

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Науково-практичний журнал
Том 22, № 1 (84) '2016

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

Головний редактор І.Я. Пінчук
Заступник головного редактора О.О. Хаустова
Випусковий редактор І.Ф. Здорик



Редакційна колегія

Абдяхімова Ц.Б., Булахова Л.О., Марценковський І.А., Олійник О.П., Осуховська О.С., Пішель В.Я., Полив'яна М.Ю., Полшкова С.Г., Ревенок О.А., Степанова Н.М., Суховій О.О. Табачников С.І., Харченко Є.М., Чабан О.С., Шум С.С., Ціомік О.В.

Редакційна рада

К.В. Аймедов (Україна), Х. Бергер (Німеччина), В.С. Бітенський (Україна), П.В. Волошин (Україна), Н.О. Дзеружинська (Україна), С.К. Євтушенко (Україна), Б.Б. Івнєв (Україна), З. Каспер (Австрія), О.Г. Князевич (Україна), Г.М. Кожина (Україна), І. Куценко (США), О.А. Левада (Україна), І.В. Лінський (Україна), М.В. Маркова (Україна), Н.О. Марута (Україна), Р.А. Моїсеєнко (Україна), О.К. Напреев (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
Свідцтво про державну реєстрацію КВ № 16431-4903 ПР від 15.02.2010 р.

Журнал «Архів психіатрії» внесений до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук за галузями медичних наук (наказ Міністерства освіти і науки України 09.03.2016 №241).

Журнал представлений у міжнародній базі даних Google Scholar

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»
Свідцтво 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.*
Комп'ютерна верстка: *Баранов І.*

Затверджено до друку Вченою радою УкрНДІ ССПН МОЗ України (протокол засідання № 3 від 16.03.2016 р.).
Здано до друку 25.03.2016 р. Підп. до друку 21.03.2016 р. Формат 60х84/8. Друк офс. Папір офс. Гарнітура «Minion Pro».

Обл.-вид. арк. 24,75. Ум.-друк. арк. 23,79. Наклад 500 прим. Зам. № 214.
Надруковано ТОВ «Джулія принт», 03057, м. Київ, вул. Довженка, 3

Редакція може публікувати матеріали, не розділяючи точки зору авторів.

За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших даних відповідають автори. Статті з позначкою* публікуються на правах реклами. Цілковите або часткове копіювання у будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише за письмового дозволу редакції.

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

© Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ, 2016.

ARHIV PSIHIATRIYI • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Scientific and practical journal

Vol. 22, № 1 (84) '2016

Founded in November, 1995

The journal is published four times a year

Chief editor I.Ya. Pinchuk

Deputy chief editor O.O. Khaustova

Publishing editor I.F. Zdoryk



Editorial staff

Abdriakhimova C.B., Bulakhova L.O., Martsenkovsky I.A., Oliinyk O.P., Osukhovska O.S., Pishel V.Ia., Polyviana M.Iu., Polshkova S.H., Revenok O.A., Stepanova N.M., Sukhovii O.O., Tabachnikov S.I., Kharchenko Ye.M., Chaban O.S., Shum S.S., Tsiomik O.V.

Editorial board

K.V. Aimerdov (Ukraine), Kh. Berher (Germany), V.S. Bitenskyi (Ukraine), P.V. Voloshyn (Ukraine), N.O. Dzeruzhynska (Ukraine), S.K. Yevtushenko (Ukraine), B.B. Ivniev (Ukraine), Z. Kasper (Austria), O.G. Kniazevych (Ukraine), G.M. Kozhyna (Ukraine), I. Kutsenok (USA), O.A. Levada (Ukraine), I.V. Linskyi (Ukraine), M.V. Markova (Ukraine), N.O. Maruta (Ukraine), R.A. Moiseienko (Ukraine), O.K. Napryeyenko (Ukraine), M.M. Pustovoit (Ukraine), N.G. Pshuk (Ukraine), P. Rynkov (Belarus), R. van Voren (Netherlands), N. Skokauskas (Norway), O.Yu. Tabachnikov (Ukraine), D. Tomas (USA), L.M. Yurieva (Ukraine), O.O. Filts (Ukraine), V.V. Chaikovska, (Ukraine), D. Uhrin (UK), V. Fridmont (USA).

Founder

Ukrainian research institute of social and forensic psychiatry and drug abuse the Ministry of Healthcare of Ukraine

Certificate for state registration of print mass media KV № 6431-4903 PR, date 15 Feb, 2010

The Journal is on the List of Specialized Editions in which the main results of theses are allowed to be published (The Resolution of the Ministry of Education and Science of Ukraine 09.03.2016 №241).

The Journal is presented in international database Google Scholar.

Address of editorial office

Ukraine, 04080, Kyiv, Frunze str., 103

Ukrainian research institute of social and forensic psychiatry and drug abuse the Ministry of Healthcare of Ukraine

tel. (044) 503-87-86

web-site of the journal www.undisspn.org.ua

e-mail: ifzdoryk@gmail.com

Publisher

Ltd. «Medix Group»

Certificate for state registration of print mass media KV № 20786-10586 PR, date 13 Jun, 2014, issued by the Ministry of Justice of Ukraine

Address of publisher

Ukraine, 03169, Kyiv, Moskovska str., 44/1, office 35

tel. (044) 300-12-95

e-mail: info@health-medix.com

Cover design by *Baranov I.*

Editor-correction *Kapkaieva L.*

Page-proofs by *Baranov I.*

Approved for publication by the Academic Council of Ukrainian research institute of social and forensic psychiatry and drug abuse the Ministry of Healthcare of Ukraine (protocol № 3 dated 16 March, 2015).

Published date 25.03.2016 Passed for printing 21.03.2016 Format 60x84/8. Offset print. Offset paper.

Headset «Minion Pro».

Printed Ltd. «Julie print» 03057, Kyiv, Dovzhenko str., 3

Editors can publish materials without sharing the point of view of the authors.

The reliability of the facts, quotations, names, place names and other data correspond to the authors. Articles marked *published as advertisements. The entire or partial copy in any way material published in this publication is permitted only with written permission of the publisher.

Manuscripts will not be returned and not reviewed. The advertiser is responsibility for the content of advertising material.

**ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ
І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ**

<i>В.Я. Пішель, М.Ю. Поливіяна</i> ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ	7
<i>В.Г. Безшейко</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРОТКОТРИВАЛИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ.	12
<i>О.О. Хаустова, Н.В. Коваленко</i> АНАЛІЗ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ У ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ.	17
<i>О.О. Хаустова, О.Є. Смашина</i> КОМОРБІДНІСТЬ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ТА ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ: МУЛЬТИФАКТОРНА МОДЕЛЬ ВЗАЄМОДІЇ.	22

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

<i>І.Я. Пінчук, Ю.В. Ячнік</i> СУЧАСНИЙ СТАН ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ.	28
<i>І.Г. Мудренко</i> АНАЛІЗ ЯКОСТІ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ У СУМСЬКОМУ ОБЛАСНОМУ КЛІНІЧНОМУ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОМУ ДИСПАНСЕРІ ЗА 2012–2014 РОКИ ТА КРИТЕРІЇ ЇЇ ОЦІНКИ.	35

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

<i>Ю. И. Заседа</i> ПРОТОКОЛ МЕТОДИЧЕСКОЙ СЕЛЕКЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНО КОНГРУЭНТНЫХ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ	39
<i>А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков</i> ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЖІНОК ІЗ СОМАТОФОРМНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ	44
<i>Н.А. Дзеружинская, В.А. Ломтева</i> ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОЦИАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ.	47
<i>В.Л. Подлубный</i> К РАЗРАБОТКЕ КОНЦЕПТУАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	52
<i>Р.В. Рахманов</i> ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ НЕПСИХОТИЧНОГО РІВНЯ У БАТЬКІВ, ДІТИ ЯКИХ ХВОРІЮТЬ НА ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ ТА АУТИЗМ (ДІАГНОСТИКА, КЛІНІКА, ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ) ..	57
<i>О.В. Кіосєва</i> ІНТЕРАКТИВНИЙ ТРЕНІНГ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ.	62
<i>О.М. Мишаківська</i> ВПЛИВ НЕЙРОПСИХІАТРИЧНИХ СИМПТОМІВ НА ДИСТРЕС ДОГЛЯДАЧА ЗА АМБУЛАТОРНИМ ПАЦІЄНТОМ З ДЕМЕНЦІЄЮ	66

**PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC ASSISTANCE
TO MILITARY MEN
AND CIVILIANS DURING WARTIME**

<i>V. Pishel, M. Polyviana</i> THE PROBLEMATIC QUESTIONS OF THE PSYCHO- PHARMACOTHERAPY OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER...	7
<i>V. Bezsheiko</i> EFFECTIVENESS OF THE BRIEF PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IN PTSD	12
<i>O. Khaustova, N. Kovalenko</i> ANALYSIS PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF MENTAL AND BEHAVIOR DISORDERS IN DISPLACED PERSONS	17
<i>O. Khaustova, O. Smashna</i> COMORBIDITY OF PTSD AND TBI: MULTIFACTOR MODEL OF INTERACTION	22

ORGANIZATION OF MENTAL HEALTH SERVICES

<i>I. Pinchuk, Iu. Yachnik</i> THE CURRENT STATE OF PROVIDING PSYCHOLOGICAL SERVICES TO POPULATION IN UKRAINE	28
<i>I. Mudrenko</i> THE ANALYSIS OF QUALITY OF MENTAL HEALTH CARE AT SUMY REGIONAL CLINICAL PSYCHONEUROLOGICAL DISPENSARY FOR 2012–2014	35

SOCIAL PSYCHIATRY

<i>Yu. Zaseda</i> METHODICAL SELECTION PROTOCOL OF INDIVIDUALLY CONGRUENT METHODS OF PSYCHOTHERAPY IN PSYCHOSOMATIC DISEASES AND SOMATOFORM DISORDERS	39
<i>A. Skrypnikov, L. Herasymenko, R. Isakov</i> PREDICTORS OF FORMATION OF PSYCHOSOCIAL MALADJUSTMENT IN WOMEN WITH SOMATOFORM VEGETATIVE DYSFUNCTION OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM	44
<i>N. Dzeruzhinskaya, V. Lomteva</i> GENDER DIFFERENCES WERE REVEALED IN THE SOCIAL LOSS OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA	47
<i>V. Podlubnyi</i> BY DEVELOPING CONCEPTUAL MODELS OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION INDUSTRIAL POPULATION IN THE PROFESSIONAL ACTIVITIES	52
<i>R. Rakhmanov</i> NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN PARENTS WHOSE CHILDREN SUFFERS FROM CEREBRAL PALSY AND AUTISM (DIAGNOSIS, TREATMENT AND REHABILITATION)	57
<i>O. Kioseva</i> ADJUSTMENT DISORDER INTERACTIVE TRAINING AT STUDENT'S YOUTH	62
<i>O. Myshakivska</i> INFLUENCE OF NEUROPSYCHIATRIC SYMPTOMS ON THE DEMENTIA OUTPATIENTS CAREGIVER'S DISTRESS	66

О.П. Венгер	
ОСОБЛИВОСТІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ	
ЕМІГРАНТІВ ТА РЕЕМІГРАНТІВ,	
ХВОРИХ НА ПСИХОГЕННІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ.....	72

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

В.В. Огоренко	
РОЛЬ СТРЕССОВЫХ ФАКТОРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ	
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	
ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	76
Ю.А. Крамар	
ПРОФИЛАКТИКА ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ У КОМПЛЕКСНІЙ	
СИСТЕМІ ЗАХОДІВ ПЕРВИННОЇ ТА ВТОРИННОЇ	
ПРОФИЛАКТИКИ ШИЗОФРЕНІЇ.....	81
С.С. Кирилюк	
КОНТАМИНАЦІЙНО-ІНФЕКЦІЙНА ІДЕЯ ПСИХІЧНОГО	
ЗАХВОРЮВАННЯ ЯК ВАРІАНТ ПСИХОЛОГІЧНОГО	
ОПРАЦЮВАННЯ ДЕПРЕСИВНОГО СТРАЖДАННЯ.....	84
Ю.А. Блажевич	
СТРУКТУРА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ	
И ИХ ДИНАМИКА У ПАЦИЕНТОВ	
С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ.....	87
Н.П. Отрощенко, И.П. Отрощенко, П.А. Отрощенко	
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ	
У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ.....	91
О.М. Авраменко	
ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ НЕПСИХОТИЧНИХ	
ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ	
БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ: ВІД КОМПЛЕКСНОЇ	
ДІАГНОСТИКИ ДО КОМПЛЕКСНОЇ КУРАЦІЇ.....	93
К.В. Аймедов, Г.В. Морванюк	
ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ	
ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОЙДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНІЇ	
С УРАХОВАННЯМ СТАТЕВОЇ НАЛЕЖНОСТІ.....	98
О.В. Коршнюк	
ДИНАМІКА НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ	
РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ ІЗ ВІДДАЛЕНИМИ НАСЛІДКАМИ	
ЛЕГКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ....	102
Д.Н. Сапон	
СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ТРИВОЖНО-	
ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ФІБРОМІАЛГІЇ.....	106

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

П.В. Кидонь	
ДЕЯКІ АСПЕКТИ НАРКОТИЗАЦІЇ КАНАБІНОЇДАМИ	
ХВОРИХ НА ПАРАНОЙДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ.....	110
Н.Ю. Напреев	
ПРОФИЛАКТИКА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ	
ПРИ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ.....	114

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

Н.Ю. Васильева	
ОЦІНКА ВПЛИВУ СИТУАЦІЙНОГО ФАКТОРА	
У ФОРМУВАННІ КРИМІНАЛЬНОЇ АГРЕСІЇ ЖІНОК.....	117

O. Venger	
FEATURES OF SUICIDAL BEHAVIOR	
OF EMIGRANTS AND REEMIGRANTS	
WITH PSYCHOGENIC DEPRESSIVE DISORDERS.....	72

CLINICAL PSYCHIATRY

V. Ogorenko	
THE ROLE OF STRESS FACTORS IN THE PATHOGENESIS	
OF MENTAL DISORDERS IN BRAIN TUMORS.....	76
Y. Kramar	
PREVENTION ADDICTIVE BEHAVIOR	
IN COMPLEX SYSTEM MEASURES PRIMARY	
AND SECONDARY PREVENTION OF SCHIZOPHRENIA.....	81
S. Kyryliuk	
CONTAGIOS-INFECTION IDEA OF MENTAL	
ILLNESS AS AN OPTION PSYCHOLOGICAL	
PROCESSING OF DEPRESSIVE SUFFERING.....	84
Yu. Blazhevich	
THE STRUCTURE OF DEPRESSIVE DISORDERS	
AND THEIR DYNAMICS IN PATIENTS	
WITH A FIRST PSYCHOTIC EPISODE.....	87
N. Otroshchenko, I. Otroshchenko, P. Otroshchenko	
DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DEPRESSION	
IN PATIENTS WITH CERVICAL CANCER.....	91
O. Avramenko	
PRINCIPLES OF NON-PSYCHOTIC	
MENTAL DISORDERS THERAPY IN PATIENTS	
WITH CHRONIC PAIN: FROM COMPLEX	
DIAGNOSTICS TO INTEGRATED CURE.....	93
K. Aymedov, A. Morvaniuk	
INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS	
OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA	
TAKING INTO ACCOUNT SEX.....	98
O. Korshnyak	
DYNAMICS OF NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS	
IN PATIENTS WITH REMOTE CONSEQUENCES OF MILD	
TRAUMATIC BRAIN INJURY AND THEIR CORRECTION.....	102
D. Sapon	
MODERN ASPECTS OF TREATMENT	
OF ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS	
IN PATIENTS WITH FIBROMYALGIA.....	106

SOCIAL AND CLINICAL NARCOLOGY

P. Kydon	
SOME ASPECTS OF CANNABINOID USE OF PATIENTS	
WITH PARANOID FORM OF SCHIZOPHRENIA.....	110
N. Napryeyenko	
PREVENTION OF DEPRESSIVE DISORDERS	
AT ALCOHOL DEPENDENCE.....	114

FORENSIC PSYCHIATRY

N. Vasilyeva	
ASSESSMENT OF SITUATIONAL FACTORS	
IN THE FORMATION OF WOMEN'S CRIME OF AGGRESSION ..	117

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 не публікувалися раніше.

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

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

Титульний аркуш має містити таку інформацію:

- 1) код УДК;
- 2) назва статті, сформульована максимально інформативно та лаконічно;
- 3) прізвище, ім'я 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 дублюватися у тексті, слід зазначати тільки найважливіші з них. У рисунках не слід повторювати дані, наведені в таблицях. Підписи до рисунків та опис деталей на них подавати під рисунками, з відповідною нумерацією. Одиниці вимірювання мають відповідати Міжнародній системі одиниць (СІ).

• **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.

• **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 абревіатур, 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 (CI) в українському / російському позначенні.

- **Список використаної літератури** формується одним із таких способів: 1) у порядку появи посилань у тексті; 2) в алфавітному порядку прізвищ перших авторів або заголовків; 3) у хронологічному порядку.

Бібліографічний опис джерел 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. Правила скорочення заголовків і слів у заголовках публікації (ГОСТ 7.88–2003, MOD)»;
- ДСТУ 7093:2009 «Система стандартів з інформації, бібліотечної та видавничої справи. Бібліографічний запис. Скорочення слів і словосполук, поданих іноземними європейськими мовами»;
- ГОСТ 7.12–93 «СИБИД. Библиографическая запись. Сокращение слов на русском языке. Общие требования и правила»;
- ГОСТ 7.11–78 «СИБИД. Сокращение слов и словосочетаний на иностранных европейских языках в библиографическом описании».
- **Резюме** має бути структурованим: а) мета дослідження; б) матеріали й методи; в) результати; г) висновок. Обсяг 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 зазначити статистичні методи, використані для відображення варіабельності даних і достовірності відмінностей. Не припускаються скорочення в графах, окрім визначених ДСТУ 3582-97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги і правила». 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 (CI) 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 тезами – 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.

ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

УДК 616.45-001.1/3-008.441.1:355.257.6

В.Я. Пішель, М.Ю. Полив'яна

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Український науково-дослідний інститут
соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
therapy@undisspn.org.ua

Мета: на основі аналізу результатів сучасних клінічних досліджень щодо медикаментозного лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) визначити можливості та перспективи застосування психофармакологічних засобів різних класів у комплексній терапії бойового ПТСР.

Результати. У статті наведено результати аналізу наукової літератури стосовно сучасних уявлень щодо застосування різних класів фармакологічних засобів для лікування посттравматичних стресових розладів, що виникли внаслідок бойових дій.

Найкраще вивченими засобами, які найчастіше рекомендують для лікування ПТСР, на сьогодні є антидепресанти з групи інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС). Такий вибір пояснюється їх здатністю послаблювати симптоми всіх трьох кластерів ПТСР, ефективною корекцією коморбідних психічних порушень, а також співвідношенням користі та ризику даної терапії. Однак наразі ще залишаються питання щодо ефективності та показань до застосування СІЗЗС. Це стосується і всіх інших рекомендованих психотропних засобів.

Бойовий ПТСР відрізняється більшою резистентністю, ніж стресові розлади внаслідок психічних травм у мирний час. Клінічній картині бойового ПТСР притаманні поєднання основних ознак з симптомами гострої реакції на стрес, розладом особистості після переживання катастрофи, психічні порушення, властиві іншим невротичним розладам, органічна психічна патологія, навіть розлади психотичного регістру.

Висновки. При складних варіантах ПТСР традиційні схеми лікування недостатньо ефективні, у зв'язку з чим актуальним стає пошук засобів і програм медичної допомоги, які дозволять подолати терапевтичну резистентність.

Ключові слова:
посттравматичний
стресовий розлад,
бойовий ПТСР,
психофармакотерапія,
класи лікарських
засобів, терапевтична
резистентність.

За даними епідеміологічних досліджень, поширеність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в умовах військового конфлікту складає 15,4%, загальна поширеність – 3–4% [1, 2]. Для лікування ПТСР широко застосовують психофармакотерапію (ПФТ), незважаючи на різноманіття думок щодо її ефективності. Результати проведених мета-аналізів фармакологічного лікування ПТСР досить суперечливі. У протоколах NICE вказано, що тільки пароксетин, міртазапін, амітриптилін і фенелзин значно перевершують ефект плацебо [3]. Внаслідок порівняно незначного ефекту та розмірів вибірки досліджуваних жоден з цих препаратів не був включений в якості першої лінії лікування ПТСР, а були рекомендовані як терапія другої лінії після початку травмо-орієнтованої психологічної допомоги.

Для лікування ПТСР застосовують декілька груп препаратів, але спеціально розроблених засобів саме для

цього розладу не існує. Зазвичай з метою полегшення симптомів ПТСР застосовують препарати для лікування депресії та тривоги [4]. Найширше для лікування ПТСР застосовують селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну. СІЗЗС переважно впливають на інтрузивні симптоми та деякою мірою поліпшують сон [5]. Трициклічні антидепресанти (ТЦА) збільшують рівень норадреналіну та серотоніну, внаслідок чого у пацієнтів зменшується кількість болючих спогадів, нічних жахів та знижується почуття провини. Інша група антидепресантів – інгібітори моноаміноксидази (ІМАО) – полегшують симптоми уникнення та інтрузивні спогади [6]. Антиконвульсанти, які пригнічують лімбічну та нервову активацію, використовують з метою корекції поведінкових реакцій [7]. Бензодіазепіни діють на рецептори ГАМК, що призводить до м'язової релаксації, заспокоєння та зменшення тривоги [8].

Мета – на основі аналізу результатів сучасних клінічних досліджень щодо медикаментозного лікування посттравматичного стресового розладу визначити можливості та перспективи застосування психофармакологічних засобів різних класів у комплексній терапії бойового ПТСР.

Результати та їх обговорення

Найбільша кількість робіт, присвячених ПФТ ПТСР, пов'язана із застосуванням СИЗЗС. У ранніх рандомізованих подвійно-контрольованих сліпих дослідженнях порівнювали ефективність флуоксетину та плацебо при застосуванні в учасників бойових дій та у мирного населення з ПТСР [9]. Лікування флуоксетином впродовж 5 тижнів виявило значну редукцію таких симптомів як агресія, страх, почуття провини. Важливим відкриттям стало те, що учасники бойових дій реагували на цей препарат значно гірше, ніж інші пацієнти з ПТСР. Ефективність флуоксетину була доведена в декількох плацебо-контрольованих дослідженнях [10, 11], ефективність сертраліну – в рандомізованих подвійних сліпих дослідженнях [12–14].

Десятитижневе лікування пароксетином у порівнянні з плацебо також виявило редукцію симптомів ПТСР, таких як уникнення, інтрузивні думки та спогади, збудження та дисоціація [15]. Відкриті дослідження ефективності флувоксаміну та есциталопраму також довели їх ефективність. Застосування есциталопраму для лікування учасників бойових дій протягом 12 тижнів привело до зменшення симптомів уникнення, надмірної агресії, проте не впливало на інтрузивні думки та спогади [16]. Ефективність флувоксаміну для лікування учасників бойових дій доведена у двох відкритих дослідженнях, але його використання супроводжувалося значною кількістю побічних ефектів і, як наслідок, передчасним припиненням лікування [17].

СИЗЗС виявилися ефективними при довготривалому застосуванні в гострій фазі ПТСР. У рандомізованому контрольованому подвійному сліпому дослідженні після 12-тижневого лікування флуоксетином пацієнти були повторно рандомізовані у групу з 24-тижневого дослідження рецидиву. Було встановлено, що у групі осіб, які продовжили прийом флуоксетину, трапилося значно менше рецидивів та виявлено більшу редукцію симптомів, ніж у пацієнтів, які були рандомізовані до плацебо-групи [11]. Подібні дані щодо ефективності тривалого застосування сертраліну отримано й в інших дослідженнях [13, 18].

Як мінімум два представники СИЗЗС – сертралін і пароксетин – схвалені для лікування ПТСР Комітетом з харчової і лікарської продукції США (FDA) [19, 20]. Застосування СИЗЗС надійно знижує симптоми усіх трьох діагностичних кластерів ПТСР, а також коморбідних розладів: депресії, тривоги, астенії, порушень сну [21, 22]. Крім того, представлені дані про те, що пароксетин сприяє відновленню соціального функціонування [23].

На жаль, у більшості випадків рекомендації щодо застосування СИЗЗС при лікуванні бойового ПТСР ґрунтуються на результатах відкритих досліджень. Навпаки, рандомізовані сліпі порівняльні дослідження і наявний

клінічний досвід дають занадто суперечливі дані, які не дозволяють зробити однозначних висновків. Часто відзначають, що успішність терапії бойового ПТСР виявляється нижчою, ніж лікування стресових розладів у зв'язку з психічними травмами мирного часу [24, 25]. У деяких випадках науковці взагалі ставлять під сумнів ефективність СИЗЗС при лікуванні бойових стресових розладів [26]. Серед причин резистентності називають тяжкий і тривалий перебіг бойового ПТСР, наявність численних коморбідних розладів, у тому числі депресії і адиктивної патології. Тому для корекції симптомів, пов'язаних з бойовим стресом, рекомендують більші дози антидепресантів [27], а з метою досягнення сталого лікувального ефекту, відновлення якості життя і запобігання рецидивам необхідне проведення тривалої терапії [28, 29].

Застосування антидепресантів з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну при ПТСР вивчали в основному на прикладі венлафаксину [19]. Було встановлено зменшення симптомів повторного переживання та уникнення, відзначено ефективність венлафаксину порівняно з серліфтом, а також незначну кількість побічних ефектів. Однак ефективність венлафаксину, як і інших антидепресантів, при лікуванні ПТСР у ветеранів виявилася нижчою, ніж у осіб, які пережили психічні травми в мирний час [13, 30].

Ефективність трициклічних антидепресантів (ТЦА) обумовлена їх здатністю зменшувати норадренергічні реакції на несприятливі зовнішні впливи. Застосування амітриптиліну та іміпраміну у хворих з ПТСР послаблювало тривогу, депресію, почуття провини. Амітриптилін також сприяв зменшенню симптомів уникнення. При проведенні рандомізованих клінічних досліджень доведено, що ТЦА у ветеранів війни значно послаблюють нав'язливі переживання і кошмарні сновидіння, мають антидепресивну та антипанічну дію. На жаль, їх прийом супроводжується розвитком багатьох побічних ефектів [24, 31]. F.R. Kostenta його колеги порівнювали ефективність фенелзину та іміпраміну в рандомізованому дослідженні осіб, які брали участь у бойових діях [6]. Пацієнти, які приймали фенелзин, продовжували терапію в середньому 7,4 тижня, іміпрамін – 5,6 тижня, плацебо – 5,5 тижня. Редукція симптомів у групі пацієнтів, які приймали фенелзин, була більш значною (44%), ніж у тих, хто приймав іміпрамін (25%). Таким чином, фенелзин може бути кращим вибором серед групи ТЦА для лікування ПТСР.

Останніми роками в якості альтернативи антидепресантам і транквілізаторам або додаткової терапії пропонують застосовувати атипові антипсихотики (АА). Деякі автори вказують, що вони послаблюють симптоми всіх кластерів ПТСР. АА рекомендують для лікування ПТСР з коморбідними психотичними симптомами, а також для терапії випадків ПТСР, резистентних до інших лікарських засобів [32–34]. Наприклад, у декількох рандомізованих клінічних дослідженнях було доведено, що рисперидон та оланзапін достовірно зменшують частоту і вираженість проявів ПТСР, особливо симптомів інтрузії [35]. У відкритих порівняльних дослідженнях арипіпразол, кветіапін, клозапін, оланзапін і рисперидон показали свою дієвість щодо ПТСР у цивільних осіб та учасників

бойових дій, в тому числі тих, що мають психотичні симптоми [34, 36–40].

АА використовують як у вигляді монотерапії, так і в складі комплексної терапії у поєднанні з СІЗЗС. Подібна комбінація при лікуванні бойового ПТСР виявилася більш дієвою [41–43]. На фоні одночасного застосування АА та СІЗЗС значно краще корегувалися як типові прояви ПТСР, так і коморбідні симптоми депресії та інсомнії [33, 36, 39]. Однак остаточні висновки щодо спроможності АА усувати ті чи інші симптоми ПТСР робити передчасно, адже дані базуються на результатах відкритих досліджень, кількість рандомізованих сліпих досліджень недостатня, тривалий клінічний досвід відсутній. Серед конвекційних нейролептиків ефективним при лікуванні ПТСР виявився флуфеназин (депонована форма – модитен-депо) [34]. Застосування інших традиційних нейролептиків при лікуванні ПТСР не вивчалось.

Бензодіазепіни широко застосовують у клінічній практиці для полегшення симптомів безсоння, паніки, тривоги та дратівливості, проте досить мало контрольованих досліджень щодо оцінки їх ефективності при ПТСР [44]. Існують докази, що бензодіазепіни можуть посилювати реакцію страху і погіршують відновлення після травми. Використання бензодіазепінів слід вважати відносно протипоказаним учасникам бойових дій з ПТСР через дуже високий відсоток наявності у них алкогольної залежності та спроб вживання психоактивних речовин, внаслідок чого виникають такі ускладнення як розвиток толерантності, залежності і реакції відміни після припинення застосування бензодіазепінів [45]. М.Е. Сатс із співавт. повідомили, що клоназепам при порушеннях сну у ветеранів з ПТСР був неефективним [46]. У подвійному сліпому дослідженні Т.А. Mellman із співавт. також виявили низьку ефективність темазепаму у пацієнтів з ранніми симптомами ПТСР [47]. Таким чином, ефективність бензодіазепінів добре відома, але в цілому вони рекомендуються як препарати другої лінії, особливо при проблемах зі сном та симптомах збудження при ПТСР [48].

Наявні дані не підтверджують доцільності використання протисудомних препаратів у якості монотерапії ПТСР, проте часто ці засоби використовують як додаткову терапію. У відкритих дослідженнях виявлено, що карбамазепін знижував такі симптоми як нав'язливі і травматичні спогади, безсоння, дратівливість, імпульсивність і агресивна поведінка [49]. Деякі дослідження вказують на зменшення симптомів збудження та уникнення при застосуванні вальпроатів [50]. У великому рандомізованому клінічному дослідженні застосування вальпроату натрію в якості монотерапії для ветеранів з ПТСР з акцентом на симптомах надмірного збудження не виявлено істотних відмінностей в результатах між пацієнтами, які отримували лікування, і групою плацебо [51].

Відкриті дослідження серед цивільного населення показали, що застосування топірамату (топамаксу) в якості монотерапії або додаткової терапії приводило до зменшення симптомів ПТСР, у тому числі тяжких кошмарних сновидінь [7]. Проте пізніше проведені рандомізовані клінічні дослідження учасників бойових дій з ПТСР не виявили різниці між застосуванням топірамату та плацебо [52].

У невеликому дослідженні ламотриджину встановлено полегшення таких симптомів ПТСР як інтрузивні думки та спогади, уникнення у порівнянні з плацебо. Проте через малу кількість пацієнтів цей висновок не є статистично достовірним [53].

Застосування габапентину в якості додаткової терапії ПТСР показало, що цей препарат позитивно впливав на безсоння, а також на зниження частоти жакхливих сновидінь [54]. У рандомізованому клінічному дослідженні препарат призначався протягом 48 годин після фізичної травми. Однак призначення гебапентину не продемонструвало жодних переваг, порівняно з плацебо, при лікуванні основних симптомів посттравматичного стресового розладу [55].

Практика та клінічні дослідження показують, що застосування в якості додаткової терапії літію може бути корисним для зниження агресії та дратівливості у пацієнтів з ПТСР [56].

Наявні дані не підтримують використання нормотиміків (антиконвульсантів) у вигляді монотерапії для лікування ПТСР. Вони можуть бути використані в якості додаткової терапії. Клініцисти повинні точно документувати обґрунтування щодо використання даних препаратів в якості додаткового засобу для лікування резистентного хронічного ПТСР.

Редукцію симптомів ПТСР при застосуванні буспірону встановлено в двох невеликих дослідженнях, але ефективність цього препарату ще належить довести у рандомізованих дослідженнях. Буспірон можна використовувати для посилення дії антидепресантів при резистентній тяжкій депресії та ПТСР [14, 57].

Висновки

Аналіз наукових публікацій дозволяє зробити висновки, що найкраще вивченими і найчастіше рекомендованими засобами для лікування ПТСР на сьогодні є антидепресанти з групи СІЗЗС. Їх прийнято вважати препаратами першої лінії. Такий вибір пояснюється їх здатністю послаблювати симптоми всіх трьох кластерів ПТСР, ефективною корекцією коморбідних психічних порушень, а також співвідношенням користі та ризику даної терапії. При цьому враховується не тільки кількість побічних ефектів, але й низький ризик розвитку залежності. Однак на фоні все ширшого їх використання стають очевидними межі ефективності та показань, де дієвість такої терапії залишається маловивченою. Це стосується і всіх інших рекомендованих психотропних засобів. Дотепер існує занадто мало досліджень результативності терапії гострих стресових розладів і розладів адаптації в учасників бойових дій. СІЗЗС та ТЦА виявилися малоефективними при корекції симптомів уникнення пов'язаних з травматичною дією подразників, при лікуванні розладів поведінки та адиктивної патології. Дослідники відзначають, що бойовий ПТСР відрізняється більшою резистентністю, ніж стресові розлади внаслідок психічних травм у мирний час.

Вибір препаратів та оцінка їх ефективності також ускладнюються тим, що ПТСР у класичному вигляді у ветеранів війни майже не зустрічається. Клінічній картині бойового ПТСР притаманні поєднання основних ознак з симптомами гострої реакції на стрес, розладом

особистості після переживання катастрофи. Частими бувають психічні порушення, властиві іншим невротичним розладам, органічна психічна патологія і навіть розлади психотичного регістру. При складних варіантах ПТСР традиційні схеми лікування недостатньо ефективні, тому актуальним стає пошук таких засобів і програм медичної допомоги, які дозволять подолати терапевтичну резистентність.

В якості препаратів другої лінії можуть бути запропоновані антидепресанти – блокатори постсинаптичних рецепторів, а також СІЗЗСН. При їх неефективності слід вдаватися до використання антидепресантів третьої лінії – ІМАО та ТЦА, з яких, на жаль, перші все ще недостатньо вивчені, а останні створюють ризик серйозних побічних явищ. Перспективним є вивчення можливостей застосування антипсихотиків або їх комбінацій з антидепресантами та антиконвульсантами в терапії ПТСР.

Загальним недоліком досліджень фармакологічних засобів і схем лікування бойового ПТСР на сьогодні залишається невелике число сучасних, належним чином організованих клінічних досліджень, які забезпечують високу надійність результатів. Висновки щодо ефективності більшості способів лікування ПТСР зроблені на підставі нерандомізованих досліджень, без порівняння з традиційними і альтернативними засобами або плацебо, а також на випадкових і несистематизованих клінічних спостереженнях. Ще більшою мірою це зауваження стосується розробки терапії бойових стресових розладів. Лише окремі рекомендовані лікарські препарати перевірені в рандомізованих сліпих порівняльних дослідженнях за участю ветеранів війни. Тому, на жаль, на практиці призначення психотропних препаратів хворим з бойовим ПТСР визначається оцінкою домінуючої психічної патології, спектром клінічної активності кожного конкретного препарату, а також досвідом та інтуїцією лікаря.

Список використаної літератури

1. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis / Z. Steel, T. Chey, D. Silove [et al.] // *JAMA*. – 2009. – № 302. – С. 537–549.
2. The role of Criterion A2 in the DSM-IV diagnosis of post-traumatic stress disorder / E. G. Karam, G. Andrews, E. Bromet [et al.] // *Biol. Psychiatry*. – 2009. – № 68. – С. 465–473.
3. National Collaborating Centre for Mental Health. Post-traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care // *British Psychological Society / Royal College of Psychiatrists*. – 2005.
4. Діагностика, клініка та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: метод. рекомендації / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова [та ін.]. – Х., 2014. – 67 с.
5. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: a comprehensive review / L. L. Davis, B. A. English, S. M. Ambrose [et al.] // *Expert. Opin. Pharmacother.* – 2001. – № 2 (10). – С. 1583–1595.
6. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder using phenelzine or imipramine / F. R. Kosten, J. B. Frank, E. Ban [et al.] // *Journal of Nervous and Mental Disease*. – 1991. – № 179. – С. 366–370.
7. Berlant J. Open-label topiramate as primary or adjunctive therapy in chronic civilian posttraumatic stress disorder: a preliminary report / J. Berlant, D. P. van Kammen // *J. Clin. Psychiatry*. – 2002. – № 63. – С. 15–20.
8. Core symptoms of posttraumatic stress disorder unimproved by alprazolam treatment / P. Braun, D. Greenberg, H. Dasberg [et al.] // *J. Clin. Psychiatry*. – 1990. – № 51. – С. 236–238.
9. Fluoxetine in posttraumatic stress disorder / B. A. Van der Kolk, D. Dreyfuss, M. Michaels [et al.] // *J. Clin. Psychiatry*. – 1994. – № 55. – С. 517–522.
10. Fluoxetine in post-traumatic stress disorder: randomised, double-blind study / K. M. Connor, S. M. Sutherland, L. A. Tupler [et al.] // *Br. J. Psychiatry*. – 1999. – № 175. – С. 17–22.
11. Fluoxetine v placebo in prevention of relapse in post-traumatic stress disorder / F. D. Martenyi, E. B. Brown, H. Zhang [et al.] // *Br. J. Psychiatry*. – 2002. – № 181. – С. 315–320.
12. Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial / K. Brady, T. Pearlstein, G. M. Asnis [et al.] // *JAMA*. – 2000. – № 283. – С. 1837–1844.
13. Multicenter, double-blind comparison of sertraline and placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder / J. R. Davidson, B. O. Rothbaum, B. A. Van der Kolk [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2001. – № 58. – С. 485–492.
14. Stein D. J. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder / D. J. Stein, J. C. Ipser, S. Seedat // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2006. – № 25.
15. Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: a fixed-dose, placebo-controlled study / R. D. Marshall, K. L. Beebe, M. Oldham, R. Zaninelli // *Am. J. Psychiatry*. – 2001. – № 158 (12). – С. 1982–1988.
16. Open-label trial of escitalopram in the treatment of posttraumatic stress disorder / S. Robert, M. B. Hamner, H. G. Ulmer [et al.] // *J. Clin. Psychiatry*. – 2006. – № 67. – С. 1522–1526.
17. Fluvoxamine treatment in veterans with combat-related post-traumatic stress disorder / R. Escalona, J. M. Canive, L. A. Calais [et al.] // *Depress. Anxiety*. – 2002. – № 15 (1). – С. 29–33.
18. Sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: results of 24 weeks of open-label continuation treatment / P. D. Londborg, M. T. Hegel, S. Goldstein [et al.] // *J. Clin. Psychiatry*. – 2001. – № 62 (5). – С. 325–321.
19. SSRIs versus non-SSRIs in post-traumatic stress disorder: an update with recommendations / G. M. Asnis, S. R. Kohn, M. Henderson, N. L. Brown // *Drugs*. – 2004. – № 64. – С. 383–404.
20. Opler L. A. Pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder / L. A. Opler, M. S. Grennan, M. G. Opler // *Drugs Today*. – 2006. – № 42. – С. 803–809.
21. Mirtazapine vs. placebo in posttraumatic stress disorder: a pilot trial / J. R. Davidson, R. H. Weisler, M. I. Butterfield [et al.] // *Biol. Psychiatry*. – 2003. – № 53. – С. 188–191.
22. Ipser J. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder - a systematic review and metaanalysis / J. Ipser, S. Seedat, D. J. Stein // *S. Afr. Med. J.* – 2006. – № 96. – С. 1088–1096.
23. Paroxetine in the treatment of post-traumatic stress disorder: pooled analysis of placebo-controlled studies / D. J. Stein, J. Davidson, S. Seedat [et al.] // *Expert. Opin. Pharmacother.* – 2003. – № 4 (10). – С. 1829–1838.
24. Фoa Э. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Э. Фoa, Т. М. Кин, М. Фридман. – М.: Когито-Центр, 2005. – 467 с.
25. Martenyi F. Three paradigms in the treatment of posttraumatic stress disorder / F. Martenyi // *Neuropsychopharmacol. Hung.* – 2005. – № 7 (1). – С. 11–21.
26. Randomized, double-blind comparison of sertraline and placebo for posttraumatic stress disorder in a Department of Veterans Affairs setting / M. J. Friedman, C. R. Marmar, D. G. Baker [et al.] // *J. Clin. Psychiatry*. – 2007. – № 68. – С. 711–720.
27. Brady K. T. Affective and anxiety comorbidity in post-traumatic stress disorder treatment trials of sertraline / K. T. Brady, C. M. Clary // *Compr. Psychiatry*. – 2003. – № 44. – С. 360–369.
28. Long-term pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder / L. L. Davis, E. C. Frazier, R. B. Williford [et al.] // *CNS Drugs*. – 2006. – № 20. – С. 465–476.
29. Pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder: a family practitioners guide to management of the disease / M. A. Katzman, L. Struzik, L. L. Vivian [et al.] // *Expert. Rev. Neurother.* – 2005. – № 5. – С. 129–139.
30. A pooled analysis of gender and trauma-type effects on responsiveness to treatment of PTSD with venlafaxine extended release or placebo / B. O. Rothbaum, J. R. Davidson, D. J. Stein [et al.] // *J. Clin. Psychiatry*. – 2008. – № 69. – С. 1529–1539.
31. Jones F. D. Chronic post-traumatic stress disorders / Jones F. D. // *Textbook of Military Medicine / F. D. Jones*, 1995. – (War Psychiatry). – С. 409–430.
32. Pharmacologic treatment of posttraumatic stress disorder: a focus on antipsychotic use / E. P. Ahearn, A. Krohn, K. M. Connor [et al.] // *Ann. Clin. Psychiatry*. – 2003. – № 15. – С. 193–201.
33. Jakovljevic M. Olanzapine in the treatment-resistant, combat-related PTSD – a series of case reports / M. Jakovljevic, M. Sagud, A. Mihaljevic-Peles // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2003. – № 107. – С. 394–396.
34. Pivac N. Pharmacotherapy of treatment-resistant combat-related posttraumatic stress disorder with psychotic features / N. Pivac, D. Kozaric-Kovacic // *Croat. Med. J.* – 2006. – № 47 (3). – С. 440–451.
35. The atypical antipsychotics olanzapine and risperidone in the treatment of posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials / C. U. Pae, H. K. Lim, K. Peindl [et al.] // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 2008. – № 23 (1). – С. 1–8.
36. Risperidone in psychotic combat-related posttraumatic stress disorder: an open trial / D. Kozaric-Kovacic, N. Pivac, D. Muck-Seler [et al.] // *J. Clin. Psychiatry*. – 2005. – № 66 (7). – С. 922–927.
37. Lambert M. T. Aripiprazole in the management of post-traumatic stress disorder symptoms in returning Global War on Terrorism veterans / M. T. Lambert // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 2006. – № 21 (3). – С. 185–187.
38. Ziprasidone therapy for post-traumatic stress disorder / Z. Siddiqui, W. A. Marcil, S. C. Bhatia [et al.] // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 2006. – № 21 (3). – С. 185–187.
39. Prospective study to evaluate the efficacy of aripiprazole as a monotherapy in patients with severe chronic posttraumatic stress disorder: an open trial / G. Villarreal, L. A. Calais, J. M. Cavie [et al.] // *Psychopharmacol. Bull.* – 2007. – № 40 (2). – С. 6–18.
40. Clozapine treatment of adolescents with posttraumatic stress disorder and psychotic symptoms / M. Wheatley, J. Plant, H. Reader [et al.] // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 2004. – № 24. – С. 167–173.

41. Low-dose risperidone as adjunctive therapy for irritable aggression in posttraumatic stress disorder / E. P. Monnelly, D. A. Ciraulo, C. Knapp [et al.] // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 2003. – № 23. – С. 193–196.
42. Quetiapine for treatment of refractory symptoms of combat-related post-traumatic stress disorder / K. N. Sokolski, T. F. Denson, R. T. Lee [et al.] // *Mil. Med.* – 2003. – Vol. 168 (6). – P. 486–489.
43. Stein M. B. Adjunctive olanzapine for SSRI-resistant combat-related PTSD: a double-blind, placebo-controlled study / M. B. Stein, N. A. Kline, J. L. Matloff // *Am. J. Psychiatry.* – 2002. – № 159. – С. 1777–1779.
44. Kosten T. R. Benzodiazepine use in posttraumatic stress disorder among veterans with substance abuse / T. R. Kosten, A. Fontana, M. J. Sernyak // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2000. – № 188. – P. 454–459.
45. Baker D. G. Post-traumatic stress disorder: emerging concepts of pharmacotherapy / D. G. Baker, C. M. Nievergelt, V. B. Rishrough // *Expert. Opin. Emerg. Drugs.* – 2009. – № 14. – С. 251–272.
46. Clonazepam for treatment of sleep disturbances associated with combat-related posttraumatic stress disorder / M. E. Cates, M. H. Bishop, L. L. Davis [et al.] // *Ann. Pharmacother.* – 2004. – № 38. – С. 1395–1399.
47. Hypnotic medication in the aftermath of trauma / T. A. Mellman, V. Bustamante, D. David, A. I. Fins // *J. Clin. Psychiatry.* – 2002. – № 63. – С. 1183–1184.
48. Ravindran L. N. The pharmacologic treatment of anxiety disorders: a review of progress / L. N. Ravindran, M. B. Stein // *J. Clin. Psychiatry.* – 2010. – № 71. – С. 839–854.
49. Berlin H. A. Antiepileptic drugs for the treatment of post-traumatic stress disorder / H. A. Berlin // *Curr. Psychiatry Rep.* – 2007. – № 9. – С. 291–300.
50. Fesler F. A. Valproate in combat-related posttraumatic stress disorder / F. A. Fesler // *J. Clin. Psychiatry.* – 1991. – № 52. – С. 361–364.
51. Divalproex in the treatment of posttraumatic stress disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial in a veteran population / L. L. Davis, J. R. Davidson, L. C. Ward [et al.] // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 2008. – № 28. – С. 84–88.
52. Lindley S. E. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of augmentation topiramate for chronic combat-related posttraumatic stress disorder / S. E. Lindley, E. B. Carlson, K. Hill // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 2007. – № 27. – С. 677–681.
53. A preliminary study of lamotrigine for the treatment of posttraumatic stress disorder / M. A. Hertzberg, M. I. Butterfield, M. E. Feldman [et al.] // *Biol. Psychiatry.* – 1999. – № 45. – С. 1226–1229.
54. Hamner M. B. Gabapentin in PTSD: a retrospective, clinical series of adjunctive therapy / M. B. Hamner, P. S. Brodrick, L. A. Labbate // *Ann. Clin. Psychiatry.* – 2001. – № 13. – С. 141–146.
55. Pharmacotherapy to prevent PTSD: Results from a randomized controlled proof-of-concept trial in physically injured patients / M. B. Stein, C. Kerridge, J. E. Dimsdale, D. B. Hoyt // *J. Trauma Stress.* – 2007. – № 20. – С. 923–932.
56. Lithium for irritability in post-traumatic stress disorder / P. L. Forster, F. B. Schoenfeld, C. R. Marmar [et al.] // *J. Trauma Stress.* – 1995. – № 8. – С. 143–149.
57. Khouzam H. R. The use of buspirone in primary care / H. R. Khouzam, R. Ems // *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.* – 2002. – № 40. – С. 34–41.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

В.Я. Пишель, М.Ю. Поливьяна

Цель – на основе анализа результатов современных клинических исследований, касающихся медикаментозного лечения посттравматического стрессового расстройства, определить возможности и перспективы применения различных классов психофармакологических препаратов в комплексной терапии боевого ПТСР.

Результаты. В статье представлены результаты анализа современной научной литературы по вопросам использования различных классов фармакологических препаратов в лечении посттравматического стрессового расстройства, возникшего в результате боевых действий. Наиболее изученными и чаще всего рекомендуемыми средствами терапии ПТСР в настоящее время являются антидепрессанты группы СИОЗС. Такой выбор объясняется их способностью уменьшать симптомы всех трех кластеров ПТСР, эффективной коррекцией коморбидных психических нарушений, а также соотношением пользы и риска данной терапии. Однако вопросы относительно эффективности и показаний к использованию СИОЗС все еще остаются. Это касается и всех прочих рекомендуемых психотропных средств.

Боевое ПТСР, в отличие от стрессовых расстройств мирного времени, отличается большей резистентностью к терапии. Для его клинической картины характерны объединение основных признаков с симптомами острой реакции на стресс, психические нарушения, присущие другим невротическим расстройствам, органическая психическая патология и даже расстройства психотического регистра.

Выводы. При сложных вариантах ПТСР традиционные схемы лечения являются неэффективными. В связи с этим актуальным становится поиск таких средств и программ медицинской помощи, которые позволят преодолеть терапевтическую резистентность.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, боевое ПТСР, классы лекарственных средств, психофармакотерапия, терапевтическая резистентность.

THE PROBLEMATIC QUESTIONS OF THE PSYCHOPHARMACOTHERAPY OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

V. Pishel, M. Polyviana

The goal – based on an analysis of the results of modern clinical studies regarding medical treatment of post-traumatic stress disorders, identify opportunities and perspectives of the various classes of psychopharmacological drugs in the treatment of combat PTSD.

Results. The article presents an analysis of recent scientific literature on the use of different classes of pharmacological agents in the treatment of post-traumatic stress disorder resulting from military operations. The most studied and most commonly recommended therapies for PTSD are currently SSRI antidepressants. This choice is due to their ability to reduce the symptoms of all three clusters of PTSD, effective correction of comorbid mental disorders, as well as the ratio of benefits and risks of this therapy. However, questions about the effectiveness and indications for use of SSRIs still remain. This also applies to all other recommended psychotropic drugs.

