їй психіатричної допомоги. Амбулаторна психіатрична допомога особі без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника надається лікарем-психіатром в примусовому порядку за рішенням суду. Питання про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку вирішується судом за місцем проживання особи. Заява про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку направляється до суду лікарем-психіатром. До заяви, в якій повинні бути викладені підстави для надання особі амбулаторної психіатричної допомоги без її усвідомленої згоди та без згоди її законного представника, передбачені частиною другою цієї статті, додається висновок лікаря-психіатра, який містить обґрунтування про необхідність надання особі такої допомоги.	Стаття 12. Амбулаторна психіатрична допомога Амбулаторна психіатрична допомога надається лікарем-психіатром на прохання або за усвідомленою письмовою згодою особи; щодо особи віком до 14 років (малолітньої особи) – на прохання або за згодою її батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, – на прохання або за письмовою згодою її опікуна. У разі незгоди батьків чи відсутності батьків або іншого законного представника амбулаторна психіатрична допомога неповнолітньому здійснюється за рішенням (згодою) органів опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду. Амбулаторна психіатрична допомога може надаватися без усвідомленої письмової згоди особи або без письмової згоди її законного представника у разі встановлення у неї тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона завдасть значної шкоди своєму здоров'ю у зв'язку з погіршенням психічного стану у разі ненадання їй психіатричної допомоги. Амбулаторна психіатрична допомога особі без її усвідомленої письмової згоди або без письмової згоди її законного представника надається лікарем-психіатром в примусовому порядку за рішенням суду. Питання про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку вирішується судом за місцем проживання особи. Письмова заява про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку направляється до суду лікарем-психіатром. До письмової заяви, в якій повинні бути викладені підстави для надання особі амбулаторної психіатричної допомоги без її усвідомленої згоди та без згоди її законного представника, передбачені частиною другою цієї статті, додається висновок лікаря-психіатра, який містить обґрунтування про необхідність надання особі такої допомоги.

ЗАКОН УКРАЇНИ «ПРО ПСИХІАТРИЧНУ ДОПОМОГУ»	
Діюча редакція	Редакція, що пропонується
Особа, якій надається амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку, повинна оглядатися лікарем-психіатром не рідше одного разу на місяць, а комісією лікарів-психіатрів – не рідше одного разу на 6 місяців для вирішення питання про продовження чи припинення надання їй такої допомоги. У разі необхідності продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку понад 6 місяців лікар-психіатр повинен надіслати до суду за місцем проживання особи заяву про продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку. До заяви, в якій повинні бути викладені підстави надання особі амбулаторної психіатричної допомоги без її усвідомленої згоди та без згоди її законного представника, передбачені частиною другою цієї статті, додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження надання особі такої допомоги. В подальшому продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку проводиться кожного разу на строк, який не може перевищувати 6 місяців. У разі погіршення стану психічного здоров'я особи, якій надається амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку, та ухилення від виконання цією особою або її законним представником рішення суду про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку психіатрична допомога може надаватися на підставах та в порядку, передбачених статтями 14, 16 і 17 цього Закону. Надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку припиняється за рішенням комісії лікарів-психіатрів у разі видужання особи або такої зміни стану її психічного здоров'я, що не потребує надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку, або за рішенням суду про відмову в продовженні надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку. Клопотання про припинення надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку може направлятися до суду особою, якій надається ця допомога, або її законним представником через 3 місяці з часу ухвалення судом рішення про надання або продовження надання особі такої допомоги. Стаття 13. Госпіталізація особи до психіатричного закладу Особа госпіталізується до психіатричного закладу добровільно – на її прохання або за її усвідомленою згодою. Особа віком до 14 років (малолітня особа) госпіталізується до психіатричного закладу на прохання або за згодою її батьків чи іншого законного представника. Особа, визнана у встановленому законом порядку недієздатною, госпіталізується до психіатричного закладу на прохання або за згодою її опікуна. У разі незгоди одного із батьків або відсутності батьків чи законного представника госпіталізація неповнолітнього до психіатричного закладу проводиться за рішенням (згодою) органу опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду. Згода на госпіталізацію фіксується у медичній документації за підписом особи або її законного представника та лікаря-психіатра. Госпіталізація особи у випадках, передбачених частиною першою цієї статті, здійснюється за рішенням лікаря-психіатра. Особа може бути госпіталізована до психіатричного закладу в примусовому порядку на підставах, передбачених статтею 14 цього Закону, а також у випадках проведення експертизи стану психічного здоров'я особи або застосування до особи, яка страждає на психічний розлад і вчинила суспільно небезпечне діяння, примусового заходу медичного характеру на підставах та в порядку, передбачених законами України. Стаття 14. Підстави для госпіталізації особи до психіатричного закладу в примусовому порядку Особа, яка страждає на психічний розлад, може бути госпіталізована до психіатричного закладу без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника, якщо її обстеження або лікування можливі лише в стаціонарних умовах, та при встановленні в особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона: вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або неспроможна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність.	Особа, якій надається амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку, повинна оглядатися лікарем-психіатром не рідше одного разу на місяць, а комісією лікарів-психіатрів – не рідше одного разу на 6 місяців для вирішення питання про продовження чи припинення надання їй такої допомоги. У разі необхідності продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку понад 6 місяців лікар-психіатр повинен надіслати до суду за місцем проживання особи (реєстрації або мешкання) письмову заяву про продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку. До письмової заяви, в якій повинні бути викладені підстави надання особі амбулаторної психіатричної допомоги без її усвідомленої письмової згоди або без письмової згоди її законного представника, передбачені частиною другою цієї статті, додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження надання особі такої допомоги. В подальшому продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку проводиться кожного разу на строк, який не може перевищувати 6 місяців. У разі погіршення стану психічного здоров'я особи, якій надається амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку, та ухилення від виконання цією особою або її законним представником рішення суду про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку психіатрична допомога може надаватися на підставах та в порядку, передбачених статтями 14, 16 і 17 цього Закону. Надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку припиняється за рішенням суду про відмову в продовженні надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку або за рішенням суду про задоволення заяви лікаря-психіатра, представника психіатричного закладу про припинення надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку. Клопотання про припинення надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку може направлятися до суду особою, якій надається ця допомога, або її законним представником через 3 місяці з часу ухвалення судом рішення про надання або продовження надання особі такої допомоги. Стаття 13. Госпіталізація особи до психіатричного закладу Особа госпіталізується до психіатричного закладу добровільно – на її прохання або за її усвідомленою письмовою згодою. Особа віком до 14 років (малолітня особа) госпіталізується до психіатричного закладу на прохання або за згодою її батьків чи іншого законного представника. У разі незгоди батьків або відсутності батьків чи законного представника госпіталізація неповнолітнього до психіатричного закладу проводиться за рішенням (згодою) органу опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду. Згода на госпіталізацію фіксується у медичній документації за підписом особи або її законного представника та лікаря-психіатра. Госпіталізація особи у випадках, передбачених частиною першою цієї статті, здійснюється за рішенням лікаря-психіатра. Особа може бути госпіталізована до психіатричного закладу в примусовому порядку на підставах, передбачених статтею 14 цього Закону, а також у випадках проведення експертизи стану психічного здоров'я особи або застосування до особи, яка страждає на психічний розлад і вчинила суспільно небезпечне діяння, примусового заходу медичного характеру, та при застосуванні запобіжного заходу у виді поміщення до психіатричної лікарні на підставах та в порядку, передбачених законами України. Стаття 14. Підстави для госпіталізації особи до психіатричного закладу в примусовому порядку Особа, яка страждає на психічний розлад, може бути госпіталізована до психіатричного закладу без її усвідомленої письмової згоди або без письмової згоди її законного представника, якщо її обстеження або лікування можливі лише в стаціонарних умовах, та при встановленні в особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона: вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або неспроможна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність.

ЗАКОН УКРАЇНИ «ПРО ПСИХІАТРИЧНУ ДОПОМОГУ»	
Діюча редакція	Редакція, що пропонується
Стаття 15. Огляд особи віком до 14 років (малолітньої особи) та особи, визнаної невідповідною, госпіталізованих до психіатричного закладу на прохання або за згодою їх законних представників Особа віком до 14 років (малолітня особа) та особа, визнана у встановленому законом порядку невідповідною, госпіталізовані до психіатричного закладу на прохання або за згодою їх законних представників, підлягають обов'язковому протягом 48 годин з часу госпіталізації огляду комісією лікарів-психіатрів психіатричного закладу для прийняття рішення про необхідність подальшого перебування цих осіб у психіатричному закладі та надання їм стаціонарної психіатричної допомоги. При подальшому перебуванні в психіатричному закладі зазначені в цій статті особи підлягають огляду комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на місяць для вирішення питання про необхідність продовження чи припинення надання їм стаціонарної психіатричної допомоги. У разі виявлення комісією лікарів-психіатрів зловживань, допущених законними представниками особи віком до 14 років (малолітньої особи) або особи, визнаної у встановленому законом порядку невідповідною, власник психіатричного закладу або уповноважений ним орган повідомляє про це органи опіки та піклування за місцем проживання особи, яку було госпіталізовано.	Стаття 15. Огляд особи віком до 14 років (малолітньої особи) госпіталізованої до психіатричного закладу на прохання або за згодою її законного представника, та особи визнаною невідповідною Особа віком до 14 років (малолітня особа) госпіталізована до психіатричного закладу на прохання або за письмовою згодою законних представників підлягає обов'язковому протягом 48 годин з часу госпіталізації огляду комісією лікарів-психіатрів, за участю лікаря-психіатра дитячого, психіатричного закладу для прийняття рішення про необхідність подальшого перебування особи у психіатричному закладі та надання їй стаціонарної психіатричної допомоги. При подальшому перебуванні в психіатричному закладі зазначені в цій статті особи підлягають огляду комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на місяць для вирішення питання про необхідність продовження чи припинення надання їм стаціонарної психіатричної допомоги. У разі виявлення комісією лікарів-психіатрів зловживань, допущених законними представниками особи віком до 14 років (малолітньої особи), власник психіатричного закладу або уповноважений ним орган повідомляє про це органи опіки та піклування за місцем проживання особи, яку було госпіталізовано.
Стаття 16. Огляд осіб, госпіталізованих до психіатричного закладу в примусовому порядку Особа, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу за рішенням лікаря-психіатра на підставах, передбачених статтею 14 цього Закону, підлягає обов'язковому протягом 24 годин з часу госпіталізації огляду комісією лікарів-психіатрів психіатричного закладу для прийняття рішення про доцільність госпіталізації. У випадку, коли госпіталізація визнається недоцільною і особа не висловлює бажання залишитися в психіатричному закладі, ця особа підлягає негайній виписці. У випадках, коли госпіталізація особи до психіатричного закладу в примусовому порядку визнається доцільною, представник психіатричного закладу, в якому перебуває особа, протягом 24 годин направляє до суду за місцем знаходження психіатричного закладу заяву про госпіталізацію особи до психіатричного закладу в примусовому порядку на підставах, передбачених статтею 14 цього Закону. До заяви, в якій повинні бути викладені підстави госпіталізації особи до психіатричного закладу в примусовому порядку, передбачені статтею 14 цього Закону, додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність такої госпіталізації. До винесення судом рішення лікування може проводитися за рішенням лікаря-психіатра (комісії лікарів-психіатрів). Керівник психіатричного закладу зобов'язаний негайно повідомити про госпіталізацію особи до психіатричного закладу в примусовому порядку членів її сім'ї, інших родичів або її законного представника. У разі відсутності відомостей про наявність членів сім'ї, інших родичів або законного представника в особи, яку госпіталізовано, а також про їх місце проживання повідомляються органи внутрішніх справ за місцем проживання цієї особи.	Стаття 16. Огляд осіб, госпіталізованих до психіатричного закладу в примусовому порядку Особа, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу за рішенням лікаря-психіатра на підставах, передбачених статтею 14 цього Закону, підлягає обов'язковому протягом 24 годин (не враховуючи вихідних та святкових днів) з часу госпіталізації огляду комісією лікарів-психіатрів психіатричного закладу для прийняття рішення про доцільність госпіталізації. У випадку, коли госпіталізація визнається недоцільною і особа не висловлює бажання залишитися в психіатричному закладі, ця особа підлягає негайній виписці. У випадках, коли госпіталізація особи до психіатричного закладу в примусовому порядку визнається доцільною, представник психіатричного закладу, в якому перебуває особа, протягом 24 годин з часу госпіталізації, за винятком вихідних та святкових днів, направляє до суду за місцем знаходження психіатричного закладу заяву про госпіталізацію особи до психіатричного закладу в примусовому порядку на підставах, передбачених статтею 14 цього Закону. До заяви, в якій повинні бути викладені підстави госпіталізації особи до психіатричного закладу в примусовому порядку, передбачені статтею 14 цього Закону, додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність такої госпіталізації. До винесення судом рішення лікування може проводитися за рішенням лікаря-психіатра (комісії лікарів-психіатрів). Керівник психіатричного закладу зобов'язаний негайно повідомити про госпіталізацію особи до психіатричного закладу в примусовому порядку членів її сім'ї, інших родичів або її законного представника. У разі відсутності відомостей про наявність членів сім'ї, інших родичів або законного представника в особи, яку госпіталізовано, а також про їх місце проживання повідомляються органи внутрішніх справ за місцем проживання цієї особи.
Стаття 17. Продовження госпіталізації особи в примусовому порядку Перебування особи в психіатричному закладі в примусовому порядку може здійснюватися лише протягом часу наявності підстав, за якими було проведено госпіталізацію. Особа, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу в примусовому порядку, повинна оглядатися комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на місяць з метою встановлення наявності підстав для продовження чи припинення такої госпіталізації. У разі необхідності продовження госпіталізації в примусовому порядку понад 6 місяців представник психіатричного закладу повинен направити до суду за місцем знаходження психіатричного закладу заяву про продовження такої госпіталізації. До заяви, в якій повинні бути викладені підстави госпіталізації особи до психіатричного закладу в примусовому порядку, передбачені статтею 14 цього Закону, додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження такої госпіталізації. В подальшому продовження госпіталізації особи в психіатричному закладі проводиться кожного разу на строк, який не може перевищувати 6 місяців.	Стаття 17. Продовження госпіталізації особи в примусовому порядку Перебування особи в психіатричному закладі в примусовому порядку може здійснюватися лише протягом часу наявності підстав, за якими було проведено госпіталізацію. Особа, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу в примусовому порядку, повинна оглядатися комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на місяць (з часу госпіталізації) з метою встановлення наявності підстав для продовження чи припинення такої госпіталізації. У разі необхідності продовження госпіталізації в примусовому порядку понад 6 місяців представник психіатричного закладу повинен направити до суду за місцем знаходження психіатричного закладу заяву про продовження такої госпіталізації. До заяви, в якій повинні бути викладені підстави госпіталізації особи до психіатричного закладу в примусовому порядку, передбачені статтею 14 цього Закону, додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження такої госпіталізації. В подальшому продовження госпіталізації особи в психіатричному закладі проводиться кожного разу на строк, який не може перевищувати 6 місяців.

ЗАКОН УКРАЇНИ «ПРО ПСИХІАТРИЧНУ ДОПОМОГУ»	
Діюча редакція	Редакція, що пропонується
Клопотання про припинення госпіталізації в примусовому порядку можуть направлятися до суду особою, яку було госпіталізовано в примусовому порядку, або її законним представником через кожні 3 місяці з часу ухвалення судом рішення про продовження такої госпіталізації. Стаття 19. Примусові заходи медичного характеру Примусові заходи медичного характеру застосовуються за рішенням суду у випадках та в порядку, встановлених Кримінальним, Кримінальним процесуальним кодексами України, цим Законом та іншими законами. За рішенням суду застосовуються такі примусові заходи медичного характеру: 1) надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку; 2) госпіталізація до психіатричного закладу із звичайним наглядом; 3) госпіталізація до психіатричного закладу з посиленням нагляду; 4) госпіталізація до психіатричного закладу з суворим наглядом. Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюються судом за заявою представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра), який надає особі таку психіатричну допомогу, на підставі висновку комісії лікарів-психіатрів. Особи, до яких застосовані примусові заходи медичного характеру, підлягають огляду комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на 6 місяців для вирішення питання про наявність підстав для звернення до суду із заявою про припинення або про зміну застосування такого заходу. У разі відсутності підстав для припинення або зміни застосування примусового заходу медичного характеру представник психіатричного закладу (лікар-психіатр), який надає особі таку психіатричну допомогу, направляє до суду заяву, до якої додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження застосування примусового заходу медичного характеру. У разі необхідності продовження застосування примусового заходу медичного характеру понад 6 місяців представник психіатричного закладу (лікар-психіатр), який надає особі таку психіатричну допомогу, повинен направити до суду за місцем знаходження психіатричного закладу заяву про продовження застосування примусового заходу медичного характеру. До заяви додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження надання особі такої психіатричної допомоги. В подальшому продовження застосування примусового заходу медичного характеру проводиться кожного разу на строк, який не може перевищувати 6 місяців. Питання про зміну або припинення застосування примусового заходу медичного характеру вирішується судом у разі такої зміни стану психічного здоров'я особи, за якої відпадає необхідність застосування раніше призначеного заходу або виникає необхідність у призначенні іншого примусового заходу медичного характеру. Стаття 22. Порядок судового розгляду заяв про надання психіатричної допомоги в примусовому порядку Заява лікаря-психіатра про проведення психіатричного огляду особи в примусовому порядку розглядається судом за місцем проживання цієї особи у триденний строк з дня її надходження. Заява представника психіатричного закладу про госпіталізацію особи до психіатричного закладу в примусовому порядку розглядається судом за місцем знаходження психіатричного закладу протягом 24 годин з дня її надходження. Заяви лікаря-психіатра про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку, про продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку розглядаються судом за місцем проживання особи у десятиденний строк з дня їх надходження. Заяви представників психіатричних закладів про продовження госпіталізації в примусовому порядку розглядаються судом за місцем знаходження психіатричного закладу у десятиденний строк з дня їх надходження. Судові справи щодо надання психіатричної допомоги в примусовому порядку розглядаються в присутності особи, щодо якої вирішується питання про надання їй такої допомоги. Участь при розгляді цих справ прокурора, лікаря-психіатра чи представника психіатричного закладу, що подав заяву, та законного представника осіб, щодо яких розглядаються питання, пов'язані з наданням їм психіатричної допомоги, є обов'язковою. Особа, щодо якої суд розглядає справу про надання психіатричної допомоги в примусовому порядку, має право на безоплатну правову допомогу в порядку, встановленому законом, що регулює надання безоплатної правової допомоги, протягом розгляду справи в суді.	Клопотання про припинення госпіталізації в примусовому порядку можуть направлятися до суду особою, яку було госпіталізовано в примусовому порядку, або її законним представником через кожні 3 місяці з часу ухвалення судом рішення про продовження такої госпіталізації. Стаття 19. Примусові заходи медичного характеру Примусові заходи медичного характеру застосовуються за рішенням суду у випадках та в порядку, встановлених Кримінальним, Кримінальним процесуальним кодексами України, цим Законом та іншими законами. За рішенням суду застосовуються примусові заходи медичного характеру, передбачені Кримінальним кодексом України. Примусові заходи медичного характеру застосовуються в психіатричній лікарні, як правило, у межах адміністративно-територіальної одиниці відповідно до місця проживання особи. Примусові заходи медичного характеру застосовуються в спеціальних психіатричних лікарнях в порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. До неповнолітніх примусові заходи медичного характеру застосовуються відокремлено від дорослих в спеціальній психіатричній лікарні. Продовження застосування примусового заходу медичного характеру проводиться кожного разу на строк, який не може перевищувати 6 місяців (від дати винесення ухвали суду). Стаття 22. Порядок судового розгляду заяв про надання психіатричної допомоги в примусовому порядку Заява представника психіатричного закладу про госпіталізацію особи до психіатричного закладу в примусовому порядку розглядається судом за місцем знаходження психіатричного закладу протягом 48 годин з дня її надходження, не враховуючи вихідних та святкових днів. Заяви лікаря-психіатра про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку, про продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку розглядаються судом за місцем проживання особи у десятиденний строк з дня їх надходження. Заяви представників психіатричних закладів про продовження госпіталізації в примусовому порядку розглядаються судом за місцем знаходження психіатричного закладу у десятиденний строк з дня їх надходження. Судові справи щодо надання психіатричної допомоги в примусовому порядку розглядаються в присутності особи, щодо якої вирішується питання про надання їй такої допомоги. Участь при розгляді цих справ прокурора, адвоката, народних засідателів, лікаря-психіатра чи представника психіатричного закладу, що подав заяву, та законного представника осіб, щодо яких розглядаються питання, пов'язані з наданням їм психіатричної допомоги, є обов'язковою. Особа, щодо якої суд розглядає справу про надання психіатричної допомоги в примусовому порядку, має право на безоплатну правову допомогу в порядку, встановленому законом, що регулює надання безоплатної правової допомоги, протягом розгляду справи в суді.

ЗАКОН УКРАЇНИ «ПРО ПСИХІАТРИЧНУ ДОПОМОГУ»	
Діюча редакція	Редакція, що пропонується
Стаття 23. Поміщення особи до психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання Підставою для поміщення особи, яка страждає на психічний розлад, до психоневрологічного закладу для соціального захисту є особиста заява особи та висновок лікарської комісії за участю лікаря-психіатра; для неповнолітнього віком до 18 років або особи, визнані у встановленому законом порядку недієздатною, – заява батьків або іншого законного представника та рішення органу опіки та піклування, прийняте на підставі висновку лікарської комісії за участю лікаря-психіатра. Висновок повинен містити відомості про наявність у особи психічного розладу та необхідність утримання її в психоневрологічному закладі для соціального захисту. Органи опіки та піклування повинні вживати заходів для охорони майнових інтересів особи, яка перебуває в психоневрологічному закладі для соціального захисту. Підставою для поміщення до психоневрологічного закладу для спеціального навчання неповнолітнього віком до 18 років, який страждає на психічний розлад, є заява його батьків чи іншого законного представника та висновок комісії за участю лікаря-психіатра, психолога і педагога. Висновок повинен містити відомості про наявність у неповнолітнього психічного розладу та необхідність його навчання в умовах психоневрологічного закладу для спеціального навчання. Власник психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання чи уповноважений ним орган зобов'язаний не рідше одного разу на рік організовувати проведення огляду осіб, які перебувають у них, лікарською комісією за участю лікаря-психіатра, комісією за участю лікаря-психіатра, психолога і педагога з метою вирішення питання щодо подальшого їх утримання у цих закладах або щодо можливості перегляду рішень про недієздатність тих, хто такими визнаний. Стаття 24. Переведення і виписка з психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання Переведення особи з психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання до будинку-інтернату (пансіонату) для громадян похилого віку та інвалідів або до навчального закладу іншого типу здійснюється на підставі висновку лікарської комісії за участю лікаря-психіатра, комісії за участю лікаря-психіатра, психолога і педагога про відсутність медичних показань для проживання особи у психоневрологічному закладі для соціального захисту або спеціального навчання. Підставою для виписки особи з психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання є: особиста заява особи за наявності висновку комісії лікарів-психіатрів про можливість особи задовольняти свої основні життєві потреби; письмова заява законного представника неповнолітнього віком до 18 років або особи, визнані у встановленому законом порядку недієздатною, із зобов'язанням здійснення необхідного догляду; рішення суду про незаконне поміщення особи до психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання. Стаття 25. Права осіб, яким надається психіатрична допомога Особи, яким надається психіатрична допомога, мають права і свободи громадян, передбачені Конституцією України та законами України. Обмеження їх прав і свобод допускається лише у випадках, передбачених Конституцією України, відповідно до законів України. Особи, яким надається психіатрична допомога, можуть піклуватися про захист своїх прав та свобод особисто або через своїх представників у порядку, встановленому Цивільним кодексом України, Цивільним процесуальним кодексом України та іншими законами України. Особи, яким надається психіатрична допомога, мають право на: поважливе і гуманне ставлення до них, що виключає приниження честі й гідності людини; отримання інформації про свої права, пов'язані з наданням психіатричної допомоги; одержання психіатричної та соціальної допомоги в умовах, що відповідають вимогам санітарного законодавства;	Стаття 23. Поміщення особи до стаціонарної установи системи соціального захисту населення або освітнього закладу Підставою для поміщення особи, яка страждає на психічний розлад, до стаціонарної установи системи соціального захисту населення є особиста заява особи та висновок лікарської комісії за участю лікаря-психіатра; для малолітнього віком до 14 років, – письмова заява батьків або іншого законного представника та рішення органу опіки та піклування, прийняте на підставі висновку лікарської комісії за участю лікаря-психіатра. Висновок повинен містити відомості про наявність у особи психічного розладу та необхідність утримання її в стаціонарній установі системи соціального захисту населення. Органи опіки та піклування повинні вживати заходів для охорони майнових інтересів особи, яка перебуває в стаціонарній установі системи соціального захисту населення. Підставою для поміщення до освітнього закладу малолітнього віком до 14 років, який страждає на психічний розлад, є письмова заява одного з батьків чи іншого законного представника та висновок комісії за участю лікаря-психіатра, психолога і педагога. Висновок повинен містити відомості про наявність у неповнолітнього психічного розладу та необхідність його навчання в умовах освітнього закладу. Власник стаціонарної установи системи соціального захисту населення або освітнього закладу чи уповноважений ним орган зобов'язаний не рідше одного разу на рік організовувати проведення огляду осіб, які перебувають у них, лікарською комісією за участю лікаря-психіатра, психолога і педагога з метою вирішення питання щодо подальшого їх утримання у цих закладах та щодо перегляду рішень про недієздатність тих, хто такими визнаний. Стаття 24. Переведення і виписка зі стаціонарної установи системи соціального захисту населення або освітнього закладу Переведення особи зі стаціонарної установи системи соціального захисту населення або освітнього закладу здійснюється на підставі висновку лікарської комісії за участю лікаря-психіатра, комісії за участю лікаря-психіатра, психолога і педагога про відсутність медичних показань для проживання особи у стаціонарній установі системи соціального захисту населення або освітньому закладі. Підставою для виписки особи зі стаціонарної установи системи соціального захисту населення або освітнього закладу є: особиста письмова заява особи за наявності висновку комісії лікарів-психіатрів про можливість особи задовольняти свої основні життєві потреби; письмова заява законного представника малолітнього віком до 14 років із зобов'язанням здійснення необхідного догляду; рішення суду про незаконне поміщення особи до стаціонарної установи системи соціального захисту населення або освітнього закладу. Стаття 25. Права осіб, яким надається психіатрична допомога Особи, яким надається психіатрична допомога, мають права і свободи громадян, передбачені Конституцією України (254к/96-ВР) та законами України. Обмеження їх прав і свобод допускається лише у випадках, передбачених Конституцією України, відповідно до законів України. Особи, яким надається психіатрична допомога, можуть піклуватися про захист своїх прав та свобод особисто або через своїх представників у порядку, встановленому Цивільним кодексом України, Цивільним процесуальним кодексом України та іншими законами України. Особи, яким надається психіатрична допомога, мають право на: поважливе і гуманне ставлення до них, що виключає приниження честі й гідності людини; отримання інформації про свої права, пов'язані з наданням психіатричної допомоги; одержання психіатричної та соціальної допомоги в умовах, що відповідають вимогам санітарного законодавства;