Combat PTSD, in contrast to the stress-related disorders in peacetime, is more resistant to therapy. For his clinical picture is characterized by the union of the main signs of the symptoms of acute stress reactions, personality disorders inherent in other neurotic disorders, organic mental pathology, and even psychotic disorders register.

Conclusion. In complex cases of PTSD traditional treatment regimens are ineffective. In this regard, urgent is the search for such funds and health care programs, which will enable to overcome treatment resistance.

Key words: post-traumatic stress disorder, combat PTSD, classes of drugs, psycho-pharmacotherapy, treatment resistance.

В.Г. Безшейко

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРОТКОТРИВАЛИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ

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

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

vitaliybezsh@gmail.com

Актуальність. Посттравматичний стресовий розлад є поширеною проблемою, яку виявляють у 10% осіб, що пережили травмуючу подію. Особливої актуальності для України вона набула останнім часом, враховуючи проведення АТО у східній частині нашої держави. Стрес в умовах бойових дій є сильною психотравмуючою подією як для військових, так і для мирних жителів, що перебувають у зоні АТО. Окрім того, вимушене переселення з тимчасово окупованих територій також потенційно може призводити до ПТСР, що збільшує кількість уразливих осіб більш ніж до 1 мільйона. Така ситуація зумовлює необхідність пошуку медико-психологічних методів, які були б ефективними при використанні у нашій популяції.

Матеріали та методи. Ми провели лікування 72 осіб із ПТСР, близько половини з них мали розлад, асоційований із перебуванням у зоні бойових дій. Усі пацієнти після підписання інформованої згоди були поділені на 2 рівні групи з призначенням стандартної допомоги або короткотривалої когнітивно-поведінкової терапії. Для оцінки стану до та після лікування використовували ряд валідних шкал, а саме CAPS-5 (Клінічна шкала оцінки ПТСР), PLC-5 (Контрольний список ПТСР), HADS (Госпітальна шкала тривоги та депресії) та SF-36 (Шкала якості життя).

Результати. Лікування привело до покращення стану пацієнтів у обох групах. Однак у групі когнітивно-біхевіоральної терапії зменшення кількості балів за шкалами CAPS-5, PLC-5, HADS та глобальної оцінки стану лікарем було достовірно більшим, ніж у групі стандартної терапії: для CAPS-5 – на 10,57 ($p=0,001$), для глобальної оцінки стану – на 1,10 ($p=0,002$), для PLC-5 – на 12,87 ($<0,001$), для HADS тривога – на 3,77 ($<0,001$), для HADS депресія – на 3,46 бала ($p<0,001$). Що стосується якості життя, то у групі КБТ збільшення балів за шкалою SF-36 теж було достовірно більшим, ніж у групі контролю (більше балів – краща якість життя) – на 29,94 бала.

Висновки. Короткотривала когнітивно-біхевіоральна терапія є ефективною, порівняно зі стандартним лікуванням, у контексті покращення симптомів ПТСР, а також симптомів тривоги і депресії та якості життя у пацієнтів з ПТСР.

Ключові слова:
посттравматичний стресовий розлад, когнітивно-біхевіоральна терапія, психотерапія, стрес, лікування, бойові дії, якість життя.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є доволі поширеним психіатричним розладом, який виникає після пережитої сильної стресової події. У загальній популяції ПТСР реєструють у 4% осіб, при цьому у людей, які пережили травмуючі події, ризик виникнення цього розладу значно підвищується та, згідно з даними «WHO World Mental Health Surveys» (Дослідження психічного здоров'я, проведене ВООЗ), може сягати найбільших значень – 19% серед осіб, які пережили згвалтування (Kessler R.C. et al., 2014).

Згідно з результатами нещодавно проведеного в США дослідження за старими та новими критеріями Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), ПТСР розвивається у 10,6% осіб, які перенесли серйозну стре-

сову подію, за критеріями DSM-IV та у 9,4% – за критеріями DSM-V, при цьому у жінок розлад трапляється в середньому удвічі частіше (Kilpatrick D.G. et al., 2013). Слід зазначити, що ризик розвитку ПТСР варіює залежно від типу травмуючої події, різні дослідження наводять щодо цього різні дані. У таблиці 1 наведені результати дослідження, яке проводилось в ЄС, а саме у Німеччині.

Згідно з результатами дослідження, проведеного у Німеччині, найчастіше ПТСР виникає у осіб, які побували в зоні бойових дій, пережили збройний напад, дізнались про те, що у них тяжке соматичне захворювання, мали міжособистісний конфлікт. Що стосується останніх двох пунктів, у вказаному дослідженні вибірка пацієнтів, які пережили дані події, була порівняно малою, що могло

Таблиця 1. Ризик розвитку симптомів ПТСР у осіб, які пережили травмуючу подію, порівняно із загальною популяцією (modif. Lukaschek K. et al., 2013)

Подія	Відносний ризик для повного ПТСР		Відносний ризик для субпорогового ПТСР	
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки
Тяжкий нещасний випадок	3,7	3,7	4,3	3,4
Стихійне лихо	1,7	1,0	1,7	2,3
Збройний напад без зґвалтування з відомим нападником	7,7	7,6	3,8	6,0
Збройний напад без зґвалтування із невідомим нападником	5,5	3,2	2,0	2,1
Зґвалтування із невідомим нападником	8,7	1,8	-	-
Бойові дії	8,4	7,7	2,8	2,8
Сексуальне насилля	3,4	2,3	2,6	2,5
Ув'язнення	5,5	-	1	-
Торттури	10,1	-	-	-
Захворювання, загрозливі для життя	4,3	8,0	5,2	6,9
Смерть близької людини	4,1	2,8	2,1	5,2
Міжособистісний конфлікт	32,2	-	16,8	13,1

вплинути на точність результатів, зокрема у бік їх збільшення (Lukaschek K. et al., 2013).

Однак у дослідженні, проведеному в Італії вченими з Університету Пізи сумісно з вченими Колумбійського університету, наведені дещо інші дані. Згідно з його результатами, найчастіше ПТСР реєструють у осіб в разі нещасних випадків (у 25,8%), неочікуваної смерті коханої людини (29,4%), фізичного насилля (9,9%) та бойових дій (6,9%) (Carmassi C. et al., 2014). Отже, згідно з результатами трьох вищезазначених досліджень, а саме мультинаціонального дослідження ВООЗ, німецького та італійського досліджень, ризик ПТСР залежить від травмуючої події; всі вони одноставно свідчать про високий психотравмуючий вплив перебування у зоні бойових дій, особливо полону та тортур. Слід зазначити, що ризик ПТСР після сексуального насилля, зґвалтування, нещасного випадку та міжособистісних конфліктів варіює залежно від вибірки та, найвірогідніше, пов'язаний з її культуральними особливостями.

Окрім даних відносно ризику розвитку ПТСР, Carmassi та співавтори (2014) представили також відомості щодо структури цього розладу в контексті категорії травмуючої події. Згідно з ними, закладам охорони здоров'я найчастіше доводилось мати справу з ПТСР внаслідок соціальних подій (смерть близької людини, тяжке захворювання у дитини, випадковий свідок смерті іншої людини або тяжкого нещасного випадку тощо) (рисунк). Слід зазначити, що ці дані є актуальними для італійської популяції, тоді як для України на перше місце можуть вийти травматичні події, пов'язані з бойовими діями, з огляду на проведення АТО із залученням великої кількості військових, цивільних, які перебувають у зоні конфлікту та вимушених переселенців.

У США серед ветеранів війни у В'єтнамі частка осіб з ПТСР, згідно з результатами дослідження «National Vietnam Veterans Readjustment Study», набагато більша, ніж така, яка висвітлюється у Європейських дослідженнях. Так, симптоми ПТСР протягом життя виникли у 30,9% чоловіків та у 26% жінок, які побували в зоні активних бойових дій. На момент обстеження, на початку 90-х років, осіб, які все ще мали ПТСР, було 11,1% серед чоловіків та 7,8% серед жінок. Враховуючи високий

професійний рівень та досвід країни у наданні такого роду допомоги, велику кількість високопрофесійних центрів для ветеранів війни, ці дані видаються більш об'єктивними (Weiss D.S. et al., 1992).

Згідно з результатами досліджень, найефективнішими є психологічні методи лікування ПТСР. Найбільше вивченими у цьому контексті є травмофокусована когнітивно-біхевіоральна терапія (ТФ-КБТ) з експозицією до травмуючої події і десенсибілізація та переробка рухами очей. З одного боку, результатів проведених досліджень було достатньо для визнання ТФ-КБТ втручанням у якості терапії першої лінії для ПТСР, з іншого боку, результати нещодавно проведеного Кокранівського систематичного огляду з мета-аналізом засвідчили лише низьку якість існуючих доказів. ТФ-КБТ, згідно зі шкалою якості клінічних доказів «GRADE», отримала «дуже низький» рівень, що свідчить про необхідність проведення більшої кількості досліджень для встановлення точної ефективності вказаного методу (табл. 2).

Згідно з отриманими даними, травмофокусована КБТ дозволяла значно поліпшити стан пацієнта, але при цьому й вірогідність дострокового припинення лікування при цих психологічних інтервенціях була також вищою. Однією з можливих причин цього є тривалість такої терапії, яка складається з 15–20 сесій – далеко не всі пацієнти фізично можуть стільки разів відвідувати психотерапевта. Крім того, ТФ-КБТ, окрім когнітивної

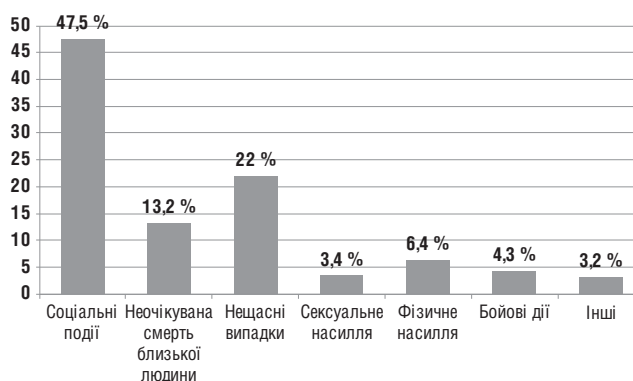


Рисунок. Травматичні події як причини ПТСР за категоріями (у %) (modif. Carmassi et al., 2014)

Таблиця 2. Ефективність травмофокусованої КБТ при ПТСР згідно з даними Кокранівського систематичного аналізу існуючих досліджень

Параметри	Порівняння методів		Відносний ефект (95% довірчий інтервал)	Кількість учасників (дослідження)	Якість доказів, шкала «GRADE»
	Контроль	ТФ-КБТ			
Тяжкість симптомів за оцінкою лікаря (наприклад шкала CAPS)		Кількість набраних пацієнтами балів була на 1,62 стандартних відхилення менша, ніж у контролі		1256 (28 досліджень)	Дуже низький
Дострокове припинення лікування	130 на кожну 1000	189 на кожну 1000	1,64 (95% 1,30–2,06)	1756 (33 дослідження)	Дуже низький

реструктуризації, включає також проведення експозиції до травмуючої події, що може підвищувати ризик ретравматизації (Bisson J.I. et al., 2013).

З огляду на це було вирішено провести дослідження з оцінки ефективності короткотривалої КБТ, яка не включає експозиції до травмуючої події. Його проведення дозволить визначити доцільність використання доволі простої методики. Її перевагами, окрім малої тривалості, є простота її навчання для психологів або лікарів та відсутність необхідності проходження спеціальних багаторічних курсів, достатнім є засвоєння базових знань. Окрім того, наразі не встановлена ефективність психологічних інтервенцій при постстресових станах для української популяції, зокрема для осіб, які побували у зоні бойових дій. З огляду на культуральні особливості, ефективність методики у країнах ЄС та США не є гарантом її ефективності у нашій країні, що потребує додаткового дослідження. Також слід зауважити, що реабілітація військовослужбовців в Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни МОЗ України за державний рахунок триває 1 місяць, а цього часу може бути достатньо тільки для проведення короткотривалої КБТ, але аж ніяк не стандартної ТФ-КБТ. Результати нашого пілотного дослідження продемонстрували ефективність цього методу (В.Г. Безшейко, 2015).

Матеріали та методи дослідження

Ми обстежили 72 пацієнти із встановленим діагнозом ПТСР, які дали інформовану згоду на участь у дослідженні (друга половина 2013–2016 рр.). Пацієнти були поділені випадковим чином (рандомізовані) на дві рівні групи з призначенням стандартної терапії (СТ) (n=36) або короткотривалої модифікованої КБТ (n=36). Стандартна терапія включала призначення фармацевтичних препаратів (в основному антидепресантів) та проведення психологічних консультацій з використанням елементів раціональної терапії або психоосвіти.

Короткотривала КБТ була спеціально модифікована нами для терапії ПТСР. На відміну від ТФ-КБТ вона не включала стандартної експозиції до травмуючої події у вигляді усної або письмової розповіді про ситуацію з поступовою десенсибілізацією до неї. Короткотривала КБТ включала психоосвіту основам методу (формула АВС, ірраціональні переконання), когнітивну реконструкцію за допомогою сократівських запитань, логічного спростовування переконань, спростовування абсурдом та аверсивним протиобумовленням, а також навчання технікам релаксації, наприклад прогресивної м'язової релаксації за Джекобсоном. Весь курс ліку-

вання після включення у дослідження тривав близько 6 тижнів для обох груп, відповідно в групі КБТ психотерапевтичні сесії проводились 1 раз на тиждень (усього 6).

Для оцінки стану пацієнтів на початку та в кінці курсу лікування ми використовували спеціально розроблену карту, яка складалась з таких методик:

- Контрольний список симптомів ПТСР для DMS-V (PSTD Checklist for DSM-V), перекладений та адаптований нами.
- Клінічна шкала за ПТСР згідно з критеріями DSM-V (CAPS-5), перекладена та адаптована нами.
- Госпітальна шкала тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale).
- Шкала якості життя SF-36.

Результати обстеження заносили у базу даних, яку використовували для аналізу ефективності лікування. Статистичну обробку проводили за допомогою програми SPSS 2 для Windows. Для порівняння достовірності міжгрупової різниці за набраними балами ми використовували метод ANOVA (дисперсійний аналіз).

Результати та їх обговорення

У 30 із 72 обстежених ПТСР був асоційований із перебуванням у зоні бойових дій, у інших 42 осіб – виник з різних причин (свідок нещасного випадку із загибеллю людини, транспортна аварія, згвалтування або жертва збройного нападу). На момент включення в дослідження стан обстежених відповідав усім критеріям ПТСР за ICD-10 та DSM-V.

Жінки складали 43% обстежених (31 особа), вік коливався в межах 19–51 року, причому середній вік був досить молодим – 28 років (стандартне відхилення (СВ) – 8,371). Середній вік, гендерний розподіл та кількість набраних балів за оціночними шкалами між групами достовірно не відрізнялись.

У групі КБТ перед початком терапії середня кількість балів за шкалою PCL-5 склала 44,4 пункти, за CAPS-5 – 43,0 пункти, за субшкалою HADS тривоги – 8,5, за субшкалою HADS депресії – 6,6; за глобальною оцінкою стану лікарем – 2,43 та за SF-36 – 95,4 бала. Після 6 тижнів лікування за всіма шкалами в цій групі спостерігалось достовірне покращення ($p < 0,001$): за шкалою CAPS-5 – на 18,6 (95% довірчий інтервал (ДІ) 14,9–22,3), за PCL-5 – на 20,1 (95% ДІ 15,9–24,2), за HADS тривога – на 5,0 (95% ДІ 3,8–6,1), за HADS депресія – на 3,8 (95% ДІ 2,7–5,0), за глобальною оцінкою стану лікарем – на 1,5 (95% ДІ 1,1–1,8) та за SF-36 – на 32,2 бала (95% ДІ 26,3–38,1).

У групі стандартної терапії (СТ) перед її початком загальна кількість балів за шкалою PLC-5 склала 44,0

бали, за CAPS-5 – 45,0, за субшкалою HADS тривоги – 8,9, за субшкалою HADS депресії – 6,1, за глобальною оцінкою стану лікарем – 2,6, за SF-36 – 94,5 бала. Через 6 тижнів терапії відмічали достовірне покращення за всіма шкалами, крім глобальної оцінки стану лікарем, HADS депресії та SF-36: за шкалою CAPS – на 8,1 бала (95% ДІ 3,2–12,9; $p=0,003$), за шкалою PCL-5 – на 7,2 бала (2,7–11,7; $p=0,004$), за шкалою глобальної оцінки стану лікарем – на 0,4 бала (95% ДІ – 0,1...1,0; $p=0,138$), за HADS тривоги – на 1,5 бала (95% ДІ 0,5–2,6; $p=0,007$), за HADS депресії – на 0,4 бала (95% ДІ – 0,3...1,0; $p=0,212$), за SF-36 – на 2,3 бала (95% ДІ – 2,9...7,4; $p=0,362$).

Таблиця 3. Вихідні показники за шкалами, які використовували у дослідженні

Шкала (діапазон балів min-max)	Група КБТ (середня)*	Група СТ (середня)*
PLC-5 (0–80, менше – краще)	44,4	44,0
CAPS-5 (0–80, менше – краще)	43,0	45,0
HADS тривога (0–21, менше – краще)	8,5	8,9
HADS депресія (0–21, менше – краще)	6,6	6,1
Глобальна оцінка стану (0–4, менше – краще)	2,43	2,6
SF-36 (35–156, більше – краще)	95,4	94,5

Примітка. * – всі показники між групами КБТ та стандартної терапії не мали достовірних міжгрупових відмінностей.

Згідно з отриманими результатами, у групі КБТ зменшення кількості балів за шкалами CAPS-5, PLC-5, HADS та глобальної оцінки стану лікарем було достовірною більшим, ніж у групі стандартної терапії, зокрема за CAPS-5 – на 10,57 ($p=0,001$), за шкалою глобальної оцінки стану лікарем – на 1,1 ($p=0,002$), за PLC-5 – на 12,87 ($<0,001$), за HADS тривога – на 3,77 ($<0,001$), за HADS

депресія – на 3,46 ($p<0,001$). Збільшення балів за шкалою SF-36 в групі КБТ також було достовірною більшим, ніж у контролі (більше балів – краща якість життя) – на 29,94 ($p<0,001$) (табл. 4).

При проведенні аналізу змін кількості балів за кожною субшкалою шкали CAPS-5 окремо було помічено, що в групі КБТ пацієнти мали достовірною кращі показники, порівняно зі стандартним лікуванням, за всіма субшкалами, крім критерію C, який належить до симптомів уникнення. За цією субшкалою міжгрупові відмінності у змінах під час лікування в групі КБТ мали лише тенденцію до покращення ($p=0,088$).

Висновки

Терапія як за допомогою стандартних інтервенцій, так і з використанням методики короткотривалої КБТ асоційована з покращенням стану пацієнтів. Однак використання методики короткотривалої КБТ приводило до більшого покращення симптоматики, ніж застосування фармакотерапії та психологічного консультування. Аналіз даних дозволив зробити наступні висновки:

- Короткотривала КБТ більшою мірою покращує симптоми ПТСР, ніж стандартне лікування, згідно з оцінкою стану за допомогою CAPS-5 та PCL-5;
- Короткотривала КБТ більшою мірою покращує симптоми тривоги та депресії у пацієнтів з ПТСР, порівняно зі стандартним лікуванням, згідно з оцінкою стану за допомогою шкали HADS;
- Короткотривала КБТ більшою мірою покращує якість життя пацієнтів з ПТСР, порівняно зі стандартною терапією, згідно з оцінкою стану за допомогою шкали SF-36.

Таблиця 4. Порівняння ефективності КБТ та стандартної терапії. Вказана достовірність різниці між змінами у кількості набраних балів за шкалами між вихідними та кінцевими показниками

Шкала	Група	Покращення стану: вихідні – кінцеві показники (бали)	95% довірчий інтервал	p (статистична значимість) різниці між групами
CAPS-5, критерій B	СТ	1,73	0,68 – 2,79	0,012
	КБТ	3,86	2,52 – 5,19	
CAPS-5, критерій C	СТ	1,20	0,38 – 2,02	0,088
	КБТ	2,07	1,41 – 2,73	
CAPS-5, критерій D	СТ	2,80	0,63 – 4,97	0,002
	КБТ	7,57	5,60 – 9,54	
CAPS-5, критерій E	СТ	2,27	0,86 – 3,68	0,008
	КБТ	5,14	3,51 – 6,77	
CAPS-5, всього	СТ	8,07	3,19 – 12,95	0,001
	КБТ	18,64	14,97 – 22,32	
Глобальна оцінка стану лікарем	СТ	0,40	-0,15...0,95	0,002
	КБТ	1,50	1,12 – 1,88	
PLC-5, всього	СТ	7,20	2,75 – 11,65	<0,001
	КБТ	20,07	15,93 – 24,21	
HADS тривога	СТ	1,33	0,29 – 2,37	<0,001
	КБТ	5,00	3,85 – 6,15	
HADS депресія	СТ	0,40	-0,26...1,06	<0,001
	КБТ	3,86	2,68 – 5,03	
SF-36, всього	СТ	-2,27	-7,43...2,89	<0,001
	КБТ	-32,21	-38,15...-26,28	

Список використаної літератури

1. How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys / R. C. Kessler, S. Rose, K. C. Koenen [et al.] // *World Psychiatry*. – 2014. – Vol. 13. – P. 265–274.
2. National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM-V Criteria / D. G. Kilpatrick, H. S. Resnick, M. E. Milanak [et al.] // *Journal of Traumatic Stress*. – 2013. – Vol. 26. – P. 537–547.
3. Lifetime traumatic experiences and their impact on PTSD: a general population study / K. Lukaschek, J. Kruse, R. T. Emeny [et al.] // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2013. – Vol. 48. – P. 525–532.
4. Frequency of trauma exposure and Post-Traumatic Stress Disorder in Italy: analysis from the World Mental Health Survey Initiative / C. Carmassi, L. Dell'Oso, C. Manni [et al.] // *Journal of Psychiatric Research*. – 2014. – Vol. 59. – P. 77–84.
5. The Prevalence of Lifetime and Partial Post-Traumatic Stress Disorder in Vietnam Theater Veterans / D. S. Weiss, C. R. Marmar, W. E. Chlenger [et al.] // *Journal of Traumatic Stress*. – 1992. – Vol. 5 (3). – P. 365–376.
6. Безшейко В. Г. Ефективність короткострокової травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії у осіб з посттравматичним стресовим розладом, які побували в зоні бойових дій // *Ліку України Плюс*. – 2015. – № 4. – С. 111–115.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРАТКОСРОЧНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЙ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ В.Г. Безшейко

Актуальность. Посттравматическое стрессовое расстройство является распространенной проблемой, встречающейся у 10% лиц, переживших травмирующее событие. Особую актуальность для Украины она приобрела в последнее время, учитывая проведение АТО в восточной части Украины. Стресс в условиях боевых действий является сильным психотравмирующим событием как для военных, так и для мирных жителей, находящихся в зоне АТО. Кроме того, вынужденное переселение с временно оккупированных территорий также потенциально может привести к ПТСР, что увеличивает количество уязвимых лиц на более чем 1 миллион. Такая ситуация требует использования медико-психологических методов, которые были бы эффективными при использовании в нашей популяции.

Методы и материалы. Мы провели лечение 72 пациентов с ПТСР, около половины из которых имели ПТСР, ассоциированный с пребыванием в зоне боевых действий. Все пациенты после подписания информированного согласия были поделены на 2 равные группы с назначением стандартной терапии или краткосрочной когнитивно-поведенческой терапии. Для оценки состояния перед лечением и после курса терапии мы использовали ряд валидных шкал, а именно CAPS-5 (Клиническая шкала оценки ПТСР), PLC-5 (Контрольный список ПТСР), HADS (Госпитальная шкала тревоги и депрессии) и SF-36 (Шкала качества жизни).

Результаты. Лечение в обеих группах приводило к улучшению состояния пациентов. Однако в группе КБТ уменьшение количества баллов по шкалам CAPS-5, PLC-5, HADS и глобальной оценки состояния врачом было достоверно больше, чем в группе стандартной терапии. Так, для CAPS-5 – на 10,57 ($p = 0,001$), для глобальной оценки состояния – на 1,1 ($p = 0,002$), для PLC-5 – на 12,87 ($p < 0,001$), для HADS тревога – на 3,77 ($p < 0,001$), для HADS депрессия – на 3,46 балла ($p < 0,001$). Что касается качества жизни, то в группе КБТ увеличение баллов по шкале SF-36 также было достоверно больше, чем в группе контроля (больше баллов – более высокое качество жизни) – на 29,94 балла.

Выводы. Кратковременная КБТ является более эффективным методом, в сравнении со стандартной терапией в контексте улучшения симптомов ПТСР, а также симптомов тревоги и депрессии и качества жизни у пациентов с ПТСР.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, когнитивно-поведенческая терапия, психотерапия, стресс, лечение, боевые действия, качество жизни

EFFECTIVENESS OF THE BRIEF PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IN PTSD V. Bezsheiko

Background. Posttraumatic stress disorder is a common problem, occurring in 10% of individuals who have experienced a traumatic event. PTSD recently acquired high relevance for Ukraine because of warfare in eastern Ukraine. War zone stress is a strong traumatic event for both military and civilian. In addition, the forced relocation from temporarily occupied territories also can potentially lead to PTSD, which increases the number of high risk individuals to over 1 million. This situation requires the use of medical and psychological techniques that would be effective in use on our population.

Methods. We conducted a randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of brief CBT in patients with PTSD. For these purpose we treated 72 people with PTSD, about half of whom had PTSD associated with war zone stress. All patients after signing informed consent were divided into two equal groups which were treated by standard care or short-term cognitive behavioral therapy. To assess the patients before and after the course of treatment we used the valid scales such as CAPS-5 (Clinician-administered PTSD scale for DSM-V), PLC-5 (PTSD Checklist for DSM-V), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) and SF-36 (Health Survey Short Form - 36).

Results. Treatment in both groups led to the statistically significant improvement. However, between group differences in improvement were in favor for CBT group. Thus, for CAPS-5 in CBT group score improvement was on 10.57 points better ($p = 0.001$), for the global assessment of the state – 1.1 points ($p = 0.002$), for PLC-5 – 12.87 points ($p < 0.001$), for the HADS anxiety – 3.77 points ($p < 0.001$) for the HADS depression – 3.46 points ($p < 0.001$). Also in the CBT group SF-36 score improvement was significantly higher than in control on 29.94 points.

Conclusion. Short-term CBT is more effective compared with standard treatment in the context of improving the symptoms of PTSD, and anxiety and depression symptoms and quality of life in patients with PTSD.

Key words: Posttraumatic stress disorder, cognitive behavioral therapy, psychotherapy, stress, treatment, war zone, quality of life

О.О. Хаустова, Н.В. Коваленко

АНАЛІЗ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ У ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ

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

Актуальність. Порушення психічного здоров'я у вимушених мігрантів різноманітні і зачіпають практично всі сфери психіки. На фоні астенії формуються різні межові нервово-психічні розлади, найпоширенішими з них є психогенна депресія, тривожні і соматоформні розлади.

Мета дослідження. Дослідити спектр та клініко-психопатологічні особливості розладів психіки та поведінки у тимчасово переміщених осіб.

Матеріали і методи. За умови інформованої згоди проведено скринінгове дослідження 60 вимушено переселених осіб у віці від 18 до 80 років, яке включало збір коротких анамнестичних відомостей, актуальних скарг і оцінку психічного стану за допомогою опитувальника стану здоров'я PHQ і міжнародного нейропсихіатричного міні-інтерв'ю (M.I.N.I.).

Результати. За результатами скринінгу стало можливим виділити 3 групи респондентів. Пацієнти з основною соматичною патологією частіше скаржились на зниження настрою, порушення сну, дратівливість, нестриманість, емоційну лабільність, небажання жити, відсутність життєвої перспективи, різке зниження пам'яті, кмітливості, зниження концентрації уваги. У них частіше спостерігали тривожний та депресивний синдроми з високим і середнім ризиком суїциду, розлади адаптації. У пацієнтів з основною психічною патологією різких змін психічного стану не виявлено. У групі «умовно здорових» частіше спостерігали скарги на загальну слабкість, біль у спині, нижніх кінцівках, суглобах, порушення сну, підвищення АТ, біль у ділянці серця, серцебиття, головний біль, запаморочення, шум у вухах, порушення з боку ШКТ, які виникали на фоні зниженого настрою, «внутрішнього напруження». У більшості спостерігали депресивний і тривожний синдроми у поєднанні з вираженими соматичними симптомами, низьким ризиком суїциду і розладами адаптації.

Висновки. Провідна психопатологічна симптоматика у респондентів з різних груп відрізняється і залежить від наявності основної патології та її виду.

Ключові слова:
вимушена міграція,
порушення психічного
здоров'я, тривога,
депресія, психосоматичні
розлади.

Актуальність. Порушення психічного здоров'я у вимушених мігрантів різноманітні і зачіпають практично всі сфери психіки. Відсутність позитивної мотивації до переїзду і фізична неможливість подальшого перебування на батьківщині, травматизація психіки, обумовлена причинами та історією міграції, а також труднощі адаптації на новому місці визначають формування специфічного досвіду вимушених переселенців. На фоні астенії формуються різні межові нервово-психічні розлади, які у ряді випадків набувають затяжного і хронічного перебігу. Найпоширенішими з них є психогенна депресія, тривожні і соматоформні розлади.

Характерним для депресії є знижений загальний фон настрою, пригніченість, усвідомлення «своєї провини», відраза до життя з астеничними проявами, апатією, байдужістю, появою тужливого афекту. Неможливість впоратися з проблемами призводить до пасивності, розчару-

вання, зниження самооцінки, відчуття неспроможності. Нічний сон короткочасний, має поверхневий характер з утрудненим засинанням, якому заважає емоційна напруга, занепокоєння, гіперестезія. Ідеаторної загальмованості не спостерігається, вони хоча і зазнають труднощів, але справляються з повсякденними турботами. Нерідко на перший план виступає соматичний дискомфорт – соматичні «маски» депресії. Ризик розвитку депресії у вимушених мігрантів визначається трьома основними факторами: вихідним рівнем депресивності, зростанням числа негативних і небажаних життєвих подій і зниженням соціальної підтримки.

Пережитий біженцями і вимушеними переселенцями досвід фізичного і психологічного насильства, жорстокості, людського зла підриває довіру до світу. У результаті виникають агресивні і саморуйнівні тенденції – спалахи гніву, прояви насильства, схильність до суїцидів. За-

звичай більш високий ступінь ризику спостерігається у бездітних, людей похилого віку, одиноких, розлучених або тих, що проживають окремо від сім'ї, не мають тісних дружніх зв'язків. Результати досліджень свідчать про надзвичайно високу поширеність суїцидальних намірів серед вимушених мігрантів, особливо серед тих, що страждають на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Серед факторів, що сприяють виникненню суїцидальних намірів у мігрантів, виділяють сам факт міграції, ступінь асиміляції з приймаючою культурою, низький рівень згуртованості у власній етнічній групі, низьке соціально-економічне становище.

Тривожні розлади проявляються різноманітними фобіями, генералізованими тривожним і обсесивно-компульсивним розладами. *Генералізований тривожний розлад* виражається в появі занепокоєння, тривожного напруження, поганих передчуттів, очікування нещастя, «прислуховування до сигналів небезпеки». Ці симптоми супроводжуються нападами серцебиття, м'язовим напруженням, тремтінням верхніх і нижніх кінцівок, відчуттям дискомфорту в шлунку, підвищеною пітливістю долонь, безсонням. Часом тривога може проявлятися нападами паніки – раптовим сильним побоюванням, що може статися щось жахливе. Напади паніки супроводжуються частим поверхневим диханням, відчуттям нестачі повітря, прискореним серцебиттям, тремтінням або ознобом, запамороченням, страхом смерті, божевілля або втрати контролю над собою. У разі «опредметнення» тривоги з'являються *фобії*, що проявляються страхом перед конкретним об'єктом чи ситуацією. Відзначається невпевненість, труднощі у прийнятті навіть простих рішень, сумніви у вірності і правильності власних дій. Як засіб боротьби зі страхом можуть виникати *обсесивно-компульсивні розлади*. Часто спостерігаються близькі до нав'язливості постійні обговорення пережитої ситуації, спогади про минуле життя з його ідеалізацією.

Вимушена міграція є потужним поштовхом до розвитку *психосоматичних розладів*. Найпоширенішими серед них є бронхіальна астма, нейродерміт, гіпертензія, вегетосудинна дистонія, нервова булімія та анорексія, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки. Найінтенсивніші зрушення функціональної активності вегетативної нервової системи проявляються у вигляді коливань артеріального тиску, лабільності пульсу, гіпергідрозу, ознобу, головного болю, вестибулярних порушень, шлунково-кишкових розладів. На фоні вегетативної дисфункції нерідко спостерігаються загострення психосоматичних захворювань, які були до екстремальної події в стадії компенсації, і поява стійких психосоматичних розладів.

Мета дослідження. Дослідити спектр та клініко-психопатологічні особливості розладів психіки та поведінки у тимчасово переміщених осіб.

Матеріали і методи дослідження

Для здійснення завдань дослідження за умови інформованої згоди ми провели скринінгове дослідження 60 внутрішньо переміщених осіб (ВПО) у віці від 18 до 80 років, які були змушені покинути місце свого постійного проживання у зв'язку з проведенням антитерористичної операції на Сході країни і проживали

в санаторіях Одеської області. Скринінг включав збір коротких анамнестичних відомостей, актуальних скарг і оцінку психічного стану за допомогою опитувальника стану здоров'я PHQ і міжнародного нейропсихіатричного міні-інтерв'ю (M.I.N.I.).

Віковий розподіл досліджуваних за групами був наступним (рис. 1): вік до 20 років – 1,7%, 21–30 років – 6,7%, 31–40 років – 16,7%, 41–50 років – 18,3%, 51–60 років – 15%, 61–70 років – 23,3%, 71–80 років – 18,3%. Із них було 49 жінок (81,7%) і 11 чоловіків (18,3%) (рис. 2); 10% – працювали, 16,7% – не працювали, 31,7% були пенсіонерами, 26,6% мали інвалідність за соматичним захворюванням, 15% мали інвалідність за психічним захворюванням (рис. 3).

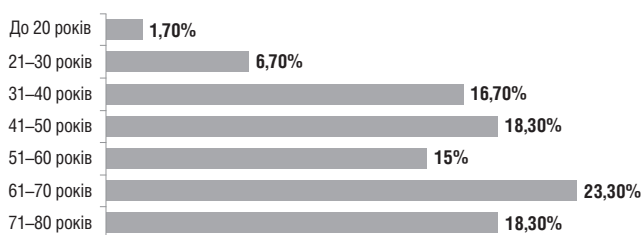


Рис. 1. Співвідношення за віковими групами, %

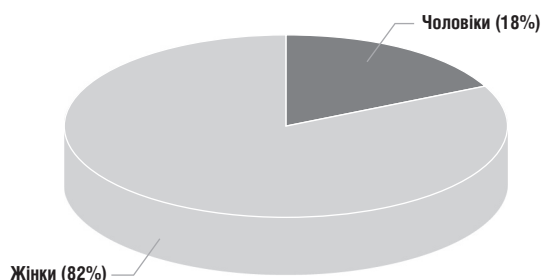


Рис. 2. Співвідношення за статтю, %

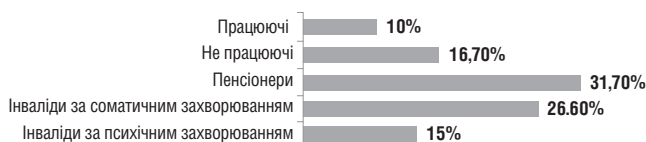


Рис. 3. Співвідношення працездатних/непрацездатних, %

До критеріїв виключення пацієнтів із дослідження відносили виражене інтелектуально-мнестичне зниження; відсутність добровільної усвідомленої згоди на обстеження; вік молодше 18 років.

Результати та їх обговорення

За результатами скринінгу стало можливим виділити 3 групи респондентів: люди пенсійного віку з діагностованими раніше хронічними соматичними захворюваннями або з інвалідністю за соматичним захворюванням; люди з інвалідністю за психічним захворюванням; люди, які не мають тяжких хронічних захворювань чи інвалідності (умовно здорові).

Пацієнти з основною соматичною патологією частіше скаржились на зниження настрою, порушення сну, дратівливість, нестриманість, емоційну лабільність (підвищену сльозливість з будь-якого приводу), небажання жити, відсутність життєвої перспективи, різке зниження

пам'яті, кмітливості, зниження концентрації уваги. У них частіше спостерігали тривожний (51,4%) та депресивний (42,8%) синдроми; 25,7% виявляли суїцидальні думки та наміри (високий і середній ризик суїциду); у 25,7% діагностували окремі симптоми ПТСР, зокрема уникання, Perezбудження, емоційне оніміння, які вказували на розлад адаптації (рис. 4).

У пацієнтів з основною психічною патологією, зокрема із шизофренією, не виявлено різких змін психічного стану. Незважаючи на психотравматичні події, які сталися в їхньому житті, тривале вимушене переміщення, що викликало багато незручностей, їх маячна фабула не змінювалася, почастищення екзацербції психічного розладу не спостерігалось. В окремих випадках хворі починали зловживати алкоголем.

У групі «умовно здорових» частіше спостерігали скарги на загальну слабкість, біль у спині, ногах, суглобах, порушення сну, підвищення АТ, біль у ділянці серця, серцебиття, головний біль, запаморочення, шум у вухах, порушення з боку шлунково-кишкового тракту (біль в животі, печія, нудота, запори), що виникали на фоні зниженого настрою, «внутрішнього напруження». У 31,3% спостерігали депресивний, у 25% – тривожний синдроми у поєднанні з більш вираженими соматичними симптомами; 12,5% виявляли суїцидальні думки (низький ризик суїциду); у 18,7% діагностований розлад адаптації (рис. 5).

З огляду на це для подальшого дослідження були відібрані наступні патопсихологічні методики: Самоопитувальник стану здоров'я PHQ, Опитувальник оцінки якості життя SF-36, Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS, Коротка психіатрична оціночна шкала BPRS і Опитувальник вираженості симптомів ПТСР.

Самоопитувальник стану здоров'я PHQ був розроблений Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke та їх колегами і затверджений у якості інструменту ефективної діагностики п'яти найпоширеніших розладів психіки: депресивних, тривожних, соматоформних, а також розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю і розладами харчової поведінки.

В останнє десятиріччя як PHQ в цілому, так і його кластер, що стосується виявлення депресивних симптомів (який був виділений в окремий опитувальник під назвою PHQ-9), отримали дуже велике поширення в умовах напруженої клінічної практики для скринінгу пацієнтів. Той факт, що PHQ-9 виявився досить вдалим інструментом для оцінки і моніторингу ступеня тяжкості депресії, сприяв появі нової шкали оцінки тривоги, яка містить 7 питань і від самого початку розроблялася для діагностики генералізованого тривожного розладу (звідси її назва GAD-7, ГТР-7). Хоча GAD-7 розроблялася для діагностики ГТР, доведено, що вона також має добру чутливість і специфічність у відношенні панічного розладу, соціальної фобії і посттравматичного стресового розладу. Нарешті, після неодноразових досліджень із PHQ була виділена шкала PHQ-15, яку все частіше використовують для оцінки соматичного статусу пацієнта, його тяжкості і можливої наявності соматизації та соматоформних розладів.

Особливо важливим є питання оцінки ризику самогубства у людей, які відповідають позитивно на 9 питань

PHQ-9. Для відповіді на це питання був розроблений спеціальний скринінг, який містить 4 пункти, проте остаточну відповідь на питання про фактичний ризик членушкодження може дати тільки клінічне інтерв'ю.

Самоопитувальник PHQ може використовуватися як для встановлення попереднього діагнозу, так і для оцінки тяжкості стану. Результат оцінюється в балах; 5 балів означає легкий, 10 – середній, а 15 – тяжкий рівень розладу. Оцінку 10 балів або вище вважають «жовтим прапором» (необхідно звернути увагу на наявність клінічно значущого розладу); оцінка 15 балів або вище – це «червоний прапор» (вказує на те, що виправдано активне лікування).

Опитувальник оцінки якості життя SF-36. З початку 80-х років минулого століття у зарубіжній медичній літературі з'явилися відомості про використання для оцінки результатів лікування показника «якості життя» (Quality of Life, QOL). У 1982 р. Bush J.W. і Kaplan R.M. запропонували термін: «health-related quality of life» або HRQOL (пов'язана зі здоров'ям якість життя), з метою виділення актуальних понять медичного характеру з широкого і загального поняття якості життя. За визначенням ВООЗ «Якість життя – це сприйняття людиною своєї позиції у житті, в тому числі фізичного, психічного та соціального благополуччя, залежно від якості середовища, в якому вона живе, а також ступеня задоволення конкретним рівнем життя та іншими складовими психологічного комфорту». Якість життя – це інтегральна характеристика фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування хворого, заснована на його суб'єктивному сприйнятті. Дослідження якості життя допомагає отримати інформацію, необхідну для глибшого розуміння впливу клінічних проявів соматичного захворювання на загальний (в тому числі психологічний) стан хворих, а також дає можливість оцінити ефективність терапії, що застосовується.

Опитувальник SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item short form health survey) – це неспецифічний опитувальник якості життя, який був розроблений в 1992 році американськими лікарями John E. Ware і Cathy D. Sherbourne і є одним з найпоширеніших методів визначення якості життя, пов'язаного зі здоров'ям. SF-36 використовують у клінічній практиці та наукових дослідженнях для оцінки загального здоров'я населення у віці від 14 років і старше, незалежно від наявного захворювання, статевих, вікових особливостей та специфіки того чи іншого лікування. Опитувальник відображає загальне благополуччя і ступінь задоволеності тими сторонами життєдіяльності людини, на які впливає стан здоров'я. Він дозволяє оцінити суб'єктивну задоволеність хворого своїм фізичним і психічним станом, соціальним функціонуванням, а також відображає самооцінку ступеня вираженості больового синдрому.

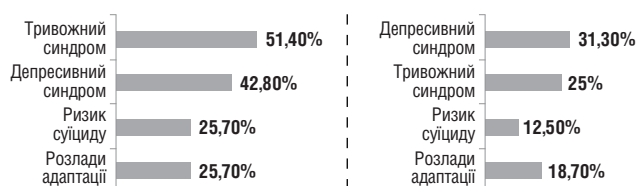


Рис. 4. Провідні порушення у осіб з основною соматичною патологією

Рис. 5. Провідні розлади в «умовно здорових» осіб

36 пунктів опитувальника згруповані у вісім шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесний біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Показники кожної шкали варіюють від 0 до 100, де 100 відповідає повному здоров'ю, всі шкали формують два показники: душевне і фізичне благополуччя. Результати представляються у вигляді оцінок у балах за 8-ма шкалами, складеними таким чином, що вища оцінка вказує на вищий рівень якості життя.

Шкали групуються у два показники «фізичний компонент здоров'я» (Physical health – PH) і «психологічний компонент здоров'я» (Mental Health – MH). Складові шкали фізичного компонента здоров'я – фізичне функціонування, рольове функціонування, обумовлене фізичним станом, інтенсивність болю і загальний стан здоров'я. Складові шкали психологічного компонента здоров'я – психічне здоров'я, рольове функціонування, обумовлене емоційним станом, соціальне функціонування і життєва активність.

Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) призначена для визначення ступеня емоційного стресу, пов'язаного з проявом соматичного неблагополуччя (емоційна модальність реагування). A.S. Zigmond і R.P. Snaith у 1983 р. розробили її для виявлення і оцінки тяжкості депресії та тривоги в умовах загальномедичної практики. Відрізняється ця шкала простотою застосування і обробки (заповнення шкали не вимагає тривалого часу і не викликає труднощів у пацієнта), що дозволяє використовувати її в загальномедичній практиці для первинного виявлення тривоги і депресії у пацієнтів (скрінінгу). Опитувальник має високу дискримінантну валідність щодо двох розладів: тривоги і депресії. При формуванні шкали автори виключили симптоми тривоги і депресії, які можуть бути інтерпретовані як прояв соматичного захворювання (наприклад запаморочення, головний біль тощо). Пункти субшкали депресії відібрані зі списку скарг і симптомів, які найчастіше зустрічаються і відображають переважно ангедонічний компонент депресивного розладу. Пункти субшкали тривоги складені на основі відповідної секції стандартизованого клінічного інтерв'ю (Present State Examination) і відображають переважно психологічні прояви тривоги.

Опитувальник складається з 2 шкал (відповідно виявляють невротичні тривогу і депресію), які містять 14 питань – по 7 на кожну. Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповідей, що відображають ступінь наростання симптоматики, від 0 балів (відсутність ознаки) до 4 (максимальна її вираженість). Бланк шкали видають пацієнту для самостійного заповнення. При інтерпретації даних враховують сумарний показник за кожною підшкалою (Г і D), при цьому виділяють 3 групи значень: 0–7 балів – норма; 8–10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія; 11 балів і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Коротка психіатрична оціночна шкала BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) – клінічна психіатрична шкала для оцінки ступеня вираженості продуктивної психопатологічної симптоматики, розроблена Drs. John Overall і Donald Gorham у 1962 році. Шкалу широко використо-

вують для оцінки позитивної, негативної і афективної симптоматики у осіб, що мають психотичні розлади, особливо для діагностики стану осіб з діагнозом шизофренії. Первинний варіант шкали містив 16 пунктів, 2 додаткові елементи (збудження і дезорієнтація) були додані у 1972 році. Отже 18-пунктовий варіант BPRS є найпоширенішою версією. Шкалою повинен користуватися лікар, який добре знайомий з психотичними розладами і вміє інтерпретувати конструкції, які використовуються в цій шкалі для оцінки. Проводять оцінку стану пацієнта, який безпосередньо спостерігає лікар, та його поведінки протягом 2–3 днів, що передували контакту з лікарем, інформацію про це слід отримати у людей, які оточували пацієнта в цей період (сім'я, родичі, товариші по роботі тощо).

Шкала BPRS складається з 18 конструкцій, що відносяться до різних симптомів психічних розладів: ставлення до соматичного стану, тривога, емоційне відсторонення, розпад розумових процесів, відчуття провини, напруженість, манірність, химерність поведінки, ідеї величності, депресивний настрій, ворожість, підозріливість, галюцинації, рухова загальмованість, зниження установки на співпрацю з лікарем, химерність мислення, афективне сплюснення, збудження і дезорієнтація. Безпосередньо інтерв'ю з виставленням оцінок займає, як правило, не більше 30 хвилин. Лікар оцінює вираженість того чи іншого симптому в даний момент за семибальною шкалою, де 1 – відсутність симптому, а 7 – його крайня вираженість; 0 (нуль) виставляється якщо симптомом не оцінювався. При утрудненні проведення оцінки звертаються до опису градацій відповідних симптомів у «Шкалі позитивних і негативних синдромів» – PANSS. Проводиться оцінка балів за всіма 18 симптомами, суму вписують в графу «загальний бал».

На основі BPRS можливо визначати шляхом факторного аналізу питому вагу синдромів психічного стану хворого. J. Overall виділяє 5 таких синдромів (факторів), які об'єднують окремі основні ознаки BPRS: тривожна депресія, порушення мислення, апатія, загальмованість, підозріливість, ворожість, збудження – напруга. Оцінка стану проводиться за сумою балів всіх ознак всередині кожного фактора, низьким рівнем порушень вважають загальний бал до 40, середнім – 40–60 балів, високим – понад 60 балів. Шкала дає надійні результати тільки при грубому відмежуванні афективних (переважно депресивних) станів від шизофренічних з божевільною і гебефренічною симптоматикою.

Опитувальник вираженості симптомів ПТСР був розроблений у 2000 році колективом авторів (Солдато-ва Г.У., Шайгерова Л.А., Черкасов П.А.) на основі ряду методик, пов'язаних з діагностикою ПТСР, і критеріїв DSM-IV для оцінки вираженості симптомів ПТСР у людей, яким довелося залишити місця колишнього проживання внаслідок війн, конфліктів, стихійного лиха. Даний опитувальник застосовується зокрема для дослідження рівня ПТСР у біженців і вимушених переселенців. Результати дослідження, проведеного за допомогою даного опитувальника в 6 регіонах Росії за Програмою Російського Товариства Червоного Хреста «Міграція населення», дозволили оцінити схильність до посттравматичних симптомів різних груп вимушених переселенців

залежно від статі, віку, подій, що передували міграції і умов на новому місці проживання.

Опитувальник складається з 5 пунктів. Перші два пункти виявляють відповідність дії і реакції респондента на подію – відповідають критерію А ПТСП за міжнародною класифікацією DSM-IV. У третьому пункті виявляється наявність і кількість симптомів, які відповідають критеріям В, С, D ПТСП за DSM-IV. У четвертому пункті – тривалість симптомів – «від одного до трьох місяців» і «понад три місяці», що відповідає критерію Е. У п'ятому пункті на запропонованих шкалах потрібно відмітити, наскільки сильно наявні симптоми заважають пацієнту в житті, діапазон від «не заважають зовсім» до «дуже сильно заважають», що відповідає критерію F.

Окремо відзначають форми розладу: гострий – тривалість симптомів менше 3 місяців; хронічний – симптоми зберігаються протягом 3 місяців і більше. Також виділяють ПТСП з відстроченим початком – симптоми почали проявлятися щонайменше через 6 місяців після впливу стресора.

Висновки

Хоча відмічено, що респонденти різних груп по різному реагують на ситуацію вимушеного переселення, проведений скринінг не дав змоги у повному обсязі оцінити стан психічного здоров'я вимушених переселенців і вирішити завдання дослідження. Тому для подальшого дослідження з метою отримання статистично вагомих даних і створення більш репрезентативної вибірки необхідне обстеження більшої кількості ВПО з використанням клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного та патофизиологічного методів дослідження.

Список використаної літератури

1. Психологическая помощь мигрантам. Травма, смена культуры, кризис идентичности: учебное пособие / Г. В. Солдатова, Л. А. Шайгерова, В. К. Калинин, О. А. Кравцова. – М.: Смысл, 2002. – 479 с.
2. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях: справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.

3. Психогении в экстремальных условиях / Ю. А. Александровский, О. С. Лобастов, Л. И. Спивак, Б. П. Щукин. – М.: Медицина, 1991. – 97 с.
4. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 302 с.
5. Spitzer R. L. For the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study / R. L. Spitzer, K. Kroenke, J. B. W. Williams // JAMA. – 1999. – № 282. – P. 1737–1744.
6. Validity and utility of the Patient Health Questionnaire in assessment of 3000 obstetrics-gynecologic patients / R. L. Spitzer, J. B. W. Williams, K. Kroenke [et al.] // Am. J. Obstet Gynecol. – 2000. – № 183. – P. 759–769.
7. Kroenke K. Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure / K. Kroenke, R. L. Spitzer // J. Gen. Intern. Med. – 2001. – № 16. – P. 606–613.
8. Kroenke K. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure / K. Kroenke, R. L. Spitzer // Psychiatric Annals. – 2002. – № 32. – P. 509–521.
9. Monitoring depression treatment outcomes with the Patient Health Questionnaire-9 / B. Löwe, J. Unutzer, C. M. Callahan [et al.] // Med Care. – 2004. – № 42. – P. 1194–1201.
10. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7 / R. L. Spitzer, K. Kroenke, J. B. W. Williams, B. Löwe // Arch. Intern. Med. – 2006. – № 166. – P. 1092–1097.
11. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection / K. Kroenke, R. L. Spitzer, J. B. W. Williams [et al.] // Ann. Intern. Med. – 2007. – № 146. – P. 317–325.
12. Kroenke K. The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating somatic symptom severity / K. Kroenke, R. L. Spitzer, J. B. W. Williams // Psychosom. Med. – 2002. – № 64. – P. 258–266.
13. The P4 screener: a brief measure for assessing potential suicidal risk / P. Dube, K. Kroenke, M. J. Bair [et al.] // J. Clin. Psychiatry Primary Care Companion, 2010 (in press).
14. Overall J. E. The Brief Psychiatric Rating Scale / J. E. Overall, D. R. Gorham // Psychological Reports. – 1962. – № 10. – P. 790–812.
15. Kay S. R. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia / S. R. Kay, A. Fiszbein // Schizophrenia Bulletin. – 1987. – № 13. – P. 261–275.
16. Hedlund J. L. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): a comprehensive review / J. L. Hedlund, B. W. Vieweg // Journal of Operational Psychiatry. – 1980. – № 11. – P. 48–65.
17. Beusterien K. M. Usefulness of the SF-36® Health Survey in measuring health outcomes in the depressed elderly / K. M. Beusterien, B. Steinwald, J. E. Ware // J. Geriatr Psychiatry Neurol. – 1996. – № 9.
18. Validating the SF-36® Health Survey Questionnaire: new outcome measure for primary care / J. E. Brazier, R. Harper, N. M. B. Jones [et al.] // British Medical Journal. – 1992. – № 305. – P. 160–164.
19. Jenkinson C. Short Form 36 (SF-36®) Health Survey Questionnaire: normative data for adults of working age / C. Jenkinson, A. Oulter, L. Wright // British Medical Journal. – 1993. – № 306. – P. 1437–40.
20. McHorney C. A. Construction and validation of an alternate form general mental health scale for the Medical Outcomes Study Short Form 36-Item Health Survey / C. A. McHorney, J. E. Ware // Med. Care. – 1995. – № 33 (1) – P. 15–28.

АНАЛИЗ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ РАССТРОЙСТВ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ

Е.А. Хаустова, Н.В. Коваленко

Актуальность. Расстройства психического здоровья у вынужденных мигрантов разнообразны и затрагивают практически все сферы психики. На фоне астении формируются различные пограничные нервно-психические заболевания, наиболее распространенными из них являются психогенные депрессия, тревожные и соматоформные расстройства.

Цель. Исследовать спектр и клинико-психопатологические особенности расстройств психики и поведения у временно перемещенных лиц.

Материалы и методы. При условии информированного согласия проведен скрининг 60 временно перемещенных лиц в возрасте от 18 до 80 лет, который включал в себя сбор коротких анамнестических сведений, актуальных жалоб и оценку психического статуса с помощью опросника состояния здоровья PHQ и международно-нейропсихиатрического мини-интервью (MINI).

Результаты. По результатам скрининга стало возможным выделить 3 группы респондентов. Пациенты с основной соматической патологией чаще жаловались на снижение настроения, нарушения сна, раздражительность, несдержанность, эмоциональную лабильность, нежелание жить, отсутствие жизненной перспективы, резкое снижение памяти, сообразительности, снижение концентрации внимания. У них чаще наблюдались тревожный и депрессивный синдромы с высоким и средним риском суицида, расстройства адаптации. У пациентов с основной психической патологией резких изменений психического состояния не обнаружено. В группе «условно здоровых» чаще наблюдались жалобы на общую слабость, боль в спине, нижних конечностях, суставах, нарушение сна, повышение АД, боль в области сердца, сердцебиение, головную боль, головокружение, шум в ушах, нарушения со стороны ЖКТ, возникавшие на фоне пониженного настроения, «внутреннего напряжения». У большинства наблюдались депрессивный и тревожный синдромы в сочетании с выраженными соматическими симптомами, низким риском суицида и расстройствами адаптации.

Выводы. Ведущая психопатологическая симптоматика у респондентов из разных групп различна и зависит от наличия и типа основной патологии.

Ключевые слова: вынужденная миграция, расстройства психического здоровья, тревога, депрессия, психосоматические расстройства.

ANALYSIS PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF MENTAL AND BEHAVIOR DISORDERS IN DISPLACED PERSONS

O. Khaustova, N. Kovalenko

Objectives. Mental health disorders in the forced migrants are diverse and affect almost all areas of the psyche. Against the background of fatigue formed various border nervous and mental diseases, the common of these are psychogenic depression, anxiety and somatoform disorders.

Purpose. Explore the range of clinical and psychopathological features of mental disorders and behavior of displaced persons.

Materials and methods. Subject informed consent screened 60 IPDs in age from 18 to 80 years, which included a collection of short medical history information, current complaints and an assessment of mental status using health status questionnaire PHQ and international neuropsychiatric mini interview (MINI).

Results. According to the results of screening it became possible to distinguish three groups of respondents. Patients with primary somatic pathology often complained of depressed mood, sleep disturbances, irritability, incontinence, emotional incontinence, unwillingness to live, lack of life perspective, the sharp decline of memory, intelligence, decreased concentration. They were more common anxiety and depressive syndromes with high and medium risk of suicide, adjustment disorder. In patients with major mental disorders sudden changes in mental state were found. In group «apparently healthy» were more common complaints of general weakness, pain in the back, legs, joints, insomnia, increased blood pressure, chest pain, palpitations, headache, dizziness, tinnitus, disorders of the gastrointestinal tract that occurred at background of depressed mood, «internal tension». Most observed depressive and anxiety syndromes in combination with severe somatic symptoms, low risk of suicide and adaptation disorders.

Conclusions. Leading psychiatric symptoms among respondents from different groups varies and depends on the presence and type of the underlying pathology.

Key words: forced migration, mental health disorders, anxiety, depression, psychosomatic disorders.

О.О. Хаустова¹, О.Є. Смахна²

КОМОРБІДНІСТЬ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ТА ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ: МУЛЬТИФАКТОРНА МОДЕЛЬ ВЗАЄМОДІЇ

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

²ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

osmashna@gmail.com

Ключові слова:
посттравматичний
стресовий розлад,
черепно-мозкова травма,
екзогенно-органічні
психічні порушення.

Дослідження різних аспектів взаємозв'язків між черепно-мозковою травмою (ЧМТ) і посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) набуло особливої актуальності в останні роки, оскільки вказані порушення часто співіснують у клінічному аспекті, як самостійно, так і в поєднанні, розглядаються в якості визначних чинників порушення здоров'я у людей, які постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій.

Цей огляд присвячений питанням коморбідності ЧМТ та ПТСР. Сучасні наукові дослідження з цієї тематики нечисленні та відрізняються суперечливістю результатів. У одних описується як симптоматика даних порушень, накладаючись одна на одну, видозмінює типову клінічну картину кожного розладу. Інші дослідження більшою мірою зосереджені на проблемах диференційної діагностики вказаних станів. Співіснують гіпотези психогенної та органічної синдромологічної належності клініко-психопатологічних порушень у пацієнтів з вказаною коморбідністю.

Ми провели клініко-психопатологічне дослідження 28 учасників бойових дій у зоні АТО, у яких була легка ЧМТ в анамнезі та симптоми ПТСР на момент обстеження. Результати аналізу клінічних даних вказують на співіснування симптомів обох порушень у різних варіаціях та піднімають ряд запитань щодо диференційної діагностики даних станів та етіологічної належності психопатологічних феноменів.

Дослідження різних аспектів взаємозв'язків між черепно-мозковою травмою (ЧМТ) і посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) набуло особливої актуальності в останні роки, оскільки ці порушення часто співіснують у клінічному аспекті та є визначними чинниками порушення здоров'я у людей, які постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій [1, 3, 5, 8]. Сучасні наукові дані щодо коморбідності ПТСР і ЧМТ нечисленні та суперечливі.

Цей огляд присвячений аналізу взаємозв'язків між ЧМТ та ПТСР. Розглянуто гіпотези щодо потенційного дублювання симптомів, а також висвітлено проблеми диференційного діагнозу; досліджено, якою мірою наявні порушення можуть бути обумовлені органічними, психологічними факторами чи їх поєднанням [20]. Розглянуто вплив ступеня тяжкості ЧМТ на виникнення симптомів ПТСР. Також обговорюються клініко-психопатологічні особливості даної коморбідності: які клінічні характеристики ПТСР, що розвивається на ґрунті ЧМТ, і як ПТСР впливає на прояви симптомів ЧМТ (постконтузійного синдрому), що виникає уже після появи проявів ПТСР.

Застосування сучасних технологічних досягнень у військовій галузі призвело до виникнення контингенту

постраждалих з політравмою, обумовленою інтенсивністю і поліетіологічністю патологічних проявів, складністю патогенетичних механізмів їх розвитку із залученням багатьох органів і систем організму [1, 3, 5, 8, 11, 23, 28, 32]. Механізм травми включає ураження головного мозку безпосередньою дією вибухової хвилі, різкими коливаннями атмосферного тиску, впливом звукової хвилі, пошкодженням предметами і уламками, що падають а також вираженим психоемоційним впливом. Черепно-мозкова травма (ЧМТ) охоплює різноманітні види і ступені механічного пошкодження кісток черепа, мозку, його оболонок і судин [23]. Доступні літературні дані вказують, що найчастіше у постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій спостерігається ЧМТ легкого ступеня.

Незвичайний поліморфізм нервово-психічних розладів у віддалений період ЧМТ обумовлюється складністю отриманої травми, локалізацією мозкового ушкодження, а також рядом супутніх факторів – приєднанням інфекції, віком хворого, преморбідними захворюваннями, соціальним становищем тощо [3, 11, 23, 28, 32].

Аналітичні роботи епідеміологічної спрямованості часто демонструють суперечливі дані: з одного боку встановлено, що ЧМТ обумовлює збільшення імовір-

ності виникнення ПТСР, інші дослідження вказують на підвищення частоти ПТСР при коморбідності з ЧМТ [28]. У США встановлено, що серед осіб, які перенесли легку ЧМТ, у 20–40% випадків виявляють ПТСР, до 56% постраждалих мають когнітивні проблеми: зниження уваги, пам'яті, труднощі у засвоєнні нової інформації [23].

Учасники бойових дій, перебуваючи у надзвичайних умовах існування, зазнають бойового стресу, під яким розуміють багаторівневий процес адаптаційної активності людського організму в умовах, що супроводжуються напругою механізмів реактивної саморегуляції і закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних змін [4, 32]. Патолофізіологічний механізм впливу бойового, як і будь-якого іншого стресу, реалізується із залученням нервової та ендокринної систем: особливості діяльності кори головного мозку, системи гіпоталамус–гіпофіз–надниркові залози, лімбічної системи, ретикулярної формації і стовбура мозку. У військовослужбовців в екстремальних умовах формується стійка стрес-індукована нейродинамічна система.

Дослідники, які вивчали взаємозв'язок ступеня тяжкості ЧМТ та виникнення симптомів ПТСР, показали, що легка ЧМТ збільшує, а тяжка та помірна, навпаки, знижує ризик захворюваності на ПТСР [20, 21].

Однією з найхарактерніших рис розвитку бойової психічної патології є феномен «запізнілої реактивності». При вивченні динаміки бойового стресу, обумовленої легкою ЧМТ, дослідники вказують, що на перших етапах захворювання розвивається гострий стресовий розлад, пізніше – ПТСР переважно психогенної природи, а потім поступово починають превалювати симптоми органічного ураження мозку. Таким чином, ПТСР на певній стадії розвитку набуває рис екзогенно-органічної церебральної патології [13, 14].

Тут доречно згадати зауваження Є.В. Снедкова про те, що «в літературі висловлюються думки, що тяжкий стрес діє скоріше як каталізатор, а не як специфічний етіологічний фактор» [7]. R.A. Bryant [14] зазначає, що військова травма (екстремальний стрес) може викликати як розвиток ПТСР, так і розлади екстремального стресу (DESNOS). Однак розвиток другого розладу автор пов'язує з рядом інших факторів (ранньою травмою дитинства, надзвичайним рівнем переживання інтрузивної травми, недостатнім характерологічним функціонуванням тощо).

У сучасних класифікаціях психічних розладів і деяких дослідженнях при аналізі проблеми ПТСР акцент роблять на психогенії, а інші патогенні фактори (середовищні, соціальні, екзогенно-органічні, особистісні) повністю або частково ігноруються [7, 29].

На сьогодні існують численні й часто суперечливі погляди та принципові підходи до розуміння сутності ПТСР. При цьому вивчення механізмів розвитку даного розладу здійснюється на фізіологічному, психологічному, феноменологічному, соціокультуральному та інших рівнях.

В останні десятиліття посилився науковий інтерес до біологічних моделей розвитку ПТСР, які спрямовані на дослідження психофізіологічних, нейроендокринних, нейроанатомічних та ряду інших закономірнос-

тей цього розладу [12, 15–19, 21, 25–27, 30, 31, 33, 34]. Накопичуються дані, які показують, що серйозна психологічна травма викликає зміни в організмі, а нейробіологічна відповідь зберігається навіть роки після припинення її впливу.

Скарги, які зазвичай висловлюють пацієнти з ПТСР, обумовлені змінами біологічних процесів. Так, сенсibilізація норадренергічної системи може реалізовуватись у збудженні, порушеннях сну і експлозивних спалахах, ускладнюючи взаємодію з членами сім'ї, друзями, колегами по службі. Для пом'якшення цих симптомів Perezбудження пацієнти з ПТСР часто використовують психоактивні речовини, які пригнічують периферійну і центральну функцію катехоламінів. R. Yehuda і співавтори виявили при ПТСР збільшення 24-годинної екскреції катехоламінів із сечею, при цьому рівні допаміну і норадреналіну значно корелювали з тяжкістю симптомів розладу, що свідчить про підвищену активацію симпатичної нервової системи при ПТСР [27].

Також у пацієнтів з ПТСР була виявлена надмірна активність симпатичної нервової системи з підвищенням адренергічної функції [25, 27, 28]. Крім того, у комбатантів з ПТСР спостерігається підвищення рівня дофаміну в плазмі крові у стані спокою і після навантаження [24]. Цікаві результати, які свідчать про адренергічну дисфункцію центральної симпатичної системи, виявили, що антагоніст α_2 -рецепторів йохімбин посилював панічні атаки і феномен флешбеків у значної кількості хворих з ПТСР, тоді як у здорових обстежених цих явищ не спостерігали [22].

В останні роки зарубіжні дослідники приділяли велику увагу вивченню ролі кортизолу в патогенезі ПТСР [17, 18, 24, 26, 31]. Результати досліджень, у яких вивчали функцію гіпоталамо–гіпофізарно–наднирковозалозної системи при хронічному стресі або ПТСР, значно варіюють (залежно від експериментальної парадигми або від популяції, яку вивчали), що робить порівняння отриманих даних вельми складним. Наприклад, деякі дослідники вимірювали середні дані добового виділення кортизолу з сечею [24], інші визначали рівень сироваткового кортизолу вранці натщесерце [26]. При цьому у пацієнтів з ПТСР відзначали як підвищену, так і знижену та нормальну [27] секрецію кортизолу. При оцінці отриманих даних необхідно враховувати, що нейротоксична дія кортизолу проявляється і при низькому (порівняно з середньою нормою) базальному рівні глюкокортикоїдів, що пояснюється вихідною чи набутою підвищеною чутливістю глюкокортикоїдних рецепторів гіпокампу, а також довоєнною біологічною схильністю комбатантів до дисфункціонального реагування на бойовий стрес. Суперечливі дані різних авторів щодо вмісту кортизолу в біологічних рідинах пояснюються центральною регуляторною дисфункцією гіпоталамо–гіпофізарно–наднирковозалозної (ГГН) системи, що характеризується динамічною тенденцією до надактивності з сильними коливаннями рівня кортизолу [24, 31]. Таку ендокринну дисфункцію можна охарактеризувати як «стрес-вразливість», за термінологією D. Wasserman (2001), який у своїй моделі виникнення ПТСР основне

значення надає психосоціальному впливу, але враховує також нейробіологічні та генетичні чинники.

Дослідники М.А. Smith та ін. [31] як можливу нейроендокринну аномалію у хворих на ПТСР розглядають знижену адренкортикотропінову реакцію на введення кортикотропіну, проте ці особливості не є специфічними, оскільки спостерігаються також у хворих на великий депресивний епізод, панічні розлади й нервову анорексію.

Спостереження J. Gill і співавт. [19] показали, що розвиток ПТСР пов'язаний з дисрегуляцією гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковозалозної осі і порушенням імунної системи, характеризується низьким рівнем кортизолу і високим – дегідроепіандростерону, наростаючим виділенням некротичного пухлинного фактора (TNF- α Agr) та інтерлейкіну-6 (IL-6), порівняно зі здоровими особами. Ці зміни лежать в основі запальних процесів, регулювання яких може зменшити ризик розвитку ПТСР.

Іншої думки дотримуються М. Wessa і співавт. [27], які вважають, що роль гормональних змін у розвитку ПТСР, пізнавальних і емоційних порушень, що його супроводжують, все ще залишається досить невідомою. Прибічники даної школи підкреслюють порушення в симпатико-адреналовій медулярній системі. R. Von Kanel і співавт. [33] виявили асоціацію між ПТСР і біомаркерами запалення, що пов'язані з серцево-судинною патологією і роллю коморбідних депресивних симптомів.

Іншою нейроендокринною аномалією у комбатантів з ПТСР є значне підвищення рівня тестостерону в сироватці крові, на відміну від його зниження у хворих з великим депресивним епізодом [18].

Дослідники С. Spitzer і співавт. (2010) вивчали зв'язок між ПТСР і рівнем С-реактивного білка в сироватці крові у загальній популяції і виявили тісну взаємодію між ними, враховуючи при цьому такі параметри як стать, вік, соціодемографічні чинники, індекс маси тіла, артеріальний тиск, рівень ліпопротеїнів та тригліцеридів, фізичну активність, коморбідні соматичні захворювання, щоденне споживання алкоголю, травми. Вони зробили висновок, що одним з психобіологічних механізмів ПТСР можна вважати зв'язок цього розладу з деякими соматичними захворюваннями, наслідком чого може бути слабо виражений запальний процес [31].

Marcelo Q. Hoexter і співавт. (2012) вважають, що дофамінергічна реакція кори головного мозку на стрес може розглядатися як «мікрокосм» основних змін, які відбуваються при ПТСР. Дослідники запропонували модель виникнення цього розладу за рахунок збільшення викиду дофаміну нейронами префронтальної кори головного мозку і пов'язують функцію дофамінергічної регуляції нейронів префронтальної кори з іншими ділянками мозку (включаючи мигдалеподібну залозу).

Bryant R.A. та співавт. виявили, що вплив психічної травми може призвести до структурних змін головного мозку, а особливо до атрофії гіпокампі [15, 25], про що свідчили результати комп'ютерної томографії, які виявляли білатеральне зменшення об'єму гіпокампі у пацієнтів з хворобливими спогадами про травматичні події та лівостороннє його зменшення у випадку пере-

важання дисоціативних симптомів [16]. Проте інші дослідники вважають, що дані зміни можуть бути відображенням преморбідних особливостей будови головного мозку у осіб, схильних до розвитку ПТСР. Інші автори [21] вважають зменшення об'єму гіпокампі нейроендокринним відхиленням, а не наслідком розвитку ПТСР.

Також є суперечливими дані щодо міжпівкульних відмінностей мозкових структур, що відображають дисфункцію емоційних ділянок при ПТСР [25].

Аналізуючи доступні наукові дані щодо нейроендокринних, патологоанатомічних та біохімічних аномалій при коморбідності ПТСР та ЧМТ можна прийти до висновку, що вони є досить суперечливими і неоднозначними.

Однією з сучасних мультифакторних концепцій, яка найбільшою мірою відображає сукупність психологічних, біологічних і соціальних факторів, що впливають на розвиток ПТСР, є біопсихосоціальна модель формування цього розладу. Прикладом такого підходу може служити мультифакторна концепція А. Maercker (1997). У цій концепції надається значення трьом основним групам факторів, поєднання яких призводить до розвитку ПТСР:

- 1) фактори, пов'язані з травматичною подією – тяжкість травми, її раптовість, неконтрольованість;
- 2) захисні механізми – здатність до осмислення події, наявність соціальної підтримки;
- 3) фактори ризику – вік, негативний минулий досвід, психічні розлади в анамнезі, низький рівень інтелекту і соціально-економічних умов життя.

Феноменологічний підхід розглядає коморбідність ПТСР та ЧМТ з двох позицій. Згідно з першою гіпотезою, яку називають церебротравматичним підходом, у результаті легкої ЧМТ з часом реактивна, психологічна, функціональна симптоматика відходить на задній план перед поступово наростаючою органічною симптоматикою, що формується у віддалений період ЧМТ у вигляді різних органічних змін – астенічних, психопатоподібних, церебральних, психоорганічних. Причиною подібного органічного синдрому є генезу клінічної картини ПТСР з хронічним перебігом є судинний фактор (атеросклероз, гіпертензія), несприятливий вплив супутньої патології, травматична і дисциркуляторна енцефалопатія. Інша точка зору (психосоматична) пояснює функціональні психосоматичні порушення як етап загального психосоматичного процесу, що передують розвитку органічної патології.

На основі структурно-динамічного і патогенетичного аналізу Єпанчінцева Е.М. і співавт. [3] серед інших груп виділили неврозо-психопатоподібний типологічний варіант ПТСР з поліморфними психовегетативними, психосоматичними і психоорганічними станами. У їх генезі задіяні не тільки психогенні, а й масивні соматогенні (серцево-судинні, шлунково-кишкові, ендокринні) впливи, екзогенно-органічні (травматичні, інтоксикаційні) ураження головного мозку. Автори не виключають і ролі «генетичних дефектів», а також виснаження резервних адаптаційних механізмів. Цей варіант ПТСР маніфестує стійкими цефалгічними розладами (в 30% випадків) через 1–3

роки після органічного ураження головного мозку. В 10% випадків автори спостерігали епілептиформні пароксизми за типом абортівних нападів, що мали досить виражений психогенний запуск і зв'язок з ЧМТ в анамнезі. У динаміці на перший план виступали прогресуючі цереброорганічні порушення і спостерігався перехід до загальноорганічного зниження особистості.

Виділяючи дисфоричний тип ПТСР майже у третини хворих В.М. Волошин [1, 2] встановив резидуально-органічну (в тому числі соматичну) обтяженість. При цьому майже в 21% випадків мали місце віддалені наслідки закритих ЧМТ, що відрізняло цей тип ПТСР від інших.

Динамічні і катamnестичні дослідження ветеранів показують наростання частки органічних розладів в структурі ПТСР. Клінічні стани, кваліфіковані в гострий і підгострий періоди як гострі стресові реакції, порушення адаптації і посттравматичні стресові розлади, через роки виявляли переважно симптоми, характерні для органічних розладів. Поряд з тим, наявність ЧМТ у пацієнтів з ПТСР визначала згодом особливості клінічної картини ПТСР: через 3 і 12 місяців після травми найчастіше діагностували ПТСР і великий депресивний розлад. При цьому через 12 місяців у 10% учасників клінічна картина відповідала діагностичним критеріям обох розладів. Стан більше 20% досліджуваних відповідав діагностичним критеріям щонайменше одного психічного розладу, який виник після перенесеної травми. За іншими даними, велика депресія після ЧМТ виявлялася у 25–40% досліджуваних. Можна припустити, що як один з варіантів має

місце тип динаміки ПТСР, при якому співвідношення органічного і психогенного радикалів у структурі розладів можуть мати такі варіанти: 1) симптоми властиві ПТСР не є специфічними, вони можуть бути в рамках інших психогенних, екзогенних, екзогенно-органічних, посттравматичних розладів і захворювань; 2) органічна симптоматика починає домінувати на фоні функціонально-психогенних проявів у випадках хронічного ПТСР; 3) ПТСР може поєднуватися з іншими психічними та соматичними розладами, тобто проявляти хронологічну і патогенетичну коморбідність.

Ці дослідження показують так звану морфологізацію ПТСР, при якій на певній стадії розвитку дане порушення набуває рис екзогенно-органічної церебральної патології. Взаємовідношення між ПТСР та екзогенно-органічною патологією можна розглядати в руслі концепції «патологічно зміненого ґрунту» (С.Р. Жислін (1965)), згідно з якою саме «ґрунт» як клінічно не виражений, проте змінений функціональний стан, спричиняє зміну мозкової реактивності, яка виявляється лише в певних умовах [2, 3, 7, 11].

Отже, на даний час триває ґрунтовний аналіз різних аспектів коморбідності ПТСР та ЧМТ, результати якого повинні відповісти на ряд важливих клінічних, діагностичних, прогностичних та терапевтичних запитань, а саме:

- 1) яка поширеність коморбідних ПТСР і ЧМТ?
- 2) яка відносна точність діагностичних тестів, що використовуються для клінічної оцінки ЧМТ + ПТСР?
- 3) Чи існують психосоціальні або фармакологічні методи лікування, які використовуються для терапії ПТСР і ЧМТ одночасно?

Також необхідно зазначити, що представлені активні наукові дослідження є недостатніми для вирішення ключових питань курації.

За період 2015–2016 років на базі Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні ми обстежили 28 чоловіків, які були учасниками АТО на Сході України за 3–7 місяців до проведеного обстеження. Усі пацієнти перенесли легку ЧМТ під час бойових дій та на момент обстеження мали різні психічні порушення, які підпадали під наступні діагностичні рубрики: «Порушення адаптації у вигляді тривожно-депресивної реакції» (8 пацієнтів) та «Посттравматичний стресовий розлад» (20 пацієнтів). Ми провели аналіз клініко-психопатологічних особливостей вказаного контингенту пацієнтів та виявили схожість симптомів, що задіявали різні психічні сфери, і це створювало значні проблеми у диференційній діагностиці наслідків легкої ЧМТ та психічних розладів, асоційованих з бойовою травмою. У таблиці наведено порівняння клінічних проявів легкої ЧМТ та ПТСР у діагностичному процесі.

Отже, у пацієнтів, що перенесли легку ЧМТ та мають ознаки ПТСР, спостерігаються одночасно симптоми обох порушень, видозмінюючи та доповнюючи клінічну картину цих патологій, та піднімаючи цілий ряд запитань щодо диференційної діагностики даних станів та етіологічної належності психопатологічних феноменів.

Таблиця. Порівняння клінічних особливостей легкої черепно-мозкової травми та посттравматичного стресового розладу

ЧМТ	ПТСР
Порушення сну	
Порушення REM циклу	Кошмари Гіперзбудження Підвищенасторожкість
Емоційні порушення	
Емоційна лабільність без зовнішніх тригерів Надмірна емоційна реакція на малі події	Тривога, ажитація Дратівливість Онїміння емоцій Неадекватність емоційних реакцій Апатія (втрата бажання думати, відчувати і / або діяти)
Особистісні зміни	
Сплющення Втрата ініціативності Втрата самоконтролю Зниження спонтанності Надлишкова увага до деталей	Неадекватність самооцінки Відчуття неповноцінності Підвищена необхідність у контролі та владі над іншими Категоричність поглядів Агресія (соціально неадекватна поведінка) Розгальмованість, подразливість чи втрата контролю над собою (епізоди гніву)
Когнітивні порушення	
Сповільнення психомоторних реакцій Пошук слів при спілкуванні Проблеми переключення уваги, ригідність Труднощі в плануванні, виконанні запланованого, вирішенні багатоетапних завдань	Розсіяність Порушення операційної пам'яті Порушення функціональних зв'язків Виконавча дисфункція

Висновки

Сучасні наукові дані щодо коморбідності ПТСР і ЧМТ невеликі за чисельністю та суперечливі.

Поширеність коморбідних ПТСР і ЧМТ коливається в широких межах залежно від особливостей пацієнта, етіології та тяжкості травми, діагностичних інструментів, часу та способу встановлення діагнозу.

ПТСР є розладом, який досить обґрунтовано розглядається як психогенний (по суті невротичний), проте він може бути настільки ж обґрунтовано віднесений до категорії органічної патології, при цьому залишається недостатньо вивченим питання про те, якою мірою травматичні (постконтузійні) симптоми є результатом органічних і психологічних факторів або їх взаємодії.

Симптоми, властиві ПТСР, не є специфічними і можуть бути в рамках інших психогенних, екзогенних, екзогенно-органічних, посттравматичних розладів і захворювань.

Органічна симптоматика часто починає домінувати на фоні функціонально-психогенних проявів у випадках хронічного ПТСР.

ПТСР може поєднуватися з іншими психічними та соматичними розладами, тобто проявляти хронологічну і патогенетичну коморбідність.

Немає достатньої інформації щодо ефективності і безпечної терапії цих коморбідних станів. Представлені активні наукові дослідження є недостатніми для вирішення ключових питань curaції.

Список використаної літератури

- Волошин В. М. Феноменологические аспекты посттравматического стрессового расстройства / В. М. Волошин // Рос. мед. журн. – 2006. – № 4. – С. 16–21.
- Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова [та ін.]. – Харків: ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України», 2014. – 80 с.
- Клиническая структура психических расстройств у участников локальных вооруженных конфликтов в отдаленном постбоевом периоде [Електронний ресурс] / Е. М. Епанчинцева, Т. В. Казенных, В. Ф. Лебедева, Н. А. Бохан // Успехи современного естествознания. – 2015. – № 1–5. – С. 760–764. – Режим доступу: <http://natural-sciences.ru/ru/article/view?id=34938>
- Посттравматическое стрессовое расстройство у перенесших вооруженный конфликт. Клиническая динамика, диагностика, лечение и реабилитация. [Електронний ресурс] / И. И. Кутько, О. А. Панченко, А. Н. Линева // Український медичний часопис. – 2016. – № 1 (111) – I/II. – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/93343/>
- Психиатрия войн и катастроф: учебное пособие [Електронний ресурс]: под. ред. В. К. Шамряя. – СПб.: СпецЛит, 2015. – Режим доступу: http://www.e-reading.club/chapter.php/1039956/58/_/Psihiatriya_voyn_i_katastrof._Uchebnoe_posobie.html
- Резник А. М. Боевое посттравматическое стрессовое расстройство и коморбидные психопатологические синдромы / А. М. Резник // Воен.-мед. журн. – 2007. – № 10. – С. 62.
- Снедков Е. В. Проблема нозологической самостоятельности посттравматического стрессового расстройства / Е. В. Снедков // Журн. неврологии и психиатрии. – 2009. – № 12, Т. 109. – С. 8–11.
- Строганов А. Е. Характеристика психопатологической симптоматики у комбатантов с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга в сочетании с невротической симптоматикой / А. Е. Строганов, С. Ю. Стреминский // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 2 (87). – С. 23.
- Сукиасян С. Г. Соматоформная динамика посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий / С. Г. Сукиасян // Рос. психиатр. журн. – 2006. – № 3. – С. 78–85.
- Сукиасян С. Г. Роль черепно-мозговой травмы в динамике боевого посттравматического стрессового расстройства [Електронний ресурс] / С. Г. Сукиасян, М. Я. Тадевосян // Журнал неврологии и психиатрии

- им. С. С. Корсакова. – 2014. – № 4. – Режим доступу: <http://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2014/4/031997-7298201443>
- Чухловина М. Л. Особенности диагностики и лечения посттравматического стрессового расстройства у лиц, перенесших легкую черепно-мозговую травму / М. Л. Чухловина // Нейрохирургия. – 2011. – № 1, Т. III. – С. 23–30.
- Low-dose Cortisol for symptoms of posttraumatic stress disorder / A. Aerni, R. Traber, C. Hock [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2004. – № 16. – P. 1488–1490.
- Bay E. H. Early stress response / E. H. Bay, I. Liberzon // Res. Theory Nurs Pract. – 2009. – Vol. 23, № 1. – P. 42–61.
- Bryant R. A. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a systematic review / R. A. Bryant // J. Clin Psychiatry. – 2011. – № 72. – P. 233–239.
- Enhanced amygdala and medial prefrontal activation during nonconscious processing of fear in posttraumatic stress disorder: an fMRI study / R. A. Bryant, A. H. Kemp, K. L. Felmingham [et al.] // Hum Brain Mapp. – 2008. – № 29. – P. 517–523.
- Structural and functional plasticity of the human brain in posttraumatic stress disorder / J. D. Bremner, B. Elzinga, C. Schmah, E. Vermetten // Prog. Brain Res. – 2008. – № 167. – P. 71–86.
- De Quervain D. J. Glucocorticoids for the treatment of posttraumatic stress disorder and phobias: a novel therapeutic approach / D. J. De Quervain, J. Margraf // Eur. J. Pharmacol. – 2008. – № 583. – P. 365–371.
- Effects of trauma-related audiovisual stimulation on cerebrospinal fluid norepinephrine and corticotropin-releasing hormone concentrations in post-traumatic stress disorder / T. D. Geraciotti Jr., D. G. Baker, J. W. Kasckow [et al.] // Psychoneuroendocrinology. – 2008. – № 33. – P. 416–424.
- PTSD is Associated With an Excess of Inflammatory Immune Activities / J. M. Gill, L. Saligan, S. Woods, G. Page // Perspectives in Psychiatric Care. – 2009. – № 45, Vol. 4. – P. 262–277.
- Hoffman S. W. The interaction between psychological health and traumatic brain injury: a neuroscience perspective / S. W. Hoffman, C. Harrison // Clin. Neuropsychol. – 2009. – Vol. 23, № 8. – P. 1400–1415.
- Jonathan E. Sherin. Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma / Jonathan E. Sherin, Charles B. Nemeroff // Dialogues Clin Neurosci. – 2011. – № 13 (3). – P. 263–278.
- A possible mechanism for PTSD symptoms in patients with traumatic brain injury: central autonomic network disruption [Електронний ресурс] / John B. Williamson, Kenneth M. Heilman, Eric C. Porges [et al.] // Front. Neuroeng. – 2013. – Режим доступу: <http://dx.doi.org/10.3389/fneng.2013.00013>
- Posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder-like symptoms and mild traumatic brain injury / J. E. Kennedy, M. S. Jaffee, G. A. Leskin [et al.] // J. Rehabil research devopment. – 2007. – Vol. 44, № 7. – P. 895–920.
- Higher striatal dopamine transporter density in PTSD: an in vivo SPECT study with [99mTc]TRODAT-1 / Marcelo Q. Hoexter [et al.] // Psychopharmacology. – 2012. – Vol. 224, Issue 2. – P. 337–345.
- Cortisol and post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis / M. L. Meewisse, J. B. Reitsma, G. J. de Vries [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2007. – № 191. – P. 387–392.
- A review of neuroimaging studies in PTSD: heterogeneity of response to symptom provocation / R. A. Lanius, R. Bluhm, U. Lanius, C. Pain // J. Psychiatr Res. – 2006. – № 40. – P. 709–729.
- Quervain D. J. Glucocorticoid-induced reduction of traumatic memories: implications for the treatment of PTSD / D. J. Quervain // Prog Brain Res. – 2008. – № 167. – P. 39–47.
- Yehuda R. I. Transgenerational transmission of cortisol and PTSD risk / R. I. Yehuda, L. M. Bierer // Prog Brain Res. – 2008. – № 167. – P. 121–35.
- Richard B. Post-traumatic stress disorder vs traumatic brain injury / B. Richard // Journal List, Dialogues Clin Neurosci. – 2011. – Vol. 13 (3). [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3182010/>
- Samvel Hrant (Grant) Sukiasyan Посттравматическое стрессовое расстройство: из функционального в органическое [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://www.researchgate.net/publication/266079081_Posttravmaticheskoe_stressovoe_rasstrojstvo_iz_funkcionalnogo_v_organicheskoe
- PTSD prevalence, associated exposures, and functional health outcomes in a large, population-based military cohort / T. C. Smith [et al.] // Public Health Rep. – 2009. – № 124 (1). – P. 90–102.
- Association of posttraumatic stress disorder with low-grade elevation of C-reactive protein: evidence from the general population / C. I. Spitzer, S. Barnow, H. Völzke [et al.] // J. Psychiatr Res. – 2010. – № 44 (1). – P. 15–21.
- Vasterling J. J. Mild traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder in returning veterans / J. J. Vasterling, M. Verfaellie, K. D. Sullivan // Clin. Psychol. Rev. – 2009. – Vol. 29, № 8. – P. 674–684.
- Inflammatory biomarkers in patients with posttraumatic stress disorder caused by myocardial infarction and the role of depressive symptoms / R. von Känel, S. Begr, Ch. C. Abbas [et al.] // Neuroimmunomodulation. – 2010. – № 17. – P. 39–46.
- Wessa M. Endocrine and inflammatory alterations in post-traumatic stress disorder / M. Wessa, N. Rohleder // Expert Review of Endocrinology and Metabolism. – 2007. – № 2, Vol. 1. – P. 91–122.

**КОМОРБИДНОСТЬ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА
И ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ: МУЛЬТИФАКТОРНАЯ МОДЕЛЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

О.О. Хаустова, О.Е. Смашна

Исследование различных аспектов взаимосвязи между черепно-мозговой травмой (ЧМТ) и посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) приобрело особую актуальность в последние годы, поскольку данные нарушения часто сосуществуют в клиническом аспекте как самостоятельно, так и в совокупности, рассматриваются в качестве решающих факторов нарушения здоровья у людей, пострадавших вследствие чрезвычайных ситуаций.

Данный обзор посвящен вопросам коморбидности ЧМТ и ПТСР. Современные научные исследования данной тематики отличаются малочисленностью и спорностью результатов. В одних описывается как симптоматика данных нарушений, накладываясь одна на другую, видоизменяет типичную клиническую картину каждого расстройства. Другие исследования в большей мере сосредоточены на проблемах дифференциальной диагностики указанных состояний. Сосуществуют также гипотезы психогенной и органической синдромологической принадлежности клинико-психопатологических нарушений у пациентов с указанной коморбидностью.

Мы провели клинико-психопатологическое исследование 28 участников боевых действий в зоне АТО, у которых была легкая ЧМТ в анамнезе и симптомы ПТСР на момент обследования. Результаты анализа клинических данных указывают на сосуществование симптомов обоих нарушений в различных вариациях и затрагивают ряд вопросов относительно дифференциальной диагностики данных состояний и этиологической принадлежности психопатологических феноменов.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, черепно-мозговая травма, экзогенно-органические психические нарушения.

COMORBIDITY OF PTSD AND TBI: MULTIFACTOR MODEL OF INTERACTION

O. Khaustova, O. Smashna

The recent researches of different aspects of interaction between traumatic brain injury (TBI) and posttraumatic stress disorder (PTSD) have great actuality today due to coexistence of both disorders either separately as simultaneously. These items are prominent factors of health violation among victims of emergencies.

This review includes the questions of comorbidity of TBI and PTSD. Modern scientific researches of this item characterized by few amount and contradiction of conclusions. Some researches describe the influence of these coexistancy to transformation of clinical features of both diseases. Others are concentrated in a greater measure on the problems of differential diagnostics of these conditions. The hypotheses of psychogenic and organic syndromological belonging of clinico-psychopathological violations coexist in patients with such comorbidity.

We performed clinico-psychopathological investigation of 28 participants of military actions in the zone of ATO. All patients had history of TBI and symptoms of PTSD at the moment of investigation appears.

Key words: posttraumatic stress disorder, traumatic brain injury (TBI), exogenous (organic) psychiatric disorders.

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

УДК 616.89:613(477) + 159.9:342.924(477)

І.Я. Пінчук, Ю.В. Ячнік

СУЧАСНИЙ СТАН ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Український науково-дослідний інститут
соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
yuliaya4nik@gmail.com

Ключові слова:

психологія, психологічне
забезпечення,
психологічна
служба, організація
психологічної допомоги.

У статті представлено аналітичний матеріал про наявність державних ресурсів психологічного забезпечення різних міністерств та відомств України. Для досягнення мети та задач дослідження було сформовано і надіслано у відповідні служби перелік питань щодо стану психологічної служби міністерства чи відомства. Інформація зібрана за підтримки народного депутата О.В. Богомолець. У відповідь на звернення було надано дані про структуру психологічних служб, нормативно-правову базу, кадрове забезпечення, особливості підготовки фахівців, розробку та затвердження освітніх програм, навантаження, кваліфікаційні характеристики та наявність статистичних форм для аналізу діяльності психологічної служби. Проведений аналіз актуального стану психологічного забезпечення населення України показує наявність проблем нормативного, методичного, організаційного характеру. Подальший розвиток системи психологічного забезпечення потребує перегляду та вдосконалення законодавчої бази, що має регламентувати діяльність психологічних служб різних відомств з урахуванням міжвідомчої взаємодії, вдосконалення структурної організації служби, кадрового забезпечення та підготовки фахівців. Для вирішення існуючих проблем необхідний системний підхід та створення єдиної державної стратегії у сфері психічного здоров'я. Надано рекомендації для подальшого вдосконалення системи психологічного забезпечення населення України.

Актуальність. Актуальність розвитку системи психологічного забезпечення населення України продиктована сучасним кризовим станом суспільно-політичної сфери, прогресуючими економічними труднощами, наростаючими вимогами до діяльності й особистості людини, що обумовлює загальну напруженість адаптаційних ресурсів населення і високий ризик розвитку психологічних проблем.

Аналізуючи негативні тенденції епідеміологічної ситуації у сфері психічного здоров'я в Україні фахівці вказують на комплекс організаційних, структурних, методологічних, кадрових, фінансових та інших чинників, які негативно впливають на ефективність надання психологічної допомоги населенню [7, 10]. Для вирішення існуючих проблем необхідний системний підхід та створення єдиної державної стратегії у сфері психічного здоров'я. Ключовими компонентами такої стратегії є міжвідомча взаємодія, вдосконалення професійної підготовки та структурної організації служби, кадрове забезпечення допомоги, вдосконалення законодавчої бази тощо [7, 9].

Наразі психологічна служба в Україні представлена окремими структурами, які належать до різних мініс-

терств та відомств, мають різну організацію, форму звітності, нормативне та кадрове забезпечення. Міжвідомча взаємодія та координація дій різних державних секторів у контексті психологічної служби потребують подальшого розвитку [8].

Нормативно-правове забезпечення діяльності психологічної служби на сучасному етапі є недостатнім і створює законодавчу та методичну обмеженість різних напрямів психологічної роботи. Існуючі нормативи не охоплюють усі ланки та сфери психологічної допомоги, законодавча база психологічних служб у різних відомствах значно відрізняється, рекомендації щодо робочого навантаження неповні, а деякі нормативні акти сформульовані нечітко і недостатньо допомагають у організації практичної роботи [1, 4, 5, 11]. Окрім того, існує проблема невідповідності професійної підготовки психолога і вимог, які висуває до нього практична робота. Програми підготовки вищих навчальних закладів не збігаються з об'ємом знань та умінь, що зазначений у кваліфікаційних характеристиках, які, в свою чергу, не збігаються з нормативними актами та вимогами центрів практичної психології [2, 11].

Численні проблеми нормативного, методичного, організаційного, кадрового характеру зумовлюють необхідність більш повного аналізу актуального стану психологічного забезпечення населення України на державному рівні.

Метою дослідження було вивчити та проаналізувати сучасний стан державної психологічної служби на рівні різних міністерств та відомств.

За підтримки народного депутата О.В. Богомолець була зібрана інформація про стан психологічного забезпечення населення України. Уперше в сучасній історії української системи охорони психічного здоров'я представлено аналітичний матеріал про наявність державних ресурсів психологічного забезпечення різних міністерств та відомств.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення мети та задач дослідження було сформульовано перелік питань щодо стану психологічної служби міністерства чи відомства, який увійшов до звернення, надісланого депутатом О.В. Богомолець до Міністерства оборони України (МО України), Міністерства внутрішніх справ України (МВС України), Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ України), Міністерства освіти та науки України (МОН України), Міністерства соціальної політики України (Мінсоцполітики України), Міністерства інфраструктури України (Мінінфраструктури України), Міністерства молоді та спорту України (Мінмолодьспорт України), Міністерства юстиції України та Державної пенітенціарної служби України (ДПтС України).

Перелік запитань, поставлених у зверненні:

1. Яка структура психологічної служби із зазначенням загальної кількості психологів;
2. Як здійснюється професійна підготовка психологів (окремо – у галузі психологічної освіти, діагностики, реабілітації, психотерапії);
3. Ким розробляються та затверджуються освітні програми для психологів;
4. Чи передбачена спеціалізована освіта психологів для роботи в закладах відомства та які заклади її забезпечують;
5. Яким є навантаження на психологів (кількість візитів до психологів протягом року);
6. Якими є кваліфікаційні вимоги до психологів різних рівнів спеціалізації (здіяннях у галузі психологічної освіти, діагностики, реабілітації, психотерапії);
7. Чи розроблені спеціальні статистичні форми, які дозволяють проаналізувати роботу психологічної служби.

Результати та їх обговорення

Відповіді було отримано від МО України, МВС України, МОН України, Мінсоцполітики України, Міністерства інфраструктури України, Міністерства молоді та спорту України, Міністерства юстиції України та ДПтС України.

Психологічна служба у структурі апарату Міністерства молоді та спорту України та Міністерства юстиції України відсутня.

МО України. Психологічна служба Збройних Сил України (ЗСУ) зараз перебуває на етапі формування. Організація психологічного забезпечення особового складу

ЗСУ покладена на Генеральний штаб ЗСУ. Наказом Генерального штабу ЗСУ від 04.12.2014 р. № 317 затверджено Положення про Психологічну службу ЗСУ.

Структуру Психологічної служби ЗСУ складають: Управління психологічного забезпечення Головного управління по роботі з особовим складом ЗСУ; Психологічні служби видів ЗСУ, командування Високомобільних десантних військ Сухопутних військ ЗСУ, повітряних командувань, оперативних командувань та армійського корпусу; посади офіцерів-психологів у групах по роботі з особовим складом Головного управління оперативного забезпечення ЗСУ, озброєння ЗСУ, тилу ЗСУ, Головного управління військової служби правопорядку ЗСУ, Управління спеціальних операцій ЗСУ, Головного управління зв'язку та інформаційних систем Генерального штабу ЗСУ; психологічна служба у військових частинах та підрозділах, відділах по роботі з особовим складом та зв'язках з громадськістю Київського міського та обласних військових комісаріатів (за винятком кораблів першого рангу). Крім того, з метою забезпечення проведення комплексу лікувальних та реабілітаційних, у тому числі психологічних, заходів для військовослужбовців з наслідками бойового та посттравматичного стресового синдрому, у військово-медичних лікувальних закладах Міністерства оборони України у 2014 році введені штатні посади психологів.

Загальна чисельність штатних посад офіцерів-психологів у ЗСУ налічує 540 осіб.

Професійна підготовка психологів здійснюється в Національному університеті оборони України імені Івана Черняховського, Військовому інституті Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Академії сухопутних військ Збройних Сил України, Харківському університеті Повітряних Сил України імені Івана Кожедуба та інших вищих навчальних закладах України. Освітні програми та освітньо-кваліфікаційні характеристики з підготовки офіцерів-психологів розробляються Головним управлінням по роботі з особовим складом ЗСУ та затверджуються Департаментом військової освіти та науки Міністра оборони України. Спеціалізована освіта за спеціальностями «Психологічна робота у військах (силах)», «Психологія» і «Психофізіологія» здійснюється в Національному університеті оборони України імені Івана Черняховського та Військовому інституті Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Статистичних даних щодо навантаження психологів у Психологічній службі (кількості візитів до психологів протягом року) немає. Оцінка професійних якостей офіцерів та працівників Психологічної служби здійснюється відповідними комісіями, які створюються в психологічних службах вищих органів управління. Спеціальні статистичні форми, що дозволяють проаналізувати роботу Психологічної служби, не передбачені.