ЗАКОН УКРАЇНИ «ПРО ПСИХІАТРИЧНУ ДОПОМОГУ»	
Діюча редакція	Редакція, що пропонується
відмову від надання психіатричної допомоги, за винятком випадків її надання в примусовому порядку, передбаченому законом;	відмову від надання психіатричної допомоги, за винятком випадків її надання в примусовому порядку, передбаченому законом;
усі види медико-санітарної допомоги (у тому числі санаторно-курортне лікування) за медичними показаннями;	усі види медико-санітарної допомоги (у тому числі санаторно-курортне лікування) за медичними показаннями;
одержання психіатричної допомоги в найменш обмежених, відповідно до їх психічного стану, умовах, якщо можливо, за місцем проживання цих осіб, членів їх сім'ї, інших родичів або законних представників;	одержання психіатричної допомоги в найменш обмежених, відповідно до їх психічного стану, умовах, якщо можливо, за місцем проживання цих осіб, членів їх сім'ї, інших родичів або законних представників;
утримання в психіатричному закладі лише протягом строку, необхідного для обстеження та лікування;	утримання в психіатричному закладі лише протягом строку, необхідного для обстеження та лікування;
попередню згоду або відмову в будь-який час від застосування нових методів діагностики і лікування та лікарських засобів чи від участі у навчальному процесі;	попередню письмову згоду або письмову відмову в будь-який час від застосування нових методів діагностики і лікування та лікарських засобів чи від участі у навчальному процесі;
безпечність надання психіатричної допомоги;	безпечність надання психіатричної допомоги;
безоплатне надання медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, а також безоплатне або на пільгових умовах забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України;	безоплатне надання медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, а також безоплатне або на пільгових умовах забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України;
безоплатну юридичну допомогу з питань, пов'язаних з наданням їм психіатричної допомоги;	безоплатну юридичну допомогу з питань, пов'язаних з наданням їм психіатричної допомоги;
альтернативний, за власним бажанням, психіатричний огляд та залучення до участі в роботі комісії лікарів-психіатрів з питань надання психіатричної допомоги будь-якого фахівця, який бере участь у наданні психіатричної допомоги, за погодженням з ним;	альтернативний, за письмовим власним бажанням, психіатричний огляд та залучення до участі в роботі комісії лікарів-психіатрів з питань надання психіатричної допомоги будь-якого фахівця, який бере участь у наданні психіатричної допомоги, за погодженням з ним;
збереження права на жиле приміщення за місцем їх постійного проживання протягом часу надання їм стаціонарної психіатричної допомоги;	збереження права на жиле приміщення за місцем їх постійного проживання протягом часу надання їм стаціонарної психіатричної допомоги;
особисту участь у судових засіданнях при вирішенні питань, пов'язаних з наданням їм психіатричної допомоги та обмеженням у зв'язку з цим їх прав;	особисту участь у судових засіданнях, висловлювати свою думку, щодо висновків лікарів-психіатрів на судовому засіданні, при вирішенні питань, пов'язаних з наданням їм психіатричної допомоги та обмеженням у зв'язку з цим їх прав;
відшкодування заподіяної їм шкоди або шкоди їх майну внаслідок незаконного поміщення до психіатричного закладу чи психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання чи внаслідок незабезпечення безпечних умов надання психіатричної допомоги або розголошення конфіденційних відомостей про стан психічного здоров'я і надання психіатричної допомоги;	відшкодування заподіяної їм шкоди або шкоди їх майну внаслідок незаконного поміщення до психіатричного закладу чи психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання чи внаслідок незабезпечення безпечних умов надання психіатричної допомоги або розголошення конфіденційних відомостей про стан психічного здоров'я і надання психіатричної допомоги;
одержання винагороди за фактично виконану роботу нарівні з іншими громадянами.	одержання винагороди за фактично виконану роботу нарівні з іншими громадянами.
Особи під час перебування у психіатричному закладі мають право на:	Особи під час перебування у психіатричному закладі мають право на:
спілкування з іншими особами, в тому числі з адвокатом або іншим законним представником, без присутності сторонніх осіб згідно з правилами внутрішнього розпорядку психіатричного закладу;	спілкування з іншими особами, в тому числі з адвокатом або іншим законним представником, без присутності сторонніх осіб згідно з правилами внутрішнього розпорядку психіатричного закладу;
повідомлення будь-якої особи за своїм вибором про надання їм психіатричної допомоги;	повідомлення будь-якої особи за своїм вибором про надання їм психіатричної допомоги;
забезпечення таємниці листування при відправці та отриманні будь-якої кореспонденції;	забезпечення таємниці листування при відправці та отриманні будь-якої кореспонденції;
доступ до засобів масової інформації;	доступ до засобів масової інформації;
дозвілля, заняття творчою діяльністю;	дозвілля, заняття творчою діяльністю;
відправлення релігійних обрядів, додержання релігійних канонів;	відправлення релігійних обрядів, додержання релігійних канонів;
звернення безпосередньо до керівника або завідуючого відділенням психіатричного закладу з питань надання психіатричної допомоги, виписки з психіатричного закладу та додержання прав, передбачених цим Законом;	звернення безпосередньо до керівника або завідуючого відділенням психіатричного закладу з питань надання психіатричної допомоги, виписки з психіатричного закладу та додержання прав, передбачених цим Законом;
допомогу по загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню або пенсію згідно з законодавством.	допомогу по загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню або пенсію згідно з законодавством, в т.ч. на період перебування особи на примусових заходах медичного характеру за рішенням судів.

ЗАКОН УКРАЇНИ «ПРО ПСИХІАТРИЧНУ ДОПОМОГУ»	
Діюча редакція	Редакція, що пропонується
Особи під час перебування у психіатричному закладі мають також права, які за рішенням лікаря-психіатра (комісії лікарів-психіатрів) в інтересах захисту їх здоров'я чи безпеки, а також в інтересах здоров'я або безпеки інших осіб можуть бути обмежені: приймати відвідувачів наодинці; придбавати і використовувати предмети повсякденного вжитку; перебувати на самоті. Рішення про обмеження прав осіб, яким надається психіатрична допомога, фіксується у медичній документації із зазначенням строку його дії та може бути оскаржено до суду. Забороняється залучення осіб, яким надається психіатрична допомога, до примусової праці.	Особи під час перебування у психіатричному закладі мають також права, які за рішенням лікаря-психіатра (комісії лікарів-психіатрів) в інтересах захисту їх здоров'я чи безпеки, а також в інтересах здоров'я або безпеки інших осіб можуть бути обмежені: приймати відвідувачів наодинці; придбавати і використовувати предмети повсякденного вжитку; перебувати на самоті. Рішення про обмеження прав осіб, яким надається психіатрична допомога, фіксується у медичній документації із зазначенням строку його дії та може бути оскаржено до суду. Забороняється залучення осіб, яким надається психіатрична допомога, до примусової праці.
Стаття 26. Інформація про стан психічного здоров'я особи та надання психіатричної допомоги Лікар-психіатр зобов'язаний пояснити особі, якій надається психіатрична допомога, з урахуванням її психічного стану, у доступній формі інформацію про стан її психічного здоров'я, прогноз можливого розвитку захворювання, про застосування методів діагностики та лікування, альтернативні методи лікування, можливий ризик та побічні ефекти, умови, порядок і тривалість надання психіатричної допомоги, її права та передбачені цим Законом можливі обмеження цих прав при наданні психіатричної допомоги. Право на одержання зазначеної інформації щодо неповнолітнього віком до 15 років та особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, мають їх законні представники. Особа при наданні їй психіатричної допомоги або її законний представник має право на ознайомлення з історією хвороби та іншими документами, а також на отримання в письмовому вигляді будь-яких рішень щодо надання їй психіатричної допомоги. У випадках, коли повна інформація про стан психічного здоров'я особи може завдати шкоди її здоров'ю або призвести до безпосередньої небезпеки для інших осіб, лікар-психіатр або комісія лікарів-психіатрів можуть таку інформацію обмежити. У цьому разі лікар-психіатр або комісія лікарів-психіатрів інформують законного представника особи, враховуючи особисті інтереси особи, якій надається психіатрична допомога. Про надану інформацію або її обмеження робиться запис у медичній документації.	Стаття 26. Інформація про стан психічного здоров'я особи та надання психіатричної допомоги Лікар-психіатр зобов'язаний пояснити особі, якій надається психіатрична допомога, з урахуванням її психічного стану, у доступній формі інформацію про стан її психічного здоров'я, прогноз можливого розвитку захворювання, про застосування методів діагностики та лікування, альтернативні методи лікування, можливий ризик та побічні ефекти, умови, порядок і тривалість надання психіатричної допомоги, її права та передбачені цим Законом можливі обмеження цих прав при наданні психіатричної допомоги. Право на одержання зазначеної інформації щодо малолітнього віком до 14 років, та особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, мають їх законні представники. Особа при наданні їй психіатричної допомоги або її законний представник має право на ознайомлення з історією хвороби та іншими документами, а також на отримання в письмовому вигляді будь-яких рішень щодо надання їй психіатричної допомоги, якщо це не може завдати шкоди її психічному здоров'ю або призвести до безпосередньої небезпеки для інших осіб. У випадках, коли повна інформація про стан психічного здоров'я особи може завдати шкоди її здоров'ю або призвести до безпосередньої небезпеки для інших осіб, лікар-психіатр або комісія лікарів-психіатрів можуть таку інформацію обмежити. У цьому разі лікар-психіатр або комісія лікарів-психіатрів інформують законного представника особи, враховуючи особисті інтереси особи, якій надається психіатрична допомога. Про надану інформацію або її обмеження робиться запис у медичній документації.
Стаття 27. Професійні права, обов'язки та пільги лікаря-психіатра, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, у тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади Професійні права, обов'язки лікаря-психіатра, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, у тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади, при наданні психіатричної допомоги встановлюються Основами законодавства України про охорону здоров'я, цим Законом та іншими законами. Лікар-психіатр, інші працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади, мають право на пільги, встановлені законодавством України для осіб, зайнятих на важких роботах та з шкідливими і небезпечними умовами праці. Виключно компетенцією лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів є встановлення діагнозу психічного захворювання, прийняття рішення про необхідність надання психіатричної допомоги в примусовому порядку або надання висновку для розгляду питання, пов'язаного з наданням психіатричної допомоги в примусовому порядку. При наданні психіатричної допомоги лікар-психіатр, комісія лікарів-психіатрів незалежні у своїх рішеннях і керуються лише медичними показаннями, своїми професійними знаннями, медичною етикою та законом. Лікар-психіатр, комісія лікарів-психіатрів несуть відповідальність за прийняті ними рішення відповідно до закону. Рішення, прийняте лікарем-психіатром або комісією лікарів-психіатрів при наданні психіатричної допомоги, викладається у письмовій формі та підписується лікарем-психіатром або комісією лікарів-психіатрів.	Стаття 27. Професійні права, обов'язки та пільги лікаря-психіатра, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, у тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади Професійні права, обов'язки лікаря-психіатра, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, у тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади, при наданні психіатричної допомоги встановлюються Основами законодавства України про охорону здоров'я, цим Законом та іншими законами. Лікар-психіатр, інші працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади, мають право на пільги, встановлені законодавством України для осіб, зайнятих на важких роботах та з шкідливими і небезпечними умовами праці. Виключно компетенцією лікаря-психіатра є прийняття рішення про необхідність надання психіатричної допомоги в примусовому порядку або надання висновку для розгляду питання, пов'язаного з наданням психіатричної допомоги в примусовому порядку. При наданні психіатричної допомоги лікар-психіатр, комісія лікарів-психіатрів незалежні у своїх рішеннях і керуються лише медичними показаннями, своїми професійними знаннями, медичною етикою та законом. Лікар-психіатр, комісія лікарів-психіатрів несуть відповідальність за прийняті ними рішення, дії чи бездіяльність відповідно до закону. Рішення, прийняте лікарем-психіатром або комісією лікарів-психіатрів при наданні психіатричної допомоги, викладається у письмовій формі та підписується лікарем-психіатром або комісією лікарів-психіатрів.

Лікар-психіатр, комісія лікарів-психіатрів мають право відмовити у наданні психіатричної допомоги у разі відсутності підстав для її надання. Відмова у наданні психіатричної допомоги із зазначенням її причин фіксується у медичній документації за підписом особи чи її законного представника та лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів. Лікар-психіатр, інші працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, мають право на конфіденційність відомостей про своє місце проживання, склад сім'ї, номер домашнього телефону тощо.

Стаття 28. Обов'язкове страхування працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади
Працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади, на випадок заподіяння шкоди їх здоров'ю або смерті, пов'язаних з виконанням ними службових обов'язків, підлягають державному обов'язковому страхуванню. Перелік цих працівників та порядок їх страхування встановлюються Кабінетом Міністрів України.

Лікар-психіатр, комісія лікарів-психіатрів мають право відмовити у наданні психіатричної допомоги у разі відсутності підстав для її надання. Відмова у наданні психіатричної допомоги із зазначенням її причин фіксується у медичній документації за підписом особи чи її законного представника та лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів. Лікар-психіатр, інші працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, мають право на конфіденційність відомостей про своє місце проживання, склад сім'ї, номер домашнього телефону тощо.

Стаття 28. Обов'язкове страхування працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади
Працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади, на випадок заподіяння шкоди їх здоров'ю або смерті, пов'язаних з виконанням ними службових обов'язків, підлягають державному обов'язковому страхуванню **та мають право на пільгове пенсійне забезпечення у зв'язку зі шкідливими та небезпечними умовами праці.** Перелік цих працівників та порядок їх страхування встановлюються Кабінетом Міністрів України.

ОСНОВИ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я	
Діюча редакція	Редакція, що пропонується

Стаття 49. Застосування методів стерилізації
Застосування методів стерилізації може здійснюватися за бажанням повнолітнього пацієнта в закладах охорони здоров'я за медичними показаннями, що встановлюються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Стерилізація недієздатної фізичної особи за наявності медичних показань може бути проведена лише за згодою її опікуна з додержанням вимог, встановлених законом.

Стаття 49. Застосування методів стерилізації
Застосування методів стерилізації може здійснюватися за бажанням повнолітнього пацієнта в закладах охорони здоров'я за медичними показаннями, що встановлюються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Виключити

ЦИВІЛЬНИЙ КОДЕКС УКРАЇНИ	
Діюча редакція	Редакція, що пропонується

Стаття 281. Право на життя
1. Фізична особа має невід'ємне право на життя.
2. Фізична особа не може бути позбавлена життя.
Фізична особа має право захищати своє життя та здоров'я, а також життя та здоров'я іншої фізичної особи від протиправних посягань будь-якими засобами, не забороненими законом.
3. Медичні, наукові та інші дослідження можуть проводитися лише щодо повнолітньої дієздатної фізичної особи за її вільною згодою.
Клінічні випробування лікарських засобів проводяться відповідно до закону.
4. Забороняється задоволення прохання фізичної особи про припинення її життя.
5. Стерилізація може відбутися лише за бажанням повнолітньої фізичної особи.

Стерилізація недієздатної фізичної особи за наявності медичних показань може бути проведена лише за згодою її опікуна, з додержанням вимог, встановлених законом.

6. Штучне переривання вагітності, якщо вона не перевищує дванадцяти тижнів, може здійснюватися за бажанням жінки.

У випадках, встановлених законодавством, штучне переривання вагітності може бути проведено при вагітності від дванадцяти до двадцяти двох тижнів.

Перелік обставин, що дозволяють переривання вагітності після дванадцяти тижнів вагітності, встановлюється законодавством.

7. Повнолітні жінка або чоловік мають право за медичними показаннями на проведення щодо них лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій згідно з порядком та умовами, встановленими законодавством.

Стаття 281. Право на життя
1. Фізична особа має невід'ємне право на життя.
2. Фізична особа не може бути позбавлена життя.
Фізична особа має право захищати своє життя та здоров'я, а також життя та здоров'я іншої фізичної особи від протиправних посягань будь-якими засобами, не забороненими законом.
3. Медичні, наукові та інші дослідження можуть проводитися лише щодо повнолітньої дієздатної фізичної особи за її вільною згодою.
Клінічні випробування лікарських засобів проводяться відповідно до закону.
4. Забороняється задоволення прохання фізичної особи про припинення її життя.
5. Стерилізація може відбутися лише за бажанням повнолітньої фізичної особи.

Виключити

6. Штучне переривання вагітності, якщо вона не перевищує дванадцяти тижнів, може здійснюватися за бажанням жінки.

У випадках, встановлених законодавством, штучне переривання вагітності може бути проведено при вагітності від дванадцяти до двадцяти двох тижнів.

Перелік обставин, що дозволяють переривання вагітності після дванадцяти тижнів вагітності, встановлюється законодавством.

7. Повнолітні жінка або чоловік мають право за медичними показаннями на проведення щодо них лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій згідно з порядком та умовами, встановленими законодавством.

ЦИВІЛЬНИЙ ПРОЦЕСУАЛЬНИЙ КОДЕКС УКРАЇНИ	
Діюча редакція	Редакція, що пропонується

Стаття 241. Рішення суду
1. Суд, ухвалюючи рішення про обмеження цивільної дієздатності фізичної особи (у тому числі обмеження або позбавлення права неповнолітньої осо-

Стаття 241. Рішення суду
1. Суд, ухвалюючи рішення про обмеження цивільної дієздатності фізичної особи (у тому числі обмеження або позбавлення права неповнолітньої осо-

би самостійно розпоряджатися своїми доходами) чи визнання фізичної особи недієздатною, встановлює над нею відповідно піклування або опіку і за поданням органу опіки та піклування призначає їй піклувальника чи опікуна.

2. Суд за заявою органу опіки та піклування чи особи, призначеної піклувальником або опікуном, у місячний строк звільняє її від повноважень піклувальника або опікуна і призначає за поданням органу опіки та піклування іншу особу, про що постановляє ухвалу. Суд за заявою особи, над якою встановлено піклування, може звільнити піклувальника від його повноважень і призначити за поданням органу опіки та піклування іншого піклувальника, про що постановляє ухвалу.

Суд розглядає питання про звільнення опікуна або піклувальника в судовому засіданні з повідомленням заінтересованих осіб. Неявка цих осіб не перешкоджає розгляду питання про звільнення опікуна або піклувальника.

3. Скасування рішення суду про обмеження цивільної дієздатності фізичної особи та поновлення цивільної дієздатності фізичної особи, цивільна дієздатність якої була обмежена, здійснюється за рішенням суду за заявою самої фізичної особи, її піклувальника, членів сім'ї або органу опіки та піклування.

4. Скасування рішення суду про визнання фізичної особи недієздатною та поновлення цивільної дієздатності фізичної особи, яка була визнана недієздатною, в разі її вилучення або значного поліпшення її психічного стану здійснюється за рішенням суду на підставі відповідного висновку судово-психіатричної експертизи за заявою опікуна, органу опіки та піклування.

5. Рішення суду після набрання ним законної сили надсилається судом органу опіки та піклування, органам ведення Державного реєстру виборців за місцем проживання фізичної особи.

би самостійно розпоряджатися своїми доходами) чи визнання фізичної особи недієздатною, встановлює над нею відповідно піклування або опіку і за поданням органу опіки та піклування призначає їй піклувальника чи опікуна.

2. Суд за заявою органу опіки та піклування чи особи, призначеної піклувальником або опікуном, у місячний строк звільняє її від повноважень піклувальника або опікуна і призначає за поданням органу опіки та піклування іншу особу, про що постановляє ухвалу. Суд за заявою особи, над якою встановлено піклування, може звільнити піклувальника від його повноважень і призначити за поданням органу опіки та піклування іншого піклувальника, про що постановляє ухвалу.

Суд розглядає питання про звільнення опікуна або піклувальника в судовому засіданні з повідомленням заінтересованих осіб. Неявка цих осіб не перешкоджає розгляду питання про звільнення опікуна або піклувальника.

3. Скасування рішення суду про обмеження цивільної дієздатності фізичної особи та поновлення цивільної дієздатності фізичної особи, цивільна дієздатність якої була обмежена, здійснюється за рішенням суду за заявою самої фізичної особи, її піклувальника, членів сім'ї або органу опіки та піклування.

4. Скасування рішення суду про визнання фізичної особи недієздатною та поновлення цивільної дієздатності фізичної особи, яка була визнана недієздатною, в разі її вилучення або значного поліпшення її психічного стану здійснюється за рішенням суду на підставі відповідного висновку судово-психіатричної експертизи за заявою **самої фізичної особи**, опікуна, органу опіки та піклування.

5. Рішення суду після набрання ним законної сили надсилається судом органу опіки та піклування, органам ведення Державного реєстру виборців за місцем проживання фізичної особи.

КРИМІНАЛЬНИЙ КОДЕКС УКРАЇНИ	
Діюча редакція	Редакція, що пропонується
Стаття 95. Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру 1. Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюється судом за заявою представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра), який надає особі таку психіатричну допомогу, до якої додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який обґрунтовує необхідність продовження, зміни або припинення застосування таких примусових заходів. 2. Особи, до яких застосовані примусові заходи медичного характеру, підлягають огляду комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на 6 місяців для вирішення питання про наявність підстав для звернення до суду із заявою про припинення або про зміну застосування такого заходу. У разі відсутності підстав для припинення або зміни застосування примусового заходу медичного характеру представник психіатричного закладу (лікар-психіатр), який надає особі таку психіатричну допомогу, направляє до суду заяву, до якої додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження застосування примусового заходу медичного характеру. У разі необхідності продовження застосування примусового заходу медичного характеру понад 6 місяців представник психіатричного закладу (лікар-психіатр), який надає особі таку психіатричну допомогу, повинен направити до суду за місцем знаходження психіатричного закладу заяву про продовження застосування примусового заходу. До заяви додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження надання особі такої психіатричної допомоги. В подальшому продовження застосування примусового заходу медичного характеру проводиться кожного разу на строк, який не може перевищувати 6 місяців. 3. У разі припинення застосування примусових заходів медичного характеру через змінення психічного стану особи на краще, суд може передати її на піклування родичам або опікунам з обов'язковим лікарським наглядом. 4. У разі припинення застосування примусових заходів медичного характеру через вилучення особи, які вчинили злочини у стані осудності, але захворіли на психічну хворобу до постановлення вироку, підлягають покаранню на загальних засадах, а особи, які захворіли на психічну хворобу під час відбування покарання, можуть підлягати подальшому відбуванню покарання.	Стаття 95. Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру 1. Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюється судом за заявою представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра), який надає особі таку психіатричну допомогу, до якої додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який обґрунтовує необхідність продовження, зміни або припинення застосування таких примусових заходів. 2. Особи, до яких застосовані примусові заходи медичного характеру, підлягають огляду комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на 6 місяців для вирішення питання про наявність підстав для звернення до суду із заявою про припинення або про зміну застосування такого заходу. У разі відсутності підстав для припинення або зміни застосування примусового заходу медичного характеру представник психіатричного закладу (лікар-психіатр), який надає особі таку психіатричну допомогу, направляє до суду заяву, до якої додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження застосування примусового заходу медичного характеру. У разі необхідності продовження застосування примусового заходу медичного характеру понад 6 місяців представник психіатричного закладу (лікар-психіатр), який надає особі таку психіатричну допомогу, повинен направити до суду за місцем знаходження психіатричного закладу заяву про продовження застосування примусового заходу. До заяви додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження надання особі такої психіатричної допомоги. В подальшому продовження застосування примусового заходу медичного характеру проводиться кожного разу на строк, який не може перевищувати 6 місяців. Розгляд питання про зміну чи припинення застосування примусових заходів медичного характеру може здійснюватися за заявою самої особи, до якої вони застосовуються, не частіше ніж один раз на 6 місяців. Особа, до якої застосовуються примусові заходи медичного характеру, має право звернутись до обраного нею незалежного від психіатричного закладу лікаря-психіатра з метою отримання висновку про стан свого психічного здоров'я та про доцільність продовження надання особі такої психіатричної допомоги. 3. У разі припинення застосування примусових заходів медичного характеру через змінення психічного стану особи на краще, суд може передати її на піклування родичам або опікунам з обов'язковим лікарським наглядом. 4. У разі припинення застосування примусових заходів медичного характеру через вилучення особи, які вчинили злочини у стані осудності, але захворіли на психічну хворобу до постановлення вироку, підлягають покаранню на загальних засадах, а особи, які захворіли на психічну хворобу під час відбування покарання, можуть підлягати подальшому відбуванню покарання.