ДПтС України. Психологічна служба установ виконання покарань є складовою соціально-психологічної служби і підпорядковується регіональним управлінням та відділам соціально-психологічної роботи в області. Загальне керівництво соціально-психологічною службою забезпечує Управління соціально-психологічної роботи із засудженими апарату Державної пенітенціарної служби України, до складу якого входять відділ соціаль-

но-виховної роботи та відділ організації психологічної роботи та діяльності спеціальних виховних установ. У Положенні, затвердженому наказом ДПтС України від 17.10.2014 р. № 607/Од-14, визначені основні завдання Управління соціально-психологічної роботи із засудженими. Наказом Міністерства Юстиції України № 2300/5 від 4 листопада 2013 року «Про організацію соціально-виховної та психологічної роботи з засудженими» затверджені «Положення про відділення соціально-психологічної служби» та «Типові посадові обов'язки психолога установи виконання покарань та слідчого ізолятора», в яких прописані права та обов'язки начальника відділення соціально-психологічної служби, права та обов'язки психолога, документування відділення соціально-психологічної служби, документування діяльності психолога установи виконання покарань та слідчого ізолятора та надані форми звітності.

Штатна чисельність психологів по роботі із засудженими в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах – 261, фактично працюють 224 психологи; чисельність психологів по роботі з персоналом передбачає 82 посади, фактично працюють 69 психологів.

Підготовка психологів для Державної кримінально-виконавчої служби України здійснюється на психологічному факультеті Інституту кримінально-виконавчої служби. Навчальні плани та навчальні програми розробляються працівниками кафедри пенітенціарної педагогіки та психології Інституту кримінально-виконавчої служби та затверджуються ректором Національної академії внутрішніх справ, до складу якої входить Інститут.

Комплектування посад психологів установ здійснюється за рахунок осіб, які мають повну, базову або неповну вищу освіту за освітньо-кваліфікаційним рівнем магістра, спеціаліста, бакалавра, молодшого спеціаліста за напрямом підготовки: психологія, педагогічна освіта.

МВС України. Служба психологічного забезпечення оперативно-службової діяльності органів внутрішніх справ України функціонує у складі МВС з 1996 року. Її структура визначена відповідно до діючих нормативно-правових актів, зокрема наказу МВС від 28.07.2004 р. № 842 «Про подальший розвиток служби психологічного забезпечення оперативно-службової діяльності органів внутрішніх справ України», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 27.10.2004 р. за № 1365/9964, зі змінами та доповненнями, внесеними наказом МВС від 08.07.2013 р. № 652 «Про внесення змін до наказу МВС від 28.07.2004 р. № 842», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 02.08.2013 р. за № 1311/23843. Наказом визначена структура психологічного забезпечення оперативно-службової діяльності органів внутрішніх справ України, основні завдання служби психологічного забезпечення, затверджено Інструкцію з порядку обліку і звітності служби психологічного забезпечення оперативно-службової діяльності органів внутрішніх справ України, якою передбачено, що звітність структурних підрозділів служби психологічного забезпечення щоквартально подається до Департаменту кадрового забезпечення (ДКЗ) по наростаючій за встановленими статистичними формами (16 таблиць, які включають дані про матеріально-технічне забезпечення, кадрове забезпечення, професійно-психологічний відбір, індивідуальну

та психопрофілактичну роботу, психологічний супровід служби, психологічний супровід оперативно-службової діяльності).

До структурних підрозділів служби психологічного забезпечення належать: відділ психологічного забезпечення управління соціально-гуманітарної та психологічної роботи ДКЗ МВС України, на який покладено функції координації діяльності всіх підрозділів служби психологічного забезпечення; відділи (сектори) психологічного забезпечення управлінь (відділів) кадрового забезпечення головних управлінь, управлінь МВС України в областях, місті Києві, на залізницях; окремі посади психологів у міських, районних, лінійних органах, строювих та спеціальних підрозділах внутрішніх справ; підрозділи психологічного забезпечення та окремі посади психологів Державної служби охорони при МВС України; підрозділи психологічного забезпечення Національної гвардії України; підрозділи психологічного забезпечення навчальних закладів МВС України.

Призначення на посади психологів здійснюється відповідно до вимог Довідника типових професійно-кваліфікаційних характеристик основних посад працівників МВС України, затвердженого наказом МВС від 24.03.2006 р. № 301 та погодженого з Міністерством праці та соціальної політики 26.12.2005 р., яким до галузевої кваліфікації основних посад працівників МВС включено за кодом класифікації ДК 003-95 та кодом посад 2445.2 посади головного психолога, старшого психолога та психолога. Кваліфікаційні вимоги до психологів також визначаються Довідником типових професійно-кваліфікаційних характеристик основних посад працівників МВС України (категорія «Професіонали»).

Станом на 01.07.2015 року у службі психологічного забезпечення загалом налічувалося 558 посад, 494 (86%) з яких були укомплектовані, в тому числі 464 (94%) – працівниками з вищою психологічною освітою.

Максимальне навантаження на одного психолога згідно з наказом МВС від 28.07.2004 р. № 842 мало складати не більше 400 одиниць штатної чисельності, однак, згодом зазначена вимога була виключена на підставі наказу від 08.07.2013 р. № 652.

Відповідно до отриманих ліцензій, право на провадження освітньої діяльності, пов'язаної з підготовкою фахівців освітніх ступенів бакалавра, спеціаліста, магістра за напрямом (спеціальностями) «Психологія» та «Практична психологія» в галузі знань 0301 «Соціально-психологічні науки» надано Національній академії внутрішніх справ, Харківському національному університету внутрішніх справ та Львівському державному університету внутрішніх справ. Підготовка фахівців-психологів за державним замовленням здійснюється лише в Національній академії внутрішніх справ (для потреб Національної гвардії) та в Харківському національному університеті внутрішніх справ (для потреб органів внутрішніх справ). Навчання фахівців здійснюється за навчальними програмами, розробленими відповідно до державних стандартів, які схвалені на засіданнях Вчених (Методичних) рад ВНЗ МВС України та затверджені в установленому порядку.

Міністерство інфраструктури України. Психологічне забезпечення закладів та установ, що підпорядковуються

Міністерству інфраструктури, представлено посадами психологів, які передбачені штатним розкладом установ. В Адміністрації Державної спеціальної служби транспорту відповідно до штатного розпису передбачено 13 посад психологів. На залізницях України та підприємствах, підпорядкованих Укрзалізниці, працюють 60 психологів.

Професійна підготовка психологів здійснюється на курсах підвищення кваліфікації на кафедрі військової підготовки спеціалістів Державної спеціальної служби транспорту Дніпропетровського національного університету залізничного транспорту. Плани проведення курсів підвищення кваліфікації розробляються в управлінні по роботі з особовим складом Адміністрації Державної спеціальної служби транспорту.

Навантаження на психологів у підрозділах Державної спеціальної служби транспорту становить приблизно 700 візитів на рік (індивідуальна діагностика).

На посаду психолога може бути призначений фахівець, який має вищу психологічну освіту чи вищу освіту за спеціальністю «Медичний психолог». Дозволяється заміщення вакантних посад фахівцями, які мають вищу медичну освіту, а також вищу біологічну освіту з обов'язковим проходженням спеціалізації з психології.

Міністерство соціальної політики. У Мінсоцполітики не передбачено створення психологічної служби як окремого структурного підрозділу чи установи. Втім, у системі соціального захисту населення функціонують спеціальні установи соціального захисту населення, де за штатним розкладом передбачені посади психологів. За оперативною інформацією, станом на 01.07.2015 року в інтернатних установах системи соціального захисту населення фактично зайнято 66,25 штатних одиниць психологів, у територіальних центрах соціального захисту населення (надання соціальних послуг) – 222 штатні одиниці психологів, у центрах соціальної реабілітації дітей-інвалідів – 73,5 штатних одиниць персоналу з психологічної роботи та у центрах професійної реабілітації інвалідів – 14 штатних одиниць. Відповідно до Типових штатних нормативів притулку для дітей та центру соціально-психологічної реабілітації дітей, у цих закладах передбачено 1 посаду практичного психолога в притулку та 5 посад практичного психолога в центрі. Згідно з наказом Мінсоцполітики від 30.03.2015 р. № 342 «Про затвердження Типових штатних нормативів чисельності працівників територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг)» у відділенні соціально-побутової адаптації центру соціального обслуговування передбачено 1 посаду психолога на 30 відвідувань на день.

У сфері управління Мінсоцполітики діє Державний комплекс соціальної реабілітації дітей-інвалідів (далі – Комплекс). З 2008 року на базі Комплексу проводяться курси підвищення кваліфікації фахівців, які працюють в установах соціальної реабілітації дітей-інвалідів України.

Усі навчальні матеріали, підготовлені Комплексом, перед їх застосуванням подаються на розгляд та затвердження профільної кафедри Миколаївського національного педагогічного Університету ім. В. О. Сухомлинського. До розробки навчальних програм та проведення навчання залучаються Український науково-дослідний

інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, громадська організація «Українська асоціація фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій» (психологічна служба Майдану) та Всеукраїнська громадська організація «Ліга соціальних працівників України».

На посаду психолога може бути призначений фахівець, який має повну вищу освіту відповідного напрямку підготовки (магістр, спеціаліст).

МОН України. Психологічна служба системи освіти України створена відповідно до статті 21 «Психологічна служба в системі освіти» та статті 22 «Соціально-педагогічний патронаж у системі освіти» Закону України «Про освіту». Діяльність психологічної служби системи освіти здійснюється відповідно до Положення про психологічну службу системи освіти України, яке затверджене наказом Міністерства освіти і науки України від 02.07.2009 р. № 616, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 23.07.2009 р. за № 687/16703.

Психологічне забезпечення навчально-виховного процесу в закладах освіти здійснюють практичні психологи, які підпорядковані районним (міським) і обласним центрам психологічної служби. Український науково-методичний центр практичної психології і соціальної роботи (УНМЦ ППСР) створений у липні 1998 р. Міністерством освіти України спільно з Академією педагогічних наук України (спільний наказ від 07.07.1998 р. № 254/24) як наукову установу Академії педагогічних наук України і як головну організацію психологічної служби системи освіти України, якій підпорядковані обласні центри психологічної служби, районні (міські) центри психологічної служби. Науково-методичне керівництво діяльністю психологічної служби системи освіти та системою психолого-медико-педагогічних консультацій здійснюється на основі спільного наказу МОН України і НАПН України від 20.03.2012 р. № 316/33 «Про приведення діяльності Українського НМЦ практичної психології і соціальної роботи у відповідність до діючих нормативно-правових документів».

Відповідно до чинного законодавства, Типовим штатним розкладом навчальних закладів передбачені посади практичних психологів та соціальних педагогів. За оперативною інформацією, станом на 17.07.2015 р. у психологічній службі системи освіти України на кінець 2014–2015 навчального року нараховується 22 705 працівників. Із них 14 832 – практичні психологи та 7 047 – соціальні педагоги, вони обіймають 11 308 і 4 781 ставку відповідно, що складає 54,48% від нормативної потреби.

Нормативи практичних психологів та соціальних педагогів навчальних закладів затверджені наказом Міністерства освіти і науки від 02.07.2009 р. № 616 «Про внесення змін до Положення про психологічну службу системи освіти України», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 23.07.2009 р. за № 687/1670.

Підготовка фахівців за напрямом «Практична психологія» здійснюється у 28 вищих навчальних закладах, за напрямом «Психологія» – у 36 вищих навчальних закладах, що перебувають у сфері управління Міністерства освіти і науки. Спеціалізована підготовка фахівців за напрямками психологічної діагностики, реабілітації, психотерапії у закладах, що підпорядковуються МОН України, відсутня. Спеціалізована підготовка фахівців за

означеними напрямами, стандарти освіти та практичної діяльності затверджені професійними об'єднаннями та громадськими організаціями. Нормативно-правове забезпечення цих стандартів відсутнє.

Відповідно до Закону України «Про вищу освіту», стандарти вищої освіти (освітньо-професійна, освітньо-наукова програми) за кожною спеціальністю розробляє центральний орган виконавчої влади у сфері освіти і науки з урахуванням пропозицій галузевих державних органів, до сфери управління яких належать вищі навчальні заклади, і галузевих об'єднань організацій роботодавців та затверджує їх за погодженням з Національним агентством із забезпечення якості вищої освіти. Вищі навчальні заклади мають право самостійно розробляти та запроваджувати власні програми освітньої, наукової, науково-технічної та інноваційної діяльності.

Планування діяльності працівників психологічної служби системи освіти та розрахунок тижневого навантаження здійснюється згідно з нормативами часу на основні види роботи, затвердженими для практичного психолога листом Міністерства освіти і науки України від 27.08.2000 р. № 1/9-352 «Про планування діяльності, ведення документації і звітності усіх ланок психологічної служби системи освіти України» і для соціального педагога, соціального педагога по роботі з дітьми-інвалідами листом МОН України від 05.03.2008 року № 1/9-128.

Кваліфікаційні вимоги до практичних психологів і соціальних педагогів затверджені наказом МОН України «Про затвердження кваліфікаційних характеристик професій (посад) педагогічних та науково-педагогічних працівників навчальних закладів» від 01.06.13 року № 665 в розділі «Професіонали» практичний психолог (код кп – 2445.2), соціальний педагог по роботі з дітьми-інвалідами (код кп – 2340), соціальний педагог (код кп – 2340).

Державною статистикою в галузі освіти не передбачена інформація про діяльність психологічної служби. В зв'язку з цим щороку проводиться моніторинг діяльності щодо забезпечення практичними психологами та соціальними педагогами навчальних закладів та готується УНМЦ ППСР аналітичний статистичний збірник.

Психологічне забезпечення медичних закладів. Через відсутність відповіді МОЗ України на звернення депутата О.В. Богомолець про стан психологічної служби, інформації про психологічне забезпечення медичної служби недостатньо.

Організація психологічного забезпечення медичної служби спирається на Наказ МОЗ України, МНС України «Про затвердження Положення про міжвідомчу комісію з питань утворення та функціонування центрів медико-психологічної реабілітації» від 09.11.2009 р. № 816/734, Наказ «Про затвердження Положення про медико-психологічну реабілітацію рятувальників аварійно-рятувальних служб та осіб, що постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру і Положення про центри медико-психологічної реабілітації» № 180/115 від 14.05.2001 р., Наказ «Про створення міжвідомчої комісії і робочої групи з питань утворення та функціонування центрів медико-психологічної реабілітації» № 390/231 від 16.05.2013 р., Наказ «Перелік санаторно-курортних закладів, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації» від 26.05.2010 р. № 435/386 та ін. [1].

Штатні нормативи закладів охорони здоров'я передбачають посади практичного психолога чи лікаря-психолога згідно з Наказом МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я», зі змінами і доповненнями, внесеними наказом МОЗ України від 12.03.08 р. № 122. У додатках 1 – 52 до цього наказу назву посади «Психолог» потрібно замінити на назву «Лікар-психолог» або «Практичний психолог», залежно від профілю закладу та його функцій. Б.Б. Михайлов зазначає, що за повного виконання цих нормативів у лікувально-профілактичних закладах мало б бути 940 посад психологів і наводить дані про фактичну наявність 388 посад психологів у складі педагогічного персоналу і 97,5 посади лікарів-психологів станом на 2013 рік [6].

Підготовка фахівців за спеціальністю «Медична психологія» здійснюється вищими навчальними закладами за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізація за фахом «Медична психологія» (наказ МОЗ України від 19.12.1997 року № 360).

Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу» від 15.04.2008 р. № 199 встановлює єдині вимоги до застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу для практичних психологів, лікарів-психологів, психотерапевтів. У наказі зазначаються цілі застосування методів, особи, які можуть застосовувати ці методи під час професійної діяльності, обсяг застосування цих методів у професійній діяльності, місця застосування методів, засади щодо застосування психологічного та психотерапевтичного впливів в лікувально-профілактичних закладах.

Обговорення

Психологічне забезпечення різних міністерств та відомств значно відрізняється за структурою, кадровим забезпеченням та нормативною базою. Найбільш розробленими секторами системи психологічної служби є психологічна служба в галузі освіти і психологічна служба МВС, які мають чітку організаційну структуру та найбільш повну нормативно-правову базу.

Форми звітності затверджені на державному рівні для психологів закладів освіти (лист МОН України від 27.08.2000 р. № 1/9-352), закладів, що підпорядковані МВС України (накази МВС від 28.07.2004 р. № 842 та від 08.07.2013 р. № 652) та психологів закладів пенітенціарної служби (наказ Міністерства юстиції від 04.11.2013 р. № 2300/5). Статистичний аналіз діяльності психологічної служби закладів освіти проводиться УНПЦ ППСР, на основі цього аналізу складається аналітичний статистичний збірник. У МВС України є Інструкція з порядку обліку і звітності служби психологічного забезпечення оперативно-службової діяльності органів внутрішніх справ України, яка також дозволяє проаналізувати роботу психологічної служби. Отже, існуючі державні форми звітності не охоплюють роботу психологів, що працюють у ЗСУ, на залізницях, у медичних закладах та закладах соціального захисту. Немає єдиної статистичної форми для аналізу діяльності роботи різних психологічних служб та

організованого процесу збору статистичної інформації для усіх видів психологічних служб.

Нормативи навантаження та часу на основні види роботи фактично розроблені та затверджені лише для психологів закладів освіти (лист МОН України від 27.08.2000 р. № 1/9-352). До 2013 року існували також нормативи навантаження для психологів закладів і служб, підпорядкованих МВС України (Наказ МВС від 28.07.2004 р. № 842), але у 2013 р. були відмінені наказом МВС від 08.07.2013 р. № 652.

Підготовка психологів здійснюється у навчальних закладах, підпорядкованих різним міністерствам та відомствам, за напрямками «Психологія», «Практична психологія». Спеціалізована освіта можлива також за спеціальностями «Психологічна робота у військах (силах)» і «Психофізіологія». Спеціалізована підготовка фахівців за напрямками психологічної діагностики, реабілітації, психотерапії здійснюється професійними об'єднаннями та громадськими організаціями, але нормативно-правове забезпечення стандартів такої освіти відсутнє. Згідно з Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників, психологічне забезпечення населення може здійснюватися такими спеціалістами: психолог, практичний психолог, консультант психолого-медико-педагогічної консультації, лікар-психолог. Кваліфікаційним вимогам до цих професій бракує чіткості для зрозумілого розмежування сфер діяльності вказаних спеціалістів. Кваліфікаційні характеристики практичного психолога на навчальних закладах додатково затверджені наказом МОН України від 01.06.13 року № 665. Посади головного психолога, старшого психолога та психолога з зазначенням професійно-кваліфікаційних характеристик включено до галузевої класифікації основних посад працівників МВС наказом МВС від 24.03.2006 р. № 301. Додаткові кваліфікаційні характеристики психологів інших спеціалізацій відсутні.

Навчальні програми розробляються навчальними або спеціалізованими закладами, що підпорядковані відповідним відомствам (напр., Головним управлінням по роботі з особовим складом ЗСУ, Державним комплексам соціальної реабілітації дітей-інвалідів тощо). Затверджуються навчальні програми на різних рівнях залежно від спеціалізації (наприклад, кафедрою профільного університету, ректором Національної академії внутрішніх справ, Департаментом військової освіти та науки Міністра оборони України та ін.). Таким чином, навчальні програми можуть значно відрізнятися залежно від закладу. Існуючий розрив теоретичної підготовки з практикою необхідно долати шляхом модернізації професійної підготовки фахівців сфери психічного здоров'я. Модулі навчальних програм повинні бути орієнтовані на сучасні тенденції та дослідження у галузі психології і включати широкий спектр практичних навичок, необхідних для роботи. Удосконалення також потребують критерії оцінки та сертифікації навчальних програм.

Для подальшого удосконалення служб психологічного забезпечення населення України необхідним є:

- перегляд навчальних програм та кваліфікаційних вимог за спеціальністю «Психолог», «Практичний психолог», «Лікар-психолог» і розробка нових на-

вчальних програм та кваліфікаційних вимог до спеціальності «Психологія» (бакалавр), розробка порядку їх вторинної спеціалізації за спеціальністю «Клінічна психологія» (в межах магістерських програм, курсів вторинної спеціалізації);

- перегляд стандартів вищої освіти щодо спеціальностей «Психологія», «Практична психологія» галузі знань «Соціально-політичні науки» для підготовки фахівців за освітньо-кваліфікаційними рівнями бакалавра, спеціаліста, магістра та «Медична психологія» галузі знань «Медицина» для підготовки фахівців за освітньо-кваліфікаційними рівнями спеціаліста, магістра з урахуванням питань первинної психосоціальної реабілітації та спеціалізованої психологічної та психіатричної допомоги;
- вдосконалення критеріїв оцінки та сертифікації навчальних програм;
- розробка державного нормативно-правового забезпечення стандартів освіти та практичної діяльності фахівців за напрямками психологічної діагностики, реабілітації, психотерапії;
- забезпечення організації проведення клінічними психологами психологічної діагностики (психодіагностики) та психотерапії у межах і за алгоритмами та процедурами, передбаченими уніфікованими клінічними протоколами, локальними клінічними протоколами, затвердженими в установленому порядку уповноваженими центральними органами виконавчої влади;
- розробка нормативів навантаження та розподілу часу для різних психологічних спеціальностей;
- розробка та впровадження статистичних форм державного зразка для оцінки діяльності психологічних служб;
- розробка та впровадження критеріїв оцінки якості роботи психолога та відповідальності за психологічне втручання;
- вдосконалення рівневої організації психологічної служби;
- організація міжвідомчої взаємодії між психологічними службами різних відомств.

Висновки

Подальший розвиток системи психологічного забезпечення потребує перегляду та вдосконалення законодавчої бази, що має регламентувати діяльність психологічних служб різних відомств з урахуванням міжвідомчої взаємодії. Перспективи розвитку психологічної служби в Україні вимагають взаємодії між міністерствами та відомствами, вдосконалення структурної організації служби, кадрового забезпечення та підготовки фахівців.

Список використаної літератури

1. Андроннікова К. А. Нормативно-правові документи України, що регламентують працю психолога у різних сферах практичної діяльності: навчально-методичний посібник / К. А. Андроннікова, О. Л. Луценко. – Х.: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2015. – 68 с.
2. Волкова Л. Проблеми підготовки практичних психологів в системі вищої освіти / Л. Волкова // Актуальні проблеми прикладної психології: матеріали Всеукр. конф., (Київ, 2–3 жовт. 2014 р.) / Укр. НМЦ практич. психології і соц. роботи; за наук. ред. А. І. Тінякової. – К.: Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2014. – С. 33–40.

3. Гаркавенко З. О. Методичні рекомендації керівнику навчального закладу щодо діяльності психологічної служби / З. О. Гаркавенко. – К.: Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2015. – 79 с.
4. Горбенко Д. А. Особливості психологічної служби в органах внутрішніх справ України / Д. А. Горбенко // Науковий вісник Національної академії внутрішніх справ. – 2014. – № 2. – С. 173–182.
5. Михайлов Б. В. Перспективи розвитку психотерапії і медичної психології в Україні в умовах реформування медичної галузі / Б. В. Михайлов // Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. – 2015. – № 1–2. – С. 5–10.
6. Михайлов Б. В. Стратегія розвитку психотерапії і медичної психології в Україні в умовах реформування галузі охорони здоров'я / Б. В. Михайлов // Проблеми безперервної медичної освіти та науки. – 2013. – № 4. – С. 6–9.
7. Пінчук І. Я. Концепція Державної цільової комплексної програми розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на 2006–2010 роки / І. Я. Пінчук // Новості медицини і фармації. – 2006. – № 8. – С. 1–5.
8. Пінчук І. Я. Міжвідомча взаємодія з питань охорони психічного здоров'я населення України: міф чи реальність / І. Я. Пінчук // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, № 4 (75). – С. 13–17.
9. Пінчук І. Я. Наукове обґрунтування нової моделі надання психіатричної допомоги населенню України / І. Я. Пінчук // Психічне здоров'я. – 2014. – № 1 (42). – С. 58–67.
10. Пінчук І. Я. Програма психічного здоров'я в мирі і Україні / І. Я. Пінчук // Нейро NEWS. – 2008. – № 1 (06). – С. 7–11.
11. Смірнова О. М. Процес державного регулювання психологічної складової цивільного захисту України / О. М. Смірнова // Держава та регіони. Сер.: Державне управління. – 2013. – № 3. – С. 124–131.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

И.Я. Пинчук, Ю.В. Ячник

В статье представлен аналитический материал о наличии государственных ресурсов психологического обеспечения различных министерств и ведомств Украины. Для достижения цели и задач исследования был сформирован перечень вопросов о состоянии психологической службы министерства или ведомства и отправлен в соответствующие службы. Информация была собрана при поддержке народного депутата О.В. Богомолец. В ответ на обращение были предоставлены данные о структуре психологических служб, нормативно-правовой базе, кадровом обеспечении, особенностях подготовки специалистов, разработке и утверждении образовательных программ, нагрузке, квалификационных характеристиках и наличии статистических форм для анализа деятельности психологической службы. Проведенный анализ актуального состояния психологического обеспечения населения Украины показывает наличие проблем нормативного, методического, организационного характера. Дальнейшее развитие системы психологического обеспечения требует пересмотра и совершенствования законодательной базы, которая должна регламентировать деятельность психологических служб различных ведомств с учетом межведомственного взаимодействия, совершенствования структурной организации службы, кадрового обеспечения и подготовки специалистов. Для решения существующих проблем необходим системный подход и создание единой государственной стратегии в области психического здоровья. Даны рекомендации для дальнейшего совершенствования системы психологического обеспечения населения Украины.

Ключевые слова: психология, психологическое обеспечение, психологическая служба, организация психологической помощи.

THE CURRENT STATE OF PROVIDING PSYCHOLOGICAL SERVICES TO POPULATION IN UKRAINE

I. Pinchuk, Yu. Yachnik

This survey gathered information on current status of psychological state services for population in Ukraine. To achieve the goals and objectives of the study a list of questions about current state of psychological services of Ministries or state department was formed and sent to the appropriate services. This data were collected with the support of the People's Deputy O. Bogomolets. For the first time an analytical review of availability of public resources of psychological services on different state levels is presented. The information was provided on the structure of psychological services, legal framework, staffing, workload, training of specialists, development and adoption of educational programs, qualifications descriptions and availability of statistic forms for analyzing psychological services activities. The analysis revealed problems related to regulatory, methodical, organizational issues. Further development of the psychological service requires revision and improvement of the legal framework, interagency cooperation, improving the structural organization of the service, staffing and training. The system approach is needed to tackle current challenges, and adoption of a unified state mental health strategy. The recommendations for further improvement of the national psychological service were provided.

Key words: psychology, psychological support, psychological service, organization of psychological help.

І.Г. Мудренко

АНАЛІЗ ЯКОСТІ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ У СУМСЬКОМУ ОБЛАСНОМУ КЛІНІЧНОМУ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОМУ ДИСПАНСЕРІ ЗА 2012–2014 РОКИ ТА КРИТЕРІЇ ЇЇ ОЦІНКИ

Сумський державний університет, м. Суми

mudrenko_sopnd@mail.ru

Ключові слова:

психіатрична
допомога, якість
лікування, контроль
якості, внутрішній
аудит, індикатори
якості, показники
результативності,
показники дефектів,
модель кінцевих
результатів.

Метою даного дослідження стало вивчення динаміки індикаторів якості надання медичної допомоги хворим психіатричного профілю в Сумському обласному клінічному психоневрологічному диспансері протягом 2012–2014 років. Ми вивчали наступні показники діяльності (індикатори): летальність, захворюваність, поширеність психічних хвороб серед населення міста Суми, первинний вихід на інвалідність, обіг ліжка, тривалість лікування, кількість скарг на медичну допомогу на підставі анонімного анкетування. Як джерело інформації використовували первинну медичну документацію (історії хвороби, амбулаторні картки) та статистичні звіти за визначений період часу. Аналіз результатів свідчить про високу якість лікування, низьку летальність, але спостерігається ріст первинного виходу на інвалідність протягом останніх років у зв'язку з недофінансуванням закладу на медикаменти та низькою соціальною захищеністю психічно хворих. Впровадження аудиту індикаторів якості дасть змогу домогтися максимального рівня Стандарту надання медичної допомоги, рекомендованого Міністерством охорони здоров'я України.

Контроль якості – обов'язкова складова лікувально-діагностичного процесу, що ґрунтується на принципі зворотного зв'язку між пацієнтом (користувачем послуг) та суб'єктом управління (надавачем послуг). За допомогою оцінки якості визначається рівень відповідності наданої медичної допомоги в кожному окремому випадку або в цілому стандартам медичних технологій, очікуванням та потребам пацієнтів. Для кожної нозології рекомендується визначати свої (специфічні) індикатори якості [1, 2]. Зовнішній контроль якості проводиться шляхом акредитації та ліцензування закладів охорони здоров'я, внутрішній – шляхом аудиту та моніторингу індикаторів якості. Моніторинг індикаторів якості медичної допомоги дає змогу визначити найслабші ланки в організації лікувально-діагностичного процесу та удосконалити його.

Законодавчим підґрунтям аудиту є наступні накази Міністерства охорони здоров'я України: «Про порядок контролю якості медичної допомоги» від 28.09.2012 року № 752; «Про затвердження концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» від 01.08.2011 № 454; «Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги» від 02.11.2011 року № 743; «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги» від 11.09.2013 № 795.

Оцінювали якість роботи за кінцевим результатом з урахуванням динаміки основних показників діяльності (індикаторів якості медичної допомоги) диспансеру у співвідношенні до моделей кінцевих результатів (МКР). Основу МКР складали узагальнені показники, які характеризують роботу диспансеру та структурних підрозділів з урахуванням дотримання стандартів якості лікувально-профілактичної роботи.

Для цього ми використовували два різновиди показників (індикаторів): показники результативності (ПР) і показники дефектів (ПД).

Ці показники відображають для кожного підрозділу ступінь досягнення поставлених цілей та виконання основних функцій шляхом визначення відповідності реально досягнутих ПР запланованим нормативним значенням.

Контроль якості проводили на всіх етапах надання медичної допомоги. Етапи контролю:

Перший етап – рівень самоконтролю, здійснюється лікарем, який веде перевірку виконання профілактичних, лікувальних, реабілітаційних заходів відповідно до затверджених стандартів.

Другий етап – здійснюється завідувачем структурного підрозділу, який оцінює якість обстеження, лікування та реабілітації всіх хворих, які закінчили лікування, з урахуванням вимог затверджених стандартів, локальних клінічних протоколів та маршрутів пацієнта.

Третій етап – здійснюється медичною радою внутрішнього контролю та управління якістю медичної допомоги шляхом експертної оцінки 10% медичних карт хворих, які закінчили лікування. На розгляд ради зазвичай виносяться всі випадки летальності та ускладненого перебігу захворювань; випадки надання медичної допомоги, які супроводжуються скаргами хворих та/або їхніх родичів; випадки подовженого терміну тимчасової втрати працездатності; випадки суїцидів, суспільно-небезпечних дій серед психічно хворих, які перебувають на обліку в закладі; первинного виходу на інвалідність [3, 4].

Порівняння показників якості, які враховуються на другому та третьому рівнях контролю, дає змогу оцінити

якість контролю з боку завідувача структурного підрозділу. Оцінка структурного підрозділу у цілому на третьому рівні контролю здійснюється шляхом порівняння досягнутих результатів з нормативними значеннями показників результативності МКР з урахуванням ПД. Результати третього рівня контролю розглядаються на оперативних нарадах у головного лікаря (оформляються протоколи) – четвертий рівень контролю.

Зовнішній контроль за якістю надання допомоги в закладі проводиться клініко-експертною комісією управління охорони здоров'я за спеціальністю «Психіатрія» та шляхом акредитації та ліцензування закладу. Лікуючі лікарі, завідувачі відділень, заступник головного лікаря з медичної частини проводять оцінку надання допомоги пролікованим пацієнтам заповнюючи карту експертної оцінки різного рівня контролю I, II, III.

Метою дослідження є моніторування кількісних показників діяльності Сумського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру впродовж 2012–2014 років та вивчення суб'єктивної думки користувачів психіатричної допомоги шляхом анонімного анкетування (якісний показник).

Матеріали та методи дослідження

У закладі визначені наступні індикатори якості медичної допомоги.

I. Для амбулаторної служби

1. Показники результативності (кількісні індикатори якості):

- захворюваність на психічні розлади;
- поширеність розладів психіки та поведінки;
- первинний вихід на інвалідність.
- повнота охоплення диспансерним наглядом хворих з окремими захворюваннями:
- всього з психічними розладами:
 - в т. ч. шизофренія;
 - розлади психіки та поведінки внаслідок епілепсії.

2. Показники дефектів (якісні індикатори):

- задоволеність наданням амбулаторної допомоги (за даними анкетування);
- частота скарг на медичну допомогу (за даними анкетування);

II. Для стаціонарної допомоги

Показники результативності (кількісні індикатори якості):

- летальність у стаціонарі;
- кількість пролікованих хворих;
- обіг ліжка;
- середня тривалість лікування хворого на ліжку;
- середнє число днів роботи ліжка;

Показники дефектів (якісні індикатори):

- частота скарг на медичну допомогу в стаціонарі (за даними соціологічних досліджень);
- задоволеність наданням медичної допомоги (за даними соціологічних досліджень).

Джерела інформації для обрахунку індикаторів: медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о); медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о), контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о), статистична карта хворого, який вибув із психіатричного (наркологічного) стаціонару (форма 066-1/о), звіт про захворювання осіб

з розладами психіки та поведінки (форма № 10), затверджений наказом МОЗ від 10.07.2007 р. № 378, звіт про захворювання, зареєстровані у пацієнтів, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу (форма № 12), затверджений наказом МОЗ від 10.07.2007 р. № 378, звіт лікувально-профілактичного закладу (форма № 20), затверджений наказом МОЗ від 10.07.2007 р. № 378.

Усім пацієнтам (їх законним представникам) під час перебування в стаціонарі або при проведенні амбулаторного лікування пропонували заповнити «Анкету анонімного опитування» для з'ясування їх задоволеності умовами перебування в лікарні, ставленням персоналу, якістю обстеження та лікування. За даними соціологічного опитування визначали суб'єктивну думку пацієнтів про якість надання медичної допомоги (якісний індикатор надання медичної допомоги) [2, 3].

Формули, за якими проводилися розрахунки:

1. Летальність

$$\frac{\text{Число хворих, які померли в лікарні (відділенні)}}{\text{Загальне число (виписаних + померлих)}} \times 100.$$

2. Обіг ліжка

$$\frac{\text{Число госпіталізованих (напівсума госпіталізованих, виписаних і померлих хворих у лікарні (відділенні))}}{\text{Середньорічне число ліжок}}$$

3. Середня тривалість лікування

$$\frac{\text{Число ліжко-днів, проведених виписаними хворими}}{\text{Число виписаних хворих}}$$

4. Середнє число днів роботи ліжка

$$\frac{\text{Число ліжко-днів, проведених усіма хворими}}{\text{Середньорічна кількість ліжок}}$$

5. Повнота охоплення хворих диспансерним наглядом

$$\frac{\text{Число хворих на окрему хворобу, що перебувають на диспансерному обліку на початок року + число взятих на облік протягом року – число знятих з обліку}}{\text{Число зареєстрованих хворих на дану хворобу}} \times 100.$$

6. Первинний вихід на інвалідність

$$\frac{\text{Кількість осіб, які вперше визнані інвалідами}}{\text{Середньорічна численність населення}} \times 100000.$$

7. Захворюваність

$$\frac{\text{Загальна кількість осіб, зареєстрованих з вперше в житті встановленим діагнозом}}{\text{Середньорічна численність населення}} \times 100000.$$

8. Поширеність

$$\frac{\text{Число первинних звернень у році}}{\text{Середньорічна численність обслуговуваного населення}} \times 100000.$$

9. Задоволеність наданням медичної допомоги (за даними соціологічних досліджень)

$$\frac{\text{Кількість осіб, задоволених наданням допомоги}}{\text{Кількість наданих анкет}} \times 100000.$$

10. Частота скарг на медичну допомогу (за даними соціологічних досліджень)

$$\frac{\text{Кількість осіб, які поскаржилися на медичну допомогу}}{\text{Кількість наданих анкет}} \times 100\%.$$

Результати та їх обговорення

У 2014 році розроблено клінічні індикатори якості медичної допомоги та затверджено порядок їх моніторингу у відповідності до наказу МОЗ №795 від 11.09.2013 з метою оцінки досягнення рекомендованого рівня медичної допомоги з окремих нозологій.

У таблиці 1 наведено результати аналізу діяльності Сумського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру в динаміці за останні три роки згідно з визначеними нами індикаторами якості медичної допомоги.

Аналіз кінцевих результатів роботи закладу (табл. 1) виявив стабільно низьку летальність протягом останніх трьох років (0,2–0,3), порівняно із загальнодержавним рівнем (1,1), показник обігу ліжка виявився високим (20,1–21,4).

Низький рівень летальності в стаціонарі зумовлений повнотою клінічного обстеження із залученням сучасної лабораторної, інструментальної, променевої діагностики супутньої патології, консультацій спеціалістів суміжних спеціальностей (невролога, окуліста, гінеколога, терапевта, стоматолога).

Усі випадки смерті хворих в стаціонарі рецензовані співробітниками курсу психіатрії, наркології, медичної психології Сумського державного університету, докладно розглянуті на медичних радах з контролю та управління якістю медичної допомоги, патанатомічних конференціях.

Поряд з лабораторною діагностикою застосовуються наступні методи інструментальної, променевої, функціональної діагностики:

- Рентгенографія;
- Рентгеноскопія;
- Рентгеновська лінійна томографія;
- Флюорографія;
- Комп'ютерна томографія в звичайному режимі та з підсиленням;
- Мамографія;
- Стереотаксична мамобіопсія;
- Електрокардіографія;
- Електроенцефалографія;

- Реоенцефалографія;
- Спірографія;
- Холтеровський моніторинг;
- Ехоенцефалографія;
- Ультразвукова діагностика;
- Ендоскопічне дослідження шлунково-кишкового тракту.

Працює **фізіотерапевтичний кабінет**, у якому використовується весь спектр фізіотерапевтичного лікування: електролікування (ампліпульстерапія, діадинамотерапія, електростимуляція з електродіагностикою тону м'язів, комбінована магнітотерапія, інгаляції, аромотерапія, світлолікування, електрофорез, електросон).

У структурі поліклініки діє денний стаціонар, розрахований на 40 місць. Хворі отримують медикаментозне, психотерапевтичне та фізіотерапевтичне лікування, мають можливість за короткий період часу пройти лабораторні, інструментальні та функціональні обстеження. За звітний період у денному стаціонарі проліковано: в 2012 році – 548 осіб, в 2013 році – 463 особи, в 2014 році – 447 осіб.

Завдяки тісній співпраці з лікарем-психотерапевтом, пацієнти з невротичними, пов'язаними зі стресом, соматоформними розладами мають можливість отримувати сеанси раціональної психотерапії, сеанси аутогенного тренування та м'язової релаксації, музикотерапію, елементи когнітивно-поведінкової психотерапії.

Для пацієнтів з шизофренією, шизотиповими та малячними розладами, з легкою та помірною розумовою відсталістю проводяться навчальні семінари та психоосвітні програми, направлені на оптимізацію соціального функціонування, поліпшення психоемоційного стану. Психоло-

Таблиця 1. Модель кінцевих результатів надання медичної допомоги в Сумському обласному клінічному психоневрологічному диспансері за 2012–2014 роки

Індикатори якості медичної допомоги	2012 р.	2013 р.	2014 р.
СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА			
Показники результативності			
Летальність в стаціонарі (див. формулу)	0,2	0,2	0,3
в т. ч. дорослих хворих за вузькими спеціальностями терапевтичного профілю (психіатричні)	0,2	0,2	0,3
Кількість ліжок, шт.	60	60	60
Проліковано хворих, осіб	1278	1257	1205
Обіг ліжка (див. формулу)	21,4	20,9	20,1
Середня тривалість лікування хворого на ліжку, днів	15,6	15,6	14,9
Середнє число днів роботи ліжка	332,2	312,0	314,9
Показники дефектів			
Частота скарг на медичну допомогу в стаціонарі (за даними соціологічних досліджень), %	4,1	3,9	8,9
Задоволеність наданням медичної допомоги (за даними соціологічних досліджень), %	95,9	96,1	91,1
АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА			
Показники результативності			
Захворюваність на психічні розлади, всього (на 100 000 нас.)	223,0	256,9	214,8
Поширеність розладів психіки та поведінки, всього (на 100 000 нас.)	2687,4	2666,5	2501,6
Первинний вихід на інвалідність (на 10 000 нас.)	29,8	40,2	41,3
Повнота охоплення диспансерним наглядом хворих з окремими захворюваннями: Всього з психічними розладами, %	29,8	28,7	30,2
В т. ч. шизофренія, %	72,3	70,0	72,0
Епілепсія, %	38,6	40,5	45,0
Показники дефектів			
Задоволеність наданням медичної допомоги (за даними соціологічних досліджень), %	100	97,9	94,6
Частота скарг на медичну допомогу (за даними соціологічних досліджень), %	2	2,7	1,5

Таблиця 2. Якість стаціонарного лікування хворих в Сумському обласному клінічному психоневрологічному диспансері

Роки	Поступило	Вибуло	Одужання		Явне поліпшення		Поліпшення		Без змін		Погіршення		Смерть		Виявлено здорових	
			Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
2012	1296	1296	9	0,7	29	2,24	953	73,5	300	23,2	-	-	3	0,22	2	0,14
2013	1245	1257	6	0,48	25	1,98	938	74,6%	280	22,3	1	0,08	2	0,16	5	0,4
2014	1207	1205	3	0,25	16	1,4	996	82,5	172	14,3	2	0,15	4	0,3	12	1,1

гами впроваджено метод арт-терапії, як один із сучасних методів терапії психічних та поведінкових розладів.

Аналіз результатів стаціонарного лікування в гострому психіатричному відділенні (табл. 2) свідчить про низький відсоток хворих, виписаних з повним одужанням. Це пояснюється контингентом пацієнтів, серед яких переважають хворі на шизофренію, та специфікою хронічного перебігу психічних захворювань, вродженими вадами розвитку. Переважно пацієнтів виписували з покращенням (70–82,7%) та рекомендаціями продовжувати приймати амбулаторно підтримувальне лікування.

Результати опитування свідчать, що в стаціонарному відділенні більшість хворих задоволені якістю надання медичної допомоги, ставленням персоналу, харчуванням, проте є поодинокі скарги на матеріально-побутові умови, оскільки відділення потребує капітального ремонту.

Показники надання амбулаторно-поліклінічної допомоги демонструють ріст первинного виходу на інвалідність з 29,8 у 2012 році до 41,3 в 2014 році.

Аналізуючи результати експертизи медичних карт стаціонарних хворих необхідно зазначити, що є деякі недоліки при оформленні титульної сторінки, обґрунтованості первинного діагнозу, якості та регулярності щоденникових записів лікарів, своєчасності виконання призначень лікарів-консультантів, повноти рекомендацій в епікризах. Усі виявлені недоліки доведено до відома лікарів, обговорено на оперативних нарадах за участю головного лікаря.

Висновки

1. Впровадження системи контролю якості дало змогу оцінити суб'єктивну думку пацієнтів про високу якість

надання допомоги (рівень задоволеності, за даними анкетування, 91–96%).

2. Виявлено недостатнє охоплення динамічним спостереженням хворих на епілепсію – 38–45% від загальної кількості.

3. Виявлено позитивний ефект від запровадження напівстаціонарної допомоги для хворих психоневрологічного профілю.

4. Внаслідок систематичної роботи покращилися рівень діагностики, лікування у відповідності до медико-технологічних документів та задоволеність пацієнтів якістю надання медичної допомоги (за результатами анонімного анкетування).

5. Впровадження системи контролю якості та внутрішнього аудиту лікувально-діагностичного процесу дасть змогу домогтися максимального рівня виконання Стандарту, затвердженого медико-технологічними документами МОЗ.

Список використаної літератури

1. Вороненко Ю. В. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я [Текст] : методичні рекомендації / Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда. – Київ, 2013. – 42 с.
2. Smilianov V. A. Problems of medical care quality in public health of Ukraine / V. A. Smilianov // Bulletin of Sumy State University. Medicine. – 2010. – № 2. – P. 200–205. Retrieved from: <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/3405>.
3. Medical social model of management of health care quality for health care institution / V. A. Smilianov, S. V. Tarasenko, O. I. Smilianova, N. V. Demikhova // Scientific statements BSU. Medical series. Pharmacy. – 2014. – № 18 (27). – P. 178–182. Retrieved from: <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/3405>.
4. Smilianov V. A. The quality of care management model implementation at the health care facility on the basis of the medico-social approach of the internal audit / V. A. Smilianov, V. Y. Petrenko, S. V. Tarasenko // J. of clinical and experimental medical research. – 2013. – № 1 (2). P. 201–208. Retrieved from: <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/33198>.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В СУМСКОМ ОБЛАСТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ ЗА 2012–2014 ГОДЫ И КРИТЕРИИ ЕЕ ОЦЕНКИ

И.Г. Мудренко

Целью данного исследования явилось изучение динамики индикаторов качества оказания медицинской помощи в Сумском областном клиническом психоневрологическом диспансере на протяжении 2012–2014 годов. Мы мониторили следующие показатели работы (индикаторы): летальность, заболеваемость, распространенность психических болезней среди населения города Сумы, первичный выход на инвалидность, оборот койки, длительность лечения в стационаре, и на основе анонимного анкетирования – количество жалоб на качество медицинской помощи. Как источник информации использовали первичную медицинскую документацию (истории болезни, амбулаторные карты) и статистические отчеты за последние три года. Анализ результатов исследования свидетельствует о высоком качестве лечения, низкой летальности, но наблюдается рост первичного выхода на инвалидность в последние годы в связи с недофинансированием заведения на приобретение медикаментов и низкой социальной защищенностью психически больных. Внедрение аудита индикаторов качества в перспективе максимально приблизит оказание медицинской помощи к Министерскому Стандарту.

Ключевые слова: психиатрическая помощь, качество лечения, контроль качества, внутренний аудит, индикаторы качества, показатели результативности, показатели дефектов, модель конечных результатов.

THE ANALYSIS OF QUALITY OF MENTAL HEALTH CARE AT SUMY REGIONAL CLINICAL PSYCHONEUROLOGICAL DISPENSARY FOR 2012–2014

I. Mudrenko

Quality control – is the important part of the diagnostic and treatment process which gives the ability to assess the results of medical care, to identify ineffective methods of treatment and to make adequate management decisions in proper time. The system of quality control is based on the principle of inverse relationships between patient, his expectations and the subject of management. The aim of the research is studying the dynamics of indicators of the medical care quality provided to patients at Sumy Regional Clinical Psychoneurological Dispensary for 2012–2014. We studied the following quality indicators: lethality, statistics of sickness, prevalence of mental diseases among the population of Sumy region, primary departure because of disability, amount of patients (bed turnover), duration of treatment and the number of complaints about medical treatment on the basis of anonymous questioning. The primary medical documentation was used as the source of information (case history, outpatient card), statistical reports, and patients' questionnaires. The analysis of results testifies about high quality of treatment, low rate of lethality, but the increase of primary departure because of disability is observed for the last years in connection with underfunding the dispensary for medicines and low social security of the patients with mental illness. The majority of patients is discharged from the hospital with improvement (70–82 %) and continues maintaining treatment in the outpatient conditions. The minimum quantity of patients gets better completely due to chronic course of mental diseases. Treatment in half stationary conditions (day care) with the involvement of psychotherapist, psychologist, physiotherapeutic procedures contributes to the faster cure of patients. Complaints about attitude of the personnel, nourishment and treatment are rare. The further use of quality indicators gives the possibility to reach the maximum level of the implementation of the Standards of Medical Aid recommended by the Ministry of Healthcare of Ukraine.

Key words: mental health care, quality of treatment, quality control, internal audit, quality indicators, indicators of result, indicators of defects, the model of final results.

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК: 616.89 - 06: 616. 1/6] - 085.851 - 047.37

Ю. И. Заседа

ПРОТОКОЛ МЕТОДИЧЕСКОЙ СЕЛЕКЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНО КОНГРУЭНТНЫХ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Харьковская академия последипломного образования МОЗ Украины, г. Харьков

zasseda@gmail.com

Одной из приоритетных задач психотерапевтической клиники является формирование протокола методической селекции индивидуально-конгруэнтного психотехнического обеспечения процесса психотерапии. Квантификация характеристик личностного реагирования индивида в рамках концепции психофеноменологического профиля основана на изучении степени активности интрапсихических механизмов в процессе психотерапии путем использования специфического комплекса диагностических проб, результаты которых формируют индивидуальный психофеноменологический профиль, подлежащий компаративно-аналитическому процессу. В рамках данного исследования концепция психофеноменологического профиля была апплицирована к контингенту пациентов, страдающих наиболее распространенными формами соматоформных и психосоматических нозологических форм, что позволило получить данные о степени и направлении процесса персонологической патотрансформации в каждой из нозологических групп, а также идентифицировать приоритетные пути психотехнического обеспечения процесса психотерапии для каждой из групп пациентов.

Ключевые слова:
психотерапия,
соматоформные
расстройства,
психосоматические
расстройства.

С целью идентификации приоритетных путей психотерапии на основании характера персонологической патотрансформации контингента пациентов, страдающих наиболее распространенными формами соматоформных и психосоматических расстройств, было обследовано 400 пациентов, страдающих различными соматоформными и психосоматическими расстройствами, при помощи клинко-психофеноменологического, психодиагностического, клинко-психопатологического, статистического методов, а также методов анализа и синтеза. В результате исследования были сделаны выводы о направлении и степени нозоспецифической патоперсонологической трансформации.

Одной из приоритетных задач психотерапевтической клиники является формирование протокола методической селекции, – а именно подбор индивидуально-конгруэнтного психотехнического обеспечения процесса психотерапии. Сложность решения указанной задачи определяется наличием сразу нескольких методологических затруднений, среди которых центральное место занимает отсутствие достаточных данных о психопатогенетических механизмах патонозологических форм, входящих в сферу компетенции психотерапии, что приводит к их неоднозначному, а часто – противоположному пониманию с позиций различных психотерапевтических парадигм. Указанная дискурсивная гетерогенность приводит к такому модусу селекции, в рамках которого решение об использовании того или иного метода зависит лишь от привержен-

ности терапевта к той или иной парадигме психотерапии [5, 2–4].