КРИМІНАЛЬНИЙ ПРОЦЕСУАЛЬНИЙ КОДЕКС УКРАЇНИ	
Діюча редакція	Редакція, що пропонується
Стаття 512. Судовий розгляд 1. Судовий розгляд здійснюється одноособово суддею в судовому засіданні за участю прокурора, законного представника, захисника згідно із загальними правилами цього Кодексу. Участь особи, стосовно якої передбачається застосування примусових заходів медичного характеру, не є обов'язковою і може мати місце, якщо цьому не перешкоджає характер розгляду психічної діяльності чи її психічного захворювання. 2. Судовий розгляд завершується постановленням ухвали про застосування примусових заходів медичного характеру або про відмову в їх застосуванні. 3. У разі об'єднання в одне провадження кримінального провадження, яке здійснюється у загальному порядку, передбаченому цим Кодексом, та кримінального провадження щодо застосування примусових заходів медичного характеру вони розглядаються в судовому засіданні в одному кримінальному провадженні з додержанням вимог цього Кодексу. Після закінчення судового розгляду суд виходить до нарадчої кімнати для ухвалення вироку щодо обвинуваченого та ухвали щодо застосування примусових заходів медичного характеру.	Стаття 512. Судовий розгляд 1. Судовий розгляд здійснюється одноособово суддею в судовому засіданні за участю прокурора, законного представника, захисника згідно із загальними правилами цього Кодексу. Участь особи, стосовно якої передбачається застосування примусових заходів медичного характеру, є обов'язковою. 2. Судовий розгляд завершується постановленням ухвали про застосування примусових заходів медичного характеру або про відмову в їх застосуванні. 3. У разі об'єднання в одне провадження кримінального провадження, яке здійснюється у загальному порядку, передбаченому цим Кодексом, та кримінального провадження щодо застосування примусових заходів медичного характеру вони розглядаються в судовому засіданні в одному кримінальному провадженні з додержанням вимог цього Кодексу. Після закінчення судового розгляду суд виходить до нарадчої кімнати для ухвалення вироку щодо обвинуваченого та ухвали щодо застосування примусових заходів медичного характеру.
Стаття 514. Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру 1. Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюється на підставі ухвали суду, в межах територіальної юрисдикції якого застосовується цей захід чи відбувається лікування. 2. Зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюється, якщо особа, яка вчинила суспільно небезпечне діяння у стані неосудності, видужала або якщо внаслідок змін у стані її здоров'я відпала потреба в раніше застосовуваних заходах медичного характеру. 3. Розгляд питання про продовження, зміну чи припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюється за письмовою заявою представника медичного закладу (лікаря-психіатра), де тримається дана особа, у передбаченому статтею 95 Кримінального кодексу України та статтею 512 цього Кодексу порядку. До письмової заяви додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який обґрунтовує необхідність продовження, зміни або припинення застосування таких примусових заходів. 4. Питання про продовження застосування примусових заходів медичного характеру, призначених судовим рішенням суду іноземної держави стосовно особи, переданої в Україну в порядку, передбаченому статтями 605-611 цього Кодексу та міжнародними договорами України, вирішується за результатами судового розгляду.	Стаття 514. Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру 1. Продовження, зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюється на підставі ухвали суду, в межах територіальної юрисдикції якого застосовується цей захід чи відбувається лікування. 2. Зміна або припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюється, якщо особа, яка вчинила суспільно небезпечне діяння у стані неосудності, видужала або якщо внаслідок змін у стані її здоров'я відпала потреба в раніше застосовуваних заходах медичного характеру. 3. Розгляд питання про продовження, зміну чи припинення застосування примусових заходів медичного характеру здійснюється за письмовою заявою представника медичного закладу (лікаря-психіатра), де тримається дана особа, у передбаченому статтею 95 Кримінального кодексу України та статтею 512 цього Кодексу порядку. До письмової заяви додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який обґрунтовує необхідність продовження, зміни або припинення застосування таких примусових заходів. Розгляд питання про зміну чи припинення застосування примусових заходів медичного характеру може здійснюватися за заявою самої особи, до якої вони застосовуються, не частіше ніж один раз на 6 місяців. Особа, до якої застосовуються примусові заходи медичного характеру, має право звернутись до обраного нею незалежного від психіатричного закладу лікаря-психіатра з метою отримання висновку про стан свого психічного здоров'я та про доцільність продовження надання особі такої психіатричної допомоги. 4. Питання про продовження застосування примусових заходів медичного характеру, призначених судовим рішенням суду іноземної держави стосовно особи, переданої в Україну в порядку, передбаченому статтями 605-611 цього Кодексу та міжнародними договорами України, вирішується за результатами судового розгляду.
КРИМІНАЛЬНО-ВИКОНАВЧИЙ КОДЕКС УКРАЇНИ	
Діюча редакція	Редакція, що пропонується
Стаття 116. Медико-санітарне забезпечення засуджених до позбавлення волі 1. У місцях позбавлення волі організовуються необхідні лікувально-профілактичні заклади, а для лікування засуджених, які хворіють на активну форму туберкульозу, – заклади на правах лікувальних. Для спостереження та лікування хворих на інфекційні захворювання в медичних частинах колоній створюються інфекційні ізолятори. 2. Лікувально-профілактична і санітарно-протиепідемічна робота в місцях позбавлення волі організовується і проводиться відповідно до законодавства про охорону здоров'я. Адміністрація колоній зобов'язана виконувати необхідні медичні вимоги, що забезпечують охорону здоров'я засуджених. Засуджені до позбавлення волі зобов'язані виконувати правила особистої і загальної гігієни, вимоги санітарії.	Стаття 116. Медико-санітарне забезпечення засуджених до позбавлення волі 1. У місцях позбавлення волі організовуються необхідні лікувально-профілактичні заклади, а для лікування засуджених, які хворіють на активну форму туберкульозу, – заклади на правах лікувальних. Для спостереження та лікування хворих на інфекційні захворювання в медичних частинах колоній створюються інфекційні ізолятори. Особі, які мають психічні розлади, перебувають під постійним наглядом лікаря-психіатра та отримують психіатричну допомогу в психіатричних закладах. 2. Лікувально-профілактична і санітарно-протиепідемічна робота в місцях позбавлення волі організовується і проводиться відповідно до законодавства про охорону здоров'я. Психіатрична допомога надається відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу». Адміністрація колоній зобов'язана виконувати необхідні медичні вимоги, що забезпечують охорону здоров'я засуджених (в тому числі психічного здоров'я). Засуджені до позбавлення волі зобов'язані виконувати правила особистої і загальної гігієни, вимоги санітарії.

О.С. Чабан¹, Л.Н. Юрьева², Е.А. Хаустова³, А.Й. Мамчур², А.Е. Николенко², О.Н. Барна¹
СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДЕПРЕССИЕЙ:
ИТОГИ ПЕРВОГО ГОДА ВНЕДРЕНИЯ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОТОКОЛА

¹ НМУ имени А.А. Богомольца, г. Киев

² ФПО ГУ «ДМА МЗ Украины», г. Днепропетровск

³ Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев
7974247@gmail.com

Ключевые слова:

депрессия,
унифицированный
клинический протокол,
уровень медицинской
помощи, индикаторы
качества.

В статье представлен анализ первого года внедрения Положения клинического протокола первичной, вторичной (специализированной) и третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи «Депрессия» в реальную клиническую практику ЛПУ Украины. Определены (по мнению практических врачей ВОП-СМ и психиатров) основные преимущества и недостатки Протокола; представлены предложения по его усовершенствованию в следующей редакции.

Задачей современной доказательной медицины является повышение эффективности (уменьшение смертности и улучшение качества жизни пациентов) и безопасности (уменьшение риска развития осложнений при использовании применяемых методов терапии), а также оптимизация экономических аспектов лечения (выбор наиболее эффективного и наиболее экономичного лечебного подхода). Современные требования доказательной медицины предусматривают внедрение новейших технологий систематического сбора, анализа, синтеза и применения качественной научной медицинской информации, которая позволяет принимать оптимальные клинические решения в пользу пациента. Следовательно, речь идет о добросовестном, точном и сознательном использовании лучших результатов клинических исследований для выбора лечения конкретного пациента [1].

Использование протоколов оказания медицинской помощи является общепринятой практикой в мире. Система стандартизации медицинской помощи в международной практике состоит из клинических рекомендаций (установок), медицинских стандартов и протоколов. До недавнего времени в Украине существовали протоколы 2009 года, которые не отвечали потребностям психиатрической службы в настоящее время (в связи с появлением новых научных данных, использованием в практике новейших лекарственных препаратов и диагностических психометрических тестов и т.д.). Основные положения разработки современных стандартов оказания медицинской помощи в Украине были определены Приказом МЗ Украины от 28 сентября 2012 г. № 751 «О создании и внедрении медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Украины», зарегистрированным в Министерстве юстиции Украины 29 ноября 2012 г. за № 2001/22313 [4].

Унифицированный клинический протокол медицинской помощи (УКПМД) – нормативный акт государственного уровня, который разрабатывается на основе клинического руководства с учетом возможностей системы здравоохранения (а при наличии стандарта медицинской помощи, то и в соответствии с ним). В основу разработок унифицированного клинического протокола и медицинского стандарта положены клинические руководства – источники доказательной медицины. Унифицированный клинический протокол пошагово определяет процесс оказания медицинской помощи, ее объем и ожидаемый результат. На основе УКПМД в условиях учреждения здравоохранения создается локальный протокол (ЛПМД), являющийся детализированной инструкцией оказания помощи с маршрутом пациента. Таким образом обеспечивается баланс соблюдения требований медицинского стандарта и обоснованных потребностей пациента путем реализации научной доказательной базы при оказании медицинской помощи каждому пациенту, последовательного отображения вмешательств в медико-технологических документах. Система индикаторов качества оказания медицинской помощи утверждается соответствующим УКПМД; в дальнейшем она становится основой системы мониторинга его выполнения отдельными ЛПУ [2].

В настоящее время в стадии завершения находится работа по созданию национальных клинических руководств и унифицированных клинических протоколов по темам «Шизофрения», «Аутизм», «ПТСР», «Деменция».

В декабре 2014 вниманию психиатрической общественности был представлен «Унифицированный клинический протокол оказания медицинской помощи при депрессии» (в дальнейшем именуемый Протокол). Прошел год. За это время врачами разных специальностей был приобретен опыт использования Протокола, проявились его положительные стороны, негативные моменты, объективные и субъективные трудности его имплементации.

С целью усовершенствования следующей редакции Протокола, техническая и экспертная работа над которой начнется уже в следующем году, силами специалистов двух ВУЗов (НМУ имени А.А. Богомольца, г. Киев; ФПО ГУ «ДМА МЗ Украины», г. Днепропетровск) и УкрНИИ ССПН МЗ Украины (г. Киев) были проанализированы итоги годичной работы с Протоколом врачей первичной, вторичной и третичной медицинской помощи [2].

Для получения ответа на вопрос «Насколько применение Протокола облегчает или усложняет практическую деятельность врача-психиатра?» на кафедре психиатрии ФПО ГУ «ДМА МЗ Украины» 20 октября 2015 года были проведены опрос и фокус-группы по использованию Унифицированного клинического протокола первичной, вторичной и третичной медицинской помощи «Депрессия» среди врачей-психиатров. Опросник был составлен сотрудниками кафедры психиатрии ФПО ГУ «ДМА МЗ Украины» с учетом положений Протокола, касающихся вопросов диагностики, лечения и ведения пациентов. Были опрошены врачи-психиатры, которые оказывают вторичную (специализированную) и третичную (высокоспециализированную) медицинскую помощь в г. Днепропетровске и Днепропетровской области (табл. 1).

На вопрос «Использовали ли Вы за прошедший год в своей практике клинический протокол оказания медицинской помощи «Депрессия» от 25.12.2014 года?» положительно ответили 64,7% опрошенных врачей. Среди врачей вторичного уровня оказания помощи этот показатель составил 80%, а третичной помощи – 64,3%. Не использовали данный Протокол 35,3% опрошенных (20% – врачи вторичного, 41,7% – третичного уровня оказания помощи). При анализе этих показателей в процессе проведения фокус-групп врачи отметили, что они пользуются локальными протоколами, которые в большей степени отвечают реальным возможностям лечебного учреждения, и прежде всего, при назначении фармакотерапии.

Бумажный вариант Протокола имеют 70,6% врачей (врачи вторичного уровня оказания помощи – 80%, третичного – 66,7%). Не имеют протокола 29,4% опрошенных (врачи вторичного уровня – 20%, третичного – 33,3%).

Вопрос о целесообразности использования обязательных психодиагностических методов, указанных

в Протоколе (Госпитальная шкала тревоги, опросник здоровья PHQ-15, шкалы CGI – S), выявил следующую тенденцию: положительный ответ был получен в 58,8% случаев (среди врачей вторичной помощи – 80%, третичной – 50%); не использовали обязательные диагностические шкалы 41,2% врачей (среди врачей вторичной помощи – 20%, третичной – 50%).

На вопрос «Поняты ли Вам алгоритм интерпретации данных психодиагностических методов, указанных в Протоколе?» положительно ответили 52,9% опрошенных (врачи вторичной помощи – 60%, третичной – 50%). Процент врачей, которые дали отрицательный ответ, составил 47,1% (врачи вторичной помощи – 40%, третичной – 50%). При анализе этих показателей в процессе проведения фокус-групп врачи третичной помощи отметили, что психодиагностикой с использованием шкал занимаются психологи. Поэтому они не в полной мере овладели этими психодиагностическими технологиями.

Целесообразным назначение антидепрессантов (АД) врачами других специальностей (семейными врачами, невропатологами) считают 17,6% опрошенных (среди врачей вторичной помощи – 20%, третичной – 16,7%). Однако, процент врачей, которые считают это нецелесообразным, составил 83,3% (практически поровну среди врачей как вторичной, так и третичной помощи).

Целесообразной возможность диагностировать депрессию врачами общей практики считают только 23,5%. Интересно, что среди врачей вторичной помощи, которые непосредственно работают с семейными врачами, никто не посчитал это целесообразным. Среди психиатров третичной помощи 33,3% сочли это приемлемым, а 76,5% – нет.

Заключительные вопросы касались принципов проведения фармакотерапии и рекомендаций по курации пациентов, которые указаны в Протоколе. Принципы проведения фармакотерапии при назначении антидепрессантов (АД) используют 58,8% опрошенных (среди врачей вторичной помощи используют 100%, третичной – 41,7%), не используют – 41,2% (среди врачей вторичной помощи – 0%, третичной – 58,3%). Фокус-группы показали, что такой значительный процент врачей, ответивших «нет», объясняется тем, что они используют локальные протоколы ведения пациентов. Используют рекомендации по

Таблица 1. Результаты опроса врачей-психиатров

Вопрос	Уровень оказания помощи		
	Средний показатель	Вторичный	Третичный
Использование за прошедший год в практике клинического протокола оказания медицинской помощи «Депрессия» от 25.12.2014 года	67,4	80	64,3
Наличие бумажного варианта Протокола	70,6	80	66,7
Целесообразность использования обязательных психодиагностических методов, указанных в Протоколе	58,8	80	50
Доступность для понимания алгоритма интерпретации данных психодиагностических методов, указанных в Протоколе	52,9	60	50
Целесообразность назначения антидепрессантов (АД) врачами других специальностей (ВОП-СМ, неврологами)	17,6	20	16,7
Целесообразность возможности диагностировать депрессию врачами общей практики	23,5	0	33,3
Использование принципов проведения фармакотерапии при назначении антидепрессантов (АД)	58,8	100	41,7

курации пациентов, указанные в данном протоколе, 41,2% врачей (среди врачей вторичной помощи – 40%, третичной – 41,7%). Не используют принципы курации 58,8% (среди врачей вторичной помощи – 60%, третичной – 58,3%).

Проблемы и трудности, с которыми пришлось столкнуться практикующим врачам-психиатрам при работе с Протоколом (по данным опроса психиатров):

- «много общих слов, фраз, а конкретной информации мало»;
- нехватка времени;
- особенности психического состояния пациентов;
- проведение необходимых высокотехнологичных действий на третичном уровне (сомнография, МРТ, генетические исследования, фармакокинетические исследования и др.).

Дополнительно следует отметить, что на вопрос «Где Вы впервые услышали о существовании данного Протокола?» ответы распределились следующим образом: на курсах повышения квалификации – 35,3% (врачи третичной помощи – 41,6%, вторичной – 20%); на прерывистых курсах психиатров области – 35,3% (врачи вторичной помощи – 60%, третичной – 25%); получили информацию от коллег 11,8% врачей; из других источников информации (интернет, конференции) – 17,6% врачей.

В результате совместного обсуждения Протокола врачами-психиатрами, курсантами и сотрудниками кафедры ФПО ГУ «ДМА МЗ Украины» возник целый ряд предложений, замечаний и дополнений, которые могут быть использованы при подготовке очередной версии Протокола. Эти вопросы также обсуждались на фокус-группах вместе с врачами общей практики (семейной медицины) и интернами по специальности «Общая практика – семейная медицина».

Среди большого числа **предложений**, высказанных врачами и сотрудниками кафедры ФПО, наиболее часто встречались следующие (табл. 2)

Мультицентровое обсуждение проблем и перспектив имплементации Протокола в первичной сети было проведено в режиме фокус-групп вместе с врачами общей практики (семейной медицины) силами кафедры психосоматической медицины и психотерапии НМУ имени А.А. Богомольца и одноименного отдела УкрНИИ ССПН МЗ Украины в 11 регионах при участии 236 ВОП–СМ.

Прежде всего было обращено внимание на процедуру разработки Локального Протокола (ЛПМП). Она предполагает отдельные этапы: формирование рабочей группы, обучение персонала, создание текста ЛПМП, внедрение ЛПМП в деятельность ЛПЗ и оценка эффективности его применения в соответствии со специфичными для каждого ЛПМП критериями оценки качества. Причем рабочая группа по разработке ЛПМП назначается приказом руководителя ЦПМСП (Центр первичной медико-санитарной помощи) (главного врача ЛПЗ) в течение 3 месяцев от даты размещения УКПМП в Реестре медико-технологических документов (<http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>). Таким образом, начало работы с локальными протоколами по депрессии реально пришлось на февраль-апрель 2015 года.

Более того, процедура предполагает наличие у **каждого** врача своего ЛПМП: «...у ЛПМПД детально викладається інформація щодо виконання обов'язкових заходів з зазначенням відділення, посади лікаря або середнього медичного персоналу, відповідального за захід або який виконує втручання, контактна інформація для термінового зв'язку, клінічних індикаторів якості медичної допомоги тощо» [2]. Мы подсчитали, что у

Таблица 2. Предложения кафедры ФПО ГУ «ДМА МЗ Украины» по усовершенствованию Протокола

Раздел II. Общая часть «Особенности процесса оказания медицинской помощи»
Четко разграничить пределы компетентности семейных врачей и врачей-психиатров в вопросе ведения пациентов с депрессией на всех этапах течения заболевания (диагностика, фармакотерапия, психотерапия и психосоциальная реабилитация). Это связано с тем, что в Законе Украины «О психиатрической помощи» (Статья 27 «О вопросе постановки диагноза психического заболевания» и Статья 10 «Психиатрические учреждения, медицинские работники и другие специалисты, которые оказывают психиатрическую помощь») говорится о том, что психиатрический диагноз и психиатрическая помощь может оказываться только врачами-психиатрами при наличии лицензии или другими специалистами, которые прошли специальную подготовку.
Для приведения в соответствие с Законом Украины «О психиатрической помощи» (Статья 10) тематическое усовершенствование по диагностике и лечению депрессии для врачей общей практики – семейных врачей в соответствии с учебной программой (Дополнение 5), должно проводиться на кафедрах психиатрии факультетов послепригодного образования высших медицинских учебных заведений, а не в учреждениях практического здравоохранения, как указано в «Унифицированном клиническом протоколе оказания медицинской помощи при депрессии». Рекомендуемая длительность цикла 2 недели.
Раздел IV. Описание этапов медицинской помощи (пункт 4.1.4).
Список препаратов первой и второй очереди необходимо составить либо в алфавитном порядке, либо с учетом времени их появления на фармацевтическом рынке
Исключить препараты, не разрешенные к применению в Украине
Включить в перечень препаратов первой линии новые высокоэффективные современные АД с доказанной эффективностью при депрессии разной степени тяжести, зарегистрированные в Украине
Среди препаратов второй линии перечислить АД других химических групп, а не ограничиваться сокращением «та інші»;
Исключить из перечня рекомендуемых антидепрессантов Селегиллин, как препарат, не обладающий доказанной антидепрессивной активностью
Включить в перечень препаратов, обладающих антидепрессивной активностью, атипичные нейролептики с доказанной антидепрессивной активностью, имеющие показания к терапии депрессивных расстройств, а также большой опыт применения в клинической практике
Целесообразно выделить в отдельную линию препараты других фармакологических групп, обладающих доказанной антидепрессивной активностью

каждого врача общей практики-семейной медицины по разным нозологиям должно быть ≈ 60 ЛПМД, каждый из которых содержит $\approx 5-10$ страниц. Итого $\approx 300-500$ страниц текста. Дополнительно необходимо также знание приказов и инструкций МЗ $\approx 100-300$ страниц текста. Выходим на формулировку «помнить нельзя забыть» (где поставить запятую?). Поэтому считаем, что «излишнее усложнение системы ведет к удорожанию и снижению надежности».

С другой стороны, исключительно положительными оценками были отмечены создание специфического для каждого ЛПЗ клинического маршрута пациента с депрессией, а также унификация диагностических процедур для ВОП-СМ. Введение синдромального диагноза на первичном уровне оказания медицинской помощи (депрессивный, астено-депрессивный, тревожно-депрессивный, ...-депрессивный, депрессивно-...) позволило не только соблюсти требования Закона Украины о психиатрической помощи, но и вывести из врачебного обихода несуществующее понятие «астено-невротический синдром».

Вместе с тем, использование диагностической шкалы депрессии PHQ-9 на первичном этапе ее внедрения вызывает определенные трудности (гипер- и гиподиагностика депрессии), что, по мнению фокус-групп, требует введения в учебную программу тематического усовершенствования по диагностике и лечению депрессии для ВОП-СМ отдельного тренинга по PHQ-9 с использованием эталонных видео и отдельной сертификации ВОП-СМ по шкале PHQ-9.

Отдельной темой для обсуждения в фокус-группах была преемственность первичной и вторичной помощи в курации пациентов с депрессией (табл. 3).

ВОП-СМ (67,2%) отмечали нежелание пациентов обращаться к психиатру даже в predeterminedенных Протоколом случаях. Это касалось прежде всего пациентов с ухудшением соматического состояния в процессе терапии, с повторными эпизодами в течение года и, в меньшей степени, с отсутствием эффекта от терапии через 4-6 недель от ее начала. Кроме того, 80,4% ВОП-СМ высказывали сомнения в целесообразности наблюдения психиатрами беременных. В целом выявилась определенная тенденция взаимного недоверия специалистов первичной и вторичной сетей по курации пациентов

с депрессией. Причем третичная сеть (кафедры ВУЗов) оказалась более лояльна по отношению к курации депрессии ВОП-СМ, высказав недоверие в наименьшей степени (26,7%).

Основным лимитирующим фактором в курации пациентов с депрессией специалисты всех уровней считают количество времени, отведенного на прием одного пациента (соответственно 87,4%; 47,3%; 21,6%). Наиболее остро эта проблема стоит перед ВОП-СМ, т.к. действительно невозможно качественно успеть в течение регламентированного МЗ Украины отрезка времени для приема одного пациента: «провести консультирование с разъяснением в доступной форме особенностей течения и лечения депрессии, дать рекомендации по изменению образа жизни, питания, физической активности и медикаментозной терапии (если назначена); согласовать с пациентом методы немедикаментозной и медикаментозной терапии депрессии; провести обучение пациента по соблюдению режима лечения и техник самоконтроля; ответить на вопросы пациента; обеспечить мониторинг эффективности лечения». Следует также отметить, что ни на одном из уровней оказания помощи врачи не отметили значимых трудностей в выборе препаратов для психофармакотерапии, что свидетельствует об их достаточной обученности принципам назначения антидепрессантов.

Перечень индикаторов качества медицинской помощи (6.1.1. Наличие у ВОП-СМ локального протокола ведения пациента с депрессией. 6.1.2. Наличие в ЛПЗ локального протокола ведения пациента с депрессией. 6.1.3. Использование опросников PHQ - 2 и PHQ - 9 ВОП-СМ для диагностики депрессии. 6.1.4. % ВОП-СМ в ЛПЗ, прошедших тематическое усовершенствование по диагностике и лечению депрессивных расстройств. 6.1.5. Процент пациентов, совершивших суицид), заложенных в действующей редакции Протокола, в основном не дают представления о качестве терапии депрессии, преемственности между отдельными уровнями оказания помощи, катамнезе пациентов после перенесенного эпизода депрессии и, наконец, о внедрении мультидисциплинарного подхода в курацию пациентов с депрессией.

Приказ МЗ Украины от 28.09.2012 г № 751 «Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги» указывает, что индикаторы качества должны

Таблица 3. Преемственность помощи (в соответствии с УКУМД «Депрессия») [2]

Клінічна ситуація	Консультація/Госпіталізація
Високий ризик суїциду, самозневага	Консультація/Госпіталізація
Наявність психотичних симптомів та гострого збудження	Консультація/Госпіталізація
Підозра на психічне захворювання (біполярний розлад, зловживання ПАР)	Консультація психіатра
Тяжка депресія (виражена дезадаптація у зв'язку з ДР)	Консультація психіатра
Відсутність ефекту лікування пацієнтів з легкою та помірною депресією впродовж 4-6 тижнів	Консультація психіатра
Повторний епізод впродовж року	Консультація психіатра
Погіршення соматичного стану внаслідок терапії, що проводиться	Консультація психіатра
Вагітність	Консультація психіатра
Побагання пацієнта	Консультація психіатра

отвечать следующим критериям: отображать наиболее важные с медицинской, социальной и экономической точек зрения элементы лечебно-диагностического процесса и достигнутого результата; иметь опережающий (перспективный) по отношению к нынешней медицинской практике характер; иметь количественное выражение (например, процент пациентов, которые получили ту или иную услугу).

Подготовка следующей редакции Протокола обязательно поставит вопрос: как перейти от ожидания к реальности? Постановка целей внедрения Протокола в реальную клиническую практику позволяет предположить перспективный вариант индикаторов. Целями Протокола, по нашему мнению, являются: уменьшение количества завершённых самоубийств у пациентов с депрессией, не только во вторичном, но и в первичном звене здравоохранения; увеличение скрининга депрессии пациентов первичного звена с дополнительными факторами повышенного риска развития депрессивных расстройств (диабет, ССЗ, инсульт, хроническая боль, женщины в перинатальном периоде); улучшение преемственности между врачами первичного звена и врачами-психиатрами, особенно при совместной курации. Соответственно, в перспективе индикаторами качества могут быть: N пациентов, совершивших суицид / N пациентов с Д. в первичной сети; N пациентов, прошедших скрининг на депрессию с ХНИЗ || сахарным диабетом || ССЗ || инсультом || хронической

болью / N пациентов с ХНИЗ || сахарным диабетом || ССЗ || инсультом || хронической болью; N женщин в перинатальном периоде, прошедших скрининг на депрессию/ N женщин в перинатальном периоде; N пациентов с документированными консультациями других специалистов / N пациентов с депрессией в первичной сети. Мы полагаем, что обновление индикаторов качества медицинской помощи повлечет за собой структурное усовершенствование самого Протокола и, соответственно, уменьшит проблемы и трудности, с которыми пришлось столкнуться практикующим врачам при работе с Протоколом.

Таким образом, совместное обсуждение практическими врачами-психиатрами и ВОП-СМ, сотрудниками кафедр психиатрии, психосоматической и семейной медицины, а также организаторами здравоохранения, даст возможность оптимизировать лечебный процесс и повысить качество оказания медицинской помощи.

Список использованной литературы

1. Закон України про психіатричну допомогу. – К. : Вид-во «Сфера», 2000. – 50 с.
2. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги».
3. Степаненко А. В. Проведення сучасної системи стандартизації медичної допомоги у вітчизняній охороні здоров'я в галузі психіатрії / А. В. Степаненко, О. М. Ліщишина, Є. О. Мельник [та ін.] // Архів психіатрії. – 2013. – Том 19, № 2 (73). – С. 6–13.
4. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивний епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія).

СУЧАСНІ РЕАЛІЇ В НАДАННІ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ДЕПРЕСІЄЮ: ПІДСУМКИ ПЕРШОГО РОКУ ВПРОВАДЖЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОГО ПРОТОКОЛУ

О.С. Чабан, Л.Н. Юр'єва, О.О. Хаустова, О.Й. Мамчур, А.Є. Ніколенко, О.М. Барна

У статті наведений аналіз першого року впровадження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія» в реальну клінічну практику ЛПЗ України. Визначені (за думкою практичних лікарів ВОП-СМ та психіатрів) основні переваги та недоліки Протоколу; надані пропозиції з його удосконалення в наступній редакції.

Ключові слова: депресія, уніфікований клінічний протокол, рівень медичної допомоги, індикатори якості

MODERN REALITIES OF MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH DEPRESSION: RESULTS OF THE FIRST YEAR OF IMPLEMENTATION OF THE NATIONAL PROTOCOL

O.S. Chaban, L.N. Yur'yeva, E.A. Khaustova, A.Y. Mamchur, A.Y. Nikolenko, O.N. Barna

It was analysed the first year of implementation the Standardized clinical protocol of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) care «Depression» in the real clinical practice of medical institutions of Ukraine. According to the practice of general practitioners and psychiatrists, have identified the main advantages and disadvantages of the Protocol; presented proposals for improvements in the following edition.

Key words: depression, standardized clinical protocol, the level of medical care, quality indicators.

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

АРТ-ТЕРАПІЯ ЯК ЕФЕКТИВНИЙ МЕТОД РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПСИХІКИ

На сьогодні лікування людей із психічними розладами має за мету не просто позбавити хворого від симптомів хвороби, а й повернути його до повноцінного соціального функціонування. Одним із методів ефективної реабілітації є арт-терапія. Цей невербальний спосіб комунікації із суспільством у психіатричній практиці особливо значимий, оскільки у досить значної частини пацієнтів відмічається обмежена здатність до спілкування та вираження своїх хворобливих переживань. За допомогою арт-терапії хворі психіатричних лікарень можуть підтримувати і розвивати комунікативні навички, переносячи на полотно свої переживання, настрої та думки. У більшості випадків творча робота викликає у пацієнтів позитивні емоції, допомагає подолати апатію і налагодити колективні взаємовідносини. Цінність арт-терапії полягає ще й у тому, що вона може бути ефективно застосована практично при всіх видах психічних розладів і у різних вікових групах.

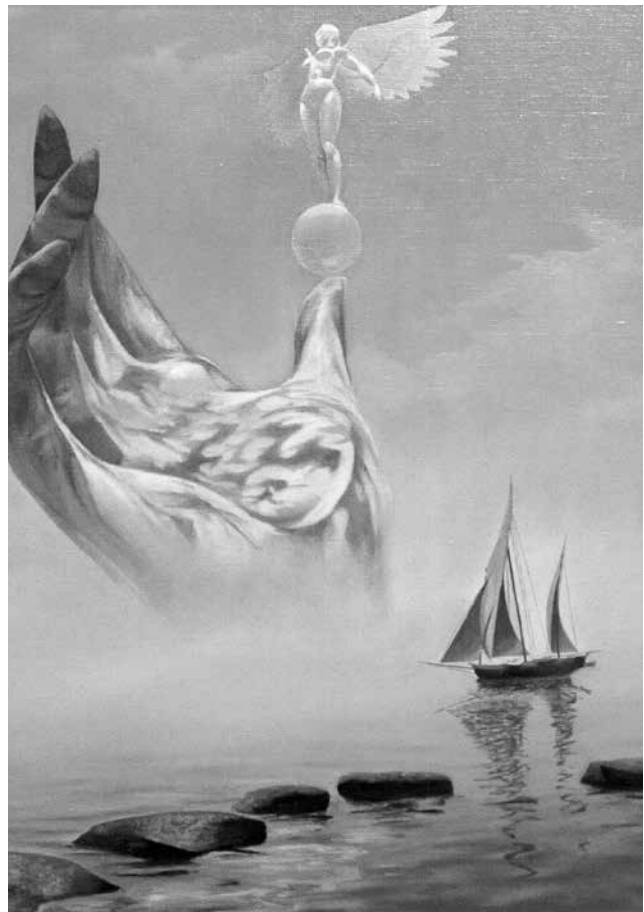
За ініціативою Українського науково-дослідного інституту соціальної, судової психіатрії та наркології МОЗ України в рамках проекту «Мистецтво, що об'єднує всіх!» 5–6 листопада 2015 р. в Українському домі відбулося бієнале під назвою «Діагноз: художник!». На виставці були представлені роботи пацієнтів психіатричних клінік з усіх куточків України, професійних художників та аматорів. Усього було експоновано 137 робіт, 80% з яких створили люди із психічними захворюваннями. Більшість авторів представлених робіт побажали залишитися анонімними.

Захід мав на меті розкрити творчий потенціал осіб із вадами психічного здоров'я, підкреслити важливість реабілітації та соціальної адаптації, привернути увагу до мистецтва як зразка арт-терапії, що дозволяє пацієнту із психічними розладами реінтегруватися у повноцінне суспільне життя.

Ця соціально значима подія покликана сприяти формуванню позитивного іміджу психіатричної галузі, привертанню уваги громадськості до потреб осіб із вадами психіки та вирішенню актуальних проблем системи охорони психічного здоров'я.

На виставці «Діагноз: художник!» були присутні психіатри, психологи та соціальні працівники з багатьох регіонів України. Лекції для спеціалістів розпочалися з виступу директора Українського науково-дослідного інституту соціальної, судової психіатрії та наркології МОЗ України, доктора медичних наук Ірини Яківни Пінчук, яка присвятила свою доповідь темі «Війна. Травма. Зцілення. Досвід Хорватії (20 років потому)».

У доповіді зокрема йшлося про те, що у Хорватії для ефективного реформування психіатричної галузі



було прийнято три державні програми, які мали на меті покращити психосоціальне благополуччя людей із захворюваннями психіки, створити ефективну систему профілактики та лікування психічних розладів. За основу був взятий досвід Ізраїлю. У післявоєнний період у Хорватії розпочався стрімкий розвиток служб психічного здоров'я. Була створена спеціальна піраміда психосоціальних втручань, і тільки на її вершині були спеціалізовані психіатричні послуги. Водночас швидко розвивалися альтернативні форми надання психіатричної допомоги, відбувалася інтеграція психіатричних послуг у первинну ланку медичної допомоги з налагодженням тісної міжвідомчої співпраці. Уряд Хорватії профінансував створення 33 центрів психосоціальної реабілітації. Варто зазначити, що інформація щодо звернень до психолога під час війни та 10 років потому була строго конфіденційною. На думку хорватських лікарів-психіатрів, діагноз посттравматичного стресового розладу (ПТСР) – це та подія, яку вони могли висловити ветеранам. Однак це призвело до гіпердіагностики даного розладу.

Доповідач закликала прислухатися до порад колег з інших держав, які вже пройшли всі етапи організації та надання психологічної підтримки військовослужбовцям.



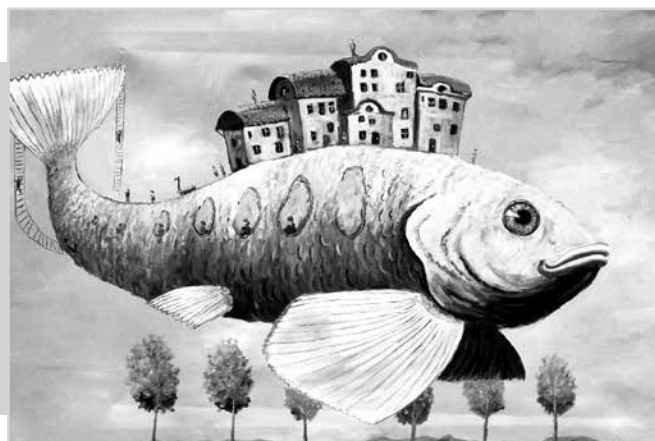
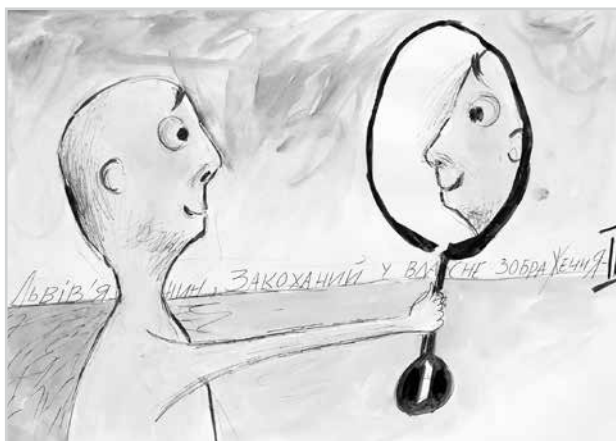
Вона зауважила, що на сьогодні перш за все треба говорити про психосоціальне благополуччя та психосоціальну складову при роботі з людьми, які потребують нашої уваги. Необхідно змістити акцент з надання психіатричної допомоги на охорону психічного здоров'я. Також важливо повернути увагу держави, налагодити тісну взаємодію між відомствами, що задіяні у наданні допомоги, відмовитися від політики стримування витрат на охорону психічного здоров'я. Зважаючи на ситуацію, що склалася в Україні, перед спеціалістами психіатричної галузі постали нові цілі й завдання. На сьогодні існує нагальна необхідність у розробці та впровадженні ефективних програм реабілітації військовослужбовців, членів їх сімей та осіб, що були евакуйовані із зони бойових дій. Саме реабілітація може стати тим рятувальним методом, за допомогою якого можна буде допомогти людям із симптомами ПТСР повернутися до повноцінного суспільного життя, оскільки люди, які пережили травмуючі події, не завжди охоче йдуть на контакт з лікарем і рідко звертаються за професійною допомогою. Арт-терапія як один із видів реабілітації може допомогти їм зняти напругу, перенести свої переживання на папір. Під час занять малюванням людина з ПТСР може дистанціюватися від травматичних переживань, адже вони зберігаються саме у невербальних образах.

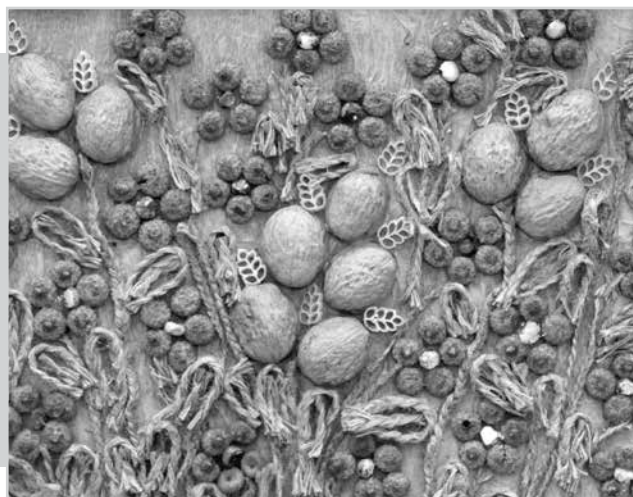
Серед завдань на майбутнє І.Я. Пінчук назвала стандартизацію психіатричної допомоги шляхом впровадження клінічних протоколів; приведення спеціальностей в психіатричній галузі до міжнародних стандартів; зміни освітніх програм для спеціалістів; удосконалення

правової бази; розробку освітньої програми для населення через ЗМІ; створення програм реабілітації та профілактики психічних розладів.

Завідувач кафедри психосоматичної медицини і психотерапії НМУ ім. О.О. Богомольця О.С. Чабан представив присутнім доповідь на тему «Постпсихіатрія та нейропсихофармакологічні портрети пацієнтів з шизофренією», яка була присвячена виникненню постпсихіатрії як закономірного запиту сьогодення, її розумінню, пошуку ідеального балансу психофармакології та ресоціалізації пацієнта. Представлені в доповіді портрети хворих на шизофренію ілюстрували особливості, які повинен враховувати лікар у повсякденній практиці для ефективного лікування та підвищення якості життя людей із захворюваннями психіки.

Деякі століть тому тогочасні психіатри метою терапії психічних розладів називали повне одужання пацієнта, через певний проміжок часу метою лікування вважали вдало і швидко «обірваний» психотичний епізод, перехід захворювання в стадію ремісії. На сьогоднішній день метою терапії є відновлення повноцінного соціального функціонування. З кожним роком пацієнти з шизофренією все більше інтегруються в здоровий соціум, створюючи новий запит цього соціуму до власної еволюції. Прикладом такої еволюції є переосмислення гуманізму, альтруїзму, терпимості одночасно з підвищеним запитом на культові твори, які ґрунтуються на ідеях розщеплення, деперсоналізації, езотерики. Суспільство все менше вірить науковцям.





На сучасному фармацевтичному ринку представлена велика кількість медикаментозних препаратів, які покликані полегшити перебіг хвороби пацієнтів з психічними розладами. Найближчим часом створення революційних молекул з новими терапевтичними мішенями навряд чи відбудеться. На сьогодні найоптимальнішими препаратами вибору при лікуванні психозів, у тому числі шизофренії, є атипові нейролептики. Вони здатні ефективно лікувати психопатологічні прояви з мінімальними побічними ефектами та найменше знижують когнітивні функції. До того ж, антипсихотики нового покоління здатні сприяти реадaptaції та ресоціалізації пацієнтів з шизофренією.

Вибір того чи іншого представника даної групи залежить від багатьох факторів, включаючи індивідуальні характеристики пацієнтів. Згідно з оновленими рекомендаціями Національного інституту здоров'я та вдосконалення медичної допомоги Великої Британії (NICE), вибір антипсихотичного лікування повинен базуватися на можливих перевагах та побічних ефектах кожного препарату, включаючи метаболічні (набір ваги та діабет), екстрапірамідні (акатазія, дискінезія та дистонія), кардіоваскулярні (подовження інтервалу QT), гормональні (підвищення рівня пролактину в плазмі) ефекти.

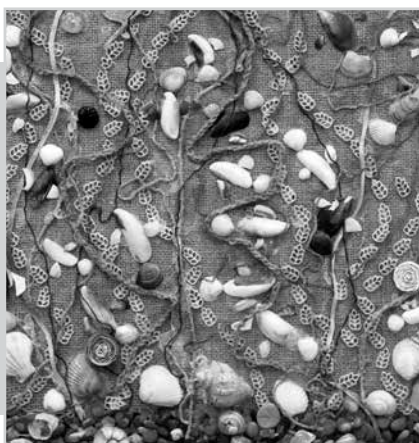
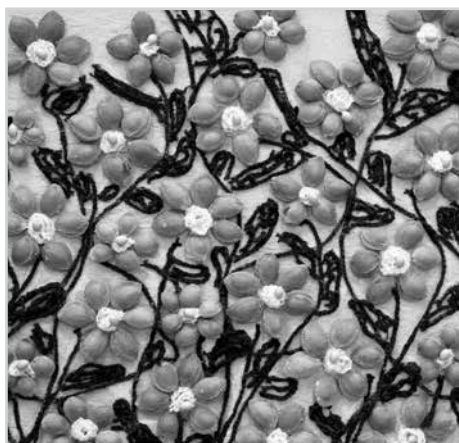
Куратором бієнале став Альберт Олександрович Фельдман, військовий психолог ізраїльської армії у відставці. Головною метою цієї виставки він назвав соціалізацію пацієнтів психіатричних лікарень через творчість. На думку доповідача, творчість аутсайдерів, людей, які

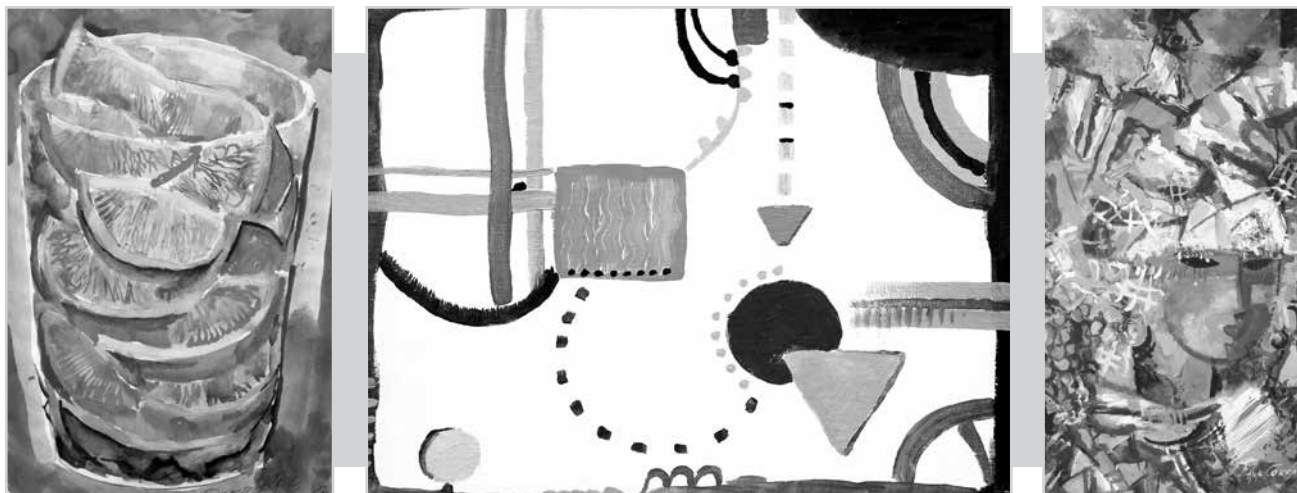
вийшли за встановлені межі, кинувши виклик суспільству, є досить цінною. Вона привертає до себе увагу суспільства, бо зображені на одному подиху образи народились у результаті особистих переживань.

Тоді як інші митці відшліфовують свої навички шляхом тривалої і скрупульозної підготовки і навчання, людина з психіатричним діагнозом робить зліпок свого емоційного стану, переносючи його на полотно. Такі роботи відрізняються простотою і чутливістю, яка притаманна дитячому малюнку. Вони часто ігнорують норми, тренди і не підкоряються моді. Їх емоційність природна, але водночас стихійна і необмежена, і саме тому так привабливе.

На перший погляд, роботи таких художників виглядають неестетично, але в той же час вони продаються за сотні тисяч доларів. Це можна пояснити тим, що сприйняття і оцінка витворів мистецтва є дуже суб'єктивною. Тому питання визначення межі між божевільям і геніальністю залишається риторичним. Художники з душевними хворобами кинули виклик суспільству, роблячи спробу зруйнувати стереотипи і обмеження, які стримують практично кожну людину. Через їхні малюнки досить часто можна простежити усі стадії розвитку хвороби і переживань.

Також творчість аутсайдерів вирізняється своєю відчуженістю. Вони не думають над тим, як їхню роботу сприймуть колеги чи мистецтвознавці, за скільки вони зможуть її продати чи як вона буде виглядати на стіні. Для них не існує норм і обмежень, трендів і моди. Експресія форм багатьох картин, створених психічно хворими людьми,





вражає. А все тому, що вони не використовують визнані техніки і кольори, їхня енергія не обмежена рамками, вони зображають так, як відчувають серцем. І хоча рідко в таких картинах можна побачити чітке обличчя чи реальний об'єкт, робота на підсвідомому рівні привертає увагу. Тому звичайному художнику, який створює насамперед комерційний продукт, дуже складно домогтися таких результатів.

Роботам аутсайдерів притаманна автентичність. Тоді як епатажу в художніх академіях присвячують цілі курси, психічно хворі люди з легкістю можуть знайти свіжий, не схожий ні на що образ, адже це продукт їхньої особистої уяви і переживань.

Свій виступ Альберт Фельдман завершив розповіддю про український Арт-брют центр, про який, на жаль, мало відомо широкому загалу. Мало хто знає, що в Західній Україні хворий з синдромом Дауна протягом тривалого часу створював малюнки, використовуючи для цього перегній, землю, пережовану траву. Він не вмів писати, а свої відчуття передавав через малюнок. Готові роботи він надсилав брату, дисиденту, який сидів у тюрмі. Якимось чином його малюнки опинилися у Франції, і там їх сприйняли як великі витвори мистецтва. Коли брат вийшов із тюрми, він забрав художника в Київ, де

той малював до кінця свого життя, залишивши після себе дуже багато картин. Колекція його робіт розміщена в музеї «Дім Богдана», який є єдиним музеєм арт-брют мистецтва на пострадянському просторі.

Альберт Фельдман наголосив, що мистецтво – це проєктивна методика психології і геніальна можливість соціалізації пацієнтів. Арт-терапія здатна вивести на поверхню найглибші ресурси людської психіки та підсвідомості, допомагаючи пацієнту реінтегруватися у суспільне життя. Процес залучення до мистецтва – це та соломинка, через яку пацієнт наповнює своє життя. Через фарби хворі можуть проявити себе, свої емоції і переживання, які неможливо висловити вербально. Беручи пензель у руки, вони наповнюють своє життя сенсом. А. Фельдман закликав присутніх спеціалістів давати можливість своїм пацієнтам розвивати їх творчий потенціал. Створення груп арт-брют мистецтва або арт-терапії може стати серйозним стимулом для творчості та реабілітації пацієнтів психіатричних клінік.

Підготувала Тетяна Ільницька

*Матеріал вперше опублікований в журналі
НЕЙРОNEWS© №10(74)/2015*

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895.8

О.О. Літвінов

РОЗЛАДИ АУТИЧНОГО СПЕКТРА

ТА ЕНДОГЕННО-ПРОЦЕСУАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ: ТІЛЬКИ ФАКТИ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України, м. Київ
centaurus999@ukr.net

Ключові слова: розлади аутичного спектра, шизофренія, PANSS, ADI – R, психопатологія, коморбідні розлади, соціально-адаптивна поведінка.

У статті описані результати порівняльного дослідження клінічної типології психічних розладів, коморбідної патології, показників соціально-адаптивної поведінки при розладах аутичного спектра (РАС) і шизофренії. За допомогою діагностичних інтерв'ю PANSS і ДСП – R обстежено 92 пацієнти (61 – основна група, 31 – контрольна група) у віці 15 – 30 років. Отримані дані свідчать про діагностично значущі відмінності у структурі психопатології РАС і ендегенних психозів, а також у рівні соціального функціонування пацієнтів з даною патологією.

Двадцяте століття стало епохальним для розладів аутичного спектра (РАС). До 1943 року, коли лікар-психіатр Л. Каннер із Johns Hopkins University виділив їх у окрему дефініцію під назвою «Ранній дитячий аутизм», РАС вважали симптомом у структурі шизофренії [3]. Робота Лео Каннера викликала гарячі дискусії у медичному товаристві. Вражаюча схожість симптоматики обох розладів і до сьогодні не дає спокою деяким фахівцям.

У сучасному науковому світі сприйняття аутизму як складової спільного нозологічного континууму з шизофренією виглядає архаїчно, проте підтримується більшістю спеціалістів Російської Федерації. За останні 40 років з'явилися безліч методологічно коректних наукових досліджень, які заперечують концептуалізацію аутизму в одному патогенетичному руслі з ендегенно-процесуальною патологією. Ще у 1971 році відбулося концептуальне відділення РАС від шизофренії. Тоді доктор Kolvin розмежував ці захворювання на основі симптоматичних відмінностей, сімейного анамнезу та різної відповіді на лікування дорослих респондентів з шизофренією і пацієнтів з РАС [4].

Шизофренія є хронічним психотичним розладом, який поширений серед приблизно одного відсотка населення земної кулі. Захворювання маніфестує, як правило, у підлітковому або ранньому дорослому віці та включає в себе психотичні (позитивні, негативні) й когнітивні симптоми. Позитивні симптоми – це ознаки, які відсутні у здорових людей, але з'являються внаслідок перебігу патологічного процесу. Діагностично вагомими з них – це порушення мислення, сприйняття, рухові розлади. Негативні симптоми – це недостатність або відсутність функцій, які зазвичай наявні в нормі, в тому числі соціальна ізоляція, апатія, ангедонія та поведінкові персеверації. Когнітивними симптомами шизофренії є порушення виконавчих функцій, погіршення пам'яті та уваги [3].

Аутизм маніфестує, як правило, з 6-місячного віку, найчастіше у 2–3 роки, та триває впродовж усього життя [6]. Основні прояви РАС полягають у значних порушеннях соціо-комунікативних інтеракцій та обмеженій стереотипній поведінці. Поширеність РАС така ж, як і при ендегенних захворюваннях та оцінюється в приблизно 1%. Згідно з даними канадських вчених, поширеність первазивних розладів розвитку щорічно збільшується приблизно на 15% [2].

Впродовж останніх 10 – 20 років ендегенно-процесуальну патологію, як і аутизм, науковці розглядають як порушення нейророзвитку. За останнє десятиріччя вчені з'ясували, що при обох патологіях наявні хромосомні аномалії. Структурні варіації мутацій (CNVs) при цьому є спонтанними та випадковими і не переносяться батьками, незважаючи на генетичну обумовленість РАС. Дослідники виявили, що деякі CNVs, притаманні шизофренії, зустрічаються також при аутизмі [1].

Як шизофренія, так і аутизм належать до хронічних інвалідизуючих захворювань з подібними показниками, порушеннями у сфері соціальної реципрокності, соціальної перцепції та комунікації, емоційно-вольовими порушеннями. Ендегенні психози з аутизмом мають також подібні мікроструктурні порушення мозку, зокрема подібні структурні порушення мозочка, острівної кори півкуль і веретеноподібної звивини [5]. Але, не дивлячись на це, існують чітко визначені діагностичні критерії та алгоритми діагностики, валідність яких не викликає сумніву.

Деякі фахівці також припускають можливість коморбідності шизофренії та аутизму, як проявів подібних за етіопатогенетичною сутністю порушень нейророзвитку. Деякі фахівці кваліфікують таку коморбідність як multiplex developmental disorder (MDD) [8].

За останні 70 років парадигма аутизму декілька разів змінювалася. Неодноразово переглядалися критерії діа-

гностики, методи лікування та превенції. Наразі домінує теорія порушення нейророзвитку.

На сьогоднішній день не залишилося сумнівів у існуванні такої нозологічної одиниці, як РАС, та у її концептуальних відмінностях від ендогенно-процесуальних психозів. Однак, для розширення спектра та якості медико-соціальних послуг проводяться нові дослідження.

Одне з таких досліджень проведене нами. Воно мало порівняльний характер та відбувалося в рамках науково-дослідної роботи Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології.

Метою дослідження було порівняння клінічної типології психічних розладів, коморбідної патології та показників соціально-адаптивної поведінки у хворих з РАС та ендогенними психозами.

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 психоневрологічних лікарень № 1 та № 2 і Київського міського психоневрологічного диспансеру № 5.

У ході обстеження було рандомізовано 92 пацієнти. Рандомізація відбувалася за віком, статтю та належністю до нозологічних груп РАС і шизофренії. 61 пацієнт у віці 17–27 років (середній вік $(19,78 \pm 0,34)$ років) віднесений до основної групи РАС, групу порівняння склав 31 хворий на шизофренію у віці 18–29 років (середній вік $(23,38 \pm 0,67)$ років). Серед обстежених було 25 жінок та 67 чоловіків.

Для формалізованої структурованої оцінки використовували скорочений перелік оціночних категорій напівструктурованого діагностичного інтерв'ю аутизму (ADI – R), шкалу позитивних та негативних симптомів (PANSS). Для оцінки інтелекту використовували тест Векслера (WAIS). Обстеження також включало анамнестичний, соціально-демографічний методи та методи математичної статистики.

Результати та їх обговорення

Серед рандомізованих хворих обтяженість сімейного анамнезу спостерігали в обох групах порівняння: в основній $n=5$, в контрольній $n=12$. В групі шизофренії у всіх випадках батьки або сиблінги пацієнтів хворіли на ендогенно-процесуальні захворювання. В групі РАС 4 хворих мали спадковість, обтяжену шизофренією, та 1 – первазивним порушенням розвитку. Якщо оцінювати

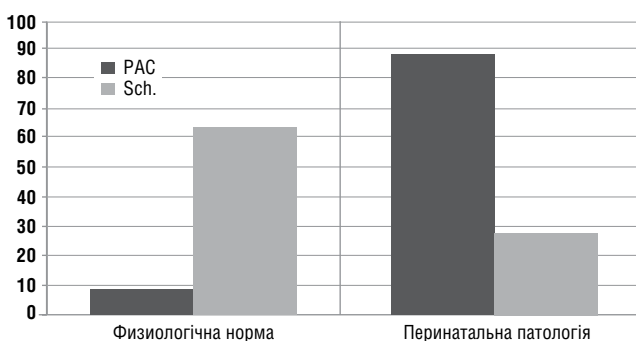


Рис. 1. Представленість перинатальної патології в анамнезі рандомізованих хворих

у відсотках, то у групі порівняння це $(38,7 \pm 8,7)\%$, в основній – лише $(8,7 \pm 3,5)\%$. Наведені цифри можуть свідчити про різний вплив обтяженої спадковості на розвиток кожного з досліджуваних розладів.

Обтяженість особистого анамнезу рандомізованих хворих випадками перинатальної патології частіше спостерігали у групі РАС, цей показник складав $(90,2 \pm 3,8)\%$ (рис. 1).

Якщо констатувати дані за субперіодами, то $(22,9 \pm 5,3)\%$ хворих мали обтяжений антенатальний субперіод та $(26,2 \pm 5,6)\%$ – інтранатальний. Проблеми протягом усього перинатального періоду розвитку були представлені у $(39,3 \pm 6,2)\%$ рандомізованих пацієнтів основної групи дослідження. Контрольна група мала даний показник у $(32,2 \pm 13,0)\%$ випадків: $(19,3 \pm 7,0)\%$ в антенатальному та $(12,9 \pm 6,0)\%$ в інтранатальному субперіодах відповідно. Пацієнтів, які поєднували складнощі обох субперіодів, в групі шизофренії не було.