Также важнейшим условием эффективности психотерапии является соответствие пропорции апелляции метода психотерапии к тем характеристикам личностного реагирования, которые имеют максимальный саногенный потенциал. При этом использование методов, инконгруэнтных характеристикам личностного реагирования, приводит не только лишь к потере эффективности психотерапии, но и дискредитирует используемый метод, а также формирует оппозиционное отношение пациента. Примерами такого несоответствия являются: применение сложных, требующих концентрации внимания методов в психотерапии пациентов, страдающих выраженными когнитивно-мнестическими расстройствами, использование гипносуггестии в случаях низкой

гипнабельности и скептического настроя и многие другие [6–8].

Отсутствие каких бы то ни было механизмов идентификации и квантификации характеристик личностного реагирования индивида как на патологический процесс, так и на вторичные нозогенные индукции социо-культурального толка приводит к тому, что психотерапевт вынужден производить селекцию конгруэнтного метода психотерапии интуитивно и эмпирически, что неизбежно отражается на результатах терапии [1–4].

Следствием вышесказанного является также и отсутствие методологии идентификации различий между степенью и характером влияния той или иной патонозологической формы на модус личностного реагирования индивида – пропорцией персонологической патотрансформации, определяющей общее направление психотерапевтического процесса, пути нормализации личностных характеристик пациента [1–3].

Приоритетным путем решения указанных затруднений является дальнейшая разработка и расширение сферы компетенции клинко-психофеноменологического метода, ключевой особенностью которого является рассмотрение характеристик личностного реагирования как индивидуальной констелляции психофизиологических и психотехнических феноменов, подлежащих квантификации.

Квантификация характеристик личностного реагирования индивида в рамках концепции психофеноменологического профиля основана на изучении степени активности интрапсихических механизмов в процессе психотерапии, путем использования специфического комплекса диагностических проб, результаты которых формируют индивидуальный психофеноменологический профиль, подлежащий дальнейшему компаративно-аналитическому процессу [3, 4].

В рамках данного исследования концепция психофеноменологического профиля была апплицирована к контингенту пациентов, страдающих наиболее распространенными формами соматоформных и психосоматических нозологических форм, что позволило получить данные о степени и направлении процесса персонологической патотрансформации в каждой из нозологических групп, а также идентифицировать приоритетные пути психотехнического обеспечения процесса психотерапии для каждой из групп пациентов.

Целью исследования является практическая аппликация разработанных в наших предыдущих исследованиях методов квантификации характеристик личностного реагирования для создания протокола методической селекции индивидуально конгруэнтных методов психотерапии.

Дизайн исследования: исследование проводилось на протяжении 2010 – 2014 гг. на базе кафедры психотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования и клиники «Мужское здоровье». Было обследовано 400 пациентов, страдающих различными соматоформными и психосоматическими расстройствами, из которых, с учётом процессов гомогенизации и рандомизации выборки, для углублён-

ного исследования клинко-психофеноменологических характеристик были сформированы 2 группы по 200 пациентов:

- группа пациентов, страдающих психосоматическими расстройствами (неаллергическая бронхиальная астма (J45.01; J45.08; J45.09), *Helicobacter*-неассоциированная язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (K25.07; K26.07), эссенциальная гипертензия (I10) – 200 пациентов, средний возраст в которой составил (32±0,7) лет;
- группа пациентов, страдающих соматоформными расстройствами (соматоформные вегетативные дисфункции: дыхательной (F45.33), дигестивной (F45.32) и кардиоваскулярной (F45.30) систем) – 200 пациентов, средний возраст в которой составил (33±0,4) года.

В качестве группы сравнения выступали 100 условно здоровых добровольцев.

Контингент был однородным по ряду таких социально-бытовых показателей, как социальный статус, семейное и материальное положение, образование, с целью устранения погрешности в типах отреагирования пациентов на психотерапевтические вмешательства вследствие этих факторов.

Методы исследования: основным методом исследования являлся клинко-психофеноменологический; его дополняли психодиагностический и клинко-психопатологический методы. Также использовали статистический метод, методы анализа и синтеза.

Квантификация характеристик индивидуального личностного реагирования проводилась в рамках оценки динамики активности интрапсихических механизмов, соответствующих выделенным феноменам в структуре феноменной части психофеноменологического профиля с использованием инструментария экспериментального патопсихологического исследования, методоспецифических проб, а также психодиагностического интервью, включающего аутодиагностические методики.

Результаты исследования

В результате аппликации комплекса специфических диагностических проб, входящих в методологический аппарат редуцированного психофеноменологического профиля, описанного в наших предыдущих исследованиях, на обследуемый контингент нами были получены данные о степени активности отдельных интрапсихических механизмов в процессе психотерапии. Полученные данные по контингентам пациентов, страдающих соматоформными и психосоматическими расстройствами, приведены в виде среднegrupповых значений в таблицах 1 и 2 соответственно:

Полученные данные иллюстрируют нозоспецифическую патоперсонологическую трансформацию, имеющую специфическое направление в структуре каждой из исследованных нозологических форм. Принимая в рамках расстройств, сопряженных с нарушением сосудистого тонуса (ГБ, СДСС), характер, соответствующий психоограническому психопатологическому синдрому различной степени выраженности, в рамках (БА, СДДС, СДПС) – психастеническим, в рамках (ЯБЖ и ЯБДПК) – астено-невротическим личностным особенностям,

Таблица 1. Среднегрупповые значения активности отдельных интрапсихических механизмов в процессе психотерапии среди контингента пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией дыхательной (СДДС), сердечно-сосудистой (СДСС), пищеварительной (СДПС) систем и в группе здоровых добровольцев

Механизмы	Средняя оценка в группах	Здоровые (N = 100)	СДДС (N = 60)	СДСС (N = 80)	СДПС (N = 60)
Трансовый суперкластер					
Гипнабельность		1,46±0,81	1,96±1,08	1,24±1,02	1,35±0,89
Гипнокатарсис		1,56±0,81	1,03±0,84	0,83±0,81	1,22±0,98
Ассоциативно-идеаторный кластер					
Изотемпопсихия		1,20±0,89	0,96±0,94	1,03±0,58	1,42±0,61
Логичность мышления		1,16±0,54	1,16±0,96	1,53±0,74	1,65±0,66
Пластичность мышления		2,40±0,48	2,33±0,86	1,86±0,99	1,14±0,78
Последовательность мышления		1,44±0,75	1,36±0,83	1,51±0,86	1,92±0,92
Способность к абстрагированию		2,28±1,0	1,86±1,08	1,73±0,81	1,34±0,99
Когнитивно-гностической кластер					
Когнитивная селективность рецепции		1,15±1,18	1,26±0,74	1,66±0,81	1,90±0,94
Когнитивная состоятельность		2,09±0,80	1,83±0,92	1,46±0,91	2,05±1,12
Обучаемость		1,23±0,81	2,08±0,99	1,88±1,06	1,94±0,99
Осознание		1,37±1,05	1,30±1,06	1,91±1,12	1,34±0,81
Самообучаемость		1,45±0,94	1,23±0,63	1,83±0,99	1,35±0,78
Убеждаемость		1,72±1,07	1,82±1,03	1,22±0,81	1,32±0,86
Аффективный кластер					
Адекватность аффекта		1,78±1,12	2,08±1,16	1,36±0,76	1,42±0,61
Аффективная модификация ассоциаций		1,95±0,97	1,43±0,89	1,93±1,12	1,65±0,66
Аффектогенная модификация памяти		1,56±1,16	1,26±1,05	2,06±1,03	1,14±0,78
Аффектогенная селекция рецепции		0,56±0,99	1,04±1,02	1,86±0,99	1,92±0,92
Изопластичность аффекта		1,43±0,58	1,52±0,66	1,26±0,71	1,34±0,99
Изотимия		1,60±0,89	1,30±0,63	1,73±0,94	1,42±0,61
Интроспективное восприятие аффекта		1,82±0,83	1,47±0,66	1,13±0,77	1,65±0,66
Мнестический кластер					
Воспроизведение		1,50±0,72	1,46±0,93	1,83±0,91	1,33±0,92
Забывание		1,27±1,00	0,93±0,74	1,13±0,78	1,41±1,02
Хранение		1,60±0,66	1,93±0,94	1,12±0,89	1,50±0,61
Непроизвольное запоминание		1,45±0,80	1,71±0,83	1,31±0,99	1,06±0,99
Произвольное запоминание		1,64±0,59	1,63±0,74	2,03±0,93	1,85±1,02
Сенсорная память		1,84±0,80	1,93±0,93	1,66±0,91	1,12±0,89
Узнавание		1,58±0,98	1,48±0,71	1,98±0,99	1,55±0,75
Эндовербальный кластер					
Рецепция антиаддиктивных формул		1,23±0,81	1,70±0,94	1,91±1,03	1,04±0,86
Рецепция аффирмаций		1,25±0,82	1,73±0,83	1,55±0,99	1,25±0,98
Рецепция вербального рефрейминга		1,47±0,80	1,36±0,74	1,26±0,83	1,74±1,02
Рецепция десенсибилизирующих формул		1,46±0,81	1,73±0,85	1,46±0,91	1,03±0,95
Рецепция парадоксальных формул		1,15±1,18	1,23±0,99	1,94±1,03	1,81±1,05
Рецепция поддерживающих формул		1,78±0,94	1,86±0,84	1,31±0,81	0,95±0,76
Рецепция усиливающих формул		2,09±0,80	2,10±0,93	1,03±0,99	1,56±0,95

Таблица 2. Среднегрупповые значения активности отдельных интрапсихических механизмов в процессе психотерапии среди контингента пациентов, страдающих бронхиальной астмой (БА), язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и/или ЯБДПК), гипертонической болезнью (ГБ) и в группе здоровых добровольцев

Механизмы	Средняя оценка в группах	Здоровые (N = 100)	БА (N = 60)	ГБ (N = 80)	ЯБЖ и/или ЯБДПК (N = 60)
Трансовый суперкластер					
Гипнабельность		1,46 ± 0,81	1,76 ± 1,16	0,72 ± 0,75	2,03 ± 0,98
Гипнокатарсис		1,56 ± 0,81	0,96 ± 0,88	1,00 ± 0,96	1,96 ± 0,88
Ассоциативно-идеаторный кластер					
Изотемпопсихия		1,20 ± 0,89	1,93 ± 1,03	1,52 ± 0,64	0,80 ± 0,65
Логичность мышления		1,16 ± 0,54	1,63 ± 1,22	1,35 ± 0,62	1,43 ± 0,75
Пластичность мышления		2,40 ± 0,48	1,70 ± 1,07	1,20 ± 0,63	1,36 ± 0,58
Последовательность мышления		1,44 ± 0,75	2,0 ± 1,18	1,22 ± 0,57	1,40 ± 0,71
Способность к абстрагированию		2,28 ± 1,0	1,76 ± 1,20	0,92 ± 0,52	1,33 ± 0,86
Когнитивно-гностический кластер					
Когнитивная селективность рецепции		1,15 ± 1,18	1,33 ± 0,84	1,20 ± 0,79	2,02 ± 0,73
Когнитивная состоятельность		2,09 ± 0,80	1,20 ± 0,76	1,25 ± 0,98	1,90 ± 0,92
Обучаемость		1,23 ± 0,81	1,83 ± 0,93	1,33 ± 0,93	2,06 ± 0,74
Осознание		1,37 ± 1,05	0,90 ± 0,71	1,30 ± 0,96	1,20 ± 1,03
Самообучаемость		1,45 ± 0,94	1,06 ± 0,90	0,95 ± 0,90	2,03 ± 1,04
Убеждаемость		1,72 ± 1,07	2,10 ± 1,02	2,02 ± 1,09	1,32 ± 1,07
Аффективный кластер					
Адекватность аффекта		1,78 ± 1,12	1,13 ± 0,93	1,80 ± 0,88	1,46 ± 0,73
Аффективная модификация ассоциаций		1,95 ± 0,97	1,93 ± 1,15	1,30 ± 0,81	1,23 ± 0,77
Аффектогенная модификация памяти		1,56 ± 1,16	1,70 ± 0,65	2,07 ± 0,80	1,56 ± 0,97
Аффектогенная селекция рецепции		0,56 ± 0,99	0,86 ± 1,10	1,12 ± 0,85	1,16 ± 1,17
Изопластичность аффекта		1,43 ± 0,58	1,30 ± 1,02	1,47 ± 0,81	1,30 ± 1,02
Изотимия		1,60 ± 0,89	2,30 ± 0,95	1,72 ± 0,98	1,80 ± 0,99
Интроспективное восприятие аффекта		1,82 ± 0,83	1,4 ± 1,00	1,42 ± 0,95	1,33 ± 0,95
Мнестический кластер					
Воспроизведение		1,50 ± 0,72	1,43 ± 1,18	1,07 ± 0,81	1,66 ± 0,91
Забывание		1,27 ± 1,00	2,00 ± 0,82	2,08 ± 1,03	1,53 ± 0,71
Хранение		1,60 ± 0,66	1,93 ± 0,94	1,12 ± 0,89	1,50 ± 0,61
Непроизвольное запоминание		1,45 ± 0,80	2,09 ± 0,73	1,56 ± 0,70	1,68 ± 0,85
Произвольное запоминание		1,64 ± 0,59	1,93 ± 0,94	2,02 ± 0,53	1,81 ± 0,73
Сенсорная память		1,84 ± 0,80	2,00 ± 0,87	1,09 ± 0,86	1,62 ± 0,87
Узнавание		1,58 ± 0,98	1,81 ± 1,00	1,75 ± 0,83	1,68 ± 0,78
Эндовербальный кластер					
Рецепция антиаддитивных формул		1,23 ± 0,81	0,96 ± 0,88	1,52 ± 1,13	1,10 ± 0,75
Рецепция affirmаций		1,25 ± 0,82	1,16 ± 0,98	1,65 ± 0,83	2,12 ± 0,87
Рецепция вербального рефрейминга		1,47 ± 0,80	0,93 ± 1,01	0,90 ± 1,00	0,96 ± 0,76
Рецепция десенсибилизирующих формул		1,46 ± 0,81	1,66 ± 0,75	1,63 ± 1,01	1,68 ± 0,85
Рецепция парадоксальных формул		1,15 ± 1,18	1,71 ± 0,77	1,41 ± 0,83	2,11 ± 0,73
Рецепция поддерживающих формул		1,78 ± 0,94	1,50 ± 1,19	2,05 ± 0,94	0,96 ± 0,88
Рецепция усиливающих формул		2,09 ± 0,80	2,00 ± 0,82	1,06 ± 0,91	1,60 ± 0,93

патопрезологическая трансформация основывается на примордиальном личностном базисе и психофизиологических характеристиках индивида и требует дальнейшего детального изучения, выходящего за рамки прикладных задач данного исследования.

Выводы

В результате анализа полученных данных можно сделать выводы о направлении и степени нозоспецифической патоперсоналогической трансформации, детерминирующей специфический образ личностного реагирования на процесс психотерапии группы пациентов, объединённых единой патонозологической формой. В частности:

Для контингента пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией дыхательной системы, характерно сочетание выраженной активности интрапсихических механизмов, соответствующих феноменам гипнабельности ($1,96 \pm 1,08$), высокой пластичности мышления ($2,33 \pm 0,86$), высокой обучаемости ($2,08 \pm 0,99$) и адекватности аффекта ($2,08 \pm 1,16$) при выраженных показателях сенсорной памяти ($1,93 \pm 0,93$) и рецепции усиливающих семантических формул ($2,10 \pm 0,93$), что делает приоритетным использование в отношении указанного контингента пациентов методов, реализующих свой эффект через указанные механизмы, в частности обучающей и рациональной психотерапии, аутогенной тренировки, гипнотерапии с суггестией усиливающих семантических формул.

Для контингента пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией сердечно-сосудистой системы, характерно сочетание выраженной активности интрапсихических механизмов, соответствующих феноменам аффектогенной модификации памяти ($2,06 \pm 1,03$), произвольного запоминания ($2,03 \pm 0,93$), выраженной активности феноменов осознания ($1,91 \pm 1,12$), обучаемости ($1,88 \pm 1,06$) и самообучаемости ($1,83 \pm 0,99$), при высокой активности рецепции парадоксальных семантических формул ($1,94 \pm 1,03$), что делает приоритетным использование в отношении указанного контингента пациентов методов, реализующих свой эффект через указанные механизмы, в частности: симульно-мнестической психотерапии, рациональной психотерапии, суггестивных методов психотерапии, аутогенной тренировки с использованием парадоксальных семантических формул, гештальт-терапии.

Для контингента пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией пищеварительной системы, характерно сочетание выраженной активности интрапсихических механизмов, соответствующих феноменам когнитивной селекции рецепции ($2,05 \pm 1,12$), обучаемости ($1,94 \pm 0,99$) и аффектогенной селекции рецепции ($1,92 \pm 0,92$), что делает приоритетным использование в отношении указанного контингента пациентов методов, реализующих свой эффект через указанные механизмы, в частности: рациональной психотерапии, когнитивно-бихевиоральной психотерапии, обучающей психотерапии.

Для контингента пациентов, страдающих бронхиальной астмой, характерно сочетание выраженной активности интрапсихических механизмов, соответ-

ствующих феноменам последовательности мышления ($2,0 \pm 1,18$), убеждаемости ($2,10 \pm 1,02$), изотимии ($2,30 \pm 0,95$), в мнестической сфере высокую активность имеют феномены непроизвольного запоминания ($2,09 \pm 0,73$), забывания ($2,00 \pm 0,82$) и сенсорной памяти ($2,00 \pm 0,87$). Наиболее активной является рецепция усиливающих семантических формул ($2,00 \pm 0,82$). Указанная констелляция активности интрапсихических механизмов делает приоритетным использование в системе психотерапии методов суггестивной психотерапии, позитивной и групповой психотерапии, аутогенной терапии с использованием усиливающих семантических формул, симульно-мнестической психотерапии.

Для контингента пациентов, страдающих гипертонической болезнью, характерно сочетание выраженной активности интрапсихических механизмов, соответствующих феноменам убеждаемости ($2,02 \pm 1,09$), аффектогенной модификации памяти ($2,07 \pm 0,80$), забывания ($2,08 \pm 1,03$), произвольного запоминания ($2,02 \pm 0,53$), рецепции поддерживающих формул ($2,05 \pm 0,94$). Указанная констелляция активности интрапсихических механизмов делает приоритетным использование в системе психотерапии методов суггестивной психотерапии, симульно-мнестической психотерапии, групповой и поддерживающей психотерапии, аутогенной терапии с использованием поддерживающих семантических формул.

Для контингента пациентов, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, характерно сочетание выраженной активности интрапсихических механизмов, соответствующих феноменам гипнабельности ($2,03 \pm 0,98$), гипнокатарсиса ($1,96 \pm 0,88$), когнитивной селективности рецепции ($2,02 \pm 0,73$), обучаемости ($2,06 \pm 0,74$), самообучаемости ($2,03 \pm 1,04$), рецепции парадоксальных формул ($2,11 \pm 0,73$), рецепции аффирмаций ($2,12 \pm 0,87$). Указанная констелляция активности интрапсихических механизмов делает приоритетным использование в системе психотерапии методов гипносуггестии, гипноанализа, рациональной, обучающей и когнитивно-бихевиоральной психотерапии, суггестивной терапии и аутогенной тренировки с использованием аффирмаций и парадоксальных формул.

Список использованной литературы

1. Чузунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: [Учебное пособие] / В. В. Чузунов. – Х.: Наука, 2010. – 304 с.
2. Чузунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / И. И. Чузунов. – 2-е изд. стереотипн. – К.: Здоров'я; Х.: Око – Наука, 2008. – 768 с.
3. Чузунов В. В. Клинико-психопсихологический метод / В. В. Чузунов, Б. В. Михайлов // Медицинская психология. – 2010. – № 2. – С. 3–15.
4. Чузунов В. В. Метаконцептуальная модель сентенционно-семантической интервенции в сфере компетенции психотерапии / В. В. Чузунов, Ю. И. Заседа, А. Д. Городюкин // Медицинская психология. – 2014. – № 4. – С. 62–66.
5. Landru N. I. Towards personalized treatment of depression: a candidate gene approach / N. I. Landru // Scandinavian journal of psychology. – 2014. – № 55 (3). – P. 219–224.
6. Lee P. T. Narrative synthesis of equine-assisted psychotherapy literature: Current knowledge and future research directions / P. T. Lee, E. Dakin, M. McLure // Health and social care community. – 2015. – № 2.
7. Madelin R. Personalizing therapy / R. Madelin // Cyberpsychology, behavior and social networking. – 2014. – № 17 (6).
8. Testad I. The value of personalized psychosocial interventions to address behavioral and psychological symptoms in people with dementia living in care home settings: a systematic review / I. Testad, A. Corbett, D. Aarsland, K. O. Lexow // International psychogeriatrics. – 2014. – № 26 (7). – P. 83–98.

ПРОТОКОЛ МЕТОДИЧНОЇ СЕЛЕКЦІЇ ІНДИВІДУАЛЬНО КОНГРУЕНТНИХ МЕТОДІВ ПСИХОТЕРАПІЇ
ПРИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ТА СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДАХ

Ю.І. Заседа

Одним із пріоритетних завдань психотерапевтичної клініки є формування протоколу методичної селекції індивідуально-конгруентного психотехнічного забезпечення процесу психотерапії. З метою практичної аплікації розроблених у наших попередніх дослідженнях методів квантифікації характеристик особистісного реагування для створення протоколу методичної селекції індивідуально конгруентних методів психотерапії було обстежено 400 пацієнтів, що страждають на різноманітні соматоформні та психосоматичні розлади, за допомогою клініко-психофеноменологічного, психодіагностичного, клініко-психопатологічного, статистичного методів, а також методів аналізу та синтезу. У результаті дослідження було зроблено висновки про напрям та ступінь нозоспецифічної патоперсоналогічної трансформації.

Ключові слова: психотерапія, соматоформні розлади, психосоматичні розлади.

METHODICAL SELECTION PROTOCOL OF INDIVIDUALLY CONGRUENT METHODS OF PSYCHOTHERAPY
IN PSYCHOSOMATIC DISEASES AND SOMATOFORM DISORDERS

Yu. Zaseda

One of the priorities of psychotherapeutic clinic is to develop a protocol of methodical selection of individually-congruent psychotechnical ensure the process of psychotherapy. In order to perform a practical application of quantification methods which were developed in our previous investigations, to develop methodical selection protocol of individually congruent methods of psychotherapy, were examined 400 patients suffering from various somatoform and psychosomatic disorders, using clinically-psychophenomenological, psycho-diagnostic, clinically-psychopathological, statistical methods as well as methods of analysis and synthesis. The study conclusions were drawn about the direction and degree of nosospecific and pathopersonological transformation.

Key words: psychotherapy, somatoform disorders, psychophysiologic disorders.

УДК 616.89 – 008.1– 055.2

А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков

ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЖІНОК ІЗ
СОМАТОФОРМНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава
lara-gerasimenko@mail.ru

Ключові слова:
соматоформна
вегетативна дисфункція,
психосоціальна
реабілітація.

Встановлено предиктори формування психосоціальної дезадаптивної поведінки у жінок за наявності СВД серцево-судинної системи. Проведено аналіз стану психосоціальної дезадаптації жінок даної групи із використанням анкети вивчення психосоціальної дезадаптації. Отримані результати дозволять впливати на всі етіопатогенетичні ланки формування психосоціальної дезадаптивної поведінки у жінок із СВД серцево-судинної системи.

Розлади адаптації – поширена патологія сьогодення, яка є наслідком стресів, фізичних і психічних захворювань, емоційних переживань, конфліктів тощо [10]. Провідні вітчизняні фахівці стверджують, що у сучасному світі рівень навантаження на психіку людини стрімко зростає, людство зазнає постійного впливу стресів в результаті терористичних актів, техногенних катастроф, війн, надмірного інформаційного перенавантаження негативного змісту [2, 3, 9]. Згідно зі статистичними даними, показник захворюваності на невротичні розлади, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади (F40-48) у динаміці за 10-річний період залишається стабільно високим, зокрема, у 2010 році він склав 53,2 на 100 тис. населення [3, 4]. У сучасних літературних джерелах є значна кількість робіт, присвячених розладам адаптації за наявності різноманітної психічної патології, але питання формування психосоціальної дезадаптації за наявності психічної непсихотичної патології в сучасній літературі не висвітлені [1, 5]. З представлених в літературі конституційно-біологічних і соціально-психологічних факторів необхідно виділити основні, які

відіграють провідну роль у розвитку психосоціальної дезадаптивної поведінки у пацієнтів з невротичними розладами, зокрема, при соматоформній вегетативній дисфункції (СВД) [6–8].

Метою нашого дослідження стало вивчення предикторів формування психосоціальної дезадаптивної поведінки у жінок за наявності СВД серцево-судинної системи.

Матеріали та методи дослідження

За умов інформованої згоди нами було обстежено 45 жінок, у яких діагностовано невротичний розлад, зокрема СВД серцево-судинної системи, які звертались за консультативною та лікувальною допомогою до клінічної бази кафедри психіатрії, медичної психології, наркології ВДНЗУ «УМСА». Всі жінки дали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні. Вік обстежених складав від 24 до 49 років. Враховуючи специфіку клінічних проявів захворювання особливу увагу приділяли клініко-психопатологічному методу у вигляді розгорнутого клінічного інтерв'ю з аналізом психічного статусу та психоанамнестичних даних. Психодіагностичне дослідження проводили

Таблиця. Результати аналізу анкети вивчення психосоціальної дезадаптації у жінок із соматовегетативною дисфункцією серцево-судинної системи

Варіант дезадаптації	Тяжкість проявів									
	Адаптація		Група ризику		Легкі прояви		Середньотяжкі прояви		Тяжкий перебіг	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Економічна дезадаптація	5	11,11	31	68,88	3	6,67	3	6,67	3	6,67
Виробнича (службова) дезадаптація	6	13,33	12	26,66	4	8,89	11	24,44	12	26,66
Сімейна дезадаптація	18	40,00	19	42,22	4	8,89	3	6,67	1	2,22
Інформаційна дезадаптація	9	20,00	27	60,00	4	8,89	4	8,89	1	2,22

з використанням шкали ступеня вираженості соціальної дезадаптації індивідів (І.П. Артюхов зі співавт., 2009) і запропонованої нами «Шкали психосоціальної дезадаптації», спрямованої на більш повне розкриття особливостей психосоціальної дезадаптації пацієнтів у різних сферах діяльності.

За основу було взято наступні визначення:

- соціальна адаптація – це здатність індивіда пристосовуватись до умов соціального середовища у повному обсязі;
- соціальна дезадаптація – це часткова або повна втрата людиною здатності пристосовуватись до умов соціального середовища.

Економічна соціальна дезадаптація – це стан порушеної адаптації індивіда до навколишнього соціального середовища під впливом економічних факторів.

Інформаційна соціальна дезадаптація – це стан порушеної адаптації індивіда до навколишнього соціального середовища під впливом інформаційних факторів.

Сімейна соціальна дезадаптація – це стан порушеної адаптації індивіда до навколишнього соціального середовища під впливом факторів сімейних відносин.

Виробнича (службова) соціальна дезадаптація – це стан порушеної адаптації індивіда до навколишнього соціального середовища під впливом факторів професійної діяльності.

Під змішаною соціальною дезадаптацією розуміють стан порушеної адаптації індивіда до навколишнього соціального середовища під впливом комплексу факторів.

Результати та їх обговорення

За результатами проведеного дослідження аналіз структури виробничої (службової) дезадаптації показав, що найтипівішими її проявами для пацієнтів цієї групи були наступні: незадоволеність психологічним кліматом на роботі (68,89 %), стосунками із колегами по роботі (64,44 %) і керівництвом (75,56 %), незадоволеність фінансовим станом сім'ї (44,44 %) та пов'язування відчуття комфорту із самотністю (80,00 %) і висока кратність дратівливості (80,00 %).

Отримані результати ми доповнили аналізом стану психосоціальної дезадаптації жінок цієї групи із використанням анкети вивчення психосоціальної дезадаптації. Результати аналізу наведено у таблиці.

За допомогою обох методів отримано дані про домінування у даній групі виробничого (службового) варіанту психосоціальної дезадаптації. На цю форму дезадаптації припадала найбільша питома частка тяжких проявів, пов'язаних із соматичними реакціями, як то тремтіння, пітливість, серцебиття, головні болі, порушення сну,

апетиту у відповідь на невирішені ситуації виробничих конфліктів.

Ця форма дезадаптації розвивалась у результаті невідповідності між очікуваннями та реальною ситуацією у сфері професійної діяльності. Ми проаналізували найпоширеніші фактори формування дезадаптації у обстежених жінок.

Найважливішим і найпоширенішим фактором стала невідповідність реальних можливостей системі цінностей та вимогам, пов'язаним із професійною діяльністю. Найтипівішою можна визнати ситуацію із виразним домінуванням інтересів професійного зростання у системі цінностей на фоні недосяжно високого рівня вимог, що висувались у зв'язку із професійною діяльністю обстежених жінок. Значно рідше спостерігалась невідповідність у формі домінування побутових інтересів на фоні високих вимог щодо професійної діяльності.

Депресивна симптоматика і соматовегетативні прояви в рамках невротичних розладів послаблювали їх функціональні можливості, робили їх більш вразливими до критики керівництва і колег, невпевненими у собі, схильними до пошуку причин невдач у собі та власних діях. Обстеженим були притаманні нав'язливі стереотипні думки про власні невдачі професійного плану, необхідність «щось змінювати», пошуки перспектив тощо, що супроводжувалось негативними емоційними переживаннями і подальшим погіршенням працездатності.

Неготовність відповідати вимогам працедавця створювала досить серйозний конфлікт на фоні очікування «цікавої» роботи і «матеріальної забезпеченості» як результату діяльності. Відчуття неповноцінності, невпевненість у собі доповнювали наявну фонову депресивну симптоматику і поглиблювали кризові явища професійної дезадаптації.

Ці три основні групи взаємопов'язаних факторів і механізмів професійної дезадаптації в тій чи іншій мірі були наявні у всіх обстежених жінок із соматовегетативною дисфункцією серцево-судинної системи та професійною (службовою) дезадаптацією.

У частині випадків важливу роль відігравали комунікативні труднощі у спілкуванні із керівництвом і колегами по роботі. Виявлені відсутність здатності чітко формулювати власні побажання, вимоги та очікування, а також відсутність неформального спілкування, яке б доповнювало суто формалізовані стосунки, компенсуючи можливі професійні конфлікти.

Сприяв формуванню дезадаптації і деструктивний підхід до вирішення конфліктних ситуацій, пов'язаних із професійною діяльністю. Однаково деструктивними при

вирішенні професійних конфліктів виявилися стратегії уникання і конфронтації.

Важливу роль у частині випадків відігравав також неправильний професійний вибір, зроблений необдуманно, або під тиском найближчого оточення, батьків чи обставин. Типовим прикладом такої ситуації є вибір на користь природничої сфери діяльності в умовах прихильності до гуманітарної сфери і навпаки.

Висновки

Наведені дані дозволяють розробити систему психотерапевтичних заходів, раннього прогнозування та профілактики психосоціальної дезадаптації у жінок з СВД серцево-судинної системи. Отримані знання дозволять впливати на всі етіопатогенетичні ланки формування психосоціальної дезадаптивної поведінки у жінок із СВД серцево-судинної системи у жінок і відповідно сприятимуть підвищенню якості діагностичних, терапевтичних та профілактичних заходів.

Список використаної літератури

1. Венгер О. П. Влияние социальных факторов на развитие неврастения, диссоциативных и тревожно-фобических расстройств: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук: 14.01.16 / Венгер Елена Петрівна – Харків, 2003. – 20 с.
2. Деякі особливості сучасних невротичних розладів / О. С. Чабан [та ін.] // *Архів психіатрії*. – 2002. – № 3 (30). – С. 65–69.
3. Животовська Л. В. Психотерапевтична тактика при соматоформних розладах в системі ґештальт-моделі // *Таврический журнал психиатрии*. – 2013. – Т. 16, № 3 (64) – С. 127–131.
4. Майерс Д. Социальная психология / Д. Майерс – СПб.: Питер, 1996. – 520 с.
5. Маркова М. В. Посттравматичні дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми / М. В. Маркова, П. В. Козиря // *Медицинская психология*. – 2015. – № 10. – С. 8–13.
6. Основи медичної психології / В. М. Ждан [та ін.]. – Полтава: АСМІ, 2014. – 255 с.
7. Психокardiология / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин, М. Ю. Дробижев, С. В. Иванов. – М.: МИА, 2005. – 778 с.
8. Соматоформні розлади – сучасна загальномедична проблема / Б. В. Михайлов, І. М. Сарвір, О. С. Баженов [та ін.] // *Український медичний часопис*. – 2003. – № 3. – С. 73–77.
9. Хобзей М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута // *Український вісник психоневрології*. – 2010. – Т. 18, Вип. 3 (64). – С. 10–14.
10. Юрьева Л. Н. Динамика распространения психических и поведенческих расстройств в мире и в Украине // *Медицинские исследования*. – 2001. – № 1. – С. 32–33.

ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН С СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

А.Н. Скрипников, Л.А. Герасименко, Р.И. Исаков

Установлены предикторы формирования психосоциального дезадаптивного поведения у женщин при наличии СВД сердечно-сосудистой системы. Проведен анализ состояния психосоциальной дезадаптации женщин данной группы с использованием анкеты изучения психосоциальной дезадаптации. Полученные результаты исследования позволят влиять на все этиопатогенетические звенья формирования психосоциального дезадаптивного поведения у женщин с СВД сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: соматоформная вегетативная дисфункция, психосоциальная реабилитация.

PREDICTORS OF FORMATION OF PSYCHOSOCIAL MALADJUSTMENT IN WOMEN WITH SOMATOFORM VEGETATIVE DYSFUNCTION OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM

A. Skrypnikov, L. Herasymenko, R. Isakov

Predictors of psychosocial dysadaptive formation behavior in women in the presence of SVD cardiovascular system were established. The analysis of psychosocial dysadaptation of women in this group have been conducted using a study questionnaire psychosocial maladjustment. The results of the study will influence all of etiopathogenetic links of formation dysadaptive psychosocial behavior in women with SVD cardiovascular system.

Key words: somatoform autonomic dysfunction, psychosocial rehabilitation.

Н.А. Дзеружинская¹, В.А. Ломтева²

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОЦИАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

¹Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев²Территориальное медицинское объединение «Психиатрия» в городе Киеве

torydoct@yandex.ua

Ключевые слова:

больные шизофренией, гендерные особенности, социальные потери, продолжительность заболевания.

Цель исследования: оценка гендерного аспекта выраженности социальных потерь у больных шизофренией с различной продолжительностью заболевания.

Материалы и методы. Изучена когорта из 109 больных, страдающих параноидной шизофренией, находившихся на лечении в ТМО «Психиатрия» в г. Киев с 2011 по 2015 г. В исследовании использованы клиничко-психопатологический, клиничко-анамнестический, психодиагностический и статистический методы. Применялись шкалы PANSS, BPRS, SANS, опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 1998 г.), шкала медикаментозного комплайенса.

Результаты. Характер социальных потерь, выявленных при проведении исследования, указывает на их большую выраженность у мужского контингента лиц, страдающих параноидной шизофренией.

Выводы. Полученные данные необходимо учитывать при составлении программ реабилитации больных шизофренией.

Шизофрения является наиболее дорогостоящим расстройством, регистрируемым в психиатрической службе. По данным В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова и др. (2006), 40% психиатрического бюджета уходит на лечение шизофрении (это сопоставимо с потерями вследствие онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний) при 15% доле больных в контингенте охваченных психиатрической помощью в стране [1]. Это заболевание относится к первой десятке ведущих причин инвалидности в мире. Более 60% больных шизофренией – лица трудоспособного возраста – инвалиды. Безработица больных превышает таковую в общем населении на порядок. Социальная, трудовая и бытовая несостоятельность – не только следствие самой шизофрении, но и нежелательных действий лечения, предубеждения и стигматизации заболевания и лечения. Показатель социальных потерь относится к индикаторам качества медико-социальной помощи психически больным наряду с клиническими и социально-психологическими факторами, такими как показатели комплайенса, стигматизации и самостигматизации, качества жизни и т.п. Социальные потери при шизофрении в основном связаны с утратой места учебы и работы, затратами на временную нетрудоспособность, безработицей и инвалидностью больных трудоспособного возраста, сложностями создания или сохранения семьи и неспособностью к самостоятельному проживанию. Преобладание социальных потерь над медицинскими (по данным разных авторов это соотношение составляет от 9:1 до 14,5:1), характерное для больных шизоф-

рений, указывает на необходимость применения стратегий с доказанным ресоциализирующим потенциалом [2, 3].

Цель исследования: оценка гендерного аспекта выраженности социальных потерь у больных шизофренией с различной продолжительностью заболевания.

Материалы и методы исследования

Мы провели исследование клиничко-социальных критериев качества оказания медико-социальной помощи больным шизофренией. Изучена когорта из 109 больных параноидной шизофренией, находившихся на лечении в ТМО «Психиатрия» в городе Киеве с 2011 по 2015 г. Возраст больных, принимавших участие в исследовании, составлял от 18 до 64 лет (средний возраст составил $36,87 \pm 9,76$ лет). Все больные (за исключением одной женщины), принявшие участие в исследовании, были лицами трудоспособного возраста. Среди них было 69 мужчин (63,3%) и 40 женщин (36,7%).

Все пациенты дали информированное согласие на участие в проводимом исследовании. Клиническая диагностика шизофрении проводилась согласно критериям систематики эндогенных психических расстройств в соответствии с МКБ–10. Все больные соответствовали диагностическим критериям рубрики F20.0 (шизофрения, параноидная форма). Обследование пациентов проводилось через 2 – 3 недели лечения после купирования актуальной психопатологической симптоматики на стадии частичной ремиссии. Для достижения цели исследования мы использовали

клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, психодиагностический и статистический методы. Для изучения особенностей клинической картины мы применяли шкалы PANSS, BPRS, SANS. Частоту госпитализаций и соответствующие социальные показатели определяли с помощью опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 1998 г.). Для изучения приверженности больных выполнению режима терапии была использована Шкала медикаментозного комплайенса, разработанная в НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Результаты и их обсуждение

В таблице 1 представлены данные, касающиеся медицинского анамнеза сравниваемых групп больных.

Как видно из таблицы, возраст мужчин и женщин в обследуемых группах был практически одинаковым. Однако среди мужчин оказалось больше лиц, страдающих шизофренией 5 лет и более. Около 2/3 мужчин (60,3%) имели длительность заболевания более 10 лет, тогда как среди женщин в основном отмечалась длительность за-

Таблица 1. Клинико-социальные характеристики больных шизофренией

Показатели	Мужчины (69 чел.)%	Женщины (40 чел.)%
Количество больных	63,3	36,7
Возраст (М±m)	37,65±9,05	35,53±10,86
Длительность заболевания свыше 5 лет	94,2	67,5
Длительность заболевания до 5 лет	5,8	32,5
Длительность наблюдения в ПНД более 5 лет	93,7	46,7
Частота обращений в ПНД в год: 5 и более раз	36,5	6,7
Частота обращений в ПНД в год: 3–4 раза	5,7	20,0
Частота обращений в ПНД в год: 1–2 раза	34,9	26,7
Не обращались в ПНД вообще	17,5	3,3
Частота стационарирования в ПБ более 5 раз за последние 5 лет	49,2	16,7
Частота стационарирования в ПБ 3–4 раза за последние 5 лет	19,0	26,7
Частота стационарирования в ПБ 1–2 раза за последние 5 лет	23,8	43,3
Не посещали дневные стационары за последние 5 лет	73,0	66,7
Посещали дневные стационары 5 и более раз	11,1	3,3
Постоянно принимали поддерживающую терапию	47,5	50,0
Эпизодически принимали поддерживающую терапию	42,9	33,3
Не принимали поддерживающую терапию вообще	9,5	16,7
Обращались в ПНД самостоятельно	73,0	66,7
Обращались в ПНД по вызову	9,5	3,3
Не обращались в ПНД	15,9	26,7
Цель обращения в ПНД: для лечения	52,4	36,7
Цель обращения в ПНД: для получения рецепта (%)	22,2	33,3
Цель обращения в ПНД: для получения направления на лечение в стационар (%)	6,3	3,3

болевания до 10 лет (65,8%). Естественно, что большая часть из них (93,7%) наблюдались в ПНД более 5 лет, тогда как лишь половина женщин (46,7%) состояла на учете более 5 лет. Вместе с тем, женщины более регулярно посещали ПНД.

Результаты анализа частоты госпитализаций в психиатрический стационар за последние 5 лет показали, что 79,7% мужчин госпитализировались ежегодно (женщины соответственно 57,5%). Однако у 7,5% женщин наблюдались случаи частых (2 и более раз) госпитализаций в стационар в год (у мужчин, соответственно 1,45%).

Дневные стационары за последние 5 лет не посещали большинство пациентов; интересно, что значительная часть мужчин даже не знала о их существовании. Мужчины отличались большей полярностью по отношению к дневному стационару: среди них оказалось больше больных, которые как не посещали его совсем, так и посещали регулярно (по сравнению с женщинами).

Поддерживающую терапию постоянно принимали с приблизительно одинаковой частотой половина мужчин и женщин. Интересным оказался факт, что среди отказывающихся от приема лекарств дома преобладали женщины. При анализе данных выяснилось, что женщины практически в 1/4 случаев вообще игнорировали посещение ПНД, хотя большая часть пациентов, как женщин, так и мужчин, обращались в диспансер по собственной инициативе или настоянию родственников для продолжения лечения или выписки рецепта.

В таблице 2 отражены демографические показатели изучаемых групп.

Как следует из таблицы 2, образовательный уровень у женщин был значительно выше, чем у мужчин. Более половины женщин (56,7%) имели высшее и незаконченное высшее образование. У мужчин преобладало среднее и среднее специальное образование (76,2%), одним из факторов, объясняющих этот факт, служит более раннее начало заболевания у мужчин. Трудовой стаж был больше у женщин, почти половина из них (46,7%) работали более 10 лет. Но именно среди женщин был обнаружен и больший процент неработающих – 20,0%. Мужчины имели трудовой стаж преимущественно до 10 лет, и не работали из них 12,7%.

Как показывают данные, большая часть обследованных мужчин с параноидной шизофренией утратили трудоспособность и лишь небольшой процент мужчин длительно сохранял способность к труду. Из них на момент обследования 87,3% опрошенных были инвалидами (против 45,0% у женщин). Несмотря на меньшую частоту инвалидизации женщин, значительная часть опрошенных женщин не работали, т. е. уровень их социальной дезадаптации был достаточно выраженным.

В следующих таблицах представлены данные оценки собственного социального функционирования пациентами, страдающими параноидной шизофренией.

Как следует из таблицы 3, большая часть как мужчин, так и женщин в той или иной степени отмечали снижение физической работоспособности, но оценка удовлетворенности ею у мужчин была существенно завышена, что, вероятно, свидетельствует о более выраженных у них

волевых расстройств и снижении уровня мотивации. Интересен факт, что среди сохранивших физическую работоспособность лиц значительно преобладали женщины (27,5% против 1,5% у мужчин).

Интеллектуальную продуктивность практически восстановленной считали 50,7% мужчин и 65,0% женщин. Так же, как и в отношении физической работоспособности, отмечается завышенная оценка удовлетворенности собственной интеллектуальной продуктивностью у мужчин.

Информация о дневной активности, как одной из составляющих социального функционирования в целом, представлена в таблице 4.

Как следует из таблицы 4, такие виды дневной активности как прогулки, просмотры телепередач, посещение магазинов, пользование общественным транспортом и общение с друзьями и знакомыми практически не отличались у мужчин и женщин, хотя среди опрошенных оказалось достоверно больше мужчин, которые практически никогда не общаются с друзьями и знакомыми.

Более интеллектуальные виды дневной активности, например чтение, посещение театров, музеев, кинотеатров и других мест отдыха были больше присущи женщинам, чем мужчинам. 17,4% мужчин сообщили, что никогда ничего не читают. Практически половина муж-

ского контингента (49,3%) не имела хобби или крайне редко посвящала свое время таким видам деятельности.

Женщины в большей степени сохраняли способность заниматься домашним хозяйством. Более половины женщин (55,0%) могли полностью или в немного меньшем объеме, чем раньше, обслуживать себя и окружающих. Большинство же мужчин (56,5%) выполняли несложные виды домашней работы чаще по инициативе окружающих и еще 1/5 часть (18,8%) могли выполнять только самые необходимые действия, требуемые для поддержания жизнедеятельности, все делали через силу, при первой возможности все виды деятельности перекладывали на родственников.

Несмотря на это, при оценке удовлетворенности своей дневной активностью выявилась диссоциация между реальной активностью и степенью удовлетворенности ею. Это особенно отчетливо вылилось у мужчин: меньшая вовлеченность в жизнеобеспечение сопровождалась высокой удовлетворенностью своей активностью.

В следующей таблице представлены данные о семейном статусе и круге общения пациентов с параноидной шизофренией (табл. 5).

Как видно из данных, представленных в таблице 5, большая часть больных шизофренией, особенно мужчин (практически 3/4) никогда не имели своей семьи. Несколько больше (15,9%) мужчин, чем женщин (10,0%)

Таблица 2. Социально-демографические показатели больных шизофренией

Показатели	Мужчины (69 чел.) %	Женщины (40 чел.) %
Образовательный уровень		
Неполное среднее или начальное	4,8	-
Среднее специальное	50,8	23,3
Среднее	25,4	20,0
Незаконченное высшее	4,8	10,0
Высшее	14,3	46,7
Трудовой стаж		
Не работали	12,7	20,0
1–4 года	33,3	23,3
5–9 лет	28,6	10,0
10–19 лет	19,0	36,7
Более 20 лет	6,3	10,0
Трудоспособность или ее отсутствие		
Инвалид I группы	1,6	-
Инвалид II группы	84,1	37,5
Инвалид III группы	1,6	7,5
Трудоспособность сохранена, но не работают	7,9	37,5
Трудоспособность полностью сохранена	4,8	15,0
Пенсионеры	-	2,5
Длительность пребывания на инвалидности		
Не инвалид	14,3	60,0
1 год	6,3	3,3
2–3 года	4,8	20,0
4–7 лет	23,8	10,0
8–14 лет	17,5	-
более 15 лет	33,3	6,7

Таблица 3. Особенности физической и интеллектуальной продуктивности у больных параноидной шизофренией

Показатели	Мужчины (69 чел.) %	Женщины (40 чел.) %
Физическая работоспособность		
Полное восстановление трудоспособности (%)	1,5	27,5
Работает без принуждения, но снижена продуктивность (%)	49,2	35,0
Выполняет элементарную домашнюю работу, однако более сложные виды деятельности затруднены, может их выполнять только через силу, снижена продуктивность (%)	40,6	27,5
С трудом выполняет только простейшие виды домашнего труда (%)	8,7	10,0
Удовлетворенность физической работоспособностью		
В большей степени удовлетворен	69,6	77,5
Скорее не удовлетворен	30,4	22,5
Интеллектуальная продуктивность		
Полное восстановление	2,9	37,5
Восстановлена, однако снижена ее продуктивность, отсутствует возможность к творчеству	47,8	27,5
Сохранена возможность элементарных действий, однако выполняет их с трудом, через силу, снижена продуктивность	34,8	15,0
Ограничена возможность элементарных действий	14,5	20,0
Удовлетворенность интеллектуальной продуктивностью		
В большей степени удовлетворен	82,6	72,5
Скорее не удовлетворен	17,4	27,5

Таблица 4. Дневная активность у мужчин и женщин, страдающих параноидной шизофренией

Показатели	Мужчины (69 чел.)%	Женщины (40 чел.)%
Прогулки		
Практически ежедневно	72,5	82,5
1–2 раза в неделю	21,7	15,0
Несколько раз в месяц	5,8	2,5
Посещение магазинов		
Ежедневно	40,6	35,0
Несколько раз в неделю	28,9	42,5
1 раз в неделю	17,4	15,0
1–2 раза в месяц	13,1	7,5
Пользование общественным транспортом		
Ежедневно	42,0	42,5
1–2 раза в неделю	37,7	27,5
Несколько раз в месяц	17,4	27,5
Никогда	2,9	2,5
Чтение литературы		
Ежедневно	26,0	52,5
Иногда	56,5	47,5
Никогда	17,4	-
Просмотр телепередач (радио)		
Занимает большую часть дня	11,6	5,0
Ежедневно, отдельные телепередачи	34,8	45,0
Изредка (несколько раз в неделю), только любимые телепередачи	46,4	45,0
Никогда	7,3	5,0
Посещение театров, музеев, кинотеатров и других мест отдыха		
Каждый день	4,5	2,5
Еженедельно	10,1	5,0
Ежемесячно	17,4	22,5
1 раз в 3 месяца	4,5	10,0
1 раз в полгода	10,1	17,5
1 раз в год	17,4	20,0
Никогда	36,2	22,5
Общение с друзьями и знакомыми		
Каждый день	34,8	42,5
Еженедельно	26,1	25,0
Ежемесячно	14,5	17,5
1 раз в 3 месяца	4,3	2,5
1 раз в полгода	1,4	2,5
1 раз в год	1,4	2,5
Практически никогда	17,4	5,0
Хобби		
Нет	34,8	25,0
Занятия ежедневно	27,5	30,0
Занятия несколько раз в неделю	13,0	22,5
Занятия несколько раз в месяц	10,1	20,0
Занятия реже 1 раза в месяц	14,5	5,0
Занятия домашним хозяйством		
Обслуживается родственниками, нуждается в уходе	1,5	-
Выполняет только самые необходимые действия, требуемые для поддержания жизнедеятельности, все делает через силу, при первой возможности все виды деятельности перекладывает на родных	18,8	10,0
Самостоятельно, либо по инициативе окружающих выполняет несложные виды домашней работы	56,5	35,0
Обслуживает себя и окружающих, но не в полном, меньшем, чем ранее, объеме	13,0	15,0
Полностью обслуживает себя и окружающих	10,0	40,0
Удовлетворённость дневной активностью		
Удовлетворен полностью	34,8	37,5
Скорее удовлетворен	36,2	45,0
Скорее не удовлетворен	11,6	5,0
Не удовлетворен	17,4	12,5

на момент обследования состояли в браке. Большинство больных проживали в равной мере либо с родителями, либо с другими родственниками. Эта тенденция была более выражена опять-таки у мужчин. 7,5% женщин были одиночками.

При изучении положения обследуемых в семье оказалось, что большинство женщин (80,0%) имеют устойчивое положение либо главы семьи, либо лица, с чьим мнением в семье считаются, и имеют возможность распоряжаться домашним бюджетом. Из числа обследуемых мужчин 1/3 занимает в семье подчиненное положение, с их мнением не считаются и они целиком зависят от родственников (против 12,5% среди женщин). При этом интересным представляется факт, что большинство и мужчин, и женщин вполне удовлетворены своим положением в семье, даже те 20,0% мужчин, которые занимают в семье полностью зависимое положение.

Взаимоотношения с родственниками и у мужчин, и у женщин преимущественно были хорошими и нейтральными. Неустойчивые конфликтные, напряжённые отношения чаще (33,3%) выявлялись в семьях мужчин, больных параноидной шизофренией, причем даже такие взаимоотношения, со слов пациентов, их скорее удовлетворяли.

Как свидетельствуют данные, характеризующие круг общения обследованных, среди женщин было большее число лиц с разнообразным кругом общения (домашние, друзья, знакомые), в том числе по инициативе больных, чем среди мужчин. Почти 20% мужчин практически ни с кем не общались или эпизодически общались с членами семьи по их же (родственников) инициативе.

Взаимоотношения с окружающими, как у мужчин, так и у женщин оценивались преимущественно как спокойные или с легким раздражением, однако у женщин, по сравнению с мужчинами, чаще наблюдались конфликтные типы взаимоотношений.

Проведенный нами статистический анализ выявленных различий с помощью соответствующих статистических критериев (T-test критерий Стьюдента и Pearson chi-square) позволил выделить среди оцениваемых показателей такие, которые являются достоверно связанными с гендерными характеристиками. Ими оказались образовательный уровень, состав семьи, длительность заболевания, трудоспособность пациента, длительность его пребывания на инвалидности и такие виды дневной активности как занятия домашним хозяйством и чтение литературы.

Выводы

Мужчины изученной группы дольше болели шизофренией, в большинстве случаев состояли на учете в ПНД и чаще госпитализировались в психиатрический стационар за последние 5 лет. При этом они реже отказывались от приема лекарств в домашних условиях.

Большая часть как мужчин, так и женщин, страдающих параноидной шизофренией, принявших участие в исследовании, утратили трудоспособность и были социально дезадаптированы (87,3% опрошенных мужчин и 45% женщин – инвалиды, 37,5% женщин не работали). Мужчины чаще, чем женщины, отмечали

Таблица 5. Характеристика взаимоотношений в микросоциальном окружении пациентов, страдающих параноидной шизофренией

Показатели	Мужчины (69 чел.) %	Женщины (40 чел.) %
Семейное положение		
Холост или не замужем	72,5	62,5
Разведен	15,6	22,5
Состоят в браке	15,9	10,0
Вдовцы	-	5,0
Состав семьи		
Проживают с родителями	39,1	30,0
С супругом	2,9	-
С детьми	-	12,5
С супругом и детьми	8,7	7,5
С родителями и детьми	-	12,5
С другими родственниками	46,4	30,0
С родителями, супругой и детьми	1,5	-
Одинокие	1,5	7,5
Положение в семье		
Нет семьи	2,9	7,5
Больной занимает подчиненное положение в семье, целиком зависит от ближайших родственников, с его мнением не считаются	30,4	12,5
Больной не является главой семьи, но с его мнением считаются, может распоряжаться домашним бюджетом	62,3	75,0
Больной – глава семьи, основной кормилец, его мнение является решающим	4,4	5,0
Удовлетворенность положением в семье		
Не удовлетворен	13,0	10,0
Скорее не удовлетворен, чем удовлетворен	4,4	5,0
Скорее удовлетворен, чем не удовлетворен	47,8	30,0
Удовлетворен полностью	31,9	47,5
Нет семьи	2,9	7,5
Взаимоотношения с родственниками		
Конфликтные, напряженные	18,8	10,0
Нейтральные	21,7	27,5
Неустойчивые	14,5	12,5
Хорошие	44,9	50,0
Удовлетворенность взаимоотношениями с родственниками		
Не удовлетворен	13,0	10,0
Скорее не удовлетворен, чем удовлетворен	11,6	12,5
Скорее удовлетворен, чем не удовлетворен	42,0	37,5
Удовлетворен полностью	33,3	40,0
Характеристика круга общения		
Практически ни с кем не общается	1,5	5,0
Общение с узким кругом лиц, в основном с членами семьи по их инициативе, носит эпизодический характер	17,4	7,5
Общение ограничено семейным окружением, в том числе и по инициативе больного	20,3	17,5
Общение с домашними и небольшим количеством друзей и знакомых, в том числе и по инициативе больного	42,0	45,0
Разнообразный круг общения, в значительной степени по инициативе больного	18,8	25,0
Характер отношений с окружающими		
Носит крайне конфликтный характер	1,5	5,0
Раздражителен, с трудом сдерживает себя	4,4	-
Отмечается общий фон недовольства, но может сдерживать себя	11,6	15,0
Легкая раздражительность	33,3	25,0
Спокоен	49,3	55,0

снижение физической трудоспособности и интеллектуальной продуктивности, но при этом были больше удовлетворены их уровнем, что говорит о менее критичном отношении к этому факту, наличию у них более выраженных волевых расстройств и снижении уровня мотивации. Женщины в большей степени сохраняли способность заниматься домашним хозяйством, а 1/5 часть мужчин могли выполнять только самые необходимые действия, требуемые для поддержания жизнедеятельности, все делали через силу, при первой возможности все виды деятельности перекладывали на родственников.

Среди мужчин оказалось достоверно больше лиц, которые практически никогда не общаются с друзьями и знакомыми. Половина мужчин не имеют каких-либо увлечений и хобби, при оценке же удовлетворенности своей дневной активностью выявилась диссоциация между реальной активностью и степенью удовлетворенности ею: меньшая вовлеченность в жизнеобеспечение сопровождалась высокой удовлетворенностью своей активностью. Это можно также расценивать как проявление более выраженных эмоционально-волевых расстройств у мужчин, страдающих параноидной шизофренией.

Большая часть больных шизофренией, особенно мужчин, никогда не имели своей семьи и проживали либо с родителями, либо с другими родственниками. Мужчины чаще имели в семье подчиненное или полностью зависимое положение, имели более ограниченный круг общения, хотя в большинстве случаев их это вполне удовлетворяло.

Характер социальных потерь, выявленных при проведении исследования, указывает на их большую выраженность у мужского контингента лиц, страдающих параноидной шизофренией. По-видимому, это является отражением большей длительности заболевания и выраженности нарушения психических функций. Полученные нами данные о гендерных различиях в социальных потерях необходимо учитывать при составлении программ реабилитации, основываясь на сохраненных функциях этих больных шизофренией.

Во время проведения реабилитационных мероприятий важно, чтобы пациент чувствовал свою автономность и ответственность и мог рассчитывать на поддержку семьи, врачей и социальных служб в случае возникновения трудностей или обострения заболевания. Результатом этой работы в идеале является выработка стиля жизни пациента, максимально приближенного к полноценному здоровому образу жизни с семьей, кругом общения, увлечениями [4].

Список использованной литературы

1. Стандарты оказания помощи больным шизофренией / В. Н. Краснов, И. Я. Гурович, С. Н. Мосолов [и др.]. – 2006 [electronic resource] // Лаборатория клинической фармакологии. – access mode: <http://www.labclinpharm.ru/35.html>
2. Гурович И. Я. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии / И. Я. Гурович, Е. Б. Любов. – М.: Медпрактика-М, 2003. – 264 с.
3. Любов Е. Б. Первый эпизод шизофрении: клинико-эпидемиологический и социально-экономический аспекты / Е. Б. Любов, А. А. Бессонов (соавт.) // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 2. – С. 46–50.
4. Абрамов В. А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами: руководство для врачей-психиатров, психологов и социальных работников / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. – Донецк: Каштан, 2006. – 268 с.

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ ПОКАЗНИКІВ СОЦІАЛЬНИХ ВТРАТ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

Н.О. Дзеружинська, В.О. Ломтева

Мета дослідження: оцінка гендерного аспекту вираженості соціальних втрат у хворих на шизофренію з різною тривалістю захворювання.

Матеріали і методи. Вивчена когорта з 109 хворих, що страждають на параноїдну шизофренію, які перебували на лікуванні в ТМО «Психіатрія» у місті Києві з 2011 по 2015 р. У дослідженні були використані клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний та статистичний методи. Застосовувалися шкали PANSS, BPRS, SANS, опитувальник для оцінки соціального функціонування та якості життя психічно хворих (Гурович І.Я., Шмуклер А.Б., 1998 р.), шкала медикаментозного комплайенсу.

Результати. Характер соціальних втрат, виявлених при проведенні дослідження, вказує на їх більшу вираженість у чоловічого контингенту осіб, що страждають на параноїдну шизофренію.

Висновки. Отримані дані необхідно враховувати при складанні програм реабілітації хворих на шизофренію.

Ключові слова: хворі на шизофренію, гендерні відмінності, соціальні втрати, тривалість захворювання.

GENDER DIFFERENCES WERE REVEALED IN THE SOCIAL LOSS OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

N. Dzeruzhinskaya, V. Lomteva

The aim of the study: there was made valuation of gender aspect of severity social loss of patients with different duration of paranoid schizophrenia.

Materials and methods. There were investigated 109 patients with paranoid schizophrenia who has been treated in TMU "Psychiatry" since 2011 to 2015 years. There were used clinical and psychopathological, clinical and anamnestic, psychodiagnostic and statistic methods. There were used scales: PANSS, BPRS, SANS, questionnaire to assess social functioning and quality of life of the mentally ill (Gurovich I. Ya., Shmukler B. A., 1998), scale of medication compliance.

Results. The nature of social losses which was identified in the study, indicates a greater severity in male individuals suffering from paranoid schizophrenia.

Conclusions. The data were obtained must be considered when developing rehabilitation programs for patients with schizophrenia.

Key words: patients with schizophrenia, gender, social loss, duration of disease.

УДК 616.89-141.7+159.97

В.Л. Подлубный

К РАЗРАБОТКЕ КОНЦЕПТУАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

e-mail: pvl123@mail.ru

Ключевые слова:

работники
промышленности,
психосоциальная
дезадаптация,
реабилитационный
процесс,
биопсихосоциальный
подход, психическое
здоровье, скрининговое
обследование,
функциональный
диагноз.

Статья посвящена вопросам психосоциальных интервенций для работников, занятых в сфере промышленности. Проведен анализ адаптивных возможностей человека в свете социально-трудовых контекстов. Подчеркнуты вопросы профессионального отбора сотрудников предприятий, в особенности – перспективы их психодиагностики, в том числе с привлечением современных компьютерных технологий. Актуализированы наиболее результативные акценты мультидисциплинарной психореабилитации, психопрофилактики работников промышленности. Сформулированы принципы их осуществления для повышения качества жизни и социального функционирования контингентов в рамках превентивной психиатрической помощи.

Стремительные изменения окружающего мира и условий профессиональной деятельности требуют от человека новых адаптационных механизмов для сохранения эффективного функционирования и качества жизни (КЖ) [1]. Рост психических заболеваний именно в периоды резких изменений социально-политической ситуации указывает на то, что человек не всегда в состоянии самостоятельно справиться с проблемами, возникающими в новых условиях жизни [2]. Нарушения психической адаптации при психотравмирующем воздействии окружающей среды

становятся условиями для возникновения и развития психических расстройств. Донозологические формы нарушений психической адаптации не являются объектом традиционной психиатрической помощи, более того, в поликлинической сети больницы эти состояния, как правило, не получают должного внимания. Создается порочный круг, когда наиболее активная и трудоспособная часть населения, благополучие которой во многом является целью многих социальных и экономических преобразований, в первую очередь и страдает от реализуемых перемен.

В таких условиях особое значение приобретают задачи организации психопрофилактики в профессиональных коллективах, проблемы адекватной диагностики и эффективной коррекции нарушений психической адаптации. К сожалению, реализация задач осложняется исторически сложившимися формами организации оказания помощи населению, которые уже не так эффективны для решения возникающих новых трудностей. Решение предполагает целенаправленные исследования для детального описания, систематизации проявлений нарушений психической адаптации, разработки адекватного диагностического инструментария, обоснования направлений и содержания психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий.

Актуальность данной проблемы обусловлена необходимостью совершенствования системы профессионального отбора, мониторинга состояния здоровья контингента риска в рамках диспансеризации, а также разработкой организационных мероприятий для указанного контингента в связи с задачами психогигиены и психопрофилактики, которые развиваются на междисциплинарной основе в контексте более общей проблемы адаптации человека к сложным условиям жизнедеятельности, особенно если речь идёт о профессиональной деятельности [1, 3].

Цель исследования – провести комплексный многоосевой анализ возможностей психосоциальной реабилитации работников промышленной популяции с выявленными психическими нарушениями и на его основе разработать метамоделю психореабилитационной и психопрофилактической помощи.

Материалы и методы исследования

Наблюдение, клинко-теоретическое моделирование, психодиагностический, клинко-психопатологический, математико-статистические.

Исследование построено на основании материалов плановых профилактических психиатрических осмотров более 980 работников промышленной популяции. Исследование осуществлялось на территории Запорожской областной клинической психиатрической больницы ЗОС.

В существующей системе психиатрических профилактических осмотров или диспансеризации в ведомственных медицинских учреждениях методы психодиагностики строго регламентированы руководством, нормативными документами и не соответствуют современному состоянию психологической науки. Указанное не позволяет получить целостное представление о личности на основе синергетических биопсихосоциальных позиций. Между тем, именно данный подход способствует решению задач дифференциальной диагностики, экспертизы профессиональной пригодности, обоснования психокоррекционных, психогигиенических и психопрофилактических мероприятий, в особенности, если использовать современные компьютерные диагностические программы [4].

Основными направлениями исследований в этой области представляются: обоснование профотбора и мониторинг состояния психического здоровья; обеспечение безопасности профессиональной деятельности за счёт учёта личностных возможностей, ресурсов субъекта деятельности во взаимодействии с социально-средовыми

факторами; комплексный анализ факторов риска нарушений психического и физического здоровья; качества жизни (КЖ) и социального функционирования (СФ) [1, 3]. Указанный подход в специальной литературе обозначается как синергетический, биопсихосоциальный.

Научные исследования последних лет [5] показывают, что длительное воздействие напряжённой профессиональной деятельности оказывает влияние на здоровье субъектов этой деятельности, и, прежде всего, психическое, которое наиболее уязвимо и подвергается испытаниям на прочность в первую очередь. В связи с этим возникает необходимость сопровождения данной категории лиц на протяжении всего периода профессиональной активности, проведения превентивных мер, направленных на сохранение психического и физического здоровья, а при возникновении расстройств – проведение психосоциальной реабилитации.

Теоретико-методологическое обоснование психосоциальной реабилитации лиц с психическими расстройствами, опирающееся на научно обоснованную концептуальную базу, представляется чрезвычайно сложной задачей по причине многообразия механизмов, факторов и ситуаций, определяющих как психическое состояние, так и основные характеристики СФ в значимых сферах жизнедеятельности.

Меняющийся контекст психического здоровья с выходом за рамки нозоцентрической парадигмы с пересмотром роли пациента в реабилитационном процессе и признанием высокой значимости социальных факторов в формировании, динамике, исходах психических расстройств и КЖ диктует необходимость развития личностно-ориентированного подхода, полипрофессиональных форм помощи и методов психосоциальной реабилитации, основанных на оценке потребностей пациента [6–8].

Недостаточная эффективность традиционных реабилитационных подходов в свете современных требований к повышению качества психиатрической помощи в значительной степени обусловлена отсутствием интегративного подхода, который позволил бы учитывать весь спектр дисфункциональных состояний пациента, выходящих за рамки его клинко-биологических детерминант [9–11]. Это делает актуальным разработку концептуальной модели психосоциальной реабилитации лиц с психическими расстройствами, основанную на преодолении односторонних биологических подходов и теорий [7, 12], и рассматриваемую как составляющую часть стратегии развития психиатрии.

Биопсихосоциальная парадигма обусловила необходимость расширения границ реабилитации с усилением внимания к психосоциальным факторам, участвующим в генезе и динамике психических расстройств и социальной дезадаптации [2, 10, 13, 14]. Особенно важен переход от рассмотрения страдающего психическим расстройством пациента как объекта психиатрической помощи к отношению к нему, как к субъекту [8, 11, 15].

В свете современных биопсихореабилитационных подходов опора на активную позицию пациента рассматривается в качестве кардинального условия эффективности адресованных к личности индивида психосоциальных воздействий, как в плане готовности к сотрудничеству, так и осознанного отношения к психосоциальному реби-

литационному процессу и противостояния негативному влиянию психического расстройства [6, 10, 16].

Биопсихосоциальная природа психических и поведенческих расстройств ведёт к рассмотрению психосоциальной реабилитации как мультидисциплинарной сферы, при участии разных специалистов в области охраны психического здоровья. В таком понимании психосоциальная реабилитация, с учётом роли психосоциальных факторов, должна опираться на знания о патогенезе, клинике, течении и прогнозе психических расстройств, что обосновывает комплексный подход к диагностике, соответствующей психореабилитационной направленности вмешательств (биопсихосоциальная составляющая психиатрического диагноза) [8, 11, 12].

Следует отметить, что реабилитационная направленность здравоохранения и роль биопсихосоциальных факторов в формировании психических расстройств всегда играли базовую роль, с момента создания первых служб охраны психического здоровья. Выделялись психосоциальные механизмы не только формирования психопатологической симптоматики, но и социальной дезадаптации с определением значимости факторов в генезе и динамике психических расстройств [7, 17].

Констатация невозможности проведения нацеленных психосоциальных вмешательств на основе доминировавшей клинической парадигмы требует разработки и применения нового понятийного аппарата с использованием интегративных показателей, основанных на категориях психического здоровья [8, 10–12]. При этом биологическая составляющая реабилитации (восстановление нарушенной функции) должна сочетаться с повышением уровня адаптивного функционирования и позитивными изменениями субъективных аспектов КЖ, представленными в динамике взаимодействия с окружающей средой. Тем самым происходит преодоление одного из недостатков реабилитационной модели, рассматривающей пациента как статичного субъекта, подверженного действию отдельных факторов и не включающего принцип его собственной активности [2].

Диктуемая необходимость влечет за собой развитие многоосевой диагностики. В контексте оценки ресурсов психического здоровья для преодоления нарушений и достижения оптимального уровня СФ позволяет объединить на практике профилактическую и реабилитационную составляющие психосоциальной реабилитации, а также определить ориентиры и задать новый импульс для исследований эффективности разрабатываемых моделей комплексной помощи. Современная психопатология отходит от фазовых моделей развития в сторону процессуальных моделей, синергетического подхода, которые подтверждают динамичность взаимодействия между индивидом и всем многообразием средовых воздействий и социальным окружением. При этом индивид рассматривается как активный участник процесса [11, 18].

В парадигме психического здоровья, детерминирующей холистический подход к личности, одним из наиболее существенных этапов в формировании концептуальной базы психосоциальной реабилитации должен стать интегративный динамический подход. Он заключается в отказе от рассмотрения дефекта психических расстройств и состояний как статических необратимых феноменов и в

осознании необходимости полагаться в реабилитационной деятельности на наличие определенного психосоциального ресурса, соответствующего уровню психического здоровья. Мы обращаемся к сохранным сторонам психики, что связано с пониманием так называемой жизнестойкости («resilience») не только как личностных черт, а как процесса активизации и усиления адаптационных ресурсов [2, 8, 10].

При разработке концептуальной модели психосоциальной реабилитации следует также опираться на достаточно известное положение об отсутствии прямых линейных корреляций между наличием психического расстройства и уровнем психосоциальной дезадаптации со значительной вариабельностью выраженности нарушений СФ. Значительная роль в этом процессе отводится микросоциальным условиям, способствующим или препятствующим формированию и закреплению дезадаптивных форм личностного реагирования, что имеет принципиальное значение для психиатрии в плане учёта онтогенеза. Таким образом, концептуализация дефекта адаптации, связанного с наличием психического расстройства, как континуума нарушений психического здоровья от грубых дизонтогенетических нарушений до дисфункциональных состояний психосоциальной дезадаптации, характеризующих один из основных механизмов негативного влияния расстройства психики на функционирование индивида в обществе, отвечает стратегическим потребностям в развитии реабилитационных подходов.

Для выявления расстройств психической адаптации необходим анализ сложных по своей сути соотношений и взаимодействия биологических, психологических и социальных (личностно-средовых) компонентов биопсихосоциальной основы нарушений психического здоровья. Изменения любого из компонентов этой системы влекут за собой изменения и других составляющих, а также компенсаторных личностных механизмов. Нарушения устойчивости адаптационных механизмов, как правило, связаны с патогенными изменениями всей адаптивной системы, возникающими под влиянием пролонгированных биопсихосоциальных факторов. Характер таких факторов, их личностную значимость и роль в формировании психических расстройств необходимо выявлять и квалифицировать на многомерной основе, включая многоосевую психодиагностику. Это особенно важно, если речь идёт о разработках психопрофилактических и психогигиенических мероприятий [5].

Согласно принятой ВОЗ [19] классификации здоровья, при всех группах психических расстройств может быть применена характерная триада: повреждение («impairment»), ограничение функции («disability») и обусловленное ими нарушение социального функционирования («handicap»), из которой вытекают целенаправленные реабилитационные мероприятия, фокусируемые на (потенциальных) последствиях психического расстройства и направленные на их преодоление и реадaptацию [18]. Как следствие такого подхода с позиций психического здоровья социальная адаптация может быть представлена и измерена как уровень КЖ и СФ психически больного в различных значимых социальных сферах [4, 11].

Все сказанное позволяет считать теоретической основой первичной психопрофилактики и психосоциальной

реабилитации синергетический биопсихосоциальный подход, а концепцию адаптации – методологией комплексных исследований [4, 5, 8, 11].

На основе синергетического биопсихосоциального подхода с использованием могоосевой диагностики психического здоровья нами было обследовано 982 работника промышленных предприятий в возрасте от 18 до 60 лет, из них 656 (65,80%) мужчин и 326 (34,20%) женщин, средний возраст составил $34,30 \pm 4,81$ года, что позволило разработать реабилитационные концепции психопрофилактической помощи.

Интегративная оценка взаимодействующих биопсихосоциальных факторов послужила основой для создания алгоритма интегративной модели психического здоровья и адаптации, на базе которой должно проводиться построение индивидуальной программы реабилитационных вмешательств, где классическая модель функционального диагноза дополнена определением направленности реабилитационного процесса. Это переводит задачи диагностического процесса в задачу процесса прогностического.

В контексте исследования функциональный диагноз предполагает комплексную оценку интегративных параметров в клиничко-биологическом, индивидуально-психологическом, профессиональном и социально-психологическом аспектах. При этом построение и реализация реабилитационного вмешательства предваряет анализ ситуации, в которой планируется его осуществление. Это позволяет выявить наиболее доступные звенья патогенетического процесса и реабилитационные ресурсы.

Интегративная оценка психосоциальной адаптации позволяет оценить адаптивный статус каждого респондента и определить индивидуальный план реабилитационных вмешательств. По результатам проведенной интегративной оценки психосоциальной адаптации были определены 3 группы работников промышленных популяций по степени адаптированности. Как самые адаптированные нами рассматривались респонденты с положительной оценкой большинства признаков: клинический, индивидуально-психологический, социально-психологический статус, профессиональный статус, КЖ и СФ; дезадаптированные лица имели отрицательные показатели по большинству этих признаков; адаптация оценивалась как нестабильная при наличии 1–2 признаков.

Работники промышленных популяций с различным уровнем психосоциальной адаптации, определенные с помощью интегративной оценки, требуют различных реабилитационных подходов. Так, респондентам, чье состояние оценено как – без психических расстройств (первый уровень), предлагаются информационные и психокоррекционные программы, обучающие семинары. Данные мероприятия направлены на предупреждение рисков психического неблагополучия и психоэмоциональных изменений в виде немотивированной тревоги, перепадов настроения, невозможности контролировать свои эмоции в сложных ситуациях. Для профилактики эмоциональных трудностей важно осознанное планирование своей деятельности, психообразование. При дезадаптации (второй уровень) дополнительно предлагается участие в специальном тренинге с целью формирования практических навыков саморегуляции и релаксации. Большое внимание

должно уделяться созданию позитивной оценки своей деятельности, результатам, формированию адекватной самооценки. При непсихотических психических расстройствах (третий уровень) необходимым условием является фармакологическая коррекция.

Интегративная оценка психического здоровья и уровня психосоциальной адаптации, клинического исследования и анализа параметров функционального диагноза (биологического, психологического, социального), оказывающих воздействие на психическое здоровье, послужили обоснованием для разработки модульной системы реабилитационных вмешательств, обеспечивающих дифференцированную профилактическую, психокоррекционную, психотерапевтическую помощь работникам промышленных популяций.

Выводы

1. Структура и содержание модульной модели психосоциальной реабилитации работников промышленности представлена тремя этапами: диагностическим, реабилитационным и этапом мониторинга. Объектом исследования на этапе диагностики являются тенденции, риски и ресурсы динамического развития статуса психического здоровья индивида в динамике ситуации его жизнедеятельности. Предметом исследования на диагностическом этапе являются характеристики адаптивного потенциала и характеристики микросоциальной (семья и производство) окружающей среды работника, задающие тренды развития его психического статуса. Приоритет в модульной системе отдается подходам методологического уровня, позволяющим соотнести частные методики, обеспечивающие многоуровневую и многоплановую оценку жизненной ситуации, определяющим тенденции динамики статуса его психического здоровья.

2. Результатом диагностического этапа является многоосевой функциональный диагноз, позволяющий определить развернутый профиль психического состояния, индивидуальных и микросоциальных рисков и ресурсов, определить специфичные ресурсы, а также временное взаимодействие психиатра с представителями общемедицинской и социальной сети (цеховой врач, семейный врач, психолог, социальный работник, профпатолог). В качестве предмета следующего этапа – собственно реабилитации – мы рассматриваем взаимодействие индивида с окружающей средой.

3. Реабилитация осуществляется при комплексном взаимодействии специалистов и взаимодействии психиатра с представителями общемедицинской и социальной сети (преимущественно – превенция, психокоррекция, психообразование и психотерапия). В качестве результата рассматриваем коррекцию нарушений во взаимодействии индивида с окружающей средой, повышение адаптации. Важной является ориентация на отдаленный результат, в качестве которого рассматривается перенос всеми участниками процесса эталонного опыта эффективного взаимодействия с окружающей средой в планы жизнедеятельности на новых этапах развития.

4. Критерием оценки эффективности является динамика интегративных (субъективных и объективных) характеристик степени адаптации индивида в ситуации его жизнедеятельности. Полученный результат второго этапа

становится предметом третьего этапа – мониторинга (этап катанестической оценки). В качестве инструментария в модульной модели используется оценка КЖ.

С позиции сохранения психического здоровья психиатр осуществляет координирующую функцию, разрабатывая научно обоснованные программы медико-психологического сопровождения и внедряя их, в том числе, с использованием метода дистанционного консультирования. Важным является сотрудничество с различными лечебными учреждениями (профильные поликлиники, диспансеры, медицинские центры), осуществляющими профессиональный отбор, диспансерное наблюдение работников.

5. В организации реабилитационных вмешательств мы придерживались следующих принципов: профилактическая (превентивная) направленность; комплексная оценка интегративных параметров адаптации; учёт онтогенетического аспекта; учёт специфики окружающей среды; межведомственность; использование инновационных стратегий с учётом социального контекста и пространственно-временных границ ситуации вмешательства (дистанционное консультирование).

6. Предложенный нами синергетический биопсихосоциальный подход к определению психического здоровья у работников промышленных популяций и уровня их психосоциальной адаптации, включающий параметры многоосевого функционального диагноза, позволяет дать наиболее полную оценку психического состояния, спланировать индивидуальную программу психопрофилактических и реабилитационных вмешательств, осуществить прогнозирование развития этих состояний, и является актуальным для решения как прикладных, так и научно-исследовательских задач по оптимизации труда и охране психического здоровья представителей промышленных популяций.

Полученные результаты могут быть использованы для обоснования методики скрининговых обследований при диспансеризации, а также для выявления групп динамического наблюдения в организации психопрофилактических мероприятий, в т.ч. в рамках крупных промышленных предприятий.

Список использованной литературы

1. Об интегративном подходе к разработке концепции шизофрении и психосоциальной реабилитации больных / В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, А. В. Абрамов [и др.] // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – Т. 21, № 1. – С. 3–11.

2. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
3. Александровский Ю. А. Краткий психиатрический словарь. 2-е изд., перер. и доп. / Ю. А. Александровский. – М.: ООО «РЛС-2009», 2008. – 128 с.
4. Вассерман Л. И. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова, О. Ю. Щелкова. – СПб.: Речь, 2011. – 270 с.
5. Вассерман Л. И. О системном подходе к оценке психической адаптации / Л. И. Вассерман, М. А. Березин, Н. И. Косенков // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1994. – № 3. – С. 16–25.
6. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. – М.: Медпрактика-М, 2004. – 494 с.
7. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 год. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2001. – С. 15–19.
8. Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М. М. Кабанов. – СПб., 1998. – 256 с.
9. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных в меняющемся мире / М. М. Кабанов // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1995. – № 4. – С. 175–182.
10. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста / В. В. Ковалев. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
11. Корень Е. В. Психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами в современных условиях / Е. В. Корень // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, № 4. – С. 5–15.
12. Коцюбинский А. П. Непсихотические расстройства в контексте биопсихосоциальной концепции психических заболеваний / А. П. Коцюбинский // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2014. – № 3. – С. 3–7.
13. Медведев В. И. Адаптация человека / В. И. Медведев. – СПб.: Ин-т мозга человека РАН, 2003. – 584 с.
14. Незнанов Н. Г. Значение школы В. М. Бехтерева в формировании биопсихосоциальной концепции нервно-психических расстройств / Н. Г. Незнанов, М. А. Акименко, А. П. Коцюбинский // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 1 (76). – С. 77–81.
15. Незнанов Н. Г. Школа В. М. Бехтерева: от психоневрологии к биопсихосоциальной парадигме / Н. Г. Незнанов, М. А. Акименко, А. П. Коцюбинский. – СПб.: ВВМ, 2007. – 248 с.
16. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия; пер. с нем. / Х. Ремшмидт. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624 с.
17. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / под ред. И. Я. Гуровича, О. Г. Ньюфельдта. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007. – 356 с.
18. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации / В. С. Ястребов, В. Г. Митхин, Т. А. Олохина [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2008. – № 6. – С. 4–10.
19. Botbol M. Person-centered child and adolescent psychiatric care / M. Botbol // International Journal of Integrated Care, 29 January 2010. Section on Person-Centered Clinical Care <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewArticle/498/994>
20. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) // Pocket-sized book. – World Health Organization, 2001. – 229 p.
21. Millstein S. G. Adolescent health promotion: rationale, goals, and objectives / S. G. Millstein, A. C. Petersen, E. O. Nightingale // Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century. – N.Y.: Oxford University Press, 1993. – P. 3–10.
22. Remschmidt H. Child and adolescent psychiatry in Europe. Historical development. Current situation. Future perspectives / H. Remschmidt, H. van Engeland (Eds.). – New York, Darmstadt, Steinkopff: Springer, 1999. – 409 p.

ДО РОЗРОБКИ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРОМИСЛОВИХ ПОПУЛЯЦІЙ В УМОВАХ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

В.Л. Підлубний

Статтю присвячено питанням психосоціальних інтервенцій для працівників, зайнятих у сфері промисловості. Проведено аналіз адаптивних можливостей людини у світлі соціально-трудових контекстів. Підкреслені питання професійного відбору співробітників підприємств, особливо перспективи їх психодіагностики, в тому числі із залученням сучасних комп'ютерних технологій. Актуалізовані найрезультативніші акценти мультидисциплінарної психореабілітації, психопрофілактики працівників промисловості. Сформульовано принципи їх здійснення для підвищення якості життя та соціального функціонування контингентів у межах превентивної психіатричної допомоги.

Ключові слова: працівники промисловості, психосоціальна дезадаптація, реабілітаційний процес, біопсихосоціальний підхід, психічне здоров'я, скринінгове обстеження, функціональний діагноз.

BY DEVELOPING CONCEPTUAL MODELS OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION INDUSTRIAL POPULATION IN THE PROFESSIONAL ACTIVITIES

V. Podlubnyi

Article is devoted to the psychosocial interventions for workers employed in the industry. The analysis of adaptive capacities of man in the light of social and labor contexts. Emphasized issues of professional selection of employees. In particular – the prospects for their psycho-diagnostics, including using modern computer technology. Actualized most productive multidisciplinary emphasis psychorehabilitation, psychoprophylactic industrial workers. The principles of their implementation to improve the quality of life and social functioning contingents in preventive mental health care.

The main provisions concerning the assessment of systemic approach of mental health workers in industry. An analysis of the evolution of scientific views on the issue of mental adaptation of the individual in the social and labor context. Disclosed base to create polyvector model of formation of mental disorders in the population of industrial workers, which includes a set of clinical and psychological symptoms, risk factors and quality of life.

Key words: industrial workers, psychosocial maladjustment, rehabilitation process, biopsychosocial approach, mental health screening, functional diagnosis.

Р.В. Рахманов

**ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ НЕПСИХОТИЧНОГО РІВНЯ У БАТЬКІВ,
ДІТИ ЯКИХ ХВОРІЮТЬ НА ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ ТА АУТИЗМ
(ДІАГНОСТИКА, КЛІНІКА, ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ)**

Український науково-дослідний інститут
соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
КЗ «Дніпропетровська клінічна психоневрологічна лікарня» ДОР, м. Дніпропетровськ
vagif@rahmanov.dp.ua

Ключові слова:
психічні розлади
непсихотичного рівня,
батьки, діти, ДЦП,
аутизм, психодіагностика,
психотерапія,
фармакотерапія.

Стаття присвячена дослідженню особливостей розвитку, діагностиці, клініці, лікуванню та реабілітації психічних розладів непсихотичного рівня (ПНР) у батьків, які виховують дітей з ДЦП та аутизмом. У структурі ПНР виявлено провідні психопатологічні синдроми: депресивні епізоди легкого ступеня (F32.0: 32,1% і 30,8%), фобічні тривожні розлади (F40.9: 23,9% і 18,9%), змішані тривожні і депресивні розлади (F41.2: 31,4% і 24,6%), розлади адаптації з переважанням розладів інших емоцій (F43.23: 50,9% і 45,0%), неврастенічні (F48.0: 24,5% і 36,5%), іпохондричні (F45.2: 44,6% і 29,8%), хронічні стани перетому (Z73.0: 69,8% і 54,5%) та недостатність відпочинку і розслаблення (Z73.2: 66,6% і 59,7%). На фоні психосоціальної реабілітації дітей відмічено часткове зменшення рівня психічних розладів, частіше серед чоловіків до помірних порушень, але не усунуто ПНР і тому батькам хворих було потрібне проведення заходів комплексної психотерапії та психофармакотерапії. Лікування ПНР сприяло зменшенню частоти проявів домінуючих психопатологічних синдромів непсихотичного регістру на рівні тривожних, депресивних, неврастенічних та іпохондричних типів. У матерів, які виховують дітей з ДЦП, ПНР зменшувалися меншою мірою, тому вони входять у групу ризику в перші 3–5 років після встановлення діагнозу у дитини.

Стан психічного здоров'я батьків, діти яких хворі на дитячий церебральний параліч (ДЦП) та аутизм, є важливою медико-соціальною проблемою, яка в останні роки загострилася на фоні зростаючої кількості новонароджених дітей з обтяженим психічним та неврологічним статусом [6, 10]. Оскільки діти із обмеженими можливостями потребують постійного дбайливого догляду, їх батьки перебувають у стані хронічного стресу та емоційного напруження і, як наслідок, у них формуються психічні розлади непсихотичного рівня (ПНР) [5]. Вирішення цієї проблеми потребує розробки комплексу адекватних підходів психодіагностики, психотерапії і реабілітації всіх членів родини тяжкохворих дітей [7]. Проте більшість наукових праць зосереджені на вирішенні проблем, які пов'язані з лікуванням дітей, хворих на ДЦП та аутизм, або батьків, які самі хворіють на психічні розлади чи алкоголізм [1, 3, 4].

Обмежена кількість досліджень, які присвячені наданню психотерапевтичної допомоги сім'ям дітей з психічно обтяженим статусом, є недостатньою для наукового обґрунтування напрямків і змісту психореабілітаційної та психотерапевтичної допомоги батькам, діти

яких хворіють на ДЦП та аутизм [8], оскільки основний зміст наукових праць зосереджений на розробці методів оцінки ефективності медикаментозного лікування і рідше – психотерапії психоневрологічних порушень у дітей [2, 9]. Методологія і тактика психіатричної допомоги батькам даної категорії взагалі відсутня. Крім того, недостатньо досліджені гендерні особливості клінічної структури ПНР у чоловіків і жінок, які виховують дітей з ДЦП та аутизмом. Діти з ДЦП потребують більшої батьківської уваги, іншої тактики і тривалості лікування, порівняно з дітьми з аутичними розладами, тому структура психологічних чинників формування межових психічних розладів і ПНР у батьків, а також принципи і методи психопрофілактики та психотерапії мають відрізнитись. Зважаючи на це метою дослідження було вивчення особливості формування ПНР у батьків, діти яких хворіють на ДЦП та аутизм, їх психодіагностики та комплексної терапії.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження було проведено протягом 2010–2015 рр. на базі КЗ «Дніпропетровська клінічна психоневро-

логічна лікарня» ДОР (м. Дніпропетровськ). За умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології здійснено клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження батьків, діти яких хворіють на дитячий церебральний параліч (ДЦП) (G80.0) та аутизм (ДА) (F84.0). Загальна кількість обстежених становила 430 осіб. Критеріями включення батьків у дослідження були: 1) наявність дітей з діагнозом дитячий аутизм (F84.0), атиповий аутизм (F84.1), дитячий церебральний параліч (G80.0); 2) психічні розлади неспсихотичного рівня згідно з діагностичними критеріями МКХ-10.

Основну групу склали батьки з ПРНР, які пройшли всі етапи психодіагностики та комплексного лікування (психотерапія + психофармакотерапія) і були залучені до заходів психосоціальної реабілітації дитини (159 сімей, діти яких хворіють на ДЦП та 211 сімей, діти яких хворіють на аутизм). Контрольну групу склали 60 сімей (по 30 осіб в групі I та II відповідно), які не отримували ніякого лікування, але за їх згодою їм було проведено психодіагностичне обстеження.

Для зручності інтерпретації емпіричних даних пацієнти були поділені на наступні групи (рис. 1):

- Група ІА – мати, яка виховує хвору дитину з ДЦП (n=96);
- Група ІБ – батько, який виховує хвору дитину з ДЦП (n=63);
- Група ІІА – мати, яка виховує хвору дитину з аутизмом (n=119);
- Група ІІБ – батько, який виховує хвору дитину з аутизмом (n=92);
- Контрольна група – 60 сімей (по 30 осіб в групах ІА і ІБ та ІІА і ІІБ).

Середній вік обстежених батьків склав $32 \pm 1,5$ роки. Тривалість виховання та догляду за хворими дітьми на час клінічного обстеження в середньому становила 5–10 років.

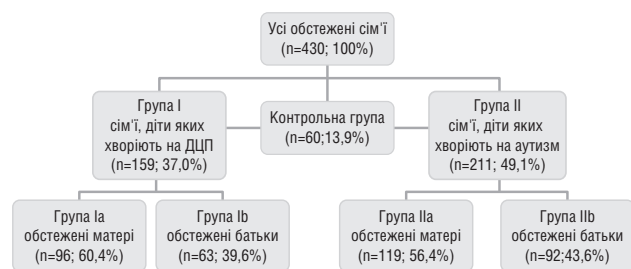


Рис. 1. Алгоритм психодіагностики та психотерапії батьків, діти яких хворіють на ДЦП та аутизм

З метою опису закономірностей формування психічних розладів у батьків ми додатково провели комплексний психологічний та клініко-психопатологічний аналіз хворих дітей протягом курсу лікування. У загальній структурі дослідження на початку та після лікування обстежено 215 дітей (160 хлопчиків і 55 дівчаток, з них 119 дітей (хлопчиків – 92 (77,3%), дівчаток – 27 (22,7%)) з діагнозом дитячий аутизм (ДА) – F84.0, атиповий аутизм (АА) – F84.1; 96 дітей (хлопчиків – 68 (70,8%), дівчаток – 28 (29,2%)) з ДЦП G80.0.

Методологія дослідження включала три етапи клініко-психіатричного обстеження батьків:

1. Етап І: первинне обстеження при першій співбесіді з батьками, діти яких хворіють на ДЦП та аутизм, і розробка системи психосоціальної реабілітації дитини;
2. Етап ІІ: повторне обстеження родини, встановлення особливостей змін ПРНР і визначення мішеней психотерапії у батьків впродовж психосоціальної реабілітації дитини;
3. Етап ІІІ: клініко-психіатричне обстеження батьків після надання їм психотерапевтичної допомоги у складі комплексного лікування ПРНР.

Проводили оцінку соціальної, трудової та психологічної характеристики батьків, анамнезу захворювання. Окремо порівнювали чоловіків та жінок, визначали їх психологічні реакції на встановлення діагнозу дитини, роль батьків у вихованні та догляді за дитиною, їх ставлення до психосоціальної реабілітації.

Діагноз визначали згідно з критеріями МКХ-10. Ступінь вираженості домінуючих синдромів оцінювали за тестом Г. Айзенка «Самооцінка психічних станів», за методикою Л.І. Вассермана та Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS).

Обробку отриманих даних здійснювали за допомогою критерію Стюдента для визначення вірогідності розбіжностей між групами. Математичні розрахунки проводили з використанням програми «Statistica for Windows, Release 6.0.» та електронних таблиць Excel 7.0, а також програми математичної і статистичної обробки SPSS 11.0.

Результати та їх обговорення

Аналіз клініко-психопатологічних особливостей хворих на ПРНР дозволив визначити домінуючі симптоми та синдроми у гострий і хронічний періоди розвитку захворювання. Так, у **гострий період** захворювання дитини (на момент встановлення діагнозу та перші декілька тижнів) домінуючі психоемоційні реакції у матерів і батьків груп І і ІІ були наступними:

- стан шоку – 47,9% і 39,6%; 21,8% і 13,0%;
- безвихідь, паніка – 54,1% і 15,8%; 18,4% і 14,1%;
- переляк, страх, тривога – 33,3% і 36,5%; 19,3% і 15,2%;
- істеричні реакції, плач, сльози – 19,7% і 7,9%; 21,0% і 6,5%;
- невіра в діагноз – 18,7% і 15,8%; 21,0% і 13,0%;
- образа на лікарів – 27,1% і 19,0%; 13,4% і 2,1%;
- почуття відчаю – 48,9% і 20,6%; 19,3% і 3,2%;

У **віддалений (хронічний) період** захворювання дитини у батьків мали місце:

- страх за майбутнє дитини – 36,4% і 41,2%; 26,0% і 13,0%;
- зловживання алкоголем, ніотином – 3,1% і 11,1%; 1,7% і 2,1%;
- звинувачення чоловіка (дружини) в тому, що він (вона) винен (а) у захворюванні дитини – 7,3% і 4,7%; 1,6% і 1,1%;
- сексуальні розлади – 56,2% і 71,4%; 78,1% і 28,2%;
- загальна соматична і психічна слабкість – 29,1% і 14,2%; 15,1% і 7,6%;
- втрата мотивації – 41,6% і 7,9%; 35,2% і 5,4%;
- агресія і конфліктність – 70,8% і 68,2%; 65,5% і 36,9%;
- суїцидальні наміри – 70,8% і 68,2%; 65,5% і 36,9%.

Первинне клінічне обстеження засвідчило скарги

батьків на те, що догляд за дитиною був емоційно складним для 50,0% і 51,3% матерів та 77,8% і 78,3% чоловіків груп порівняння. Лише на фізичні труднощі пов'язані з доглядом за дитиною, скаржилися 16,7% і 16,8% жінок I та II груп та 7,9% і 6,5% чоловіків відповідно. У інших сім'ях піклування про тяжкохвору дитину було в рівній мірі складним як на фізичному, так і емоційному рівнях.

Згідно з МКХ-10, домінуючими психічними та поведінковими розладами у батьків були депресивні епізоди легкого ступеня (F32.0), фобічні тривожні розлади, що мали прояви епізодів страху і жаху (F40.9), змішані тривожні і депресивні розлади (F41.2), розлади адаптації з переважанням розладів інших емоцій (F43.23), неврастенічні (F48.0) та іпохондричні (F45.2) розлади. Структура психічних розладів мала деякі гендерні відмінності, частота виявлення яких наведена у таблиці 1. Так, матері тяжкохворих дітей частіше мали тривожно-депресивні та іпохондричні розлади, а їх чоловіки – епізоди депресії (F32.0) та неспецифічні пасивно-агресивні розлади (F60.8).

Іпохондричні розлади (F45.2) частіше виявляли у родинях, діти яких хворіють на ДЦП, і більшою мірою у матерів, незалежно від анамнезу дитини.

Матері тяжкохворих дітей мали хронічні стани перевтоми (Z73.0) та недостатності відпочинку і розслаблення (Z73.2), особливо якщо у сім'ї була ще одна дитина або кілька дітей, оскільки це створювало для жінок додаткові труднощі у їх вихованні, з огляду на те, що їх психомовний і психомоторний рівень суттєво різнився.

Домінуючими емоційними та поведінковими розладами у батьків були стійка тривога, що не обмежувалась зовнішніми обставинами. Це пов'язувалося з психотравматичними ситуаціями внаслідок усвідомлення тяжкого хронічного стану хворої дитини і малою можливістю вплинути на характер перебігу ДЦП та аутизму.

За методикою Г. Айзенка було встановлено наступні психічні розлади вираженого ступеня тяжкості у матерів і батьків груп порівняння:

- тривожність – 9,3% і 4,8%; 21,0% і 28,2%;
- фрустрація – 27,1% і 36,5%; 15,1% і 27,2%;

Таблиця 1. Частота виявлення і рівень зниження ПРНР у батьків після проведення комплексного лікування (МКХ-10) (кількість / %)

Нозоформа за МКХ-10		Група I		Група II	
		Група IA Мати (n=96)	Група IB Батько (n=63)	Група IIA Мати (n=119)	Група IIB Батько (n=92)
F32.0: Депресивні епізоди легкого ступеня	Етап I	n=33 34,4%	n=18 28,6%	n=42 35,3%	n=23 25,0%
Рівень зниження (осіб/%)	Етап III	n=21 21,8%	n=11 17,4%	n=13 10,9%	n=8 8,6%
F40.9: Фобічні тривожні розлади неуточнені	Етап I	n=25 26,0%	n=13 20,6%	n=31 26,0%	n=9 9,8%
Рівень зниження (осіб/%)	Етап III	n=8 8,3%	n=5 7,9%	n=9 7,5%	n=3 3,2%
F41.2: Змішані тривожні і депресивні розлади	Етап I	n=32 33,3%	n=18 28,6%	n=42 35,3%	n=10 10,8%
Рівень зниження (осіб/%)	Етап III	n=12 12,5%	n=8 12,6%	n=18 15,1%	n=4 4,3%
F43.23: Розлади адаптації з переважанням розладів інших емоцій	Етап I	n=52 54,1%	n=29 46,0%	n=57 47,8%	n=38 41,3%
Рівень зниження (осіб/%)	Етап III	n=22 22,9%	n=13 20,6%	n=15 12,6%	n=12 13,0%
F45.2: Іпохондричні розлади	Етап I	n=49 51,0%	n=22 34,9%	n=51 42,8%	n=12 13,0%
Рівень зниження (осіб/%)	Етап III	n=21 21,8%	n=8 12,6%	n=17 14,2%	n=7 7,6%
F48.0: Неврастенія	Етап I	n=18 18,7%	n=21 33,3%	n=45 37,8%	n=32 34,7%
Рівень зниження (осіб/%)	Етап III	n=9 9,4%	n=8 12,7%	n=12 10,1%	n=8 8,6%
Z73.0: Перевтома	Етап I	n=85 88,5%	n=26 41,2%	n=89 74,7%	n=26 28,2%
Рівень зниження (осіб/%)	Етап III	n=44 45,8%	n=15 23,8%	n=42 35,2%	n=16 17,3%
Z73.2: Недостатній відпочинок і розслаблення	Етап I	n=79 82,3%	n=27 42,8%	n=95 79,8%	n=31 33,6%
Рівень зниження (осіб/%)	Етап III	n=45 46,8%	n=17 26,9%	n=49 41,1%	n=15 16,3%

- агресивність – лише у 9,4% і 5,9% матерів;
- ригідність – лише у 9,4% матерів; 18,5% і 26,0%.