Таким чином, перинатальна патологія, за результатами нашого дослідження, належить до патологічних чинників, більш притаманних преморбіді аутизму.

Щодо віку виникнення перших клінічних проявів помітна суттєва різниця, що відображено у таблиці 1.

Таблиця 1. Порівняння віку маніфестації РАС та шизофренії

Вік виникнення перших симптомів, міс.	Основна група РАС n=61, кільк. хв.	Контрольна група Sch., n=31, кільк. хв.
До 6	44	0
6 – 14	3	3
14 – 36	14	6
Старше 36	0	22

Статистичні дані екстраполюються на результати нашого дослідження. Як можна бачити, маніфест психозів у більшості випадків відбувався після 3 років. Основний вік виникнення перших симптомів РАС становив 1 – 3 роки. Наведені розбіжності мають високу статистичну значущість ($p < 0,001$).

Хоча при РАС є окремі сфери психічної діяльності, у яких ознаки порушень нейророзвитку не діагностуються впродовж ще декількох років після 36-місячного віку, все одно вони не перекриваються із шизофренією у даному показнику. Цей факт говорить сам за себе, якщо не брати до уваги дитячу форму шизофренії або комплексне порушення розвитку (MDD).

Лише $(29,0 \pm 5,8)\%$ рандомізованих пацієнтів із РАС та $(19,3 \pm 7,0)\%$ з шизофренією у ранньому дитинстві перебували під спостереженням спеціалістів у зв'язку із відхиленнями розвитку чи його затримкою, проте цей факт пояснюється скоріше суттєвими недоліками в організації психіатричної допомоги дітям та діагностики порушень первазивного розвитку в ранньому віці.

Дуже показовим є факт тяжкості порушень розвитку. В контрольній групі були зафіксовані порушення мовлення лише III рівня, тоді як при РАС мовленнево-комунікативний дефіцит у більшості випадків був представлений складною дислалією чи алалією. Шкільні навички (письмо, читання) у хворих на шизофренію, на відміну від респондентів з аутизмом, були порушені частково.

Привертає увагу різниця у часі відновлення порушень. При РАС спостерігалась довготривала затримка психомоторного розвитку, яка потребувала якнайраніших втручань спеціалістів, на відміну від ендегенних психозів, при яких тривалість затримки була значно меншою.

Рівень IQ у пацієнтів з шизофренією був у межах від 63 до 112 балів, з середнім показником 88 балів. У групі РАС варіабельність інтелекту виявилася більш екстенсивною: від високих показників до тяжкої недостатності (IQ=20–34). У більшості випадків ((57,3±6,3)%) рівень IQ хворих збігався з популяційними даними та знаходився на рівні легкої розумової відсталості, або межував із нею. Середній бал в основній групі склав 69,3.

Однак, незважаючи на такий низький середній бал інтелекту, рівень когнітивного функціонування респондентів групи РАС був значно кращим, ніж соціального, навіть у тих випадках, коли IQ значно нижче за норму (< 70). Отже, у випадку з РАС показник IQ можна вважати предиктором рівня соціального функціонування хворих, але не когнітивного.

Показовим є рисунок 2, на якому видно, що значна кількість пацієнтів основної групи мала досить високі показники рівня отриманої освіти, при тому, що процент працевлаштованих після досягнення повноліття в групі РАС дорівнював нулю.

З підвищенням рівня освіти та початком трудової діяльності ускладнюються взаємовідносини, зростають вимоги соціального середовища, які потребують вміння адаптуватися та реалізовувати певні комунікативні навички.

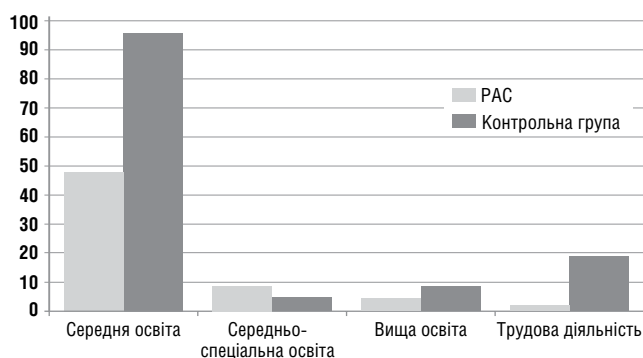


Рис. 2. Показники рівня освіти та трудової діяльності пацієнтів досліджених груп

Далі нами представлені таблиці порівняння клінічних проявів у досліджуваних групах з використанням PANSS та ADI-R (табл. 2–7).

Слід зауважити, що пацієнти із шизофренією були обстежені в амбулаторних умовах і під час дослідження перебували у стані клінічної ремісії та отримували терапію нейролептичними препаратами. Цей факт певною мірою вплинув на показник середнього бала. Однак, незважаючи на це, відмінність клінічної типології психічних розладів при РАС та ендегенних психозах була помітною (табл. 2).

За тяжкістю позитивних симптомів превалювала група хворих на шизофренію. Ці пацієнти мали значно вищий середній бал за шістьма оціночними категоріями. Лише в категорії «збудження» пацієн-

ти з РАС отримали вищі оцінки, ніж хворі на шизофренію. Більше того, катамнестичні дані свідчили, що для корекції поведінкових розладів пацієнти з РАС нерідко отримували різноманітні нейролептики з раннього дитячого віку; при досягненні повноліття демонстрували ознаки терапевтичної резистентності і отримували комбіновану антипсихотичну терапію у високих дозах.

У хворих на шизофренію середній бал (2,51±0,03) за пунктом «Р4 – збудження» обумовила наявність галюцинаторної симптоматики.

Маячна та галюцинаторна симптоматика у рандомізованих нами хворих із РАС виявлена не була. У медичній документації 5 хворих були посилання на галюцинаторну симптоматику, яка нібито мала місце в дитячому віці, проте при ретельному розпитуванні пацієнтів та людей, які ними опікувалися, було встановлено, що ця симптоматика була помилково кваліфікована лікарями, які не мали досвіду роботи з РАС.

Привертає увагу статистично достовірний прямий кореляційний зв'язок між «маяченням» та «активною соціальною відстороненістю» в групі шизофренії (R=0,894; p<0,001). Очевидно, що при РАС неможливим було обчислення даного зв'язку, внаслідок відсутності такого порушення мислення, як маячення у рандомізованих пацієнтів, хоча за пунктом «G.16» хворі з РАС отримали (3,88±0,05) бали проти (4,16±0,02) (p <0,001) в групі шизофренії.

Таким чином, наведені дані свідчать про різний механізм формування соціальної недостатності в групах РАС та ендегенної патології.

У дезорганізації процесу мислення передбачувано домінувала контрольна група із середнім балом (3,51±0,03). Особливістю було те, що у хворих на шизофренію, на відміну від групи РАС, серед порушень мислення були присутні резонерство та паралогії.

У кластері негативної симптоматики учасникам дослідження з РАС була притаманна перевага суто в аутичних ознаках («Емоційна відгородженість», «Труднощі у спілкуванні», «Пасивно-апатична соціальна відгородженість») (табл. 3). Цей факт був цілком очікуваний, як і у випадку з блоком позитивних симптомів.

Вищевказані пункти шкали (N.2; N.3; N.4) чітко розмежували клінічні особливості РАС та шизофренії.

Таблиця 2. Порівняння основної та контрольної груп за PANSS (позитивні симптоми)

Ознаки	Основна група РАС, n=61		Контрольна група SCH, n=31		P
	сер. бал	± m	сер. бал	± m	
Маячення	1,00	0,00	3,03	0,04	<0,001
Розлади мислення	1,51	0,02	3,51	0,03	<0,001
Галюцинації	1,00	0,00	2,51	0,06	<0,001
Збудження	2,65	0,03	2,51	0,03	0,357
Ідеї величі	1,00	0,00	1,50	0,02	<0,001
Підозріливість	1,14	0,06	3,87	0,04	<0,001
Ворожість	2,18	0,05	3,41	0,03	<0,001

Окрім різниці у кількісних показниках, були також виявлені відмінності у походженні соціо-комунікативного дефіциту. Недостатня вербальна продукція в групі шизофренії була наслідком зниження вольових спонукань або відлунням галюцинаторно-маячних мотивацій. У групі PAC джерелом зниження якості соціальної взаємодії та комунікабельності були порушення перцепції.

Дисоціативні проблеми пацієнтів контрольної групи, як і решта пунктів субшкали негативної симптоматики, корелювали із екзацербациєю ендogenous патологічного процесу та вагомо переважали результати, отримані в основній групі ((4,48±0,04) проти (1,56±0,02)). Також ми не спостерігали суттєвих динамічних коливань клінічної картини в групі PAC, у зв'язку із стабільністю патологічного процесу та відсутністю чергування періодів ремісій та загострень.

Такі загальні психопатологічні симптоми, як «соматична стурбованість», «манірність» та «розлад волі», були еквівалентно представлені серед всіх рандомізованих

хворих (табл. 4). «Малоконтактність» та «порушення уваги» більше були притаманні групі PAC.

Помірно виражені «тривога», «депресія» та «моторна загальмованість» супроводжували клініку групи шизофренії, порівняно з дуже слабкими проявами цих симптомів у основній групі.

Ексцентричність ідеаторного процесу та, що є дуже показовим, зниження критики були одними з найяскравіших представників патопсихологічної структури контрольної групи. Її доповнили уникання соціального контакту та прагнення до ізоляції. Ці категорії всередині групи були найвираженішими у хворих із зростаючим дефектом особистості.

Оціночні категорії ADI-R, не менш яскраво ніж PANSS, окреслили кардинальні відмінності клінічної картини PAC та шизофренії.

За даними нашого дослідження, хворі на шизофренію використовували спонтанну фразову мову

Таблиця 3. Порівняння основної та контрольної груп за PANSS (негативні симптоми)

Ознаки	Основна група PAC, n=61		Контрольна група SCH, n=31		P
	сер.бал	± m	сер.бал	± m	
Притуплений афект	1,61	0,02	4,48	0,02	<0,001
Емоційна відгородженість	2,77	0,03	4,61	0,02	<0,001
Труднощі у спілкуванні	4,75	0,03	4,09	0,05	<0,001
Пасивно-апатична соціальна відгородженість	5,22	0,07	4,83	0,01	<0,001
Порушення абстрактного мислення	1,56	0,02	4,48	0,04	0,065
Порушення спонтанності та плавності мовлення	3,05	0,01	3,67	0,08	<0,001
Стереотипне мислення	1,46	0,05	3,83	0,02	0,346

Таблиця 4. Порівняння основної та контрольної груп за PANSS (загальні психопатологічні симптоми)

Ознаки	Основна група PAC, n=61		Контрольна група SCH, n=31		P
	сер. бал	± m	сер. бал	± m	
Соматична стурбованість	1,25	0,03	1,38	0,70	0,271
Тривога	2,07	0,06	3,35	0,04	<0,001
Відчуття провини	1,46	0,03	1,93	0,05	<0,001
Напруженість	2,42	0,04	3,35	0,03	<0,001
Манірність та позування	1,61	0,01	1,48	0,07	0,002
Депресія	1,53	0,03	2,29	0,01	0,063
Моторна загальмованість	1,30	0,04	2,90	0,06	<0,001
Малоконтактність (відмова від співпраці та малий рівень спілкування)	3,61	0,02	2,38	0,09	<0,001
Незвичайний вміст думок	1,48	0,05	3,35	0,04	0,257
Дезорієнтованість	1,00	0,00	1,00	0,00	<0,001
Порушення уваги	4,57	0,04	3,45	0,07	<0,001
Зниження критичності до свого стану	2,43	0,04	5,00	0,07	<0,001
Розлад волі	4,00	0,03	4,54	0,04	0,084
Послаблення контролю імпульсивності (агресивність)	2,67	0,03	1,67	0,03	<0,001
Завантаженість психічними переживаннями	1,62	0,03	3,32	0,06	<0,001
Активна соціальна відстороненість	3,88	0,05	4,16	0,02	<0,001

більш функціонально та частіше, ніж пацієнти основної групи. В артикуляції та мовленнєвій експресії, як вже було відмічено вище, показники контрольної групи значно кращі. У негалюцинаторному використанні самокоментування та інших химерних і стереотипних зразків мовлення вагома перевага була в групі РАС. Як не дивно, рандомізовані пацієнти із шизофренією показали менш часте використання соціальної вербалізації та обмеження гнучкості взаємного спілкування.

Група пацієнтів з аутизмом виявилася домінуючою за наявністю ідіосинкразійної мови та вербальних ритуалів з перевагою у 100%.

Більш скоординовані соціальні дії були притаманні хворим контрольної групи. Мотивовані ініціативи виявилися для них доступнішими. Однак, пацієнти із шизофренією мали більш вузький спектр виразів обличчя та показали високу стереотипність у соціальному реагуванні.

Згідно з нашим дослідженням, хворі обох груп погано залучалися до активної цілеспрямованої діяльності та були обмежені в спонтанній організації своїх дій. Також респонденти в обох групах не намагалися встановити контакт та підтримати спілкування з однолітками, і загалом не проявляли цікавості до формування дружніх стосунків.

Значні проблеми із соціально-орієнтованим моделюванням поведінки переважали в групі РАС.

У домені «поведінка та інтереси» основна група мала безапеляційну перевагу. Контрольна група не виконала діагностичні критерії РАС по 10 пунктах із 20, а по решті мала мінімальні показники відхилення від популяційних даних. Рандомізовані пацієнти з РАС проявляли соціально неприйнятні форми реактивної поведінки у відповідь на специфічні сенсорні стимули та тривіальні зміни звичних занять.

Коморбідна патологія є предиктором патоморфозу психічних розладів та посідає важливе місце у формуванні адаптаційних механізмів. У таблиці 8 описано представленість супутньої патології в обох досліджуваних групах.

У таблиці відображено коморбідні розлади, які мали істотний вплив на становлення клінічної картини основного захворювання та на рівень соціального функціонування хворих.

Із наведених даних видно, що тривога була присутня в обох випадках, з невеликою різницею по відношенню до 100%. Пацієнти з РАС були тривожними і афективно нестабільними при змінах повсякденної рутини. Хворим на ендogenous психози було притаманне виражене занепокоєння, іноді навіть у супроводі соматичного «акомпанементу», внаслідок страхів або галюцинаторних переживань.

Таблиця 5. Порівняння основної та контрольної груп за ADI-R (мовленнєве та комунікативне функціонування)

Ознаки	Основна група РАС, n=61		Контрольна група SCH., n=31		P
	сер. бал	± m	сер. бал	± m	
Розуміння простої мови	1,40	0,02	1,67	0,04	<0,001
Загальний рівень розвитку мовлення	0,62	0,04	0,00	-	<0,001
Використання тіла іншої людини для спілкування	0,65	0,01	0,00	-	<0,001
Порушення артикуляції, вимови	0,62	0,03	0,38	0,02	0,456
Стереотипна вимова та відстрочені ехолодії	0,98	0,03	0,12	0,02	0,504
Соціальна вербалізація / спілкування	0,53	0,05	1,00	0,03	0,302
Взаємність при спілкуванні	0,89	0,02	1,45	0,03	0,043
Недоречні запитання або ствердження	0,46	0,01	0,19	0,06	0,894
Інверсія займенників	0,50	0,06	0,06	0,05	<0,001
Неологічна / унікальна мова	0,25	0,03	0,00	-	<0,001
Вербальні ритуали	0,32	0,05	0,00	-	<0,001
Інтонація / гучність / ритм / темп	0,30	0,04	0,38	0,02	0,001
Поточне комунікативне мовлення	1,32	0,03	0,64	0,01	0,098
Вказування (пальцем) для вираження зацікавленості	0,76	0,03	0,25	0,04	<0,001
Кивання (позитивний рух головою)	0,62	0,01	0,83	0,07	0,001
«Мотання» головою (негативний рух головою)	0,94	0,05	0,35	0,05	0,435
Звичайні / інструментальні жести	1,16	0,03	0,41	0,03	<0,001
Увага до голосу	1,05	0,02	0,8	0,04	<0,001
Спонтанні імітації дій	0,70	0,02	0,00	-	<0,001
Уявні ігри	0,99	0,03	0,93	0,02	<0,001
Уявні ігри з однолітками	1,09	0,02	0,38	0,02	0,642

Таблиця 6. Порівняння основної та контрольної груп за ADI-R (соціальний розвиток)

Ознаки	Основна група PAC, n=61		Контрольна група SCH, n=31		P
	сер. бал	± m	сер. бал	± m	
Прямий погляд (зоровий контакт)	0,89	0,05	0,51	0,06	<0,001
Соціальна посмішка	0,77	0,01	0,77	0,03	<0,001
Привертання уваги співрозмовника до предмета, що зацікавив	0,73	0,02	0,96	0,05	<0,001
Пропонування ділитися	0,86	0,03	0,16	0,07	<0,001
Спроби ділитися гарним настроєм з іншими	0,38	0,03	1,41	0,08	0,270
Пропонування розради	0,97	0,04	1,22	0,05	<0,001
Якість соціальних ініціатив (спроба почати спілкування)	0,56	0,01	0,16	0,01	<0,001
Спектр виразів обличчя, що використовується для спілкування	0,71	0,03	1,51	0,02	<0,001
Недоречні вирази обличчя	0,65	0,02	0,32	0,01	0,521
Адекватність соціального реагування	0,90	0,03	1,38	0,06	<0,001
Ініціація відповідних дій	0,93	0,03	1,38	0,05	0,001
Наслідуючі соціальні ігри	1,54	0,03	1,70	0,08	0,324
Цікавість до дітей	0,73	0,02	0,83	0,04	<0,001
Реакція на пропонування соціального контакту від інших дітей	1,02	0,04	1,48	0,07	<0,001
Групові ігри з однолітками	1,51	0,05	1,03	0,03	<0,001
Дружба	1,12	0,04	0,77	0,05	<0,001
Соціальне розгальмовування	1,07	0,05	0,19	0,03	<0,001

Таблиця 7. Порівняння основної та контрольної груп за ADI-R (інтереси та поведінка)

Ознаки	Основна група PAC, n=61		Контрольна група SCH, n=31		P
	сер. бал	± m	сер. бал	± m	
Незвичайні заняття	0,38	0,01	0,00	-	<0,001
Обмежені інтереси	0,88	0,05	0,51	0,02	<0,001
Повторюване використання предметів або зацікавленість у частинах предметів	1,03	0,04	0,16	0,03	0,029
Компульсії / ритуали	1,17	0,05	0,29	0,03	<0,001
Незвичні сенсорні інтереси	0,42	0,04	0,00	-	<0,001
Незвична загальна чутливість до звуку	0,85	0,04	0,00	-	<0,001
Ненормальне ідіосинкразійне негативне реагування на специфічні сенсорні стимули	1,17	0,02	0,00	-	<0,001
Складнощі із незначними змінами у звичних заняттях або навколишньому середовищі	0,78	0,05	0,00	-	<0,001
Супротив до незначних змін у навколишньому середовищі (які не впливають безпосередньо на пацієнта)	0,71	0,05	0,00	-	<0,001
Незвична прив'язаність до предметів	0,71	0,02	0,00	-	<0,001
Манірні рухи руками та пальцями (манеризми)	0,62	0,01	0,06	0,01	0,300
Інші складні манірні або стереотипні рухи тілом	0,31	0,04	0,06	0,01	0,001
Руки рук на рівні середини тіла	0,00	-	0,00	-	<0,001
Хода	0,60	0,01	0,00	-	<0,001
Агресія до батьків, опікунів, членів родини	0,56	0,03	0,35	0,04	<0,001
Агресія до сторонніх людей	0,75	0,03	0,09	0,05	<0,001
Самопошкодження (аутоагресія)	0,51	0,06	0,32	0,01	0,024
Гіпервентиляція	0,04	0,04	0,00	-	<0,001
Непритомність, напади, втрата свідомості	0,31	0,03	0,09	0,05	0,256
Вік появи перших симптомів	2,21	0,08	0,77	0,02	0,001

Більш значимими виявилися показники депресивно-го розладу; спостерігали майже подвійне переважання групи шизофренії над РАС.

Таблиця 8. Представленість коморбідних розладів у групі РАС та шизофренії

Супутня патологія	Основна група РАС, n=61		Контрольна група SCH, n=31	
	%	± m	%	± m
Тривожний розлад	13,11	4,30	16,10	6,60
Депресивний розлад	11,47	4,00	19,30	7,00
Епілепсія	14,7	4,50	3,20	3,10

Привертає увагу відсоток наявності епілепсії. У контрольній групі він був незначним та загалом суттєво не впливав на якість адаптації пацієнтів цієї групи. У основній групі показник даної патології мав клініко-утворюючий характер та значно корелював із рівнем соціально-адаптивної поведінки пацієнтів.

Висновки

Узагальнюючи результати дослідження можемо визнати очевидним той факт, що РАС та шизофренія мають фундаментальні відмінності особливостей клінічної картини та перебігу процесів адаптації.

Резюмуючи, можна підкреслити основні моменти. При скринінгу з використанням ADI – R основна група обстежених показала очікувані результати, чітко виконавши діагностичні критерії первазивних порушень. Рандомізовані хворі з РАС переважали над контрольною групою за тяжкістю комунікативно-мовленнєвих порушень, зокрема при оцінюванні за доменом «інтереси та поведінка», розділивши бали з «соціального розвитку». Пацієнти групи шизофренії мали істотне переважання над групою пацієнтів із розладами аутичного спектра за тяжкістю порушень, оцінених за PANSS. У блоці «позитивних симптомів» показники пацієнтів з РАС наближалися до таких у популяції, за винятком поведінкових порушень. За рештою пунктів шкали основна група показала ознаки якісних порушень соціальної інтеграції та

дефіцит адаптації. Група шизофренії безумовно переважувала за «загальними психопатологічними симптомами» та займала міцні позиції за діагностично значимою для ендogenous психозів «негативною симптоматикою».

Для забезпечення високої якості лікування та реабілітації хворих треба розуміти, що розмежування між аутизмом та шизофренією проходить не лише на рівні соціальної адаптації та інклюзії, а й на рівні значних психопатологічних відмінностей.

Результати нашого дослідження свідчать про можливість якісної, побудованої за принципами наукової доказовості, диференційної діагностики ендogenous-процесуальної патології та РАС у дорослому віці. Диференційна діагностика має спиратися на анамнестичні дані (дослідження особливостей маніфестації розладів психіки та поведінки, наявності порушень розвитку мовленнєвих функцій, шкільних та професійних навичок, соціальної компетентності та соціально-адаптивної поведінки, їх перебігу протягом життя), дослідження наявних у дорослому віці психічних розладів (кваліфікації діагностично значущих ознак, їх клінічної типологізації, оцінювання тяжкості з використанням напівструктурованих інтерв'ю (PANSS, ADI-R, ADOS), рівня соціальної компетентності та соціально-адаптивної поведінки.

Список використаної літератури

1. Autism spectrum disorders and childhood-onset schizophrenia: clinical and biological contributions to a relation revisited / J. Rapoport, A. Chavez, D. Greenstein [et al.] // J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry. – 2009. – Vol. 48. – P. 10–18.
2. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders / E. Fombonne // Pediatr Res. – 2009. – № 65. – P. 591–598.
3. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact / L. Kanner // The Nervous Child. – 1943. – P. 217–249.
4. Kolvin I. Studies in the childhood psychoses. I. Diagnostic criteria and classification / I. Kolvin // Br. J. Psychiatry. – 1971. – № 118. – P. 381–384.
5. Psychosis and autism: magnetic resonance imaging study of brain anatomy / F. Toal, O. J. Bloemen, Q. Deeley [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2009. – Vol. 194. – P. 418–425.
6. Rapin I. Autism: definition, neurobiology, screening, diagnosis / I. Rapin, R. F. Tuchman // Pediatr. Clin. North. Am. – 2008. – № 55. – P. 1129–1146.
7. Tandon R. Schizophrenia, 4. Clinical features and conceptualization / R. Tandon, H. A. Nasrallah, M. S. Keshavan // Schizophr. Res. – 2009. – № 110. – P. 1–23.
8. Weinberger D. Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia / D. Weinberger // Archives of General Psychiatry. – 1987. – Vol. 44. – P. 660–669.

РАССТРОЙСТВА АУТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ЭНДОГЕННО-ПРОЦЕССУАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ: ТОЛЬКО ФАКТЫ

А.А. Литвинов

В статье описаны результаты сравнительного исследования клинической типологии психических расстройств, коморбидной патологии, показателей социально-адаптивного поведения при расстройствах аутистического спектра (РАС) и шизофрении. С помощью диагностических интервью PANSS и ADI – R обследовано 92 пациента (61 – основная группа, 31 – контрольная группа) в возрасте 15 – 30 лет. Полученные данные свидетельствуют о диагностически значимых различиях в структуре психопатологии РАС и эндогенных психозов, а также в уровне социального функционирования пациентов с данной патологией.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, шизофрения, PANSS, ADI – R, психопатология, коморбидные расстройства, социально-адаптивное поведение.

AUTISM SPECTRUM DISORDERS AND ENDOGENOUS PROCEDURAL PATHOLOGY: JUST THE FACTS

A. Litvinov

The article describes the results of a comparative study of clinical typology of the psychiatric disorders, comorbid pathology and indicators of social adaptive behavior in autism spectrum disorders (ASD) and schizophrenia. 92 patients (61 – the main group, 31 – control group) aged 15 – 30 years were examined using diagnostic interviews PANSS and ADI – R. The findings suggest diagnostically significant differences in the psychopathology structure of ASD and the endogenous psychoses, as well as the level of social functioning of the patients with this pathology.

Key words: autism spectrum disorders, schizophrenia, PANSS, ADI – R, psychopathology, comorbid pathology, social adaptive behavior.

Б.А. Лобасюк¹, М.И. Боделан¹, В.В. Мартынюк¹, К.В. Аймедов²
СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОГЕНЕЗА ПРИ СЧЕТЕ В УМЕ

¹Институт математики, экономики и механики
Одесского национального университета им. И. И. Мечникова,

²Одесский национальный медицинский университет
psyhotip@gmail.com

Ключевые слова:

механизмы мышления,
счет в уме, ЭЭГ, ФМПА,
регрессионный анализ.

Цель исследования состояла в выявлении изменений показателей ритмов и межполушарной асимметрии ЭЭГ при устном счете. Запись ЭЭГ осуществляли в состоянии психосенсорного покоя (глаза закрыты) и при устном счете (вычитание в уме 7 из 200). Отношения между амплитудами ритмов ЭЭГ исследовали с использованием расчетов множественной линейной регрессии и корреляции. В результате выявлено, что при устном счете у правополушарных и левополушарных испытуемых во всех отведениях, за исключением отведения висок-темя левого полушария, наблюдалась вызванная десинхронизация, а в отведении висок-темя левого полушария – вызванная синхронизация, что можно рассматривать как особенность временной динамики ЭЭГ. Выполнение устного счета сопровождается активацией у правополушарных правого полушария, а у левополушарных – левого. Анализ регрессионных связей между амплитудами ритмов ЭЭГ позволил предположить, что реализация психического акта «счет в уме» сопровождается активацией как стволовых, так и дизэнцефальных структур.