Завдяки курсу психосоціальної реабілітації дітей у структурі ПРНР батьків відмічено поліпшення психічного стану, а після психофармакотерапії у них відзначено статистично значуще зменшення показників за тестом Г. Айзенка (табл. 2).

За Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) клінічна симптоматика тривожно-депресивних розладів домінувала у батьків, які виховували дітей з аутизмом, що у більшій мірі характерно для чоловіків. Клінічно виражені тривожні розлади (F41.1) були виявлені у 32 (33,4%) матерів і 13 (20,6%) батьків, діти яких хворіли на ДЦП; у 47 (39,5%) матерів і 28 (30,4%) батьків, діти яких хворіли на аутизм. У таблиці 3 наведені результати кількісної оцінки тривоги і депресії до та після лікування ПРНР у батьків.

Таблиця 2. Показники психічних розладів у батьків до та після комплексного лікування (за тестом Г. Айзенка «Самооцінка психічних станів»)

Показник (частота виявлення, бал)		Група I. ДЦП		Група II. Аутизм	
		Група IA Мати (n=96)	Група IB Батько (n=63)	Група IIA Мати (n=119)	Група IIB Батько (n=92)
Тривожність	Етап I	7,5±1,0	7,0±0,7	9,2±1,1	10,1±1,1
	Етап II	6,2±0,8	6,0±0,6	6,3±0,9	5,5±1,1
	Етап III	3,1±0,4*	5,3±0,4*	2,6±0,4*	2,4±0,5*
Фрустрація	Етап I	7,6±0,1	7,8±1,2	9,1±0,9	7,6±1,2
	Етап II	5,6±0,7	5,3±0,8	6,0±0,8	4,7±0,8
	Етап III	3,2±0,4*	4,5±0,5	2,6±0,4*	2,0±0,4*
Агресивність	Етап I	7,6±0,9	9,6±0,5	8,7±0,7	7,4±0,7
	Етап II	6,6±0,8	7,8±0,7	7,3±0,7	7,0±0,7
	Етап III	3,4±0,4*	6,5±0,4*	3,4±0,3*	3,1±0,3*
Ригідність	Етап I	10,1±0,7	9,8±0,9	10,3±0,8	9,8±1,1
	Етап II	9,1±0,7	8,0±0,8	8,2±0,7	7,8±1,1
	Етап III	5,1±0,4*	6,6±0,6*	3,8±0,3*	3,7±0,5*

Примітка. * – достовірно до показника при первинному обстеженні ($p<0,05$); 0–7 балів – розлади відсутні; 8–14 балів – розлади середні, на рівні межових; 15–20 балів – розлади виражені.

Таблиця 3. Рівень тривоги і депресії батьків до та після комплексного лікування (за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS))

Показник		Група I. ДЦП		Група II. Аутизм	
		Група IA Мати (n=96)	Група IB Батько (n=63)	Група IIA Мати (n=119)	Група IIB Батько (n=92)
Тривога	Етап I	8,2±0,9	8,2±0,7	9,4±0,7	9,0±1,0
	Етап II	5,5±0,5*	6,2±0,6	6,3±0,5*	5,0±0,5*
	Етап III	4,5±0,3*	5,0±0,3*	2,3±0,3*	2,2±0,3*
Депресія	Етап I	7,1±1,0	5,6±0,7	8,0±0,8	7,1±0,8
	Етап II	5,2±0,5*	3,6±0,1	5,7±0,7*	6,1±0,6
	Етап III	3,2±0,4*	2,6±0,1*	2,2±0,3*	2,7±0,3*

Примітка. * – достовірно до показника при первинному обстеженні ($p<0,05$).

Як показали результати повторного клініко-психопатологічного обстеження, після завершення курсу психосоціальної реабілітації дітей мало місце лише часткове поліпшення психічного здоров'я матерів та чоловіків. Втрата балів відбувалась переважно за рахунок покращення сну, зниження симптомів неврас-

тентії, сексуальних розладів, фобій, істерії та депресії. Зважаючи на скарги останніх їм було запропоновано і проведено курс психотерапії у складі комплексної терапії. Після лікування у структурі ПРНР був характерний широкий спектр соматичних скарг та симптомів: лабільність артеріального тиску, серцебиття, підвищена втомлюваність, епізодичні розлади сну, забудькуватість і зниження пам'яті, головний біль і метеочутливість, епізодичні агресивність і роздратованість. Частина матерів була схильна до фіксації на негативних сторонах життя, емоцій і подій, але за умов вираженого прогресу в лікуванні дитини такі емоційні та особистісні прояви піддавались редукції. Після комплексної терапії у обстеженої категорії матерів і батьків виявлено зменшення частоти проявів домінуючих психопатологічних синдромів непсихотичного регістру на рівні тривожних, депресивних, іпохондричних типів.

Найбільшу питому вагу в структурі психічних та поведінкових розладів у матерів після лікування мали перевагою (Z73.0), недостатність відпочинку і розслаблення (Z73.2). Порівняно з первинним обстеженням до початку курсу лікування середній рівень редукції цих розладів був відповідно у 48,2% і 43,0% матерів, діти яких хворіють на ДЦП, а також у 52,8% і 48,4% матерів, які виховують дітей з аутизмом. Симптоми перевагою (Z73.0) зникли у 42,3% і 38,4% чоловіків, а загальний рівень психічного самопочуття покращився у 37,0% і 51,6% чоловіків відповідних категорій. Лікування сприяло відновленню позитивної оцінки своїх сил та співпраці з лікарем. Зникли думки про власну вину у захворюванні дитини, підвищилися фіксація батьків на успішних результатах лікування. Одночасно були усунуті психоемоційні порушення: втрата інтересу до навколишніх подій, відчуттів, що приносять задоволення; розлади сну та апетиту, ранкові епізоди депресії, психомоторна загальмованість, тривожність, схуднення і зниження лібідо.

Другим за частотою проявом ПРНР після лікування були розлади адаптації з переважанням інших емоцій (F43.23). Досліджувані психічні порушення були усунуті у 57,7% і 55,2% батьків групи I та у 73,7% і 68,4% батьків групи II. У родині відмічено збільшення рівня адаптивності і стресостійкості до життєвих та стресових подій. Засвідчено відновлення настрою, усунення настороженості або відчуття нездатності впоратися з ситуацією.

Досягнуті суттєві результати щодо супутніх психічних розладів тривожно-депресивної симптоматики. Депресивні епізоди легкого ступеня (F32.0) зникли у третини батьків (у 36,4% матерів і 38,9% чоловіків), діти яких хворіють ДЦП і у переважної більшості батьків, які виховують дітей з аутизмом (у 69,0% матерів і 65,2% чоловіків). Батьки відзначали підвищення настрою, енергійності, фізичної і соціальної активності. Зросли задоволення і зацікавленість у виконанні повсякденних процедур, у тому числі в догляді за дитиною та її вихованні. Підвищилися зосередженість та працездатність, покращилися сон і апетит. До певного достатнього рівня відновилися самооцінка і впевненість у собі, у доцільності проведення психосоціальної реабілітації дитини та психотерапевтичних заходів щодо власного здоров'я.

Змішані тривожні і депресивні розлади (F41.2) були усунуті в середньому у 55–62% хворих. На психічному рівні були ліквідовані прояви депресії, нав'язливі симптоми і елементи фобічної тривоги.

Клініко-психопатологічні симптоми іпохондричних розладів (F45.2) відповідно зникли у 57,1% матерів групи ІА і 66,7% матерів групи ІА. Серед чоловіків редукція зазначених порушень досягнута у 63,6% і 41,7% осіб. Це проявлялось у зменшенні заклопотаності щодо здоров'я членів родини, нав'язливих думок з приводу виникнення інших патологічних станів і тривоги.

Найвираженіша позитивна терапевтична дія від проведених заходів була відмічена щодо фобічних тривожних розладів (F40.9). Відповідні симптоми спостерігали лише у кількох осіб: у 13 батьків (8,1%), діти яких хворіють на ДЦП, і у 12 (5,6%) батьків, які виховують дитину з аутизмом. Батьки були переконані у ефективності психотерапевтичних та фармакотерапевтичних заходів, активно ініціювали додаткові обстеження, охоче погоджувалися на нові препарати та методи лікування, прислухались до рекомендацій лікарів та виконували їх вказівки.

Результатами обстеження За Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS), тестом Г. Айзенка «Самооцінка психічних станів», методикою «САН: Самопочуття, Активність і Настрій» і методом Л.І. Вассермана засвідчено поліпшення психічного здоров'я матерів і чоловіків. Зменшення кількісних показників ПРНР відбувалася переважно за рахунок усунення фобічних тривожних розладів (F40.9), неврастенічних (F48.0), депресивних (F32.0), істеричних (F60.4) та іпохондричних порушень (F45.2). Встановлено зниження ступеня тяжкості дереалізації, нав'язливості, психастенічних порушень, занепокоєння і напруження. Психотерапія, як складова комплексного лікування, сприяла редукції реактивної і особистісної тривоги. Найбільш виражену редукцію симптомів ПРНР відмічено у батьків, діти яких хворіють на аутизм, порівняно батьками, які виховують дітей з різним рівнем ДЦП.

Суттєве покращення психоемоційного стану, мотивації і комунікативних якостей відзначили батьки з неврастенічними розладами (F48.0). Метод Л.І. Вассер-

мана показав достовірне зменшення рівня невротизації в обох групах порівняння (табл. 4). Клінічно виражені невротичні порушення після завершення курсу комплексного лікування залишилися лише у 8 чоловіків (12,7%), які виховували дитину з ДЦП. У інших батьків психопатологічні розлади редукувалися до епізодичних реакцій дратівливості, втомлюваності, втрати здатності до тривалої розумової і фізичної роботи. Ці зміни за шкалою невротизації відповідали донозологічним розладам.

Висновки

Дослідження психотерапевтичних та психофармакологічних мішеней у комплексному лікуванні ПРНР у батьків, діти яких хворіють на ДЦП та аутизм, довело ефективність запропонованого диференційованого підходу. Психофармакотерапія тривожних, депресивних, невротичних розладів та іпохондрії дозволила суттєво редукувати або усунути психічну та вегетативно-соматичну симптоматику, підвищити рівень особистісної адаптивності, емоційної стійкості, що позначилося на системі психотерапії самих батьків та заходів психосоціальної реабілітації тяжкохворих дітей. Згідно з даними клініко-психопатологічного обстеження, батьки, діти яких хворіють на ДЦП, мають тяжкий характер особистісних психічних розладів, більшу частоту виявлення ПРНР, вони менш спроможні до усвідомлення стану психічного здоров'я. Матері, які виховують дітей з ДЦП, входять до групи ризику формування ПРНР у перші 3–5 років розвитку захворювання, а ефективність психотерапії у них є меншою, ніж у чоловіків та батьків, діти яких хворіють на аутизм.

Список використаної літератури

1. Ващенко О. С. Роль родини в реабілітації дітей з особливими потребами (на моделі розладів спектру аутизму) / О. С. Ващенко // *Архів психіатрії*. – 2013. – Т. 19, № 1. – С. 153–154.
2. Марценковский И. А. От РДВГ у детей к РДВГ у взрослых. По материалам V Международного конгресса по РДВГ (28–31 мая 2015 г., Глазго, Шотландия) / И. А. Марценковский // *Нейроновс*. – 2015. – № 6. – С. 16–18.
3. Особенности детско-родительских отношений в семьях детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Е. А. Бойко, Л. М. Аркуша, О. В. Быкова [и др.] // II ежегодная междисциплинарная научно-практическая конференция с международным участием «Детский церебральный паралич и другие нарушения движения у детей», Москва, 15–16 ноября 2012 года. – Москва, 2012. – С. 35–36.
4. Пionтківська О. В. Психоемоційний стан батьків дітей з онкологічною патологією на етапі первинної госпіталізації дитини / О. В. Пionтківська // *Архів психіатрії*. – 2013. – Т. 19, № 1. – С. 127–130.
5. An influence of mental disorder in the child on the parents in the context of differentiated approaches to psychosocial interventions on childhood psychiatry / E. V. Koren, T. A. Kupriyana, A. O. Dubinskaya, O. Z. Khairtdinov // *Zh. Nevrol. Psikiatr. Im. S.S. Korsakova*. – 2014. – Vol. 114 (10). – P. 14–19.
6. Behavioral and emotional profile and parental stress in preschool children with autism spectrum disorder / G. Giovagnoli, V. Postorino, L. M. Fatta [et al.] // *Res. Dev. Disabil.* – 2015. – Vol. 45–46. – P. 411–421.
7. McAleese A. Evaluating a psychoeducational, therapeutic group for parents of children with autism spectrum disorder / A. McAleese, C. Lavery, K. F. W. Dyer // *Child Care in Practice*. – 2014. – Vol. 20, Issue 2. – P. 162–181.
8. Hock R. Examining treatment adherence among parents of children with autism spectrum disorder / R. Hock, A. Kinsman, A. Ortaglia // *Disabil Health J.* – 2015. – Vol. 8 (3). – P. 407–413.
9. Impact of child and family characteristics on cerebral palsy treatment / G. Rackauskaite, P. W. Uldall, B. H. Bech, J. R. Østergaard // *Dev. Med. Child Neurol.* – 2015. – Vol. 57 (10). – P. 948–954.
10. Quality of life and satisfaction after multilevel surgery in cerebral palsy: confronting the experience of children and their parents / A. Stephan-Carlier, J. Facione, E. Speyer [et al.] // *Ann. Phys. Rehabil. Med.* – 2014. – Vol. 57 (9–10). – P. 640–652.

Таблиця 4. Рівень невротизації батьків, діти яких хворіють на ДЦП та аутизм (за методом Л.І. Вассермана)

Етап обстеження (частота виявлення, бал)	Група І. ДЦП		Група ІІ. Аутизм	
	Група ІА Мати	Група ІБ Батько	Група ІІА Мати	Група ІІБ Батько
Етап І	15,7±1,9	17,8±2,6	20,1±1,7	16,8±1,7
	n=18 18,7%	n=21 33,3%	n=45 37,8%	n=32 34,7%
Етап ІІ	9,0±0,8*	13,8±2,4	11,6±1,4*	10,0±1,3
	-	n=10 15,8%	n=15 12,6%	n=8 8,6%
Етап ІІІ	5,8±0,5*	10,0±2,2*	4,8±0,7*	4,7±0,7*
	-	n=8 12,7%	-	-
Рівень зниження розладів (осіб/%)	100%*	61,9%*	100%*	100%*

Примітка. * – достовірно до показника при первинному обстеженні ($p < 0,05$).

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У РОДИТЕЛЕЙ, ДЕТИ КОТОРЫХ СТРАДАЮТ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И АУТИЗМОМ (ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ)

Р.В. Рахманов

Статья посвящена исследованию особенностей развития, диагностики, клиники, терапии и реабилитации психических расстройств непсихотического уровня (ПНР) у родителей, воспитывающих детей с ДЦП и аутизмом. В структуре ПНР выявлены ведущие психопатологические синдромы: депрессивные эпизоды легкой степени (F32.0: 32,1% и 30,8%), фобические тревожные расстройства (F40.9: 23,9% и 18,9%), смешанные тревожные и депрессивные расстройства (F41.2: 31,4% и 24,6%), расстройства адаптации с преобладанием расстройств других эмоций (F43.23: 50,9% и 45,0%), неврастенические (F48.0: 24,5% и 36,5%), ипохондрические (F45.2: 44,6% и 29,8%), хронические состояния переутомления (Z73.0: 69,8% и 54,5%) и недостаточность отдыха и расслабления (Z73.2: 66,6% и 59,7%). На фоне психосоциальной реабилитации детей отмечено частичное уменьшение уровня психических расстройств до умеренных, чаще среди мужчин, но не устранены ПНР, поэтому родители больных детей нуждались в проведении мероприятий комплексной психотерапии в сочетании с психофармакотерапией. Лечение ПНР способствовало уменьшению частоты проявлений доминирующих психопатологических синдромов непсихотического регистра на уровне тревожных, депрессивных, неврастенических и ипохондрических типов. У матерей, которые воспитывают детей с ДЦП, в меньшей степени купируются ПНР и они входят в группу риска первых 3–5 лет после постановки диагноза ребенку.

Ключевые слова: психические расстройства непсихотического уровня, родители, дети, ДЦП, аутизм, психодиагностика, психотерапия, фармакотерапия.

NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN PARENTS WHOSE CHILDREN SUFFERS FROM CEREBRAL PALSY AND AUTISM (DIAGNOSIS, TREATMENT AND REHABILITATION)

R. Rakhmanov

The article is devoted to research of features, diagnosis and treatment of nonpsychotic mental disorders (NMD) in parents which children have cerebral palsy and autism. Major psychopathological syndromes were detected: mild depressive episodes (F32.0: 32,1% and 30,8%), phobic anxiety disorders (F40.9: 23,9% and 18,9%), mixed anxiety and depressive disorders (F41.2: 31,4% and 24,6%), Adjustment disorder with mixed anxious and depressed mood (F43.23: 50,9% and 45,0%), neurasthenic (F48.0: 24,5% and 36,5%), hypochondriac (F45.2: 44,6% and 29,8%), state of vital exhaustion (Z73.0: 69,8% and 54,5%) and lack of relaxation and leisure (Z73.2: 66,6% and 59,7%). Amid psychosocial rehabilitation of children we observed a partial reduction of mental disorders more common among fathers, but not eliminated NMD, that is way patients need comprehensive measures psychopharmatherapy. Treating of NMD supported to reduce the frequency of dominant psychopathological syndromes of anxiety, depression, neurasthenia and hypochondria. The risk group of NMD consist mothers, whose children suffer from cerebral palsy, in the first 3–5 years after diagnosis in children and they have worse effectiveness of psychopharmatherapy.

Key words: nonpsychotic mental disorders in parents, cerebral palsy, autism, psychodiagnostics, psychotherapy, pharmacotherapy.

УДК 616.89 – 008.454:615

О.В. Кіосєва

ІНТЕРАКТИВНИЙ ТРЕНІНГ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

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

Ключові слова:
розлади адаптації,
студенти, молодь,
стрес, університет,
інтерактивний тренінг.

У статті на основі аналізу психічного стану 1 076 студентів університету визначено особливості психоемоційних порушень у молоді. За допомогою агломеративного методу мінімальної дисперсії (кластеризація методом «k-серединних») представлено поділ студентів на 3 групи: умовно здорові, з ознаками порушення адаптації, з розладами адаптації. На основі отриманих даних ми розробили і впровадили у навчально-виховний процес деяких вищих навчальних закладів країни психотерапевтичний інтерактивний тренінг за методом «Імажинерія», який допомагає молодим особам створювати позитивне майбутнє та визначати шляхи здобуття бажаного стану (психосоціальної адаптації). Також ми розробили та науково обґрунтували модель ефективної медико-соціальної допомоги студентам з розладами адаптації.

Частота виявлення розладів адаптації коливається, за даними різних дослідників, від 1 до 21%, а серед пацієнтів загальномедичної мережі – від 5 до 51% [1, 2, 4]. Поширеність розладів адаптації у студентів становить 14–21% [3, 5, 6]. Така розбіжність даних пов'язана з невизначеністю меж верифікації розладів адаптації та труднощами їх діагностики, що формують своєрідний феномен «айсберга» [3, 6].

Розлади адаптації чинять виражений негативний вплив на якість життя, соціальну та емоційну адаптацію, підвищують ризик адиктивної поведінки та суїцидів у студент-

ському середовищі. Про зростання уваги вчених до цих явищ свідчить проведення численних досліджень [7, 13, 14].

Відомо, що сучасні концепції психічного здоров'я базуються на принципах особистісного росту, максимального залучення особистісного ресурсу, здорового способу життя.

У зв'язку з цим, саме психотерапія сприяє активізації позиції людини у подоланні впливу стресових факторів, підвищенню соціальної компетенції, почуттю відповідальності та виробленню адекватної стратегії опанування життєвих ситуацій.

Мета дослідження – розробити психотерапевтичний інтерактивний тренінг для надання своєчасної медико-соціальної допомоги молодим людям з порушеннями та розладами адаптації.

Задачі дослідження

Оцінити психоемоційний стан студентів і здійснити поділ їх на групи за ознаками порушення та розладів адаптації.

Оптимізувати організацію навчально-виховного процесу у вищих навчальних закладах з метою забезпечення студентів необхідними компетенціями для реалізації стратегій здорового способу життя.

Матеріали і методи дослідження

Ми провели обстеження 1 076 студентів I курсу обох статей у віці 17–20 років, які навчаються на різних факультетах Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, а саме: комп'ютерних наук – 104; механіко-математичного – 108; економічного – 300; міжнародного туризму – 274; іноземних мов – 210; юридичного – 80 осіб. Відомо, що більшість студентів мешкають у гуртожитку, оскільки приїхали навчатися з інших міст.

Дослідження мало проспективний, рандомізований, контрольований, когортний характер.

При підготовці та під час дослідження було дотримано принципів етики, деонтології, а також добровільності, анонімності та довіри.

Методи дослідження: клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, психодіагностичний, психотерапевтичний, математико-статистичний.

Психічний стан досліджували за допомогою опитувальника оцінки вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised, L.R. Derogatis, в адаптації Н.В. Тарабріної, 2007) [9, 10]. SCL-90-R дозволяє оцінювати патерни психологічних ознак як у хворих, так і у здорових осіб. Опитувальник складається з 90 тверджень, які відображають наявність соматичних і психологічних проблем. Оцінку та інтерпретацію результатів здійснювали за 9 основними субшкалами, які об'єднують певні групи симптомів: соматизації – Somatization (SOM), obsесивності-компульсивності – Obsessive-Compulsive (O-C), міжособистісної сенситивності – Interpersonal Sensitivity (INT), депресії – Depression (DEP), тривоги – Anxiety (ANX), ворожості – Hostility (HOS), фобічної тривоги – Fobic Anxiety (PHOV), параноїальних тенденцій – Paranoid Ideation (PAR), психотизму – Psychoticism (PSY). Додаткові сім питань – Additional Items (ADD) – не об'єднані між собою у вигляді шкали певного розладу, але враховуються при загальній обробці тесту.

Для визначення меж норми за SCL-90-R застосовували нормативні дані, отримані в лабораторії психології пост-травматичного стресу та психотерапії Інституту психології Російської Академії наук в межах спільного Російсько-Американського проекту.

При інтерпретації результатів дослідження використовували три узагальнених шкали другого порядку, які дозволяють більш гнучко оцінювати психопатологічний статус. До інтегральних показників належать: індекс загальної тяжкості стану (General Symptomatical Index – GSI); загальна кількість позитивних відповідей (Posi-

tive Symptomatical Index – PSI); індекс наявного симптоматичного дистресу (Positive Distress Symptomatical Index – PDSI).

Математичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою пакета програм Statistica for Windows 7.0. На першому етапі розраховували групові показники описової статистики – середнє арифметичне (M), арифметичне стандартне відхилення (SD), а також визначали мінімум (min) і максимум (max) значень у вибірці [11]. Формат представлення даних в тексті і таблицях був наступний: $M \pm SD$; (min–max).

Для розбиття множини об'єктів на число кластерів ми використовували кластерний аналіз. Також застосовували агломеративний метод мінімальної дисперсії (кластеризація методом «k-серединних» з числом ітерацій 4), де k – кількість груп, яке ми визначили в числі 3 [12].

Оцінку скарг, ознак, симптомів, результатів спостереження, соціальних обставин здійснювали на основі використання критеріїв виявлення розладів, представлених у МКХ-10 у класах (розділах): Y, код F – «Психічні розлади і розлади поведінки» (F – 43.2) і XXI: код Z – «Фактори, що впливають на стан здоров'я та звернення у заклади охорони здоров'я» (Z – 73.3).

Результати та їх обговорення

На першому етапі аналізу отриманих даних були визначені середні значення показників всієї вибірки за SCL-90-R (всього n=1076). Результати дослідження представлені у таблиці 1.

Таблиця 1. Середні значення показників за SCL-90-R у студентів перших курсів Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна

Шкала	Усі обстежені, n=1076	Норма
SOM (бали)	0,34±0,38 (0,00 – 4,00)	0,44±0,03
O – C (бали)	0,41±0,46 (0,00 – 4,00)	0,75±0,04
INT (бали)	0,44±0,55 (0,00 – 4,00)	0,66±0,03
DEP (бали)	0,36±0,52 (0,00 – 4,0)	0,62±0,04
ANX (бали)	0,25±0,44 (0,00 – 4,0)	0,47±0,03
HOS (бали)	0,31±0,43 (0,00 – 4,0)	0,60±0,04
PHOV (бали)	0,15±0,39 (0,00 – 4,0)	0,18±0,02
PAR (бали)	0,36±0,46 (0,00 – 4,0)	0,54±0,04
PSY (бали)	0,23±0,40 (0,00 – 4,00)	0,30±0,03
ADD (бали)	0,25±0,39 (0,00 – 4,00)	0,49±0,03
GSI	0,32±0,39 (0,02 – 4,00)	0,51±0,03
PDSI	1,22±0,38 (0,00 – 4,0)	1,17±0,03
PSI	21,05±17,21 (2,00 – 90,00)	21,39±0,03

Аналіз результатів дослідження, представлених у таблиці 1, дозволив відзначити високий рівень різноманітності ознак емоційної сфери у студентів, а саме: відзначається високе значення стандартного відхилення і високий розкид min–max від 0,00 до 4,00 за всіма субшкалами SCL-90-R. Встановлена виражена полярність значення індексу проявів симптоматики (Positive Symptomatical Index – PSI); визначається високе значення стандартного відхилення і високий розкид min–max від 2,00 до 90,00. Це свідчить про те, що деякі студенти дають негативні відповіді майже на всі питання, а частина з них

позитивно відповідає на всі питання самозвіту за різним ступенем вираженості скарг.

Наступним етапом роботи став розподіл об'єктів на групи за заданим алгоритмом, тому що критерієм якості кластеризації є концепція компактності класів розбиття. Вибір метрики кластеризації та задання алгоритму поділу студентів на групи містив субшкали SCL-90-R: SOM; INT; DEP; ANX; PHOB. Остаточний варіант поділу об'єктів на групи статистично достовірний, представлений у таблиці 2.

Таблиця 2. Характеристика кластерного аналізу

Кластер №	№1	№2	№3
№1	0,000	0,982	1,599
№2	0,991	0,000	0,420
№3	1,265	0,648	0,000

Адекватність проведеної кластеризації демонструється евклідовою відстанню між кластерами: між першим і другим – 0,991; між першим і третім – 1,265; між другим і третім – 0,648.

Узагальнюючи дослідження можна виділити групи, які визначені внаслідок кластеризації: перша група – 778 (72,3%) студентів – умовно здорові, друга група – 210 (19,52%) студентів, які мають ознаки порушення адаптації (за МКХ-10: Z – 73,3); третя група – 88 (8,18%) студентів з розладами адаптації (за МКХ-10: F – 43,2).

На основі отриманих даних і аналізу літератури [2, 6, 7, 13–16] ми модифікували методи «психотерапії нової хвилі» та апробували рекомендації з проведення лікувально-профілактичного психотерапевтичного інтерактивного тренінгу для набуття студентами навичок ефективної комунікації (психосоціальної адаптації).

В якості мішені виступала когнітивна, емоційна, психосоціальна компетентність студентів.

При проведенні психотерапії студентам з порушеннями та розладами адаптації використовували інтегративну психоосвітню модель, яка є комплексною біфокальною (орієнтованою як на пацієнта, так і на членів його сім'ї), поетапно здійснюваною системою інформаційних, психотерапевтичних і соціокорекційних впливів [8, 15].

Психотерапевтичне навчання передбачало розуміння та раціональне вирішення «типових» проблем. Методика «Імажинерії» – тренінг навичок, націлений на удосконалення способів подолання повсякденних проблем зі стресовими життєвими подіями, розробку планів, що дозволяють справлятися зі стресорами, які можна передбачити [8, 15, 16].

Імажинерія включає координацію трьох стилів мислення: «мрійника», «реаліста» та «критика», кожен з яких є ключовим компонентом «внутрішньої гри» для досягнення майбутніх цілей.

Ефективні інновації та вирішення проблем передбачають синтез усіх цих процесів і стадій. «Мрійник» потрібен, аби формулювати нові ідеї та цілі. «Реаліст» необхідний як засіб трансформації ідей у конкретне втілення, а «критик» – у якості фільтра для очищення ідей і запобігання можливим проблемам.

Ключові стилі мислення мають основні когнітивні та фізичні патерни. Стадія «мрійника» орієнтована на більш далеке майбутнє. Вона передбачає мислення у термінах ширшої картини з метою створення нових альтернатив та варіантів. На стадії «мрійника» акцент робиться на репрезентації та розширенні сприйняття конкретного плану чи ідеї. Функція «мрійника» полягає в тому, щоб «чітко бачити у своїй свідомості місце кожної частини проекту». Завдання «мрійника» містять формулювання мети у позитивні терміни і встановлення сенсу та вигоди бажаного стану. Для того, щоб мислити як «мрійник», корисно тримати голову піднесеною, дивитися вгору і зайняти зручну, симетричну та розслаблену позу.

Мета «реаліста» полягає в тому, щоб перетворити мрію у план чи продукт, який виконується. Як «реаліст», студент має діяти так, «ніби» мрія була можливою, і зосередитися на кроках та діях, необхідних для її здійснення. Увага має бути спрямована на те, «як» втілити план чи ідею. Стадія «реаліста» більше орієнтована на рух до майбутнього, дії у більш стислих часових рамках, ніж на стадії «мрійника». «Реаліст» часто більш зосереджений на процедурах чи діях, фокусується на тому, як реалізувати план чи ідею. Щоб мислити як «реаліст» слід сидіти тримаючи голову прямо, дивитися перед собою, у симетричній позі, трохи нахилившись вперед. Когнітивний фокус має бути спрямований на дії так, наче мрія була досяжною і розгляд того, як можна втілити ідеї чи план; необхідно виділяти конкретні дії і намічати кроки короткого терміну.

Стадія «критика» іде за «мрійником» та «реалістом». Мета «критика» – оцінити запропонований план і виявити потенційні проблеми та відсутні ланки. Щоб бути успішним «критиком», важливо враховувати точки зору людей, які можуть впливати (позитивно чи негативно) на план, або залежати від них, а також враховувати їхні потреби та реакції. Основна мета «критика» – знайти можливі проблеми та відсутні ланки у конкретному плані чи рішенні.

Стратегія «критика» полягає у тому, аби допомогти уникнути проблем, приймаючи різні точки зору і знаходячи відсутні ланки, логічно розглядаючи, «що може статися, якщо виникнуть проблеми». «Критик» допомагає оцінювати та покращувати продукти творчості. Коли «критик» деструктивний – він «руйнівник», коли

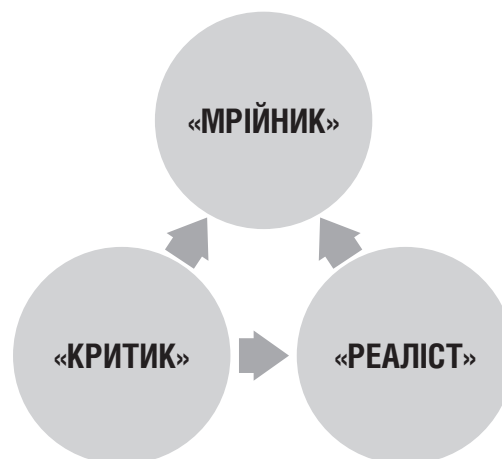


Рисунок. Модель координації трьох стилів мислення

конструктивний – «радник». Мислення «критика» передбачає незграбну позу, у якій погляд спрямований донизу, голова опущена і ледь нахилена вбік, а одна рука торкається підборіддя чи обличчя.

Модель координації трьох стилів мислення представлена на рисунку.

Висновки

1. Відзначена полярність та різноманітність ознак емоційної характеристики студентів молодших курсів Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, про що свідчать високі значення стандартного відхилення та розкид $\min$ – $\max$ за всіма субшкалами SCL-90-R.

2. За допомогою агломеративного методу мінімальної дисперсії (кластеризація методом «к-серединних») визначені 3 групи студентів. Перша група – 778 (72,3%) осіб – умовно здорові; друга група – 210 (19,52%) студентів, які мають ознаки порушення адаптації (за МКХ-10: Z – 73.3); третя група – 88 (8,18%) студентів з ознаками розладів адаптації (за МКХ-10: F – 43.2).

3. Використана психотерапевтична стратегія за методом інтерактивного тренінгу «Імажинерія», впроваджена нами до навчально-виховної роботи деяких університетів нашої країни для надання медико-соціальної допомоги молодим людям з розладами адаптації, сприяла:

- з'ясуванню студентами ролі координації різних типів мислення у їх психологічному благополуччі;
- створенню молодими особами позитивного майбутнього та визначенню ними шляху здобуття бажаного стану (психосоціальної адаптації).

Перспективи подальших досліджень – розвиток превентивних і профілактичних заходів із застосуванням методів «психотерапії нової хвилі» для запобігання порушенням і розладам адаптації серед студентської молоді за рахунок ефективного засвоєння нею нових компетенцій та вироблення адекватної стратегії опанування життєвих ситуацій.

Список використаної літератури

1. Александровский Ю. А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства. Серия «Практические руководства» / Ю. А. Александровский. – М.: Литтерра (Littera), 2010. – 272 с.
2. Пинчук И. Я. Распространенность психических расстройств в Украине / (Представлено чл.-кор. АМН Украины В. В. Безруковым) / И. Я. Пинчук // Журнал АМН України. – 2010. – Т. 16, № 1. – С. 168–176.
3. Шифнер Н. А. Клинико-динамическая характеристика расстройств адаптации у студентов / Н. А. Шифнер, А. Е. Бобров, М. А. Кулыгина // Ученые записки. – 2011. – № 18 (4). – С. 64–66.
4. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / [М. К. Хобзей, О. М. Коллякова, О. М. Зінченко та ін.] // Інформаційно-аналітичний огляд за 2001–2010 рр. – 2011. – 175 с.
5. Краснова В. В. Социальная тревожность и студенческая дезадаптация / В. В. Краснова, А. Б. Холмогорова // Психологическая наука и образование: электрон. науч. журн. – 2011. – №1. – С. 1–15. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.psychedu.ru>
6. Кожина Г. М. Диагностика нарушений адаптации у студентов младших курсов ВНЗ / Г. М. Кожина, М. В. Маркова // Матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю, присвяченої 150-річчю курорту «Березовські мінеральні води» та 50-річчю кафедри психотерапії ХМАПО. – Т. 2. – Сучасні методи діагностики, лікування і реабілітації психічних і соматичних розладів психогенного походження (XV Платонівські читання). – Харків, Березовські Мінеральні води, 10–12.10.2012. – С. 117–118.
7. Grassi L. Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestions for DSM-Y / L. Grassi [et al.] // J. Affect Disord. – 2007. – № 101 (1–3). – P. 251–254.
8. Хобзей М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, № 3 (64). – С. 10–14.
9. Derogatis L. The SCL-90-R / L. Derogatis // Clinical Psychometric Research. – 1975. – Vol. 19. – P. 1–15.
10. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – М., 2001. – С. 60.
11. Ермолаев О. Ю. Математическая статистика для психологов: учебник / О. Ю. Ермолаев. – 2-е изд., испр. – М.: Московский психолого-социальный институт Флинта, 2003. – 336 с.
12. Халасян А. А. «Statistica 6». Статистический анализ данных. Третье издание: учебник / А. А. Халасян. – М.: ООО «Бином-Пресс», 2008. – 512 с.
13. Efficacy of psychotherapy on diurnal cortisol patterns and suicidal ideation in adjustment disorder with depressed mood / Hsiao Fei-Hsiu, Lai Yu-Ming, Chen Yu-Ting [et al.] // Gen Hosp Psychiatry. – 2014. – № 36 (2). – P. 214–219.
14. Adjustment Disorders Are Uniquely Suited for eHealth Interventions: Concept and Case Study. [JMIR Ment Health. 2015] / A. Maercker, R. C. Bachem, L. Lorenz [et al.] // JMIR Ment Health. – 2015. – № 2 (2). – P. 15.
15. Волошин П. В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди / П. В. Волошин, Н. А. Марута // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, № 1 (82). – С. 5–11.
16. Дилтс Р. Коучинг с помощью НЛП / Р. Дилтс. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – 256 с.

ИНТЕРАКТИВНЫЙ ТРЕНИНГ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Е.В. Киосева

В статье на основе анализа психического состояния 1 076 студентов университета определены особенности эмоциональных нарушений у данного контингента. С помощью агломеративного метода минимальной дисперсии (кластеризация методом «к-серединных») представлено их распределение на 3 группы: условно-здоровые, с признаками нарушения адаптации, с расстройствами адаптации. В результате полученных данных разработан и внедрен в учебно-воспитательный процесс некоторых вузов страны психотерапевтический интерактивный тренинг по методу «Имажинерия», который помогает молодым людям создавать позитивное будущее и определять пути достижения желаемого состояния (психосоциальной адаптации). Также мы разработали и научно обосновали модель эффективной медико-социальной помощи студентам с расстройствами адаптации.

Ключевые слова: расстройства адаптации, студенты, молодежь, стресс, университет, интерактивный тренинг.

ADJUSTMENT DISORDER INTERACTIVE TRAINING AT STUDENT'S YOUTH

О. Киосева

The work based on the analysis of the mental state of 1076 university students. The peculiarities of the emotional state of this contingent identified by using agglomerative method of minimum variance (clustering method «k - median»). There are 3 groups of distribution: conditionally healthy students, students with prenosological symptoms of adjustment disorder and students with adjustment disorder signs. Based on the data we have developed and implemented in the educational work of some universities strategy psychotherapeutic interactive training «Imazhyneriya» which helps young people build a positive future and identify ways of obtaining the desired state (psycho and social adaptation); also, we have formulated a science-based model of effective medical and social assistance to students with adjustment disorder.

Key words: adjustment disorder, students, the youth, stress, university, interactive training.

О.М. Мишаківська

**ВПЛИВ НЕЙРОПСИХІАТРИЧНИХ СИМПТОМІВ НА ДИСТРЕС
ДОГЛЯДАЧА ЗА АМБУЛАТОРНИМ ПАЦІЄНТОМ З ДЕМЕНЦІЄЮ**

КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня», м. Львів

o.myshakivska@gmail.com

Ключові слова:деменція, доглядач,
дистрес, нейро-
психіатричні симптоми.

З погіршенням пам'яті та когнітивних функцій пацієнти з деменцією стають повністю залежними від стороннього догляду та нагляду. Значна їх кількість залишається проживати вдома під опікою рідних. Нейропсихіатричні симптоми у пацієнтів з деменцією ускладнюють догляд за ними та впливають на дистрес доглядача, є однією з частих причин госпіталізації у психіатричні стаціонари. У даному дослідженні було оглянуто 99 пацієнтів, які впродовж 6-місячного періоду проживали у домашніх умовах. За допомогою опитувальника NPI було оцінено частоту, вираженість симптомів, наявних у пацієнтів, зафіксовано дистрес доглядача. Оцінювання проводили тричі: при первинному огляді, через три місяці та через шість місяців з часу первинного огляду. Отримані результати засвідчили, що на дистрес доглядача впливали маячення, галюцинації, розлади апетиту, апатія, депресія/дисфорія, сон, тривога і збудження у пацієнтів з деменцією. Було встановлено, що зменшення проявів маячення, галюцинації, збудження/агресії, депресії/дисфорії, тривоги та розладів сну у пацієнтів з деменцією приводило до зниження дистресу доглядача. Значимо підвищували дистрес доглядача посилення апатії/байдужості та тенденція до підвищення частоти і вираженості розладів апетиту у пацієнтів з деменцією.

Втрата здатності до самообслуговування, дезорієнтація в навколишньому просторі при деменції призводять до дезадаптації пацієнта, зростання потреби у постійному сторонньому догляді та нагляді. Традиційно у західній частині України, особливо у сільській місцевості, люди похилого віку проживають та перебувають під опікою рідних. Поведінкові та інші нейропсихіатричні симптоми ускладнюють догляд та є найчастішою причиною госпіталізації у психіатричні заклади [1, 2]. Пацієнтів із деменцією вдвічі або втричі частіше госпіталізують у психіатричні стаціонари, ніж осіб тієї ж вікової групи без вказаного захворювання [3]. Перебування хворих на деменцію у стаціонарах асоціюється з підвищенням у 2,5 раза ризиком, порівняно з особами без цієї патології, захворіти на супутні інфекційні захворювання сечовидільної та респіраторної систем, розвиток делірію, що, у свою чергу, продовжує тривалість госпіталізації та створює додаткові ризики [4]. Важливими є вивчення та аналіз дистресу доглядача хворого на деменцію з метою створення механізмів полегшення догляду, сприяння якнайдовшому проживанню пацієнта у домашніх умовах, серед рідних.

Матеріали та методи дослідження

В амбулаторних умовах впродовж 6-місячного періоду було тричі обстежено 99 пацієнтів з деменцією та опитано їхніх доглядачів. Дослідження проводили

у 2014–2015 роках. Соціодемографічна характеристика доглядача включала стать, освіту, соціально-професійну характеристику, сімейний зв'язок з пацієнтом. Було оцінено, чи проживає доглядач разом з пацієнтом та скільки годин протягом доби займає догляд. Для оцінки нейропсихіатричних симптомів та дистресу доглядача застосовували шкалу Neuropsychiatric Inventory (NPI).

Дистрес оцінювали за шістьма ступенями, від «зовсім ні» до «дуже тяжкий».

Для статистичної обробки використовували пакет прикладних програм STATISTICA 5.0 (StatSoft Inc. 1998). У зв'язку з ранговим характером даних їх динаміку оцінювали за допомогою парного критерію Вілкоксона [5]. Кореляційні зв'язки оцінювали з допомогою критерію тау Кендала. Значущим вважали значення $p < 0,05$ або нижче.

Результати та їх обговорення

Характеристика доглядачів. Більшість доглядачів були жіночої статі (75,76%). Серед людей, які надавали опіку, переважали особи з вищою (46,46%) та середньою спеціальною освітою (37,37%). Більше половини доглядачів продовжували працювати (52,3%), з них 37,37% виконували роботу середнього рівня кваліфікації, 33,33% – високкокваліфіковану працю. За родинним зв'язком з пацієнтом доглядачі поділились наступним чином: 45,45% – доньки, 14,14% – сини, 40,40% усіх доглядачів

не перебували у родинному зв'язку з пацієнтом. Середній час, який був витрачений на опіку за пацієнтом з деменцією, про який повідомляли доглядачі, складав 12,8 годин на добу, медіана – 12 годин (табл. 1).

Вивчення впливу нейропсихіатричних симптомів у пацієнтів з деменцією на дистрес доглядача. При оцінюванні за шкалою Neuropsychiatric Inventory ми виявили, що нейропсихіатричними симптомами у хворих на деменцію, які впливали на дистрес доглядача, були наступні: галюцинації, розлади апетиту, сну, апатія, депресія, тривога, збудження, маячення. Оцінювали динаміку дистресу доглядача відповідно до динаміки нейропсихіатричних симптомів (частоти та вираженості) при первинному огляді (ПО), при оглядах на 3 та на 6 місяцях.

У таблиці 2 представлено динаміку дистресу доглядача відповідно до змін частоти та вираженості галюцинацій у пацієнтів з деменцією. Сам факт наявності галюцинацій, без врахування їх вираженості, не зазнав істотної динаміки. При аналізі підгрупи хворих, у яких хоча б на одному етапі виявлено галюцинації, було отримано наступні результати. На 6 місяці огляду, порівняно з 3, у пацієнтів із деменцією і галюцинаціями виявлено тенденцію до послаблення їх частоти ($p=0,07$) та зменшення вираженості ($p<0,05$). Це супроводжувалося значущим зниженням дистресу доглядача ($p<0,05$), порівняно з 3 місяцем. Якщо ж обмежити аналіз підгрупою осіб, які мали галюцинації на початку спостереження (і, відповідно, їм була призначена специфічна терапія), то як на 3, так і на 6 місяці відзначено істотне зниження частоти, вираженості галюцинацій та дистресу доглядача.

Таблиця 1. Соціодемографічні характеристики доглядачів

Характеристика доглядача	Градація	Абс.	%
Стать	Жінки	75	75,76
	Чоловіки	24	24,24
Освіта	Неповна середня	3	3,03
	Середня	9	9,09
	Середня спеціальна	37	37,37
	Неповна вища	1	1,01
	Вища	46	46,46
	Інша	3	3,03
Працевлаштування	Ні	47	47,47
	Так	52	52,53
Соціально-професійна характеристика	Не працювали	27	27,27
	Низькокваліфікована праця	2	2,02
	Висококваліфікована праця	33	33,33
	Праця середнього рівня кваліфікації	37	37,37
Сімейний зв'язок	Донька	45	45,45
	Син	14	14,14
	Інший	40	40,40
Проживання разом з пацієнтом	Ні	35	35,35
	Так	64	64,65

Протягом періоду дослідження спостерігали тенденцію до підвищення частоти та вираженості розладів апетиту у пацієнтів з деменцією за рахунок

Таблиця 2. Вплив галюцинацій у пацієнтів з деменцією на дистрес доглядача

Галюцинації	Абс. (%)			Р 0-3	Р 0-6	Р 3-6	Кореляція з дистресом, тау Кендала (p)		
	ПО	3 міс.	6 міс.				ПО	3 міс.	6 міс.
Галюцинації є	29 (29,29)	34 (34,34)	32 (32,32)	p>0,1	p>0,1	p>0,1	0,931 (p<0,0001)	0,917 (p<0,0001)	0,922 (p<0,0001)
Галюцинації відсутні	69 (69,70)	64 (64,65)	66 (66,67)						
Немає інформації	1 (1,01)	1 (1,01)	1 (1,01)						
Частота									
Не оцінювали	70 (70,71)	65 (65,66)	67 (67,68)	p>0,1* p<0,001**	p=0,07* p<0,001**	p=0,055* p<0,05**	0,714 (p<0,001)	0,461 (p<0,001)	0,719 (p<0,001)
Рідко	6 (6,06)	8 (8,08)	15 (15,15)						
Інколи	9 (9,09)	16 (16,16)	12 (12,12)						
Часто	9 (9,09)	10 (10,1)	5 (5,05)						
Дуже часто	5 (5,05)	0	0						
Вираженість									
Не оцінювали	70 (70,71)	65 (65,66)	67 (67,68)	p>0,1* p<0,001**	p>0,1* p<0,001**	p<0,05* p<0,001**	0,662 (p<0,001)	0,656 (p<0,001)	0,830 (p<0,001)
Легка	8 (8,08)	8 (8,08)	18 (18,18)						
Помірна	14 (14,15)	24 (24,24)	14 (14,14)						
Сильна	7 (7,07)	2 (2,02)	0						
Дистрес									
Не оцінювали	70 (70,71)	65 (65,66)	67 (67,68)	p>0,1* p<0,001**	p>0,1* p<0,001**	p<0,05* p<0,001**			
Зовсім ні	1 (1,01)	2 (2,02)	4 (4,04)						
Мінімальний	5 (5,05)	7 (7,07)	13 (13,137)						
Легкий	3 (3,03)	8 (8,08)	6 (6,06)						
Помірний	11 (11,11)	14 (14,14)	7 (7,07)						
Тяжкий	8 (8,08)	2 (2,02)	1 (1,01)						
Дуже тяжкий	1 (1,01)	1 (1,01)	1 (1,01)						

Примітка. * – підгрупа, у якій хоча б на одному етапі виявлено галюцинації; ** – підгрупа, у якій пацієнти мали галюцинації на початку спостереження.

їх появи у хворих, в яких ці порушення раніше не діагностували. Це підвищувало дистрес доглядача ($p<0,01$ порівняно з початковим рівнем) (табл. 3). На всіх етапах дистрес корелював зі ступенем вираженості розладів.

Протягом усього 6-місячного періоду дослідження спостерігали високозначуще збільшення кількості осіб з апатією, посилення частоти, вираженості показника апатії/байдужості у пацієнтів з деменцією, що, відповідно, посилювало дистрес доглядача (табл. 4).

Упродовж періоду спостереження завдяки медикamentозному лікуванню зменшувалася кількість пацієнтів із деменцією з проявами депресії/дисфорії, послаблювалися частота і вираженість вказаних симптомів (табл. 5). Одночасно істотно послаблювався і дистрес доглядача ($p<0,01$ в межах групи, яка мала депресію на початку лікування; $p<0,01$ при оцінці усієї групи з 99 хворих). На всіх етапах виявлено високозначущу кореляцію вираженості дистресу доглядача з наявністю і тяжкістю депресії/дисфорії.

Медикаментозна корекція розладів сну протягом періоду дослідження також забезпечила зниження частоти та вираженості цього симптому у пацієнтів з деменцією ($p<0,01$); відповідно, знизився дистрес доглядача ($p<0,01$) (табл. 6) при оцінці в межах підгрупи з порушеннями сну на початку спостереження.

Тенденція до послаблення тривоги у пацієнтів з деменцією, її частоти і дистресу доглядача спостерігалась протягом періоду між 3 та 6 місяцем спостереження ($p<0,1$). При цьому виявилось чітке зниження вираженості тривоги ($p<0,05$) у цей період. Загалом

впродовж періоду дослідження ми прослідковували тенденцію до послаблення частоти і вираженості тривоги у пацієнтів з деменцією та дистресу у доглядачів ($p<0,1$) (табл. 7).

Протягом періоду спостереження істотно не змінилася кількість хворих зі збудженням/агресією, однак ми спостерігали клінічно значуще зниження частоти вираженості ($p<0,05$) збудження/агресії у пацієнтів з деменцією, а також дистресу доглядача по відношенню до даного симптому ($p<0,05$) (табл. 8).