Среди психофизиологических исследований одно из важнейших мест занимает изучение нейрофизиологических механизмов мышления, направленное на раскрытие закономерностей функционирования мозга в процессе мыслительной деятельности. Существуют достаточно убедительные экспериментальные факты о целесообразности использования ЭЭГ для исследования тонкой динамики функциональных состояний мозга человека во время мышления [2, 4, 6, 9, 15, 17, 18].

Актуальность исследования обусловлена тем, что в изучении нейрофизиологических механизмов мышления остается еще много нерешенных вопросов, затрудняющих соотнесение параметров ЭЭГ со спецификой мыслительной деятельности, что, прежде всего, относится к вопросу о спектральном составе изменений ЭЭГ при мышлении и знаках этих изменений, а также проблема исследования региональных особенностей изменений ЭЭГ при мышлении. При решении мыслительных задач показано усиление десинхронизации альфа-ритма и возрастание выраженности бета-ритма на ЭЭГ [1, 4, 7, 16, 20, 25, 27]. На усиление бета-активности во время решения арифметических задач и других когнитивных операций, а также во время фазы сна с быстрыми движениями глаз, указывают также А. Борбели [21], Giannitrapani [22], Papanicolaou et al. [17], Fernandes et al. [27].

Поскольку функциональная межполушарная асимметрия показателей ЭЭГ (ФМПА) в настоящее время рассматривается как одна из фундаментальных закономерностей организации и деятельности мозга

человека и животных [18], представляло интерес исследование изменения ФМПА при выполнении мыслительной задачи – счета в уме.

Цель исследования состояла в выявлении изменений показателей ритмов ЭЭГ, а также показателей ФМПА при счете в уме.

Материал и методы исследования

Исследование проводили на 27 практически здоровых людях, студентах, средний возраст обследованных составил (20±1) год. Запись ЭЭГ на жесткий диск компьютера осуществляли с помощью аналогово-цифрового преобразователя при частоте дискретизации 256 в 1 с в течение 2 минут в состоянии психосенсорного покоя (ПП) – глаза закрыты, а также в течение 2 минут в состоянии ПП и при счете в уме (вычитание числа 7 из 200). ЭЭГ регистрировали биполярно в следующих отведениях: 1 – лоб-висок; 2 – висок-темя; 3 – темя-затылок, слева и справа, при постоянной времени 0,1 с. Анализ файлов ЭЭГ осуществляли после окончания исследования с помощью программы «Analyst 2» по алгоритму амплитудно-интервального (полупериодного) анализа. Выделяли пять физиологических ритмов: бета-1, бета-2, альфа, тета и дельта. По каждому из диапазонов определяли следующие параметры: 1) амплитуда в микровольтах; 2) частота в герцах; 3) индекс длительности – время в процентах выраженности волн бета-1, бета-2-, альфа-, тета- и дельта-диапазонах; 4) мощность ритмов. При статистическом анализе вычисляли средние величины, стандартное (среднее квадратическое) отклонение, ошибку средней величины.

С целью исследования отношений, формирующихся между амплитудами ритмов ЭЭГ, в различных экспериментальных условиях использовали средние величины амплитуд ритмов ЭЭГ. Отношения, формирующиеся между амплитудами ритмов ЭЭГ, исследовали с использованием расчетов множественной линейной регрессии и корреляции [13]. Уровни статистической значимости принимались в пределах $P < 0,05$ и $P < 0,1$.

Коэффициенты ФМПА по амплитуде определяли по формуле:

$$Y_{ac} = (L - P) / (L + P) * 100,$$

где L – показатель левого полушария;

P – показатель правого полушария.

Таким образом, положительные величины означали преобладание левого полушария, а отрицательные – правого.

Погрешности коэффициентов ФМПА вычисляли по формуле:

$$m_{y_{ac}} = Y_{ac} * \sqrt{(m_L/M_L)^2 + (m_P/M_P)^2},$$

где $m_{y_{ac}}$ – погрешность коэффициента соотношения;

Y_{ac} – коэффициент ФМПА;

m_L – погрешность показателя левого полушария;

M_L – показатель левого полушария;

m_P – погрешность показателя правого полушария;

M_P – показатель правого полушария.

Для анализа статистической достоверности изменений коэффициентов межполушарной асимметрии использовали критерий Стьюдента.

В качестве критерия латерализации полушарий (правшества-левшества) использовали среднюю величину мощности альфа-ритма по всем отведениям, определенную в условиях ПП [7]. В тех случаях, когда средняя величина мощности альфа-ритма в правом полушарии преобладала над мощностью альфа-ритма левого полушария, испытуемого определяли как электроэнцефалографического правшу, в противоположном случае испытуемого определяли как электроэнцефалографического левшу.

Правшей в нашем исследовании было 12 человек, левшей – 15.

Таблица 1. Статистически значимые коэффициенты соотношений показателей ЭЭГ левого и правого полушарий в условиях психосенсорного покоя и психосенсорного покоя и счета в уме у правшей

		Правое полушарие			Левое полушарие		
		лоб-висок	висок-темя	темя-затылок	лоб-висок	висок-темя	темя-затылок
Бета-2	A					1,46	
	Ч						
Бета-1	A			-1,15		1,27	-1,14
	Ч		1,02		1,04		1,02
Альфа	A		-1,09	-1,21		1,25	-1,27
	Ч				1,04		
Тета	A		-1,12	-1,24			-1,17
	Ч						
Дельта	A			-1,20			-1,17
	Ч				1,08		-1,08

Собственные исследования.

Изменения показателей ЭЭГ у правшей

У правшей в процессе счета в уме (табл. 1) отмечено снижение амплитуд альфа- и тета- ритмов ЭЭГ во втором отведении и амплитуд бета-1, альфа-, тета- и дельта-ритмов в третьем отведении правого полушария, а также амплитуд бета-1, альфа-, тета- и дельта-ритмов в третьем отведении левого полушария. Амплитуда бета-2 ритма во втором отведении левого полушария увеличилась. Отмечено увеличение частот бета-1 ритма во втором отведении правого полушария и бета-1, альфа- и дельта-ритмов в первом отведении, бета-1 и альфа-ритмов во втором отведении и бета-1 ритма в третьем отведении левого полушария.

Изменения показателей ЭЭГ у левшей. У левшей в процессе счета в уме (табл. 2) отмечено снижение амплитуды дельта-ритма в первом отведении, амплитуд бета-2, бета-1, альфа-, тета- и дельта-ритмов во втором и третьем отведениях правого полушария, а также в первом и третьем отведениях левого полушария. Отмечено увеличение частоты бета-1 ритма в первом отведении и уменьшение частот бета-2, тета- и дельта-ритмов во втором отведении и частот бета-2 и тета-ритмов в третьем отведении правого полушария. В левом полушарии частоты бета-1, альфа- и дельта-ритмов в первом отведении определялись увеличенными, а в третьем отведении частоты бета-1 и тета-ритмов определялись уменьшенными.

Изменения показателей ФМПА. Правши. До счета в уме ФМПА в отведении лоб-висок амплитуда ритмов ЭЭГ бета-2, бета-1 и альфа-ритма выражалась отрицательными величинами в пределах $(-1,25 \pm 0,10)\%$ – $(-2,32 \pm 0,16)\%$, а ФМПА амплитуды тета- и дельта-ритма – положительными величинами (рис. 1). При счете в уме отрицательная величина ФМПА амплитуды бета-2 ритма увеличилась по модулю, а бета-1 и альфа-ритмов инвертировала и стала положительной. Положительные значения ФМПА амплитуд тета- и дельта-ритмов увеличились.

До счета в уме ФМПА в отведении висок-темя амплитуд ритмов ЭЭГ бета-2 и бета-1 ритмов выражалась

Таблица 2. Статистически значимые коэффициенты соотношений показателей ЭЭГ левого и правого полушарий в условиях психосенсорного покоя и психосенсорного покоя и счета в уме у левшей

		Правое полушарие			Левое полушарие		
		лоб-висок	висок-темя	темя-затылок	лоб-висок	висок-темя	темя-затылок
Бета-2	A		-1,11	-1,17	-1,37	1,16	-1,16
	Ч		-1,06	-1,05			-1,05
Бета-1	A		-1,15	-1,16	-1,19		-1,18
	Ч	1,02			1,03		
Альфа	A		-1,15	-1,16	-1,13		-1,17
	Ч				1,13		
Тета	A		-1,22	-1,20	-1,63		-1,18
	Ч		-1,05	-1,05			-1,05
Дельта	A	-1,13	-1,18	-1,19	-1,81		-1,15
	Ч		-1,04		1,08		

отрицательными величинами в пределах $(-1,71 \pm 0,08)\%$ и $(-20,20 \pm 1,84)\%$, а ФМПА амплитуд альфа-, тета- и дельта-ритмов выражалась положительными величинами в пределах $(3,32 \pm 0,19)\%$ – $(10,45 \pm 0,69)\%$ (рис. 1). При счете в уме отрицательная величина ФМПА амплитуды бета-2 ритма уменьшилась по модулю, а бета-1 инвертировала и стала положительной. Положительные значения ФМПА амплитуд альфа-, тета- и дельта-ритмов увеличились.

До счета в уме ФМПА в отведении темя-затылок амплитуда всех ритмов ЭЭГ выражалась отрицательными величинами в пределах $(-1,13 \pm 0,07)\%$ и $(-3,42 \pm 0,21)\%$. При счете в уме отрицательные значения ФМПА амплитуды бета-2, бета-1 и дельта-ритмов уменьшились по модулю, а альфа-ритма – возросло. Показатель ФМПА амплитуды тета-ритма инвертировал и выражался положительной величиной.

Левши. До счета в уме ФМПА в отведении лоб-висок амплитуда всех ритмов ЭЭГ выражалась положительными величинами в пределах $(7,05 \pm 0,31)\%$ – $(15,23 \pm 0,84)\%$ (рис. 2). При счете в уме ФМПА амплитуды бета-2, тета- и дельта-ритмов выражались отрицательными величинами в пределах $(-5,96 \pm 0,65)\%$ – $(-9,32 \pm 1,02)\%$, а положительные значения ФМПА амплитуд бета-1 и альфа-ритмов уменьшились.

До счета в уме ФМПА в отведении висок-темя амплитуда ритмов ЭЭГ бета-2 и бета-1 ритмов выражалась отрицательными величинами в пределах $(-2,51 \pm 0,11)\%$ и $(-14,10 \pm 0,90)\%$, а ФМПА амплитуда альфа-, тета- и дельта-ритмов выражалась положительными величинами в пределах $(5,24 \pm 0,25)\%$ – $(17,92 \pm 1,00)\%$. При счете в уме отрицательные значения ФМПА амплитуды бета-2 и бета-1 ритмов уменьшились по модулю. Положительные значения ФМПА амплитуд альфа-, тета- и дельта-ритмов увеличились.

До счета в уме ФМПА в отведении темя-затылок амплитуда всех ритмов ЭЭГ выражалась положительными величинами в пределах $(0,24 \pm 0,10)\%$ и $(1,98 \pm 0,93)\%$ (рис. 2). При счете в уме положительные значения ФМПА амплитуды бета-2 ритма, тета- и дельта-ритмов увеличились, а альфа-ритма – уменьшилось. Показатель

ФМПА амплитуды бета-1 ритма инвертировал и стал отрицательным.

Взаимоотношения амплитуд ритмов ЭЭГ в условиях психосенсорного покоя и при счете в уме в условиях психосенсорного покоя. Исследования с применением множественного регрессионного анализа. Правши. В условиях психосенсорного покоя всего по правому полушарию определялось 46 регрессионных связей-отношений, а по левому – 48, т.е. в левом полушарии было на две связи-отношения больше, чем в правом. В условиях психосенсорного покоя и при счете в уме в правом полушарии определялось 44 связи-отношения, а в левом – 42, т.е. соотношения были обратны тем, которые наблюдались в ситуации психосенсорного покоя.

Левши. В условиях психосенсорного покоя всего по правым и левым полушариям определялось по 42 регрессионные связи-отношения. В условиях психосенсорного покоя и при счете в уме в правом полушарии определялось 49 связей-отношений, а в левом – 40, т.е. в правом полушарии количество связей-отношений возросло, а в левом – уменьшилось.

Обсуждение. Согласно результатам сопоставительного анализа, у правшей при счете в уме статистически значимо изменились 19 показателей амплитуды ЭЭГ, а у левшей – 33. Следует подчеркнуть, что во всех исследованных отведениях амплитуды ритмов ЭЭГ у правшей уменьшались, за исключением второго отведения (висок-темя) левого полушария – в этом отведении у правшей определялись увеличенные в процессе счета в уме амплитуды бета-2, бета-1 и альфа-ритмов ЭЭГ. У левшей определялись увеличенные частота бета-1 ритма в первом отведении правого полушария и амплитуда бета-2 ритма во втором отведении левого полушария.

Амплитуда отражает синхронизацию локальных электрических процессов в нервных элементах, участвующих в генерации корковой ритмики. Поэтому повышение амплитуды – увеличение синхронизации – расценивается как показатель снижения уровня функционального состояния мозга, а снижение амплитуды

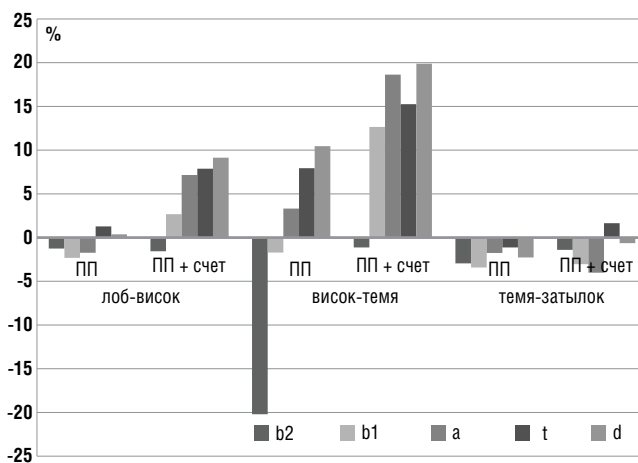


Рис. 1. Коэффициенты ФМПА в условиях ПП и при счете в уме в условиях ПП у правшей.

Обозначения: ПП – психосенсорный покой; ПП+счет – счет в уме в условиях психосенсорного покоя; b2 – коэффициент ФМПА бета-2 ритма; b1 – коэффициент ФМПА бета-1 ритма; a – коэффициент ФМПА альфа-ритма; t – коэффициент ФМПА тета-ритма; d – коэффициент ФМПА дельта-ритма.

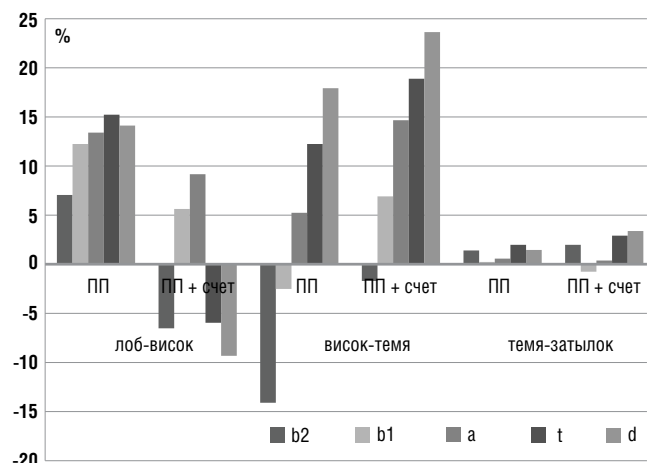


Рис. 2. Коэффициенты ФМПА в условиях ПП и при счете в уме в условиях ПП у левшей.

Обозначения: ПП – психосенсорный покой; ПП+счет – счет в уме в условиях психосенсорного покоя; b2 – коэффициент ФМПА бета-2 ритма; b1 – коэффициент ФМПА бета-1 ритма; a – коэффициент ФМПА альфа-ритма; t – коэффициент ФМПА тета-ритма; d – коэффициент ФМПА дельта-ритма.

– как проявление десинхронизации и активации функционального состояния мозга [11].

Как известно, сенсорная, когнитивная, аффективная и двигательная активности могут приводить к вызванной синхронизации (ВС) и вызванной десинхронизации (ВД). Оба феномена характеризуются отчетливой временной связью с событием и высокой специфичностью по отношению к частотным полосам ЭЭГ. Пространственное картирование ВД/ВС используется для изучения топологии и временной динамики корковой активности [8, 23].

При счете в уме во всех отведениях, за исключением второго отведения (висок-темя) левого полушария, наблюдалась вызванная десинхронизация, а во втором отведении левого полушария – вызванная синхронизация. Поскольку указанные соотношения ВД/ВС отмечались как у правой, так и у левой, выявленную особенность можно рассматривать как характеризующую топологию и временную динамику корковой активности при счете в уме.

Следует отметить, что количество статистически значимых отрицательных коэффициентов соотношений амплитуд ритмов при счете в уме у левой определялось большим, чем у правой.

Это может свидетельствовать о более высокой лабильности электрогенеза у левой, по сравнению с правыми.

У правой в правом полушарии определялось только увеличение частоты бета-1 ритма во втором отведении (висок-темя), в то время как в левом полушарии увеличенными определялись частоты бета-1, альфа- и дельта-ритмов в первом отведении (лоб-висок) и бета-1 ритма в третьем отведении (темя-затылок).

У левой в первом отведении правого полушария определялась увеличенной частота бета-1 ритма, в первом отведении левого полушария определялись увеличенными частоты бета-1, альфа- и дельта-ритмов, а во втором отведении левого полушария определялась увеличенной частота бета-2 ритма.

Так как в правом полушарии и у правой и у левой определялись увеличенными только по одному показателю частоты, а в левом полушарии у правой и левой определялось по 3 увеличенных показателя частоты, то левое полушарие можно рассматривать как «*фокус активации*» [12, 24] при данном виде деятельности.

R.L. Davidson et al. [26] показали, что в процессе просмотра фильмов при положительных эмоциях в большей степени активируются левые, а при негативных – правые лобные области коры. A.J. Tomarken, A.D. Keener [14] считают, что в генерации положительных эмоций участвует преимущественно левая фронтальная область, а отрицательных – правая. В исследовании на больных с реактивной депрессией выявлен фокус устойчивой бета-активности в правой лобной области, что, по мнению авторов, указывает на гиперактивацию зоны, участвующей в регуляции отрицательных эмоций [27].

Поскольку счет в уме испытуемыми выполнялся удачно, нельзя исключить, что причиной активации левой лобной области являются также и положительные эмоции, переживаемые испытуемыми в связи с успешной деятельностью.

При выполнении счета в уме у правой отрицательность показателей ФМПА в первом отведении (лоб-

висок) сменялась положительностью, а у левой, наоборот, положительность показателей ФМПА сменялась уменьшением этой положительности и инверсией величин показателей ФМПА.

Во втором отведении у правой при счете в уме отрицательность ФМПА амплитуды бета-2 ритма уменьшилась, а бета-1 инвертировалась и стала положительной. Положительность ФМПА амплитуд альфа-, тета- и дельта-ритмов увеличилась.

Во втором отведении у левой при счете в уме отрицательность ФМПА амплитуд бета-2 и бета-1 ритмов уменьшилась, а положительность ФМПА амплитуд альфа-, тета- и дельта-ритмов увеличилась.

У правой в третьем отведении при счете в уме отрицательность ФМПА амплитуд бета-2 ритма, бета-1 и дельта-ритмов уменьшилась, а альфа-ритма – возросла, показатель ФМПА амплитуды тета-ритма выражался положительной величиной.

Во втором отведении у левой при счете в уме положительность ФМПА амплитуд бета-2 ритма, тета- и дельта-ритмов увеличилась, а альфа-ритма – уменьшилась, показатель ФМПА амплитуды бета-1 ритма инвертировал и стал отрицательным.

Таким образом, до выполнения счета в уме у правой более активированным (десинхронизированным) определялось левое полушарие, а у левой – правое. При выполнении счета в уме более активированным у правой определялось правое полушарие, а у левой – левое, особенно в первом и втором отведениях.

На основании изложенного можно предположить, что процесс выполнения счета в уме сопровождается активацией у правой правого полушария, а у левой – левого.

У правой кора левого полушария имеет более развитые связи со стволовыми структурами, тогда как правого – с диэнцефальными [3, 10]. Ранее нами было показано [13], что у препарата изолированного переднего мозга с поврежденной активирующей ретикулярной формацией преобладает активность правого полушария над левым.

Учитывая, что при счете в уме усиливается десинхронизация, выражающаяся в отрицательности коэффициентов соотношения амплитуд ритмов ЭЭГ, сопровождающаяся сменой активности полушария как у правой, так и у левой, можно высказать предположение, что реализация психического акта «счет в уме» сопровождается активацией как стволовых структур, так и диэнцефальных, при превалировании их активности над стволовыми.

При исследовании количество регрессионных связей-отношений [13] в условиях десинхронизации ЭКоГ крысы выявлялось большее количество связей-отношений, чем в пределах ЭКоГ-сегментов синхронизации. Этот результат был получен как для интактного мозга, так и для препарата изолированного переднего мозга. Уменьшение регрессионных связей-отношений между различными компонентами ЭЭГ и ЭКоГ отражает снижение тонуса коры [13]. Полученный результат подтверждает ранее высказанное предположение о том, что реализация психического акта «счет в уме» сопровождается активацией как стволовых структур, так и диэнцефальных, при превалировании их активности над стволовыми.

Выводы

1. Процесс выполнения счета в уме сопровождается активацией у правшей правого полушария, а у левшей – левого.
2. Реализация психического акта «счет в уме» сопровождается активацией стволовых и диэнцефальных структур.
3. При счете в уме во всех отведениях, за исключением второго отведения (висок-темя) левого полушария, наблюдалась вызванная десинхронизация, а во втором отведении левого полушария – вызванная синхронизация. Так как указанные соотношения ВД/ВС отмечались и у правшей, и у левшей, выявленную особенность можно рассматривать как характеризующую топологию и временную динамику корковой активности при счете в уме.

Список использованной литературы

1. Багрова Н. Д. Информативность ЭЭГ данных в прогнозировании работоспособности операторов / Н. Д. Багрова, Р. Н. Коробов, Ю. Н. Громов // Физиология человека. – 1990. – Т. 16, № 5.
2. Бехтерева Н. П. Мозговые коды психической деятельности / Н. П. Бехтерева, П. В. Бундзен, Ю. Л. Гоголицын. – Л.: Наука, 1977. – 165 с.
3. Болдырева Г. Н. Роль регуляторных структур мозга в формировании ЭЭГ человека / Г. Н. Болдырева, Е. В. Шарова, И. С. Добронравова // Физиология человека. – 2000. – Т. 26, № 5. – С. 19–34.
4. Борбели А. Тайна сна / А. Борбели. – М.: Знание, 1989. – 193 с.
5. Брагина Н. Н. Функциональные симметрии человека / Н. Н. Брагина, Т. А. Доброхотова. – М.: Медицина, 1988.
6. Жирмунская Е. А. Функциональное значение некоторых феноменов ЭЭГ человека / Е. А. Жирмунская, А. И. Рыбников, С. М. Ложникова // Физиол. чел. – 1982. – Т. 8, № 5. – С. 746–756.
7. Кирой В. Н. Пространственно-временная организация электрической активности мозга человека в состоянии спокойного бодрствования и при решении мыслительных задач // Журнал высшей нервной деятельности. – 1987. – Т. 37, № 6.
8. Костандов Э. А. Функциональная асимметрия мозга и неосознаваемое восприятие / Э. А. Костандов. – М.: Наука, 1983. – 171 с.
9. Ливанов М. Н. Пространственная организация процессов головного мозга / М. Н. Ливанов. – М.: Наука, 1972.
10. Лобасюк Б. А. Роль ретикулярной формации ствола мозга в механизмах коркового электрогенеза / Б. А. Лобасюк // Neurofiziologiya/Neurophysiology. – 2005. – Vol. 37, № 1. – P. 36–47.
11. Нейрофизиологические механизмы мотивационного внимания у человека / Л. И. Афтанас, Л. Н. Савотина, Н. В. Рева, В. П. Махнев // Бюллетень СО РАМН. – 2004. – № 2 [112].
12. Павлова Л. П. Системный подход к психофизиологическому исследованию мозга человека / Л. П. Павлова, А. Ф. Романенко. – Л.: Наука, 1988.
13. Русалова М. Н. Функциональная асимметрия мозга и амплитуда альфа-ритма / М. Н. Русалова // Журн. Высш. нервн. деят. – 1998. – Т. 48, № 3. – P. 391–395.
14. Стрелец В. Б. Ритмы ЭЭГ и психологические показатели эмоций при реактивной депрессии / В. Б. Стрелец, Н. Н. Данилова, И. В. Корнилова // Журн. высш. нервн. деят. – 1997. – Т. 47, № 1. – С. 11–21.
15. Уолтер Г. Живой мозг / Г. Уолтер. – М.: Мир, 1966. – 300 с.
16. Хомская Е. Д. Мозг и активация / Е. Д. Хомская. – М.: Изд-во МГУ, 1972.
17. Хомская Е. Д. Системные изменения биоэлектрической активности мозга, как нейропсихологическая основа психических процессов / Е. Д. Хомская // Естественнонаучные основы психологии / под общ. ред. А. А. Смирнова, А. Р. Лурия, В. Д. Небылицына. – М.: Педагогика, 1978. – С. 231–254.
18. Хризман Т. П. Развитие функций мозга ребенка / Т. П. Хризман, 1978.
19. Чораян О. Г. Размытые алгоритмы мыслительных процессов / О. Г. Чораян. – Ростов н/Д.: [б.и.], 1979.
20. Dolce G. Spectral and multivariate analysis of EEG changes during mental activity in man / G. Dolce, H. Waldeier // Electroencephalography Clinical Neurophysiology. – 1974. – № 36. – P. 577–584.
21. Giannitrapani D. Scanning mechanisms and the EEG / D. Giannitrapani // Electroencephalogr Clin Neurophysiol. – 1971. – № 30 [2]. – P. 139–146.
22. Papanicolaou A.C., Loring D.W., Deutsch G., Eisenberg H.M. // Int J Neurosci. – 1986. – № 30 [1–2]. – P. 81–85.
23. Pfurtscheller G. Event-related EEG/EMG synchronization and desynchronization. Basic principles / G. Pfurtscheller, F. H. Lopes da Silva // Clin. Neurophysiol. – 1999. – Vol. 110.
24. Regional brain function, emotion and disorders of emotion / R. J. Davidson, H. Abercrombie, J. B. Nitschke, K. Putnam // Curr. Opin. Neurobiol. – 1999. – Vol. 9. – P. 228–234.
25. Test-retest reliability of EEG spectral parameters during cognitive tasks: I. Absolute and relative power / T. Fernández, T. Harmony, M. Rodríguez [et al.] // Int J. Neurosci. – 1993. – № 68 [3–4]. – P. 255–261.
26. Tomarken A. J. Frontal brain asymmetry and depression: As regulatory perspective / A. J. Tomarken, A. D. Keener // Cognit. Emot. – 1998. – Vol. 12. – P. 387–420.
27. Vogel W. EEG and mental abilities / W. Vogel, D. M. Broverman, E. L. Klaiber // Electroencephalogr Clin Neurophysiol. – 1968. – № 24 [2]. – P. 166–175.

СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ЕЛЕКТРОГЕНЕЗУ ПРИ РАХУНКУ В УМІ

Б.А. Лобасюк, М.І. Боделан, В.В. Мартинюк, К.В. Аймедов

Мета дослідження полягала у виявленні змін показників ритмів і міжпівкульної асиметрії ЕЕГ при усних обчисленнях. Запис ЕЕГ здійснювали у стані психо-сенсорного спокою (очі закриті) і при усних обчисленнях (віднімання в умі 7 від 200). Відносини між амплітудами ритмів ЕЕГ досліджували з використанням розрахунків множинної лінійної регресії і кореляції. У результаті виявлено, що при усних обчисленнях у правопівкульних і лівопівкульних суб'єктів дослідження у всіх відведеннях, за винятком відведення скроня-тім'я лівої півкулі, спостерігалася викликана десинхронізація, а у відведенні скроня-тім'я лівої півкулі – викликана синхронізація, що можна розглядати як особливість часової динаміки ЕЕГ. Виконання усних обчислень супроводжується активацією у правопівкульних правої півкулі, а у лівопівкульних – лівої. Аналіз регресійних зв'язків між амплітудами ритмів ЕЕГ дозволив припустити, що реалізація психічного акту «рахунок в умі» супроводжується активацією як стовбурових структур, так і дієнцефальних.

Ключові слова: механізми мислення, усне обчислення (рахунок в умі), ЕЕГ, ФМПА, регресійний аналіз.

SYSTEM ANALYSIS IN ELECTROGENESIS AT DOING MENTAL ARITHMETIC

B.A. Lobasyuk, M.I. Bodelan, V.V. Martynuk, K.V. Aymedov

The purpose of the investigation is to identify changes in indicators of rhythms and hemispheric asymmetry in the EEG while mental calculation. EEG record was performed in a state of psychosensory rest (eyes closed) and while mental calculation (subtract 7 from 200). The relations between the amplitude of EEG rhythms were investigated using multiple linear regression calculations and correlation. The result revealed that while mental calculations, at both right-hemispheric and left-hemispheric subjects, in all leads except temporalis-parietalis of the left hemisphere, there was caused desynchronization, as in the lead temporalis-parietalis of the left hemisphere the synchronization was caused, that can be seen as a feature of the time dynamics of the EEG. Performing mental calculation is accompanied by the activation of the right hemisphere at right-hemispheric subjects, and the left hemisphere – at left-hemispheric subjects. Regression analysis of relations between the amplitudes of EEG rhythms allowed to assume that the performing of the mental act “mental arithmetic” is accompanied by the activation of brainstem and diencephalic structures.

Key words: mechanisms of thinking, mental calculation, EEG, functional hemispheric asymmetry, regression analysis.

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616-073.97:616.12-008.318.8/159.973:616.89/03

М.А. Матусова¹, И.А. Марценковский²

РЕГУЛЯЦИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЕ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ СПЕКТРА АУТИЗМА ПОД ВЛИЯНИЕМ ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ

Детская клиническая больница № 6, г. Киев¹
Украинский научно-исследовательский институт социальной,
судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев²
martsenkovsky_urisfpda@ukr.net

Ключевые слова:
расстройства спектра
аутизма, дыхательная
синусовая аритмия,
внешние факторы,
социальный ответ.

Изучали изменения variability сердечного ритма (BCP) и изменения активности правой теменно-височной области по данным ЭЭГ у 25 детей в возрасте от 5 до 14 лет с расстройством спектра аутизма (РСА) в сравнении с контрольной группой (25 детей без психических расстройств) во время просмотра видео с людьми из группы первичной поддержки и незнакомыми ребенку людьми. У детей с РСА изначально отмечалась менее выраженная BCP. При просмотре видео с незнакомыми людьми BCP значительно снижалась. Основная и контрольная группы продемонстрировали снижение активности показателей ЭЭГ в височно-теменных отделах головного мозга при просмотре видео с незнакомыми людьми. Повышение показателей BCP зарегистрировано у детей с более высоким уровнем социальной компетентности и меньшей выраженностью проблемного поведения. Делается вывод, что социальные трудности у детей с РСА могут характеризоваться определенной активацией симпатического отдела ВНС.

В последнее десятилетие опубликованы результаты многочисленных исследований в области расстройств спектра аутизма (РСА). У детей описан полиморфизм клинических проявлений, нарушения формирования базовых навыков, таких как речь, установление зрительного контакта, взаимоотношений с другими людьми, использование невербальных методов общения, формирования эмоциональной взаимности. При РСА дети могут испытывать сложности с формированием прагматической части речи, например, при понимании пословиц и фразеологизмов, а также при использовании метафор.

Нарушения социальной взаимности являются наиболее патогномичными для РСА нарушениями, отражающими его природу [2]. Расстройства поведения в социальной сфере могут приводить к формированию социального дефицита, нарушениям коммуникации, сложностям формирования социально-адаптивного поведения [7, 20, 28].

Исследования социальной перцепции при РСА обнаружили, что дети с РСА демонстрируют худшие показатели, как в социальном ориентировании (понимании социального контекста ситуации), так и в групповых формах социального взаимодействия [5, 25], имеют сложности со зрительно-моторной координацией [9, 27]. Дети с РСА концентрируют внимание в меньшей степени на людях, чем на объектах, не обнаруживают селективной избирательности при восприятии близких людей, не демонстрируют формирования привязанности к родителям, демонстрируя социально детерминирован-

ные нарушения в сфере внимания [38, 42]. Распознавание лиц считается одним из наиболее важных проявлений социально-детерминированного внимания. Считается доказанным, что люди с РСА распознают знакомых людей иначе, уделяя меньше внимания области лица [20, 26, 46, 47].

Известно, что социально-детерминированное восприятие (ответ на социальные стимулы и восприятие лиц) может быть связано с определенными паттернами мозговой активности. Височные области головного мозга содержат нейронные сети, которые отвечают преимущественно за восприятие лиц, взгляд и сканирующие движения глаз при рассматривании объекта [11]. Обработка и идентификация лиц часто ассоциируются с активностью в веретенообразной извилине [16]. Другие исследования подтвердили, что установка зрительного контакта и последующее отслеживание объекта связано с активностью в верхней височной борозде, верхней височной извилине и миндалевидном теле [4, 22, 35].

Исследования с использованием магнитно-резонансной томографии (МРТ) выявили, что области мозга, обычно связанные с восприятием объекта (нижневисочная извилина), активируются во время распознавания лиц и при пристальном рассматривании [1]. С использованием метода вызванных потенциалов получены данные о том, что подростки и взрослые с РСА демонстрируют аномально медленную N170 реакцию на лица, отсутствие замедления ответа на перевернутое изображение, большую амплитуду при ответе на объекты [13, 14].

Спектральная ЭЭГ позволяет оценить изменения частоты и силы непрерывно записываемой ЭЭГ, дает возможность регистрировать ответы на динамические стимулы. Исследования с применением спектральной ЭЭГ и МРТ обнаружили, что в группах сравнения при контакте со знакомыми лицами, в сравнении с незнакомыми, значимо возрастала активность веретенообразной извилины [41]. Это подтверждает предположение о том, что пациенты с РСА распознают знакомые и незнакомые лица по-разному: демонстрация знакомых лиц приводит к нейротипическому ответу у детей с РСА и взрослых [30, 41, 50].

Большинство экспертов едины во мнении, что социальные дефициты, распространенные при РСА, являются результатом нарушения связей лобной коры головного мозга с медиально-височной системой [8].

Нейробиологические механизмы нарушений социального поведения принято объяснять в рамках мультивагусной (Polyvagal) концепции. Эта концепция основана на представлениях о идентифицируемых нейронных цепях, которые сформировались в процессе эволюции для контроля реагирования человека на изменения окружающей среды. Через взаимодействие с внутренними и внешними органами чувств наша нервная система активирует наиболее адаптивную схему для конкретной ситуации, в зависимости от чувства безопасности или тревоги. При восприятии опасности активируется модель адаптивного поведения, которая предполагает механизмы “борьбы” или “бегства”, опосредуемые через миндалины мозга и связанные с ними дорсолатеральные и латеральные околоводопроводные области серого вещества. Напротив, при ощущении безопасности активируется поведение, которое регулируется в организме через миелинизированные волокна блуждающего нерва, замедляющие ритм сердечных сокращений. Предложенная схема объясняет участие вегетативной нервной системы в реагировании на стресс гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. В процессе эволюции ствол мозга и ядра, регулирующие эту систему, интегрировались с ядрами, которые регулируют деятельность мышц лица и головы. Таким образом, висцеральное состояние, соответствующее чувству спокойствия, связано с мышцами, которые обеспечивают фокусировку взгляда, поворот головы, прислушивание к человеческому голосу, распознавание выражения лица.

При РСА неадекватная сенсорная оценка (переоценка) риска в процессе восприятия незнакомого лица приводит к временному ингибированию миндалевидного тела и “чрезмерной активации простых систем борьбы и бегства”, которые могут “перекрывать” возможность для проявления более адаптивного социального поведения. С другой стороны, люди без РСА реагируют на незнакомые лица без сопутствующей оценки угрозы. Таким образом, у лиц без РСА восприятие незнакомого лица приводит к временной активации, которая ингибирует активацию стратегий борьбы и бегства и позволяет контролировать поведение при социальном взаимодействии.

Парасимпатикотонические воздействия на ритм дыхания в процессе социального взаимодействия участвуют в модуляции влияния миелиновых волокон блуждающего нерва на сердце, что реализуется с помощью

дыхательной синусовой аритмии. Установлено, что у детей дыхательная синусовая аритмия связана с социальной компетентностью [45] и эмпатией [36]. Ослабление влияния блуждающего нерва на частоту сердечных сокращений облегчает возможность активации симпатической нервной системы и увеличивает метаболические потребности при ответе на социальный импульс [35]. Большее подавление блуждающего нерва в ответ на психосоциальный стрессор предположительно связано с формированием позитивного (социально адаптивного) поведения [23].

Ряд исследований продемонстрировали подавление блуждающего нерва в процессе познавательной деятельности или эмоционального реагирования, и влияние подавления на наблюдаемое социальное поведение в определенной социальной ситуации [5, 18, 39].

С учетом изложенного выше совершенно очевидно, что подавление синусовой аритмии не может рассматриваться в качестве адаптивного ответа на социальное взаимодействие. Можно также предположить, что дети с аутизмом должны демонстрировать меньший уровень нейронной активации височной доли и регуляции сердечного ритма в ответ на «угрожающий» стимул в виде незнакомого человека.

Целью исследования было изучение электроэнцефалографической и электрокардиографической волновой активности и ее вариативности при просмотре детьми с РСА видео со знакомыми и незнакомыми людьми.

Материалы и методы исследования

Нами рандомизированы 25 детей в возрасте от 5 до 14 лет с РСА, без умственной отсталости ($IQ > 70$). Контрольную группу составили 25 детей в возрасте от 5 до 14 лет без первичных нарушений развития. Диагноз РСА был установлен на основании диагностических критериев МКБ-10, которые были подтверждены с использованием стандартных диагностических процедур: ADI-R, ADOS [3].

В основную группу вошли 18 мальчиков и 7 девочек, контрольную группу составили 19 мальчиков и 6 девочек. Средний возраст пациентов основной группы составил 8,36 лет ($SD = 1,54$), контрольной – 8,25 лет ($SD = 1,62$).

Большинство детей основной группы принимали лекарственные препараты: 2 ребенка принимали антидепрессанты, 12 детей получали несколько психотропных препаратов, 6 рандомизированных детей основной и 1 ребенок контрольной групп принимали противовоспалительные и антигистаминные препараты.

Уровень интеллекта у подростков измеряли при помощи краткого теста интеллекта Кауфмана (K-BIT) [24]. В группе детей с РСА композитная оценка среднего IQ составила 111,12 ($SD = 18,41$), в контрольной группе – 109,71 ($SD = 19,36$), $P > 0,005$.

Характеристика групп сравнения представлена в таблице. Для оценки социальных навыков и социального реагирования использовали родительские формы Рейтинговой шкалы социальных и речевых навыков (SSRS) и Опросника для оценки социального реагирования (SRS).

Проведение видеостимуляции. После закрепления ЭЭГ датчиков и наложения электродов ЭКГ подростков

просили сидеть тихо в удобном кресле, стоящем перед 19-дюймовым проекционным экраном, на котором проходила презентация видео.

ЭЭГ исследование. Альфа-ритм рассматривался нами как показатель общей активности мозга; предполагалось, что высокая амплитуда и энергетическая плотность альфа-ритма свидетельствуют об общей низкой активности мозга. Аналогичным образом, уменьшение мощности альфа-активности свидетельствует об увеличении активности мозга. Спектральная мощность альфа-активности была вычислена путем усреднения мощности трех электродов, расположенных над височно-теменными зонами коры мозга правого полушария (стандартные позиции P2, P4 и PO4 по системе 10-20).

Измерение и оценка ЧСС. Для оценки вариаций сердечного ритма использовали ЭКГ-мониторинг в трех стандартных отведениях. Определяли интервалы R-R (с удалением артефактов). Полученные данные сохраняли для работы в автономном режиме, определения вариабельности сердечного ритма (BCP) или дыхательной синусовой аритмии (ДСА). Для оценки полученных данных использовали методику Поргес [10, 32, 34].

При обработке полученных данных проводили характеристику основной и контрольной групп двумерными корреляциями, отражающими отношения между переменными в полной выборке и отдельно для групп сравнения.

Результаты и их обсуждение

Полученные результаты продемонстрировали различия между группами сравнения по проявлениям физиологической активности при регуляции сердечного ритма и волновой активности на ЭЭГ.

Дети с аутизмом проявляли более низкие показатели регуляции сердечного ритма в условиях исследования.

Слабая регуляция частоты сердечных сокращений, по-видимому, отражает слабое воздействие блуждающего нерва на низшие системы борьбы, избегания и иммобилизации. Таким образом, можно предположить, что дети с аутизмом в процессе исследования находились в хронически «мобилизованном», по сравнению с обычно развивающимися детьми, состоянии.

Дети с аутизмом продемонстрировали специфическую ДСА-реакцию на видео с участием незнакомого человека. У детей с РСА снижался уровень регуляции сердечного ритма во время просмотра видео с незнакомым человеком. В группе детей без симптомов РСА снижения уровня регуляции сердечного ритма не наблюдалось. Таким образом, незнакомые люди могут восприниматься детьми с РСА, как «вызывающие угрозу» психосоциальные стимулы.

По-видимому, дети с аутизмом могут реагировать на малознакомого человека с «осторожностью», мобилизуясь для борьбы или побега. В сравнении с детьми без РСА, усиление регуляции сердечного ритма не поддерживает у детей с РСА готовность к социальному взаимодействию, что было отмечено при использовании в качестве стимулов видео с незнакомыми людьми. Данная стратегия мобилизации ослабляет способность детей с аутизмом вовлекаться в социальное взаимодействие с незнакомыми людьми.

Напротив, дети без аутизма не демонстрировали тревожного ожидания и мобилизации при просмотре видео с незнакомыми и сохраняли базовый уровень регуляции сердечного ритма.

Дети без РСА, просматривавшие видео с родителями, демонстрировали физиологическую готовность нервной системы вступать в социальное взаимодействие. Полученные нами результаты подтверждают известный в кли-

Таблица. Характеристика групп сравнения обследованных детей

Показатели	Основная группа (дети с РСА) ($x \pm \Delta S$)	Контрольная группа ($x \pm \Delta S$)
Дыхательная синусовая аритмия (ДСА) ($\% \pm \Delta S$)		
Фоновое состояние	7,18 $\pm$ 1,32	8,15 $\pm$ 1,1
После просмотра видео с незнакомыми людьми	7,01 $\pm$ 1,15	8,11 $\pm$ 1,0
После просмотра видео с родителями	6,97 $\pm$ 0,98	7,95 $\pm$ 1,1
После просмотра видео с движущимися объектами	7,25 $\pm$ 1,24	8,0 $\pm$ 0,98
Мощность спектра альфа-ритма (ЭЭГ) ($\% \pm \Delta S$)		
Фоновое состояние	2,22 $\pm$ 1,0	3,1 $\pm$ 1,1
После просмотра видео с незнакомыми людьми	2,15 $\pm$ 0,87	2,89 $\pm$ 0,98
После просмотра видео с родителями	2,36 $\pm$ 0,98	2,40 $\pm$ 0,57
После просмотра видео с движущимися объектами	2,24 $\pm$ 0,83	2,0 $\pm$ 0,47
Рейтинговая шкала оценки социальных и речевых навыков (SSRS) (Σ баллов $\pm \Delta X$)		
Социальные навыки	76,28 $\pm$ 19,37	119,65 $\pm$ 12,81
Проблемы	120,61 $\pm$ 19,37	86,94 $\pm$ 10,69
Шкала оценки социального реагирования (SRS) (Σ баллов $\pm \Delta X$)		
Перцепция	75,34 $\pm$ 13,67	45,97 $\pm$ 7,15
Познавательная деятельность	82,64 $\pm$ 12,98	40,28 $\pm$ 1,1
Коммуникация	85,06 $\pm$ 13,69	42,14 $\pm$ 1,0
Мотивация	71,10 $\pm$ 10,80	47,61 $\pm$ 9,91
Аутическое поведение	87,14 $\pm$ 16,38	47,19 $\pm$ 9,31
Интегральная характеристика	84,97 $\pm$ 14,41	44,57 $\pm$ 9,1

нической психофизиологии феномен, заключающийся в том, что регулирование частоты сердечных сокращений у детей без РСА в раннем возрасте положительно связано с частотой взглядов в глаза незнакомым людям.

Важно отметить, что в ситуации, при которой детям с РСА представляли видео со знакомыми людьми, их уровень регуляции сердечного ритма, в некоторых случаях, возвращался к исходному или незначительно превышающему его уровню. Можно предположить, что контакт с знакомым человеком у детей с РСА сопровождался более адаптивной регуляцией сердечного ритма.

Результаты проведенного корреляционного анализа показали, что более высокие уровни регуляции сердечного ритма связаны с повышением социальной компетентности и меньшей выраженностью проблемного поведения. Можно предположить, что регулирование частоты сердечных сокращений может оказать влияние на физиологическую готовность к социальной активности. Также можно сделать вывод, что индивидуальные различия связаны с социально-поведенческой адаптивностью детей.

Результаты, полученные при электроэнцефалографическом обследовании, интерпретировать сложнее. У детей с РСА не обнаружено значимых отличий от здоровых детей, с точки зрения вызванных реакций на знакомых и незнакомых людей.

Группы сравнения продемонстрировали увеличение активности в правой височно-теменной области коры мозга при просмотре видео с родителями, в сравнении с ситуацией просмотра видео с незнакомыми людьми. Когда дети с РСА просматривали видео с родителями, они демонстрировали повышение активности, подобное детям без аутизма. У детей с аутизмом отмечалась более сильная нейрофизиологическая активность в правой височно-теменной области коры мозга в начале исследования, чем в группе контроля.

Полученные нами результаты позволяют предположить, что височные структуры мозга у детей с РСА функционируют нейротипично. Нами не было обнаружено различий в ответах на незнакомых людей в группах сравнения. В обеих группах отмечалось снижение активности в правой височно-теменной области коры мозга при просмотре видео с незнакомыми людьми. Можно думать, что дети с РСА способны использовать компоненты «социального мозга» даже при взаимодействии с малознакомыми людьми. Именно это, предположительно, позволяет здоровым детям демонстрировать социальную гибкость.

При корреляционном анализе в группе детей с РСА обнаружено, что более высокие уровни правой височно-теменной деятельности связаны с более низким уровнем социальной мотивации. Учитывая структуру подавлений стимулов на сердечную деятельность, незнакомые люди вызывают «тревогу» у детей с РСА.

Полученные нами данные хорошо согласуются с данными, полученными другими авторами [6]. Установлено, что именно физиологическое беспокойство влияет на нервную деятельность и препятствует обработке афферентных сигналов в правой височно-теменной области мозга, коррелируя с социальной активностью у лиц без первичных нарушений развития. Несколько исследований [17, 29, 44, 49] выявили высокую частоту коморбид-

ных тревожно-фобических нарушений психики у детей с синдромом Аспергера. Не было установлено, влияет ли уровень физиологической тревоги на деятельность правой височно-теменной области в этой популяции. Тем не менее следует отметить, что если это так, то выявленные результаты изменения ЭЭГ у детей с РСА в ситуации реагирования на незнакомых людей отражают не адаптивное нейронное функционирование (социальное взаимодействие), а повышение уровня тревожности субъектов исследования.

Выводы

Для детей с РСА характерна менее выраженная, чем для здоровых детей, ВСР. При просмотре видео с незнакомыми людьми ее уровень значительно снижается, сравнительно с контрольной группой детей без первичных нарушений развития. В группах сравнения при просмотре видео с незнакомыми людьми отмечалось снижение активности височно-теменных отделов головного мозга. Повышение ВСР характерно для детей с более высоким уровнем социальной компетентности и меньшим уровнем проблемного поведения. Таким образом, социальные трудности у детей с аутизмом могут характеризоваться определенной активацией симпатического отдела ВНС при встрече с незнакомыми людьми.

Список использованной литературы

1. Abnormal ventral cortical activity during face discrimination among individuals with autism and Asperger syndrome / R. Schultz, I. Gauthier, A. Klin [et al.] // Archives of General Psychiatry. – 2000. – № 57. – P. 331–340.
2. Asperger H. Die Autistischen Psychopathen / H. Asperger // Kindesalter: Archiv Fur Psychiatrie und Nevenkrankheiten. – 1944. – № 117. – P. 76–136.
3. Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) / Lord C., Rutter M., DiLavore P., & Risi S. – Los Angeles: Western Psychological Services, 1999. – 192 p.
4. Brain regions involved in the perception of gaze / B. Wicker, F. Michel, M. Henaff [et al.] // Neuroimage. – 2002. – № 8. – P. 221–227.
5. Children with autism fail to orient to naturally occurring social stimuli / G. Dawson, A. Meltzoff, J. Osterling, J. Rinaldi [et al.] // Journal of Autism and Developmental Disabilities. – 1998. – № 28. – P. 479–485.
6. Contrasting patterns of brain activity in anxious apprehension and anxious arousal / Nitschke J., Heller W., Palmieri P., & Miller G. // Psychophysiology. – 1999. – № 36. – P. 628–637.
7. Dawson G. Arousal, attention, and the social-emotional impairments of individuals with autism. In G. Dawson (Ed.), Autism: Nature, diagnosis, and treatment / Dawson G. & Lewy A. – New York: Guilford, 1989. – P. 49–74.
8. Dawson G. Brief report: Neuropsychology of autism: A report on the state of the science / G. Dawson // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 1996. – № 26. – P. 179–184.
9. Defining the social deficits of autism: The contribution of nonverbal communication measures / Mundy P., Sigman M., Ungerer J., & Sherman T. // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 1986. – № 27. – P. 657–669.
10. Denver J. Methodological issues in the quantification of respiratory sinus arrhythmia / Denver J., Reed S., & Porges S. // Biological Psychology. – 2007. – № 74. – P. 286–294.
11. Electrophysiological studies of face perception in humans / S. Bentin, T. Allison, A. Puce, E. Perez [et al.] // Journal of Cognitive Neuroscience. – 1996. – № 8. – P. 551–565.
12. Emery N. The eyes have it: The neuroethology, function, and evolution of social gaze / N. Emery // Neuroscience and Biobehavioral Reviews. – 2000. – № 24. – P. 581–604.
13. ERP evidence of atypical face processing in young children with autism / S. Webb, G. Dawson, R. Bernier [et al.] // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2006. – № 36. – P. 881–890.
14. Event-related brain potentials reveal anomalies in temporal processing of faces in autism spectrum disorder / J. McPartland, G. Dawson, S. Webb [et al.] // Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. – 2004. – № 45. – P. 1235–1245.
15. Fox N. Psychophysiological correlates of emotional reactivity during the first year of life / N. Fox // Developmental Psychology. – 1989. – № 25. – P. 364–372.
16. George N. Seen gaze direction modulates fusiform activity and its coupling with other brain areas during face processing / George N., Driver J., & Dolan R. // Neuroimage. – 2001. – № 13. – P. 1102–1112.
17. Ghaziuddin M. Comorbidity of Asperger syndrome: A preliminary report / Ghaziuddin M., Weidmer M., & Ghaziuddin N. // Journal of Intellectual Disability. – 1998. – № 42. – P. 279–283.

18. Graziano P. Cardiac vagal regulation and early peer status / Graziano P., Keane S., & Calkins S. // *Child Development*. – 2007. – № 78. – P. 264–278.
19. Hall G. Enhanced salience and emotion recognition in autism: A PET study / Hall G., Szechtman H., & Nahmias C. // *American Journal of Psychiatry*. – 2003. – № 160. – P. 1439–1441.
20. Hobson P. Autism and the development of mind. Hillsdale / P. Hobson. – NJ: Erlbaum, 1993. – 336 p.
21. Hobson P. What's in a face? The case of autism / Hobson P., Ouston J., & Lee A. // *British Journal of Psychology*. – 1988. – № 79. – P. 441–453.
22. Hoffman E. Distinct representation of eye gaze and identity in the distributed human neural system for face perception / Hoffman E., & Haxby J. // *Nature Neuroscience*. – 2000. – № 3. – P. 80–84.
23. Infant regulation of the vagal «brake» predicts child behavior problems: A psychobiological model of social behavior / Porges S., Doussard-Roosevelt J., Portales A., & Greenspan S. // *Developmental Psychobiology*. – 1996. – № 29. – P. 697–712.
24. Kaufman A. Kaufman Brief Intelligence Test. Bloomington / Kaufman A., & Kaufman N. – MN: Pearson Assessments, 1990. – 270 p.
25. Klin A. Young autistic children's listening preferences in regard to speech: A possible characterization of the symptom of social withdrawal / A. Klin // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 1991. – № 21. – P. 29–42.
26. Langdell T. Recognition of faces: An approach to the study of autism / T. Langdell // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 1978. – № 19. – P. 255–268.
27. Leekam S. Attention and joint attention in preschool children with autism / Leekam S., Lopez B., & Moore C. // *Developmental Psychology*. – 2000. – № 36. – P. 261–273.
28. Mundy P. Joint attention and social-emotional approach behavior in children with autism / P. Mundy // *Development and Psychopathology*. – 1995. – № 7. – P. 63–82.
29. Muris P. Comorbid anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders / Muris P., & Steerneman P. // *Journal of Anxiety Disorders*. – 1998. – № 12. – P. 387–393.
30. Neural correlates of face and object recognition in young children with autism spectrum disorder, developmental delay, and typical development / G. Dawson, L. Carver, A. Meltzoff, H. Panagiotides [et al.] // *Child Development*. – 2002. – № 73. – P. 700–717.
31. Neuroprocessing of emotional faces requires attention / Pessoa L., McKenna M., Gutierrez E., & Ungerleider L. // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. – 2002. – № 99. – P. 11458–11463.
32. Porges S. Spontaneous oscillations in heart rate: Potential index of stress. In P. Mogberg (Ed.), *Animal stress: New directions in defining and evaluating the effects of stress* Bethesda / Porges S. – MD: American Physiological Society, 1985. – P. 97–111.
33. Porges S. The polyvagal perspective / S. Porges // *Biological Psychology*. – 2007. – № 74. – P. 116–143.
34. Porges S., & Bohrer R. The analysis of periodic processes in psychophysiological research. In J. Cacioppo & I. Tassinari (Eds.), *Principles of psychophysiology: Physical social and inferential elements* / Porges S., & Bohrer R. – New York: Cambridge University Press, 1990. – P. 708–753.
35. Quantifying the «vagal brake» in preschool children: A new metric for assessing cardiac reactivity profiles / Porges S. W., Heilman K., Doussard-Roosevelt J. [et al.]. – Unpublished manuscript, 2008.
36. R. Fabes, N. Eisenberg, N. Karbon [et al.] The relations of children's emotion regulation to their vicarious emotional responses and comforting behaviors // *Child Development*. – 1994. – № 65. – P. 1678–1693.
37. Respiratory sinus arrhythmia and tympanic membrane compliance predict spontaneous eye gaze behaviors in young children: A pilot study / Heilman K., Bal E., Bazhenova O., & Porges S. W. // *Developmental Psychobiology*. – 2007. – № 49. – P. 531–542.
38. Stifter C. Individual differences in newborn reactivity and regulation / Stifter C., Fox N., & Porges S. // *Psychophysiology*. – 1986. – № 23. – P. 465.
39. Stifter C. Vagal regulation and observed social behavior in infancy / Stifter C., & Corey J. // *Social Development*. – 2001. – № 10. – P. 189–201.
40. Temporal cortex activation in humans viewing eye and mouth movements / A. Puce, T. Allison, S. Bentin [et al.] // *Journal of Neuroscience*. – 1998. – № 18. – P. 2188–2199.
41. The brain response to personally familiar faces in autism: Findings of fusiform activity and beyond / Pierce K., Haist F., Sedaghat F., & Courchesne E. // *Brain*. – 2004. – № 127. – P. 2703–2716.
42. The frequency and distribution of spontaneous attention shifts between social and nonsocial stimuli in autistic, typically developing, and nonautistic developmentally delayed infants / J. Swettenham, S. Baron-Cohen, T. Charman [et al.] // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 1998. – № 39. – P. 747–753.
43. The functional neuroanatomy of social behavior: Changes in cerebral blood flow when people with autistic disorder process facial expressions / Critchley H., Daly E., Bullmore E., Williams S. [et al.] // *Brain*. – 2000. – № 123. – P. 2203–2212.
44. The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger syndrome / J. Kim, P. Szatmari, S. Bryson [et al.] // *Autism*. – 2000. – № 4. – P. 117–132.
45. Vagal regulation of heart rate in the prediction of developmental outcome for very low birth weight preterm infants / J. Doussard-Roosevelt, S. Porges, J. Scanlon [et al.] // *Child Development*. – 1997. – № 68. – P. 173–186.
46. Visual fixation patterns during viewing of naturalistic social situations as predictors of social competence in individuals with autism / A. Klin, W. Jones, R. Schultz [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. – 2002. – № 59. – P. 809–816.
47. Visual scanning of faces in autism / K. Pelphrey, N. Sasson, J. Reznick [et al.] // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2002. – № 32. – P. 249–261.
48. Volkmar F. Gaze behavior in autism / Volkmar F., & Mayes L. // *Development and Psychopathology*. – 1990. – № 2. – P. 61–69.
49. Weak central coherence and its relations to theory of mind and anxiety in autism / C. Burnett, P. Mundy, J. Meyer, S. Sutton [et al.] // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2005. – № 35. – P. 63–73.
50. Wilson R. Familiar face recognition in children with autism: The differential use of inner and outer face parts / Wilson R., Pascalis O., & Blades M. // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2007. – № 37. – P. 314–320.

РЕГУЛЯЦІЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ТА ЗМІНИ НА ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАМІ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРА АУТИЗМУ ПІД ВПЛИВОМ ЗОВНІШНІХ ФАКТОРІВ

М.О. Матусова, І.А. Марценковський

Вивчали зміни варіабельності серцевого ритму (BCP) та зміни активності правої тім'яно-скроневої ділянки за даними ЕЕГ у 25 дітей віком від 5 до 14 років з розладом спектра аутизму (РСА) в порівнянні з контрольною групою (25 дітей без психічних порушень) під час перегляду відео з людьми з групи первинної підтримки та незнайомими дитині людьми. У дітей з РСА від початку відмічався менш виражений показник BCP, а при перегляді відео з незнайомими людьми BCP, порівняно з контрольною групою, значно знижувався. Групи порівняння продемонстрували зниження активності показників ЕЕГ в скронево-тім'яних відділах головного мозку при перегляді відео з незнайомцями. Підвищення показників BCP було відмічено у дітей з більш високим рівнем соціальної компетенції та меншою ввіраженістю проблемної поведінки. Зроблено висновок, що соціальні труднощі у дітей з РСА можуть характеризуватися певною активацією симпатичного відділу ВНС.

Ключові слова: розлади спектра аутизму, дихальна синусова аритмія, зовнішні фактори, соціальна відповідь.

REGULATION OF HEART RATE AND CHANGES IN ELECTROENCEPHALOGRAM IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS UNDER INFLUENCE OF EXTERNAL FACTORS

M. Matusova, I. Martenkovsky

We studied the changes in heart rate variability (HRV) and changes in the activity of the right parietal-temporal region of EEG data in 25 children aged 5 to 14 years with autism spectrum disorder (ASD) compared with the control group (25 children without mental disorders) during watching the video in which people from the group of primary support for the child and unfamiliar people read a story. In children with ASD was marked from the beginning is less pronounced rate of HRV, and when viewing video with strangers HRV compared with the control group significantly decreased. The comparison group showed reduced activity in EEG parameters temporo-parietal parts of the brain when viewing video with strangers.

Increased HRV was observed in children with higher levels of social competence and less behavioral problems. The conclusion is that the social difficulties in children with ASD can be characterized by a specific activation of the sympathetic autonomic nervous system.

Key words: autism spectrum disorders, respiratory sinus arrhythmia, external factors, social response.

ДАЙДЖЕСТ

ЦІЛІСНІСТЬ БІЛОЇ РЕЧОВИНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ – НОВИЙ БІОМАРКЕР ШИЗОФРЕНІЇ

Марк Болкен (Marc Bohlken) разом із групою вчених із Університетського медичного центру Утрехта (University Medical Center Utrecht), Нідерланди прийшли до висновку, що втрата білою речовиною головного мозку «цілісності» може вказувати на генетичну схильність до розвитку шизофренії. До такого висновку автори прийшли після обстеження пацієнтів із шизофренією та їх близнюків. Як зазначають автори цієї роботи, опублікованої в журналі «JAMA Psychiatry», отримані дані можуть свідчити про те, що ці генетичні механізми належать до контролю мієлінізації, зокрема у фронтальних та субкортикальних ділянках.

Уся вибірка дослідження становила 200 близнюків, з них 70 близнюків із шизофренією у одного із пари та 130 близнюків для контролю. Всім учасникам робили сканування мозку за допомогою МРТ у T1 режимі та тензорної дифузії (метод, що використовується для дослідження міжнейронних зв'язків). Особливу увагу вчені надавали визначенню так званої фракційної анізотропії (ФА), яку використовують для оцінки цілісності білої речовини та ефективності нейронної мережі.

Дослідники встановили, що наслідуваність ФА складає 0,63. Згідно із аналізом, більш низькі показники

ФА достовірно корелювали із збільшенням схильності до шизофренії. Фенотипова кореляція склала -0,25 ($p=0,001$), при цьому 83,4% взаємозв'язку пояснювались спільними генами. Серед регіонів мозку, редукція нейронних зв'язків у яких найсильніше корелює із шизофренією, автори назвали фронтальні, стріальні та таламічні. На додачу до цього, предикторами схильності до шизофренії вважали об'єм головного мозку та товщину кори.

У своїй роботі автори також вказують на взаємозв'язок між отриманими даними та гіпотезами розвитку шизофренії. Так, вважають, що дисфункція олігодендроцитів грає важливу роль у ризику цього розладу внаслідок спричиненої нею гіпомієлінізації та втрати аксональної метаболічної підтримки. Гени, що кодують олігодендроцити, залучені у метаболізмі ліпідів та пригніченні оксидативної. Саме вони, на думку авторів, пов'язані із ризиком шизофренії.

Structural Brain Connectivity as a Genetic Marker for Schizophrenia / M. M. Bohlken, R. M. Brouwer, R. C. Mandl [et al.] // JAMA Psychiatry. – 2015 – 25 November (epub. ahead of print).

ПЕРЕГЛЯД ТЕЛЕВІЗОРА ПОГІРШУЄ КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ

Результати багатьох обсерваційних та рандомізованих контрольованих досліджень наочно демонструють, що когнітивне функціонування тісно пов'язане із фізичною активністю – чим більший рівень останньої, тим кращі когнітивні показники спостерігаються у індивіда у різних вікових зрізах. Особливо це помітно при порівнянні осіб старшого віку, серед яких різниця у когнітивному функціонуванні між тими, хто займається фізичними вправами, особливо аеробними, та тими, хто не займається, може досягати значних показників.

Якщо порівнювати рівень фізичної активності у різних популяційних вікових зрізах, то можна помітити, що він у середньому поступово знижується, починаючись із піку в дитячому віці. Це, насамперед, пов'язано із змінами у житті, такими як початок професійної діяльності та подружніх взаємовідносин. Найкритичнішим періодом для становлення звичок щодо фізичної активності є період ранньої дорослості, саме цьому періоду присвячене нове дослідження, результати якого опубліковані в журналі «JAMA Psychiatry» у грудні цього року.

Група вчених із різних наукових структур США дослідила, як впливає рівень фізичної активності та час перегляду телебачення молодими людьми на їх когнітивні функції у більш пізньому віці. Для цього відібрали більше 5 тис. добровольців у віці 18–30 років та спостерігали за їх станом впродовж 25 років. У базовому періоді та ще декілька разів протягом цього

періоду вчені давали учасникам для заповнення спеціальні опитувальники, які включали питання про досліджувані змінні (звички щодо фізичних навантажень, час перегляду телевізора тощо).

Окрім того, в базовому періоді та через 25 років вчені пропонували добровольцям пройти батарею із 3 когнітивних тестів, а саме «Digit Symbol Substitution Tests», «Stroop test» та «Rey Auditory Learning Test». Перший з них призначений для оцінки швидкості обробки інформації та виконавчої функції, другий – також виконавчої функції, а третій – вербальної пам'яті. Недостатнім когнітивним функціонуванням вважали, якщо у досліджуваного кількість балів за тестом була на 1-е стандартне відхилення нижче, ніж у середньому по вибірці.

Усього в 10,9% обстежуваних спостерігали довготривалий патерн частого перегляду телевізора (високий патерн). Цей патерн, як виявилось, був асоційований із низьким рівнем когнітивного функціонування, на відміну від тих, хто переглядав телепередачі не так часто (середній та низький патерни).

Ризик низького когнітивного функціонування у осіб, які часто переглядали телепередачі, був підвищений на 14–64%, залежно від методики, що використовувалась. Ці показники отримали після стандартизації за основними змінними, у тому числі за статтю, віком, курінням, індексом маси тіла тощо.

Окрім того, як і очікувалось, рівень фізичної активності у періоді ранньої дорослості також впливав на рівень когнітивного функціонування у більш пізньому віці.

Вплив перегляду телепрограм на когнітивне функціонування

Патерн перегляду телевізора	Низьке когнітивне функціонування, %	Відносний ризик (95% довірчий інтервал)	
		Нестандартизований	Стандартизований
Тест заміни символів			
Низький та середній патерни	14,3	1 (контроль)	1 (контроль)
Високий патерн	27,4	2,26 (1,75–2,93)	1,64 (1,21–2,23)
Тест «Stroop»			
Низький та середній патерни	12,0	1 (контроль)	1 (контроль)
Високий патерн	21,4	2,01 (1,52–2,66)	1,56 (1,13–2,14)
Тест на вербальне запам'ятовування			
Низький та середній патерни	19,1	1 (контроль)	1 (контроль)
Високий патерн	27,1	1,58 (1,23–2,04)	1,14 (0,86–1,53)

У тих осіб, які мали низький рівень фізичної активності упродовж всього періоду спостереження, ризик низького когнітивного функціонування через 25 років за тестом заміни символів був підвищений на 47%.

Згідно із результатами цього дослідження можна зробити однозначний висновок, що для збереження когнітивних здібностей слід вести активний спосіб життя та

замінювати елементи способу життя, наприклад перегляд телепрограм, на активніші форми відпочинку.

Effect of Early Adult Patterns of Physical Activity and Television Viewing on Midlife Cognitive Function / T. D. Hoang, J. Reis, N. Zhu [et al.] // JAMA Psychiatry. – 2015 – 2 December (epub. ahead of print).

АРІПІПРАЗОЛ – БЕЗПЕЧНИЙ ТА ЕФЕКТИВНИЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ

Згідно із результатами дослідження, яке було продовженням рандомізованого контрольованого клінічного випробування, аріпіпразол – атипичний антипсихотик – є ефективним засобом для контролю симптомів в якості підтримувальної терапії при шизофренії. Це дослідження провела група вчених під керівництвом доктора Тімоті Петерс-Стрікланда (Timothy Peters-Strickland), його спонсорувала фармацевтична компанія «Otsuka Pharmaceutical Development & Commercialization, Inc.».

Увесь період лікування після досягнення стабілізації стану пацієнтів тривав 52 тижні. Згідно із протоколом дослідження пацієнтам призначали ін'єкції аріпіпразолу в дозі 400 мг 1 раз на місяць. Головним чином в контексті безпечності ліків учені сконцентрували увагу на частоті побічних ефектів, екстрапірамідних симптомів, болю в ділянці ін'єкцій та на значимих змінах лабораторних та клінічних показників. Ефективність препарату оцінювали за відсотком пацієнтів, які залишилися «стабільними» наприкінці періоду спостереження.

Загалом серед побічних ефектів найчастіше зустрічались головний біль (у 7,6% пацієнтів), назофарингіт

(7,0%), тривога (6,8%) та інсомнія (6,6%). Усього побічні ефекти, які потребували додаткового лікування або змін у призначеному лікуванні, спостерігали у 67,2% пацієнтів. Екстрапірамідні симптоми відмічали у 9% досліджуваних.

Впродовж підтримувального періоду 7,1% пацієнтів додатково призначали аріпіпразол *per os* протягом 19,2 доби для редукції загострення. Стан близько 2/3 із них вдалося стабілізувати до кінця періоду спостереження без розгортання клінічної картини рецидиву.

Підтвердження ефективності препарату для підтримки ремісії при шизофренії в рамках дослідження є вагомим фактором для внесення його в клінічні настанови, присвячені менеджменту таких пацієнтів.

Aripiprazole once-monthly 400 mg for long-term maintenance treatment of schizophrenia: a 52-week open-label study / T. Peters-Strickland, R. A. Baker, R. D. McQuade [et al.] // NPJ Schizophrenia. – 2015. – 4 November (epub.)

МЕТИЛФЕНІДАТ МОЖЕ ДОПОМОГТИ ПРИ ПТСР ТА ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ

Метилфенідат – це препарат із групи стимуляторів центральної нервової системи, який використовують у США, країнах Європи, Японії та Ізраїлі (але не в Україні) для лікування синдрому дефіциту уваги. В той же час, згідно із результатами нещодавнього дослідження, опублікованого в журналі «Neuropsychopharmacology», цей засіб може бути дієвим й при інших станах, зокрема при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР) та черепно-мозковій травмі (ЧМТ).

Як відомо, ЧМТ та ПТСР є поширеними серед військових, які перебувають у зоні бойових дій. Наприклад, у багатьох військових США, які повернулися з

Іраку, спостерігали травми в втрату свідомості (4,9%) та змінами в психічному статусі (17,2%). Більшість з них класифікували як легку ЧМТ. Особливо актуальні ці проблеми серед українських військових, які не мають такого досвіду та засобів захисту, як у американських колег. Також слід додати й дані про поширеність ПТСР, яка складає приблизно 5–10% серед всіх осіб, що перебували в зоні бойових дій. Окрім того, ПТСР в декілька разів частіше зустрічається після ЧМТ, ніж у всій популяції осіб, які перебували в зоні бойових дій.

Якщо говорити про коморбідність ПТСР та постконтузійних симптомів, то вони мають спільну симптоматику

у деяких доменах, зокрема у порушенні когнітивного функціонування. Так, у осіб після легкої ЧМТ спостерігаються гострі когнітивні порушення із переходом у хронізацію деяких симптомів. З іншого боку, згідно із критеріями DSM-5, ПТСР також включає когнітивні порушення, зокрема ті, що стосуються пам'яті та уваги – неможливість згадати важливі аспекти травми (критерій D) та проблеми із концентрацією уваги (критерій E). Більш того, згідно із даними нейровізуалізаційних досліджень спектр когнітивних проблем при ПТСР ширший, він включає дефіцит вербальної та візуальної пам'яті для емоційно нейтральної інформації.

Наразі для покращення когнітивного функціонування широко використовують інгібітори холінестерази. У новому дослідженні автори порівняли ефекти метилфенідаду та галантаміну, представника даної фармакологічної групи.

Дослідження мало дизайн рандомізованого контрольованого клінічного випробування та спонсорувалося не фармкомпанією, а Міністерством оборони США. У ньому взяли участь 32 особи із когнітивними проблемами внаслідок ПТСР, ЧМТ або обох станів. Учасників поділили на 3 групи: з призначенням галантаміну, метилфенідаду або плацебо курсом на 12 тижнів. Зміни когнітивних симптомів за Постморбідною когнітивною шкалою діагностичного нейроповедінкового інструментарію Руффа (Postmorbid Cognitive Scale of the Ruff Neurobehavioral Inventory) представлені в таблиці.

Як видно із даних, наведених у таблиці, використання метилфенідаду приводило до достовірного покращення когнітивних симптомів на всіх 3-х часових проміжках, порівняно з плацебо. Використання галантаміну, на

Порівняння змін когнітивних симптомів впродовж курсу лікування

Показник	Галантамін VS Плацебо	Метилфенідат VS Плацебо
4-й тиждень		
Різниця середніх	-3,44	-14,39
p значення (p<0,05 – достовірно)	0,4260	0,0043
8-й тиждень		
Різниця середніх	-4,65	-13,22
p значення	0,3862	0,0302
12-й тиждень		
Різниця середніх	-6,38	-12,01
p значення	0,2151	0,0364

відміну від попереднього препарату, було асоційоване лише з недостовірним покращенням когнітивного функціонування. Окрім цього, в групі метилфенідаду після 12 тижнів лікування відмічали достовірне зменшення симптомів депресії та постконтузійних симптомів.

Одним із недоліків цього дослідження є мала вибірка, відповідно і мала статистична потужність. Учені планували залучити 160 пацієнтів з ПТСР та ЧМТ, однак, на жаль, набір учасників довелося завершити раніше внаслідок тимчасових труднощів з отриманням метилфенідаду, запакованого за всіма правилами «засліплення» в рамках плацебо-контрольованого дослідження. Найближчим часом вчені планують продовжити оцінку ефективності такого лікування.

Randomized Placebo-Controlled Trial of Methylphenidate or Galantamine for Persistent Emotional and Cognitive Symptoms Associated with PTSD and/or Traumatic Brain Injury / T. W. McAllister, R. Zafonte, S. Jain [et al.] // Neuropsychopharmacology. – 2015. – 28 October (epub.)

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ КЛОЗАПІНУ ПРИ РЕЗИСТЕНТНІЙ ШИЗОФРЕНІЇ

Клозапін може бути ефективнішим за інші антипсихотичні препарати при лікуванні шизофренії, резистентної до попередньої терапії – такі дані отримали вчені із медичного центру Колумбійського університету міста Нью-Йорк після проведення ретроспективного дослідження.

Дані для аналізу вчені взяли з бази державного медичного страхування «Medicaid» (за період 2001–2009 рр.). Відібрали когорту пацієнтів із шизофренією та доказами резистентності до терапії, які почали приймати клозапін (n=3 123) та стандартне лікування (3 123). За медичними записами проаналізували ефективність такого лікування та його безпечність. Основною кінцевою точкою дослідження була госпіталізація з приводу психічного розладу, вторинними – відміна препарату, використання додаткових препаратів, тяжкі побічні ефекти та смертність.

Згідно із результатами, пацієнти, які приймали клозапін, мали менший ризик госпіталізації з приводу психічного розладу, ніж ті, які приймали стандартну терапію. Відносний ризик клав 0,78, тобто ризик госпіталізації в першій групі був нижчий на 22%.

Це саме стосується і двох інших кінцевих точок дослідження. Клозапін зменшував ризик відміни призначеного лікування на 40%, а використання додаткових антипсихотичних препаратів – на 24%.

Однак використання клозапіну було пов'язане і з деякими ризиками. Зокрема, у 2,8% пацієнтів, які його приймали, діагностували діабет, тоді як при стандартно-

му лікуванні цей показник склав тільки 1,4%. Відносний ризик виникнення діабету при прийомі клозапіну склав 1,63. Також при порівнянні побічних ефектів достовірно вирізнялися інцидентність гіперліпідемії (1,9% та 8,5% відповідно, відносний ризик 1,40) та обструкція кишечника (0,9% та 0,3% відповідно, відносний ризик 2,50).

Як зазначає Скотт Струуп (Scott Stroup), представник дослідницької групи, клозапін для лікування пацієнтів використовують зазвичай в останню чергу. Головним чином це пов'язане з тим, що лікарі не вважають його безпечним, або вважають що він погано працює в реальних умовах. Пересторога щодо його безпечності пов'язана з випадками агранулоцитозу, тому при його використанні рекомендують регулярний моніторинг показників крові. Однак ця побічна дія, на думку дослідника, виникає дуже рідко, а моніторинг агранулоцитозу суттєво зменшує пов'язані ризики.

Comparative Effectiveness of Clozapine and Standard Antipsychotic Treatment in Adults With Schizophrenia / T. S. Stroup, T. Gerhardt, S. Crystal [et al.] // The American Journal of Psychiatry. – 2015. – 6 November (epub.)
Davenport L. Clozapine Best Choice for Treatment-Resistant Schizophrenia / L. Davenport – Medscape. – 2015. – 16 November (http://www.medscape.com/viewarticle/854525).

Підготував Віталій Безшайко

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, семінари.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ

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

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 та 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, факсу, електронна адреса автора, відповідального за контакти з редакцією; повні професійні посади (регалії) та академічні звання автора та співавторів повинні додаватися на окремій сторінці і є обов'язковим додатком до статті.

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

Викладення матеріалу в роботі 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.** 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 найважливіші з них. У рисунках не слід повторювати дані, наведені в таблицях. Підписи до рисунків та опис деталей на них потрібно подавати під рисунками, з відповідною нумерацією. Одиниці вимірювання мають відповідати Міжнародній системі одиниць (СИ).

- **Висновки та перспективи подальших досліджень у даному напрямі.** Висновки статті повинні бути її логічним завершенням та містити ключові позиції статті, які читач може взяти за інформативну основу.

- **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 слід складати 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. Пра-

вила скорочення заголовків і слів у заголовках публікації (ГОСТ 7.88–2003, MOD)»;

- ДСТУ 7093:2009 «Системи стандартів з інформації, бібліотечної та видавничої справи. Бібліографічний запис. Скорочення слів і словосполук, поданих іноземними європейськими мовами»;
- ГОСТ 7.12–93 «СИБИД. Библиографическая запись. Сокращение слов на русском языке. Общие требования и правила»;
- ГОСТ 7.11–78 «СИБИД. Сокращение слов и словосочетаний на иностранных европейских языках в библиографическом описании».
- **Резюме** має бути структурованим: а) мета дослідження; б) матеріали й методи; в) результати; г) висновок. Обсяг резюме має становити **150-250 слів**. На цій самій сторінці слід подати «ключові слова» (до 5 слів), що сприяють індексуванню статті в інформаційно-пошукових системах. Назва статті, резюме та ключові слова мають бути викладені **трьома** мовами (українською, російською та англійською).

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 статті повинні передувати відповідні посилання, зазначені в дужках, наприклад: (рис. 1), (табл. 1). Слід зазначати статистичні методи, використані для відображення варіабельності даних і достовірності відмінностей. Не припускаються скорочення в графах, окрім визначених ДСТУ 3582-97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги і правила». Усі роз'яснення, включаючи розшифрування аббревіатур, слід подавати у виносках.

Ілюстрації (рисунки, діаграми, фотографії) надаються у двох 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 один одного. У графіках і діаграмах має бути зазначено, що дано на осях координат, на наведених кривих тощо.

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

ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ПУБЛІКАЦІЙ

Редакційна колегія залишає за собою право відправляти статтю на рецензування.

Відхилені у процесі рецензування рукописи авторам не повертаються. Статті, оформлені без дотримання вказаних правил, не розглядаються.

Редакційна колегія правомірна здійснювати наукове та літературне редагування матеріалів, що надійшли, при необхідності скорочувати їх, за погодженням з автором, або, якщо тематика статті становить інтерес для журналу, направляти статтю на доопрацювання автору.

Редакційна колегія залишає за собою право відхилити статтю, яка не відповідає встановленим вимогам або тематиці журналу, без додаткових повідомлень або роз'яснень.

НАДАННЯ МАТЕРІАЛІВ

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

У випадку невиконання зазначених вище вимог матеріали публікуватися не будуть.

УВАГА! Статті та тези приймаються за електронною адресою **ifzdoryk@gmail.com**. Після розгляду редакційною колегією та винесення висновку щодо затвердження матеріалу до публікації автору буде повідомлено про це листом за електронною адресою, яка вказана для комунікації.

У разі виникнення запитань та для отримання додаткової інформації – звертатися до Ірини Федорівни Здорик за електронною адресою: **ifzdoryk@gmail.com** або за телефоном **(044) 503-87-86**.

ІНФОРМАЦІЙНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

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

ЗАПРОШУЄ

взяти участь у науково-практичній конференції з міжнародною участю

**«ВІД СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ДО СИСТЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я»**

яка відбудеться 13–15 квітня 2016 р. у м. Київ

До участі у роботі конференції запрошуються науковці, молоді вчені, докторанти, аспіранти, лікарі-психіатри, сімейні лікарі, організатори охорони здоров'я, соціальні працівники, медсестри, психологи.

Місце проведення: конференц-зал «Європейський» готелю Президент, м. Київ, вул. Госпітальна, 12 (станція метрополітену «Палац Спорту»)

Заїзд учасників планується 12–13 квітня 2016 р.

ОСНОВНІ НАУКОВІ НАПРЯМКИ КОНФЕРЕНЦІЇ (ПОПЕРЕДНІ):

- Огляд системи охорони здоров'я України. Державна стратегія надання психіатричної та наркологічної допомоги населенню.
- Оптимізація роботи психіатричної та наркологічної служб у лікарні та поза її межами.
- Психосоціальна реабілітація осіб із психічними розладами.
- Проблема коморбідності в сучасній психіатрії, наркології та неврології.
- Діагностика, терапія та профілактика мультиморбідних розладів психоневрологічного профілю.
- Оптимізація підходів до надання психіатричної, неврологічної та медико-психологічної допомоги відповідно до сучасних потреб учасників бойових дій та вимушених переселенців.
- Психологічна та психіатрична допомога військовослужбовцям і населенню в умовах війни, а також на окупованих територіях.
- Еволюція психіатричних дефініцій та діагностичних категорій. Застарілі та нові діагностичні категорії в МКХ-11 та DSM-V.
- Особливості перебігу психічних розладів, що маніфестують у ранньому дитячому віці, у зрілому віці та у літніх людей. Особливості вікової патопластики клінічного перебігу розладів аутичного спектра, розладів із дефіцитом уваги та гіперактивністю.
- Нейрокогнітивні порушення при афективних розладах, шизофренії, деменціях та епілепсії.
- Соматичне здоров'я пацієнтів із розладами психіки та поведінки. Порушення психіки та поведінки при хронічних захворюваннях внутрішніх органів. Охорона психічного здоров'я як складова загальної системи охорони здоров'я.
- Судово-психіатрична експертиза та організація застосування примусових заходів медичного характеру.

*З повагою,
Організаційний комітет*