Протягом усього 6-місячного періоду спостереження загалом спостерігалось зменшення кількості хворих з маяченням на тлі деменції, а також частоти та вираженості даного симптому ($p<0,05$), зменшувався і дистрес доглядача ($p<0,05$) (табл. 9).

Висновки

Нейропсихіатричні симптоми, які супроводжують деменцію, негативно впливають на пацієнта та ускладнюють догляд за ним, призводять до дистресу доглядача. З дистресом корелює як наявність симптоматики в цілому, так і її тяжкість. Впродовж шестимісячного періоду в амбулаторних умовах було встановлено, що зменшення проявів галюцинаторної симптоматики, маячення, збудження/агресії, депресії/дисфорії, тривоги та розладів сну у пацієнтів з деменцією приводили до зниження дистресу доглядача. Посилення апатії/байдужості та тенденція до підвищення частоти і вираженості розладів апетиту у пацієнтів з деменцією мали негативний вплив та значимо підвищували дистрес доглядача.

Таблиця 3. Вплив розладів апетиту у пацієнтів з деменцією на дистрес доглядача

Розлади апетиту	ПО		3 місяці		6 місяців		Р 0-3	Р 0-6	Р 3-6	Кореляція з дистресом, тау Кендала (р)		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%				ПО	3 міс.	6 міс.
Наявні	21	21,21	23	23,23	25	25,25	р>0,1	р<0,1	р>0,1	0,935	0,933	0,913
Відсутні	78	78,79	76	76,77	74	74,75				р>0,001	р>0,001	р>0,001
Частота												
Не оцінювали	78	78,79	76	76,77	74	74,75	р>0,1* >0,1**	р<0,1* >0,1**	р>0,1 >0,1**	0,439 р>0,01	0,26 р=0,067	0,15 р=0,29
Рідко	1	1,01	1	1,01	4	4,04						
Інколи	15	15,15	17	17,17	16	16,16						
Часто	5	5,05	5	5,05	5	5,05						
Дуже часто	5	5,05	0	0,00	0	0,00						
Вираженість												
Не оцінювали	78	78,79	76	76,77	74	74,75	р>0,1* р>0,1**	р<0,1* >0,1**	р>0,1 >0,1***	0,832 р>0,01	0,763 р>0,01	0,661 р>0,01
Помірна	15	14,14	16	16,16	19	19,19						
Сильна	6	6,06	7	7,07	6	6,06						
Дистрес												
Не оцінювали	78	78,79	76	76,77	74	74,75	р<0,1* р>0,1**	р<0,01* р>0,1**	р>0,1* р>0,1**			
Зовсім ні	1	1,01	1	1,01								
Легкий	1	1,01	0	0,00	1	1,01						
Помірний	2	2,02	3	3,03	4	4,04						
Тяжкий	11	11,11	11	11,11	13	13,13						
Дуже тяжкий	6	6,06	8	8,08	7	7,07						

Примітка. * – підгрупа, у якій хоча б на одному етапі виявлено розлади апетиту; ** – підгрупа, у якій пацієнти мали розлади апетиту на початку спостереження.

Таблиця 4. Вплив апатії/байдужості у пацієнтів з деменцією на дистрес доглядача

Апатія/ байдужість	ПО		3 місяці		6 місяців		Р 0-3	Р 0-6	Р 3-6	Кореляція з дистресом, тау Кендала (р)		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%				ПО	3 міс.	6 міс.
Так	34	34,34	41	41,41	52	52,53	р=0,01 *	р<0,01	р<0,01	0,901 р<0,01	0,877 р<0,01	0,834 р<0,01
Ні	65	65,66	58	58,59	47	47,47						
Частота												
Не оцінювалась	65	65,66	58	58,59	47	47,47	р<0,01	р<0,01	р<0,01	0,881 р<0,01	0,792 р<0,01	0,577 р<0,01
Рідко	4	4,04	2	2,02	2	2,02						
Інколи	1	1,01	4	4,04	2	2,02						
Часто	15	15,15	14	14,14	24	24,24						
Дуже часто	14	14,14	21	21,21	24	24,24						
Вираженість												
Не оцінювалась	65	65,66	58	58,59	47	47,47	р<0,01	р<0,01	р<0,01	0,899 р<0,01	0,877 р<0,01	0,568 р<0,01
Легка	4	4,04	5	5,05	3	3,03						
Помірна	14	14,14	14	14,14	26	26,26						
Сильна	16	16,16	22	22,22	23	23,23						
Дистрес												
Не оцінювався	65	65,66	58	58,59	47	47,47	р<0,01	р<0,01	р<0,01			
Зовсім ні	1	1,01	1	1,01	1	1,01						
Мінімальний	3	3,03	2	2,02	2	2,02						
Легкий	2	2,02	3	3,03	4	4,04						
Помірний	7	7,07	11	11,11	16	16,16						
Тяжкий	15	15,15	14	14,14	19	19,19						
Дуже тяжкий	6	6,06	10	10,10	10	10,10						

Примітка. * – підгрупа, у якій хоча б на одному етапі виявлено апатію.

Таблиця 5. Вплив депресії/дисфорії у пацієнтів з деменцією на дистрес доглядача

Депресія/дсфорія	ПО		3 місяці		6 місяців		Р 0-3	Р 0-6	Р 3-6	Кореляція з дистресом, тау Кендала (р)		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%				ПО	3 міс.	6 міс.
Так	34	34,34	27	27,27	18	18,18	р<0,1	р<0,05	р<0,05	0,833 р<0,01	0,882 р<0,01	0,886 р<0,01
Ні	64	64,65	71	71,72	81	81,82						
Немає інформації	1	1,01	1	1,01	0	0,00						
Частота												
Не оцінювалась	65	65,66	72	72,73	81	81,82	р<0,05*	р<0,01	р<0,05	0,598 р<0,01	0,768 р<0,01	0,888 р<0,01
Рідко	9	9,09	9	9,09	8	8,08						
Інколи	11	11,11	10	10,10	6	6,06						
Часто	9	9,09	5	5,05	2	2,02						
Дуже часто	5	5,05	3	3,03	2	2,02						
Вираженість												
Не оцінювалась	65	65,66	72	72,73	81	81,82	р<0,05	р<0,01	р<0,05	0,789 р<0,01	0,881 р<0,01	0,950 р<0,01
Легка	9	9,09	10	10,10	9	9,09						
Помірна	18	18,18	14	14,14	6	6,06						
Сильна	7	7,07	3	3,03	3	3,03						
Дистрес												
Не оцінювався	65	65,66	72	72,73	81	81,82	р<0,05	р<0,01	р<0,05			
Зовсім ні	2	2,02	1	1,01	1	1,01						
Мінімальний	5	5,05	7	7,07	5	5,05						
Легкий	4	4,04	5	5,05	3	3,03						
Помірний	14	14,14	11	11,11	6	6,06						
Тяжкий	8	8,08	2	2,02	1	1,01						
Дуже тяжкий	1	1,01	1	1,01	1	1,01						

Примітка. * – підгрупа, у якій хоча б на одному етапі виявлено депресію/дисфорію.

Таблиця 6. Вплив розладів сну у пацієнтів з деменцією на дистрес доглядача

Розлади сну	ПО		3 місяці		6 місяців		P 0-3	P 0-6	P 3-6	Кореляція з дистресом, тау Кендала (p)		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%				ПО	3 міс.	6 міс.
Так	47	44,47	29	29,29	18	18,18	p<0,01	p<0,01	p<0,01	0,837 p<0,01	0,909 p<0,01	0,928 p<0,01
Ні	52	52,53	70	70,71	81	81,82						
Частота												
Не оцінювалась	52	52,53	70	70,71	81	81,82	p<0,01*	p<0,01	p<0,01	0,486 p<0,01	0,832 p<0,01	0,912 p<0,01
Рідко	4	4,04	5	5,05	4	4,04						
Інколи	12	12,12	11	11,11	6	6,06						
Часто	21	21,21	9	9,09	6	6,06						
Постійно	10	10,10	4	4,04	2	2,02						
Вираженість												
Не оцінювалась	52	52,53	70	70,71	81	81,82	p<0,01	p<0,01	p<0,01	0,783 p<0,01	0,916 p<0,01	0,966 p<0,01
Легка	5	5,05	7	7,07	6	6,06						
Помірна	26	26,26	16	16,16	9	9,09						
Сильна	16	16,16	6	6,06	3	3,03						
Дистрес												
Не оцінювався	52	52,53	70	70,71	81	81,82	p<0,01	p<0,01	p<0,01			
Мінімальний	2	2,02	5	5,05	1	1,01						
Легкий	7	7,07	5	5,05	3	3,03						
Помірний	15	15,15	10	10,10	5	5,05						
Тяжкий	19	19,19	8	8,08	4	4,04						
Дуже тяжкий	4	4,04	1	1,01	5	5,05						

Примітка. * – підгрупа, у якій хоча б на одному етапі виявлено розлади сну.

Таблиця 7. Вплив тривоги у пацієнтів з деменцією на дистрес доглядача

Тривога	ПО		3 місяці		6 місяців		Р 0-3	Р 0-6	Р 3-6	Кореляція з дистресом, тау Кендала (p)		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%				ПО	3 міс.	6 міс.
Так	35	36,36	34	34,34	28	28,28	p>0,1	p>0,1	p<0,1	0,869 p<0,01	0,887 p<0,01	0,898 p<0,01
Ні	64	63,64	65	65,66	71	71,72						
Частота												
Не оцінювалася	64	65,66	65	65,66	71	71,72	p>0,1*	p<0,1	p<0,1	0,595 p<0,01	0,662 p<0,01	0,840 p<0,01
Рідко	3	2,02	1	1,01	1	1,01						
Інколи	14	14,14	22	22,22	18	18,18						
Часто	17	17,17	10	10,10	9	9,09						
Дуже часто	1	1,01	1	1,01	0	0,00						
Вираженість												
Не оцінювалася	64	65,66	65	65,66	71	71,72	p>0,1	p<0,1	p<0,05	0,745 p<0,01	0,755 p<0,01	0,825 p<0,01
Легка	5	4,04	8	8,08	9	9,09						
Помірна	26	26,26	22	22,22	17	17,17						
Сильна	4	4,04	4	4,04	2	2,02						
Дистрес												
Не оцінювався (тривоги не було)	64	65,66	65	65,66	71	71,72	p>0,1	p<0,1	p<0,1			
Зовсім ні	2	1,01	2	2,02	2	2,02						
Мінімальний	2	2,02	3	3,03	2	2,02						
Легкий	5	5,05	8	8,08	10	10,10						
Помірний	17	17,17	15	15,15	10	10,10						
Тяжкий	9	9,09	6	6,06	4	4,04						

Примітка. * – підгрупа, у якій хоча б на одному етапі виявлено тривогу.

Таблиця 8. Вплив збудження/агресії у пацієнтів з деменцією на дистрес доглядача

Збудження/ агресія	ПО		3 місяці		6 місяців		P 0-3	P 0-6	P 3-6	Кореляція з дистресом, тау Кендала (p)		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%				ПО	3 міс.	6 міс.
Так	43	43,43	40	41,41	39	39,39	p>0,1	p>0,1	p>0,1	0,882 p<0,01	0,865 p<0,01	0,884 p<0,01
Ні	56	56,57	58	58,59	60	60,61						
Частота												
Не оцінювали	56	56,57	58	58,59	60	60,61	p<0,1*	p>0,1	p<0,01	0,405 p<0,01	0,596 p<0,01	0,585 p<0,01
Рідко	3	3,03	5	5,05	7	7,07						
Інколи	12	12,12	23	23,23	23	23,23						
Часто	22	22,22	12	12,12	8	8,08						
Дуже часто	6	6,06	1	1,01	1	1,01						
Вираженість												
Не оцінювали	56	56,57	58	58,59	60	60,61	p>0,1	p<0,05	p<0,05	0,662 p<0,01	0,769 p<0,01	0,779 p<0,01
Легка	2	2,02	5	5,05	11	11,11						
Помірна	28	28,28	29	29,29	25	25,25						
Сильна	13	13,13	7	7,07	3	3,03						
Дистрес												
Не оцінювали	56	56,57	58	58,59	60	60,61	p>0,1	p<0,01	p<0,01			
Зовсім ні	1	1,01	0	0	1	1,01						
Мінімальний	3	3,03	4	4,04	6	6,06						
Легкий	2	2,02	8	8,08	8	8,08						
Помірний	15	15,15	14	14,14	16	16,16						
Тяжкий	20	20,20	14	14,14	6	6,06						
Дуже тяжкий	2	2,02	1	1,01	2	2,02						

Примітка. * – підгрупа, у якій хоча б на одному етапі виявлено збудження.

Таблиця 9. Вплив маячення у пацієнтів з деменцією на дистрес доглядача

Маячення	ПО		3 місяці		6 місяців		P 0-3	P 0-6	P 3-6	Кореляція з дистресом, тау Кендала (p)		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%				ПО	3 міс.	6 міс.
Так	27	27,27	26	26,26	19	19,19	p>0,1	p<0,05	p<0,05	0,937 p<0,01	0,941 p<0,01	0,931 p<0,01
Ні	71	71,72	72	72,73	79	79,80						
Немає інформації	1	1,01	1	1,01	1	1,01						
Частота												
Не оцінювали	72	72,73	73	73,74	80	80,81	p<0,05*	p<0,05	p<0,05	0,641 p<0,01	0,581 p<0,01	0,893 p<0,01
Рідко	3	3,03	4	4,04	5	5,05						
Інколи	4	4,04	14	14,14	12	12,12						
Часто	13	13,13	7	7,07	2	2,02						
Дуже часто	7	7,07	1	1,01	0	0,00						
Вираженість												
Не оцінювали	72	72,73	73	73,74	80	80,81	p<0,05	p<0,05	p<0,05	0,723 p<0,01	0,772 p<0,01	0,835 p<0,01
Легка	5	5,05	10	10,10	11	11,11						
Помірна	11	11,11	14	14,14	8	8,08						
Сильна	11	11,11	2	2,02	0	0,00						
Дистрес												
Не оцінювали	72	72,73	73	73,74	80	80,81	p<0,1	p<0,05	p<0,05			
Зовсім ні	0	0,00	1	1,01	1	1,01						
Мінімальний	3	3,03	4	4,04	6	6,06						
Легкий	4	4,04	6	6,06	7	7,07						
Помірний	4	4,04	7	7,07	3	3,03						
Тяжкий	11	11,11	7	7,07	1	1,01						
Дуже тяжкий	5	5,05	1	1,01	1	1,01						

Примітка. * – підгрупа, у якій хоча б на одному етапі виявлено маячення.

Список використаної літератури

1. Sampson E. L. Behavioural and psychiatric symptoms in people with dementia admitted to the acute hospital: prospective cohort study / E. L. Sampson, N. White // *The British Journal of Psychiatry*. – 2014. – Vol. 205, № 3. – P. 189–196.
2. Desai A. K. Recognition and Management of Behavioral Disturbances in Dementia / A. K. Desai, G. T. Grossberg // *Prim Care Companion J. Clin. Psychiatry*. – 2001. – Vol. 3, № 3. – P. 93–109.
3. Maslow K. How many hospital patients have dementia? / K. Maslow, N. Siverstein // *Springer*. – 2006.
4. Bail K. The cost of hospital-acquired complications for older people with and without dementia: a retrospective cohort study / K. Bail, J. Goss, B. Draper // *BMC Health Services Research*. – 2015.
5. Wilcoxon F. Individual comparisons by ranking methods / F. Wilcoxon // *Biometrics Bulletin*. – Vol. 1, № 6. – P. 80–83.

ВЛИЯНИЕ НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ НА ДИСТРЕСС УХАЖИВАЮЩЕГО ЗА АМБУЛАТОРНЫМ ПАЦИЕНТОМ С ДЕМЕНЦИЕЙ О.М. Мышаківська

С ухудшением памяти и когнитивных функций пациенты с деменцией становятся полностью зависимыми от постороннего ухода и присмотра. Значительное количество пациентов продолжают жить дома под опекой родственников. Нейропсихиатрические симптомы у пациентов с деменцией осложняют уход за ними и влияют на дистресс ухаживающего человека, являются одной из частых причин госпитализации больных в психиатрические стационары. В данном исследовании было проведено наблюдение за 99 пациентами, которые в течение 6-месячного периода проживали в домашних условиях. С помощью опросника NPI были оценены частота, выраженность присутствующих симптомов у пациентов с деменцией, зафиксирован дистресс опекуна. Оценку проводили трижды: при первичном осмотре, через три месяца и через шесть месяцев с момента первичного осмотра. Полученные результаты показали, что симптомами, влияющими на дистресс опекуна, были бред, галлюцинации, расстройства аппетита, сна, апатия, депрессия, тревога и возбуждение у пациентов с деменцией. Было установлено, что уменьшение выраженности таких симптомов как бред, галлюцинации, возбуждение/агрессия, депрессия/дисфория, тревога и расстройства сна у пациентов с деменцией приводили к снижению дистресса у человека, осуществляющего уход за больным. Значимо повышали дистресс опекуна усиление апатии/безразличия и тенденция к повышению частоты и выраженности расстройств аппетита у пациентов с деменцией.

Ключевые слова: деменция, опекун, дистресс, нейропсихиатрические симптомы.

INFLUENCE OF NEUROPSYCHIATRIC SYMPTOMS ON THE DEMENTIA OUTPATIENTS CAREGIVER'S DISTRESS O. Myshakivska

Deterioration of memory and cognitive functions in patients with dementia make them completely dependent on outside care and supervision. A significant number of dementia patients are staying to live at home and caring by their families. Neuropsychiatric symptoms complicate the care of dementia patients and affect on the caregiver's distress, they are being one of the most common reasons of psychiatric hospitalization. In this research 99 outpatient dementia patients were examined during the six month period. Using the NPI questionnaire frequency, severity of the present symptoms in patients with dementia and distress of caregiver were evaluated. The main symptoms that influenced distress of caregiver were delusions, hallucinations, and disturbances of appetite, apathy, depression, sleep disorders, anxiety, and agitation in patients with dementia. It was found that the decrease of symptoms such as delusions, hallucinations, agitation/aggression, depression/dysphoria, anxiety and sleeping disorders in patients with dementia led to decrease of caregiver's distress. Significantly increased the caregiver's distress strengthening of the apathy/indifference and a tendency to increase of the frequency and severity of appetite disorders in patients with dementia.

Key words: dementia, caregiver, distress, neuropsychiatric symptoms.

УДК 616.89-159.943/-036-054.72

О.П. Венгер

ОСОБЛИВОСТІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ЕМІГРАНТІВ ТА РЕЕМІГРАНТІВ, ХВОРИХ НА ПСИХОГЕННІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

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

op_venger@mail.ru

Ключові слова:

депресивні розлади,
емігранти, реемігранти,
суїцидальна активність.

Метою роботи було вивчення особливостей суїцидальної поведінки у емігрантів та реемігрантів, хворих на депресивні розлади різного генезу. Оцінку суїцидально-го анамнезу проводили на підставі даних клінічної бесіди, медичної документації (історій хвороби, амбулаторних карт, епікризів). Кількісну оцінку суїцидального ризику проводили з використанням шкали оцінки суїцидального ризику Г.В. Старшенбаума [10]. При обстеженні 196 емігрантів і 191 реемігранта у порівнянні з 198 не емігрантами було виявлено обтяжливий вплив фактора рееміграції та протективний вплив еміграції на суїцидальну активність хворих на депресивні розлади. Виявлена нами серед емігрантів найнижча суїцидальна активність протягом останнього року свідчить про певний протективний вплив фактора еміграції щодо суїциду. Підтвердженням цього є результати аналізу пізнього анамнезу суїцидальної активності, де фактор еміграції значною мірою нівелюється: при цьому значущі розбіжності між групами емігрантів та не емігрантів і реемігрантів стираються. Найбільшою мірою протективний вплив фактора еміграції проявляється у групі психогенних депресивних розладів, суттєво менше – ендегенних, і практично не виявляється у групі органічних депресій, що є цілком закономірним з урахуванням вирішального впливу на психічний стан ендегенної та органічної психічної патології. Одержані результати можуть бути використані для профілактики суїцидального ризику у емігрантів та реемігрантів, хворих на депресивні розлади.

Проблема еміграції та рееміграції в Україні є однією з найактуальніших державних та суспільних проблем. Кількість українських мігрантів експерти

оцінюють у 6,5–7 млн осіб і ця цифра має постійну тенденцію до збільшення [1, 2]. Самостійною соціальною, медико-психологічною та психіатричною

проблемою є рееміграція, масштаби якої зіставні з масштабами еміграції.

З сучасних наукових позицій міграція розглядається як один із факторів, що негативно впливають на стан психічного здоров'я населення. Накопичення психологічних та соціальних проблем провокує трансформацію особистісного реагування та дезадаптацію особистості, а еміграцію розглядають як фактор, що провокує маніфестацію або екзацербацию ендogenous психічних захворювань [3–5]. У структурі особистості емігрантів виявляються емоційна нестійкість, тривожність, соціальна інтроверсія, конформність на поведінковому рівні, підозрливність, слабка інтеграція особистісних рис у вигляді емотивності та фрустрованості, низький рівень фрустраційної толерантності [6], а в структурі психічних розладів у емігрантів домінують стани психічної дезадаптації, посттравматичний стресовий розлад, неврастенія, пролонгована депресивна реакція та помірний депресивний епізод [7, 8].

Особливу проблему при депресивних розладах становить суїцидальна поведінка: до 15% причин смерті хворих на ендogenous депресію складає суїцид, а 77% загиблих внаслідок суїциду психічно хворих страждали на депресію [9].

При цьому особливості суїцидальної поведінки у емігрантів та реемігрантів, хворих на депресивні розлади, в Україні не досліджувалися, що утруднює розробку відповідних лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів.

Завданням дослідження було вивчення особливостей суїцидальної поведінки у емігрантів та реемігрантів, хворих на депресивні розлади різного генезу.

Матеріали і методи дослідження

Відповідно до поставлених завдань нами було обстежено 196 осіб, які щонайменше впродовж останнього року проживали за межами України і планували найближчим часом повернутися за кордон (емігранти), 191 особу, яка не менше року проживала за межами України і протягом останнього року повернулася для постійного проживання в Україну (реемігранти) та 198 осіб, які постійно проживають в Україні і ніколи не виїжджали за її межі для тривалого проживання (не емігранти). Усі обстежені хворі перебували на лікуванні у Тернопільській обласній психоневрологічній лікарні в 2010–2014 рр., у них був встановлений остаточний клінічний діагноз депресивного розладу відповідно до критеріїв МКХ-10: психогенного походження (коди МКХ-10 F43.21 та F43.22) у 69 не емігрантів, 68 емігрантів та 67 реемігрантів, ендogenous походження (коди за МКХ-10 F31.3, F31.4, F32.1, F32.2, F33.1 та F33.2) – відповідно у 65, 66 та 63 осіб, органічного походження (код за МКХ-10 F06.3) – відповідно у 64, 62 та 61 особи.

Оцінку суїцидального анамнезу проводили на підставі даних клінічної бесіди, медичної документації (історій хвороби, амбулаторних карт, епікризів). Кількісну оцінку суїцидального ризику проводили з використанням шкали оцінки суїцидального ризику Г.В. Старшенбаума [10].

Статистичну обробку даних проводили за допомогою непараметричних методів (точний критерій Фішера, критерій χ^2 Пірсона, тест Манна-Уїтні).

Результати та їх обговорення

При дослідженні особливостей суїцидального анамнезу емігрантів та реемігрантів були виявлені певні закономірності. Серед хворих на психогенні депресивні розлади найвища суїцидальна активність виявлена у реемігрантів: суїцидальна спроба протягом останнього року мала місце у 10,4% хворих цієї групи. У не емігрантів суїцидальні спроби протягом останнього року відмічені у 7,2%, а у емігрантів вони мають поодинокий характер (2,9%). Розбіжності статистично значущі при порівнянні груп емігрантів та реемігрантів ($p=0,079$).

У хворих на ендogenous депресивні розлади виявлено дещо інші закономірності: найбільша кількість осіб, які скоїли суїцидальні спроби протягом останнього року, виявлена у групі не емігрантів (15,4%), а найменша – у групі емігрантів (4,5%), щодо реемігрантів, то за цим фактором вони займають проміжне положення (7,9%). Статистично значущі розбіжності виявлені при порівнянні між собою груп не емігрантів та емігрантів ($p=0,036$).

У хворих на депресивні розлади органічного генезу дані анамнезу щодо суїцидальних спроб протягом останнього року близькі до групи хворих на ендogenous депресії, при цьому суїцидальна активність у цій групі дещо нижча. Найбільшою питома частка осіб, які скоїли суїцидальні спроби протягом останнього року, була серед не емігрантів (7,8%), найменшою – серед емігрантів (3,2%), проміжною – у реемігрантів (6,6%). Розбіжності між групами емігрантів, реемігрантів та не емігрантів у хворих на органічні депресивні розлади статистично незначущі.

При аналізі суїцидального анамнезу щодо наявності спроб суїциду понад рік тому було виявлено, що серед хворих на психогенні депресивні розлади такі спроби траплялися однаково часто серед не емігрантів та реемігрантів (5,8% та 6,0% відповідно), а у емігрантів вони є дещо рідшими (2,9%), однак, ці розбіжності не є статистично значущими.

У хворих на ендogenous депресивні розлади суїцидальні спроби понад рік тому дещо частіше виявлялися у емігрантів (15,2%), дещо рідше – у реемігрантів (12,7%), і найрідше – у не емігрантів (10,8%), при цьому розбіжності між групами статистично незначущі.

У групі хворих на органічні депресивні розлади суїцидальні спроби понад рік тому дещо частіше виявлялися у реемігрантів (16,4%), ніж у не емігрантів (14,1%) та емігрантів (6,5%). Значущі розбіжності виявлені при порівнянні груп емігрантів та реемігрантів ($p=0,072$).

При аналізі поширеності повторних суїцидальних спроб в анамнезі було виявлено, що серед хворих на психогенні депресивні розлади найбільше осіб з повторними суїцидальними спробами було серед реемігрантів (4,5%), і менше – серед не емігрантів (2,9%), щодо емігрантів, то серед них повторні суїцидальні спроби не реєструвалися. Розбіжності між групами статистично незначущі.

Серед хворих на ендogenous депресивні розлади повторні суїцидальні спроби в анамнезі виявляли одна-

ково часто у не емігрантів (3,1%), емігрантів (3,0%) та реемігрантів (3,2%), розбіжності статистично незначущі.

У хворих на органічні депресивні розлади повторні суїциди в анамнезі частіше виявлялися у не емігрантів (4,7%), дещо рідше – у емігрантів (3,2%), і найрідше – у реемігрантів (1,6%), однак ці розбіжності є статистично незначущими.

При аналізі особливостей суїцидальної поведінки емігрантів та реемігрантів з використанням шкали оцінки суїцидального ризику Г.В. Старшенбаума було виявлено, що серед хворих на психогенні депресивні розлади найвищий суїцидальний ризик наявний у реемігрантів, а найнижчий – у емігрантів. Середній показник виразності постійних факторів суїцидального ризику у не емігрантів склав $(2,0 \pm 3,1)$ балів, у емігрантів – $(1,7 \pm 1,3)$ балів, а у реемігрантів – $(2,3 \pm 3,6)$ балів. Змінні фактори суїцидального ризику дещо більше виражені у реемігрантів: $(8,0 \pm 1,9)$ балів проти $(7,3 \pm 2,3)$ балів у не емігрантів і $(7,5 \pm 2,2)$ балів у емігрантів. Натомість, антисуїцидальні фактори більшою мірою виражені у емігрантів: $(2,0 \pm 2,8)$ балів, проти $(1,7 \pm 2,9)$ балів у не емігрантів та $(1,6 \pm 2,7)$ балів у реемігрантів. Загальна оцінка показника ризику суїцидальної спроби виявилася найвищою у реемігрантів $((8,8 \pm 6,6)$ балів), а найнижчою – у емігрантів $((7,2 \pm 5,1)$ балів), показник у не емігрантів займає проміжне положення $((7,6 \pm 6,3)$ балів). Статистично значущі розбіжності за змінними факторами суїцидального ризику виявлені між групами не емігрантів та реемігрантів ($p < 0,05$), за антисуїцидальними факторами – між групами не емігрантів та емігрантів ($p < 0,1$), між групами емігрантів та реемігрантів ($p < 0,1$), за загальною оцінкою ступеня суїцидального ризику – між групами емігрантів та реемігрантів ($p < 0,05$).

У хворих на ендогенні депресивні розлади виявлено аналогічні тенденції. У не емігрантів середнє значення показника постійних факторів суїцидального ризику склало $(2,9 \pm 3,6)$ балів, у емігрантів – $(1,7 \pm 1,3)$ балів, у реемігрантів – $(2,3 \pm 3,6)$ балів. Суттєво більше виражені змінні фактори суїцидального ризику: у не емігрантів – $(7,7 \pm 1,8)$ балів, у емігрантів – $(7,5 \pm 2,2)$ балів, у реемігрантів – $(8,0 \pm 1,9)$ балів. Антисуїцидальні фактори найбільше виражені у емігрантів: $(2,0 \pm 2,8)$ балів, проти $(1,5 \pm 2,8)$ балів у не емігрантів і $(1,6 \pm 2,7)$ балів у реемігрантів. Сумарна оцінка ризику суїцидальної спроби у цій групі склала: у не емігрантів $(9,1 \pm 6,1)$ балів, у емігрантів $(7,2 \pm 5,1)$ балів, у реемігрантів – $(8,8 \pm 6,6)$ балів. При цьому виявлено значущі розбіжності за антисуїцидальними факторами при порівнянні груп не емігрантів та реемігрантів ($p < 0,1$) і емігрантів та реемігрантів ($p < 0,1$), за загальною оцінкою ступеня суїцидального ризику – між групами емігрантів та реемігрантів ($p < 0,05$).

Аналогічні закономірності виявлені у хворих на органічні депресивні розлади. Середній показник постійних факторів суїцидального ризику у не емігрантів склав $(2,5 \pm 3,3)$ балів, у емігрантів – $(2,0 \pm 2,4)$ балів, у реемігрантів – $(2,6 \pm 2,7)$ балів. Змінні фактори ризику найбільше виражені у реемігрантів $((8,4 \pm 1,3)$ балів), менше – у емігрантів $((7,7 \pm 1,9)$ балів) і найменше – у не емігрантів $((7,3 \pm 2,2)$ балів). Антисуїцидальні фактори, як і у двох попередніх групах, найбільше виражені у емігрантів $((1,9 \pm 2,9)$ балів), а у реемігрантів та не емігрантів мають однакову вираженість $((1,6 \pm 2,6)$ балів та $(1,6 \pm 2,5)$ балів

відповідно). Загальна оцінка ризику суїцидальної спроби є найвищою у реемігрантів $((9,4 \pm 5,6)$ балів), дещо меншою – у не емігрантів $((8,2 \pm 6,2)$ балів) і найменшою – у емігрантів $((7,9 \pm 5,5)$ балів). Значущі розбіжності виявлені за постійними факторами суїцидального ризику при порівнянні груп емігрантів та реемігрантів ($p < 0,1$), за змінними факторами суїцидального ризику при порівнянні груп не емігрантів та реемігрантів ($p < 0,01$), емігрантів та реемігрантів ($p < 0,05$), за загальною оцінкою ступеня суїцидального ризику – між групами емігрантів та реемігрантів ($p < 0,05$).

При групуванні хворих на різні форми депресивних розладів за ступенем суїцидального ризику було виявлено, що серед хворих на психогенні депресії емігрантів суттєво більше осіб з низьким суїцидальним ризиком (79,4%), ніж серед не емігрантів (53,6%) ($p < 0,01$) та реемігрантів (46,3%) ($p < 0,01$). Натомість, серед реемігрантів більше хворих з середнім ступенем суїцидального ризику: 43,3% проти 39,1% у не емігрантів та 17,6% у емігрантів (розбіжності статистично значущі при порівнянні груп не емігрантів та емігрантів, $p < 0,01$, і емігрантів та реемігрантів, $p < 0,01$), а також з високим ступенем суїцидального ризику: 10,4% проти 7,3% у не емігрантів та 3,0% у емігрантів (розбіжності статистично значущі при порівнянні груп емігрантів та реемігрантів, $p < 0,1$).

Серед хворих на ендогенні депресивні розлади низький ступінь ризику суїциду виявлений у 40,0% не емігрантів, 57,6% емігрантів та 31,7% реемігрантів, розбіжності статистично значущі при порівнянні груп не емігрантів та емігрантів ($p < 0,05$), емігрантів та реемігрантів ($p < 0,01$). Середній ступінь суїцидального ризику виявлений у 46,2% не емігрантів, 39,4% емігрантів та 57,1% реемігрантів, розбіжності статистично значимі при порівнянні груп емігрантів та реемігрантів ($p < 0,05$). Високий ступінь суїцидального ризику виявлений у 13,8% не емігрантів, 11,2% реемігрантів і 3,0% емігрантів, розбіжності значущі при порівнянні груп не емігрантів та емігрантів ($p < 0,05$), емігрантів та реемігрантів ($p < 0,1$).

У емігрантів з органічними депресивними розладами низький рівень суїцидального ризику виявлений у 67,7% хворих, реемігрантів – у 42,6% хворих, не емігрантів – у 53,1% хворих, середній – відповідно у 29,0%, 45,9% та 39,1% хворих, високий – відповідно у 3,3%, 11,5% та 7,8%, розбіжності значущі при порівнянні груп емігрантів та реемігрантів ($p < 0,1$).

Висновки

Фактор еміграції чинить певний вплив на суїцидальну активність хворих на депресивні розлади. Виявлена нами серед емігрантів найнижча суїцидальна активність протягом останнього року свідчить про певний протективний вплив фактора еміграції щодо суїциду. Очевидно, що перспектива еміграції пов'язана із кращим матеріальним забезпеченням, потенційною можливістю залишитися у країні-реципієнті на постійне проживання тощо, тож закономірним є зниження суїцидальної активності у групі емігрантів. Слід також зважати на специфічні риси характеру, асоційовані з особистістю емігранта: більша стеничність, наполегливість у досягненні мети, цілеспрямованість, менша чутливість до зовнішніх впливів. Підтвердженням цього є результа-

ти аналізу пізнього анамнезу суїцидальної активності, де фактор еміграції значною мірою нівелюється: при цьому значущі розбіжності між групами емігрантів та не емігрантів і реемігрантів стираються. Найбільшою мірою протективний вплив фактора еміграції проявляється у групі психогенних депресивних розладів, суттєво менше – у ендогенних, і практично не виявляється у групі органічних депресій, що є цілком закономірним з урахуванням вирішального впливу на психічний стан ендогенної та органічної психічної патології. Одержані результати можуть бути використані для профілактики суїцидального ризику у емігрантів та реемігрантів, хворих на депресивні розлади.

Список використаної літератури

1. Міграція в Україні: факти і цифри [Текст] / Міжнародна організація з міграції. – К.: Представництво МОМ в Україні, 2011. – 7 с.
2. Щорічна Доповідь про стан дотримання та захисту прав і свобод людини в Україні Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини: Постанова

- Верховної Ради України від 05.04.2011 року № 3194-VI [Текст] // *Голос України*. – 2011. – № 35. – С. 23–29.
3. Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to the Netherlands [Text] / J. P. Selten, N. Veen, W. Feller [et al.] // *British Journal of Psychiatry*. – 2001. – № 178. – P. 367–372.
 4. The mental health of migrants [Text] / B. E. Gavin, B. D. Kelly, A. Lane [et al.] // *Irish Medical Journal*. – 2001. – Vol. 94. – P. 229–230.
 5. Lauber C. Patterns of Psychiatric Inpatient Care in Migrants: Results from Switzerland [Text] / C. Lauber, B. Lay, W. Rossler // *Swiss Medical Weekly*. – 2006. – № 135. – P. 50–56.
 6. Хармз В. А. Медико-психологические аспекты нарушения психической адаптации эмигрантов: дис. на соискание ученой степени канд. психол. наук: 19.00.04 / Вахид Аблахад Хармз; Санкт-Петербургский государственный университет. – СПб., 2000. – 186 с.
 7. Некоторые особенности психологической адаптации мигрантов [Электронный ресурс] / В. Б. Колянова, В. П. Борjak, Н. В. Барнаш, Л. В. Михайленко // Режим доступа: http://migrocenter.ru/publ/konfer/kavkaz/m_kavkaz030.php
 8. Кириленко Я. Интердисциплинарные аспекты миграции [Электронный ресурс] / Я. Кириленко, Е. Чуманская // Архів Національної бібліотеки ім. В. Вернадського. – 2011. – Т. 15, № 2 (55). – С. 52–53. Режим доступа: http://archive.nbuv.gov.ua/portal/chem_biol/Tzhp/2011_2/pdf/52-53.pdf
 9. Ковалев Ю. В. Феноменология суицидальных мыслей при депрессии / Ю. В. Ковалев // *Суицидология*. – 2011. – № 4. – С. 34–37.

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЭМИГРАНТОВ И РЕЭМИГРАНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Е.П. Венгер

Целью работы было изучение особенностей суицидального поведения у эмигрантов и реэмигрантов, больных депрессивными расстройствами различного генеза. Оценку суицидального анамнеза проводили на основании данных клинической беседы, медицинской документации (историй болезни, амбулаторных карт, эпикризов). Количественную оценку суицидального риска проводили с использованием шкалы оценки суицидального риска Г.В. Старшенбаума [10]. При обследовании 196 эмигрантов и 191 реэмигранта, по сравнению с 198 не эмигрантами, было обнаружено отягчающее влияние фактора реэмиграции и протективное влияние эмиграции на суицидальную активность больных депрессивными расстройствами. Выявленная нами среди эмигрантов самая низкая суицидальная активность в течение последнего года свидетельствует об определенном протективном влиянии фактора эмиграции на суицид. Подтверждением этого являются результаты анализа позднего анамнеза суицидальной активности, где фактор эмиграции в значительной степени нивелируется: при этом значимые различия между группами эмигрантов, не эмигрантов и реэмигрантов стираются. В наибольшей степени протективное влияние фактора эмиграции проявляется в группе психогенных депрессивных расстройств, существенно меньше – эндогенных и практически не проявляется в группе органических депрессий, что вполне закономерно, с учетом решающего влияния на психическое состояние эндогенной и органической психической патологии. Полученные результаты могут быть использованы для профилактики суицидального риска у эмигрантов и реэмигрантов, больных депрессией.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, эмигранты, реэмигранты, суицидальная активность.

FEATURES OF SUICIDAL BEHAVIOR OF EMIGRANTS AND REEMIGRANTS WITH PSYCHOGENIC DEPRESSIVE DISORDERS

O. Venger

The aim of our work was to study the features of suicidal behavior in emigrants and reemigrants with depressive disorders of different genesis. The estimation of suicidal anamnesis was conducted based on data of clinical conversation, medical documentation (cases fo history, outpatient documentation, epicrisis). Quantitative estimation of suicidal risk was conducted with the use of G.V. Starshenbaum suicidal risk scale [10]. Examining 196 emigrants and 191 reemigrants compared to 198 not emigrants we found aggravating influence of reemigration factor and protective influence of emigration on suicidal activity of the patients with depressive disorders. We have identified that the lowest suicidal activity in emigrants during the last year indicates the protective influence of the emigration factor regarding suicide. Confirmation of this are the results of the analysis of late anamnesis of suicidal activity, where the emigration factor is greatly leveled: while significant differences between groups of emigrants and not emigrants and reemigrants are erased. Mostly the protective influence of emigration factor is manifested in the group of psychogenic depressive disorders, significantly lower – in endogenic, and almost not found in the group of organic depressive disorders, that is quiet logical taking into account the decisive influence on the mental state of endogenic and organic mental pathology. Received results can be used for the prophylaxis of suicidal risk in emigrants and igrants with depressive disorders.

Key words: depressive disorders, emigrants, reemigrants, suicidal activity.

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.831-006:612.176:616.89-008-092

В.В. Огоренко

РОЛЬ СТРЕССОВЫХ ФАКТОРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепропетровск

ogorenkov@gmail.com

В течение последних десятилетий отмечается тенденция к постоянному росту заболеваемости опухолями головного мозга. Полиморфные психические нарушения различного клинического содержания и степени выраженности в большинстве случаев не только коморбидные онкологической патологии головного мозга, но и на ранних стадиях формирования опухоли часто являются первыми, самыми ранними клиническими проявлениями новообразований.

Целью работы было изучить факторы, ассоциированные с развитием психических расстройств как ранних клинических проявлений опухолей головного мозга у больных нейроонкопатологией. Выборку составили 250 пациентов с верифицированным диагнозом первичного новообразования головного мозга, которое клинически манифестировало психическими расстройствами. Исследование проводили с помощью клинического психиатрического метода, в качестве оценочных инструментов использовали стандартизированные диагностические/экспертные шкалы тестов-опросников (опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R), короткая шкала оценки психического статуса (mini-mental state examination, MMSE). Также были использованы методы математической статистики.

Нами были изучены и выделены потенциальные факторы риска развития психических расстройств как проявлений клинической манифестации опухоли головного мозга. Было показано, что высокая частота психосоциальных стрессов в течение жизни и в период, непосредственно предшествовавший ранним психопатологическим проявлениям опухолевого процесса, накопление негативных эмоциональных переживаний психотравмирующих событий, имевших место в жизни больного инициальных или манифестных проявлений новообразования головного мозга, стрессорный характер семантики диагноза является одной из основных групп факторов, ассоциированных с развитием психических расстройств как ранних клинических проявлений опухоли головного мозга.

Ключевые слова:
опухоль головного мозга, психические расстройства, патогенез, стрессовые факторы.

Теоретически и практически ориентированные исследования, выполненные на основе разных методологических позиций, ежегодно накапливают огромное количество экспериментального и клинического материала, позволяющего значительно расширить представления о степени негативного влияния неблагоприятных социально-психологических и психических факторов на возникновение и развитие соматической патологии. Спектр психосоматических расстройств постоянно расширяется. Так, в нашей популяции посттравматический стрессовый синдром стал неотъемлемой частью жизни людей, переживших техногенные или природные катастрофы, нападения, бывших афганцев, чернобыльцев, участников боевых действий. При соматических заболеваниях, по данным большинства исследователей, до 20–38% больных имеют

выраженную депрессию или тревожное расстройство, а при отдельных соматических заболеваниях (язвенная болезнь желудка, эндокринная и сердечно-сосудистая патология, инсульт) депрессивные и тревожные проявления могут отмечаться в 90% случаев. При этом прогнозируется дальнейший рост клинически очерченных депрессивных, тревожных, ипохондрических расстройств и некоторых субсиндромальных нарушений, формирование которых происходит в связи с прогрессирующими жизнеугрожающими соматическими заболеваниями, в частности онкологическими. Вместе с тем, четко определить механизмы, которые вследствие стрессовых событий приводят к соматическим нарушениям, пока не удастся.

Актуальность. Научные работы в области изучения онкогенеза являются одним из приоритетных направ-

лений современной медицины в связи с отмеченным в последние десятилетия значительным ростом числа онкологических заболеваний в странах Европы и Северной Америки [20]. Многие исследователи к основным причинам развития онкологической патологии относят влияние двух факторов – дизэмбриогенетического и мутагенного; в развитии опухолей мозга доказана важная роль реактивных гиперпластических процессов, гормональных влияний, а также травматических повреждений мозга, нейровирусных заболеваний [10, 16, 17].

Данные отечественных и зарубежных исследователей подтверждают актуальность диатез-стрессовой модели генеза психосоматических расстройств, при этом отмечается высокая корреляционная связь между частотой психосоциальных стрессов, обладающих наиболее интенсивным психотравмирующим воздействием, и развитием острых и хронических заболеваний внутренних органов, нейроиммунных расстройств, а по данным ряда исследователей – и онкологической патологии [15]. Результаты исследований последних лет подтверждают, что онкологические заболевания – интенсивный психотравмирующий, стрессогенный фактор, провоцирующий психические расстройства, дезадаптацию и снижение качества жизни.

Большой интерес представляют работы в области психоиммунологии рака – одного из направлений психонейроиммунологии. Связи между психологическими факторами и онкологическими заболеваниями чрезвычайно сложны и во многом пока недостаточно понятны, но между ними определен посредник – психо-нейро-эндокринно-иммунная ось, через которую реализуются многочисленные последствия острого и хронического психоэмоционального стресса, к которым можно отнести диагноз рака [21]. Рядом исследований, посвященных психоиммунологическим эффектам гипносуггестивной психотерапии при онкологической патологии, доказано наличие статистически значимых взаимосвязей между параметрами психического и иммунного статуса, которые изменились качественно и количественно после гипносуггестии [3]. Эти данные свидетельствуют о том, что хронический стресс, которым является диагноз рака, оказывая иммуносупрессорное действие, подавляет функциональную активность естественных киллерных клеток, повышает плазменные уровни провоспалительных цитокинов. В целом полученные результаты исследований, выполненных на основе разных методологических позиций, убедительно показывают связь между стрессами и рядом иммунных показателей, а также различие иммунных эффектов в зависимости от характера стрессового воздействия [14].

Решение проблемы прямого влияния стресса на этиологию и динамику онкологических заболеваний далеко от своего завершения, однако уже сейчас на основании репрезентативных исследований можно утверждать, что интенсивные посттравматические реакции, присутствующие у части больных, осложняют течение онкологического заболевания, оказывая негативное воздействие на иммунный статус пациентов и повышая риск рецидива заболевания [12, 19].

Многие авторы, рассматривая личностные особенности больного раком человека, его внутреннюю картину

заболевания, указывают на особую роль психологического фактора в развитии и течении онкологического заболевания [5]. Сохраняют актуальность и исследования личности человека, болеющего раком. Существуют подтвержденные на большой выборке данные о психологической предрасположенности к некоторым соматическим заболеваниям, об инфантильной личности, о регрессивных механизмах возникновения разного рода заболеваний, в том числе и онкологических. В современных исследованиях выделено понятие саногенетических факторов при онкологической патологии, так называемых внутренних ресурсов адаптации, отражающих актуальное состояние нервно-психической реактивности индивида, своеобразный порог чувствительности к психотравмирующим воздействиям.

Благодаря сформировавшейся в структуре онкологии самостоятельной дисциплине – психоонкологии, выделены онкологические заболевания, наиболее часто сочетающиеся с психическими нарушениями [18, 22]. Данные по клинике и систематике психосоматических расстройств в онкологии, результаты клинко-эпидемиологических исследований с анализом распространенности и спектра психических нарушений свидетельствуют, что у пациентов, страдающих различными видами новообразований, преобладают пограничные нервно-психические расстройства, большая часть которых (от 60 до 80%) относятся к нозогениям [11].

Отмечаемая в последние десятилетия тенденция постоянного роста онкологической патологии прослеживается и в отношении опухолей головного мозга. Во многих случаях опухоли головного мозга (по данным различных авторов, от 40 до 100% наблюдений) сочетаются с психическими расстройствами. Полиморфные психические нарушения различного клинического содержания и степени выраженности не только в большинстве случаев коморбидны онкологической патологии головного мозга, но и на ранних стадиях формирования опухоли зачастую являются первыми, наиболее ранними клиническими проявлениями новообразований [1, 13]. Клиническая гетерогенность и полиморфизм психопатологических нарушений при нейроонкопатологии, хорошо известная клиницистам, по мнению большинства исследователей связана с биологической природой и локализацией поражения мозговой структуры [6]. Опухоли головного мозга в силу локализации и особенностей роста характеризуются достаточно ранними клиническими проявлениями; современные методы нейровизуализации позволяют достаточно точно установить наличие опухоли. Вместе с тем, в нейрохирургические клиники больные чаще всего поступают с опухолью больших размеров, нередко в состоянии суб- или декомпенсации – период между первыми проявлениями заболевания и окончательной постановкой диагноза, по данным различных авторов, составляет от 1 до 24 месяцев [2, 4]. Клиническая манифестация опухоли головного мозга появлением психических нарушений влияет на продолжительность диагностического периода и, соответственно, на своевременность оказания специализированной помощи [7–9]. В связи с этим понятна актуальность исследования этиопатогенеза и клинических особенностей ранних психопатологических проявлений формирования новообразований головного мозга.

Цель работы – изучить факторы, ассоциированные с развитием психических расстройств как ранних клинических проявлений опухоли головного мозга у больных нейроонкопатологией.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены пациенты с верифицированным диагнозом первичного новообразования головного мозга, клинически манифестировавшего психическими расстройствами. Выборку составили 250 пациентов, из них 140 (56%) мужчин и 110 (44%) женщин в возрасте от 19 до 62 лет (средний возраст $44,8 \pm 15,9$ года). В соответствии с гистологическими данными, у 126 (50,4%) пациентов диагностированы злокачественные (ЗНО), у 124 (49,6%) – доброкачественные (ДНО) опухоли головного мозга. Отбор в исследуемую группу проводили на этапах консультирования, амбулаторного и стационарного обследования и лечения в предоперационный период. Критериями отбора в группу исследования служили следующие признаки: отсутствие преморбидного отягощения психическими расстройствами и расстройствами поведения (код по МКБ–10 – F00 – F99); отсутствие сопутствующих заболеваний нервной системы (код по МКБ–10 – G00 – G99) и соматических заболеваний, вызывающих раннее поражение нервной системы; отсутствие на этапе клиничко-диагностического обследования нарушений сознания, признаков гипертензионно-дислокационного синдрома; диагностированные стационарно и верифицированные результатами магнитно-резонансной томографии, эмиссионно-позитронной томографии, данными патогистологического исследования операционного материала первичные супратенториальные интрацеребральные одиночные опухоли в фазе клинической компенсации либо клинической субкомпенсации; возможность проведения в дооперационный период психопатологического и психологического обследования в необходимом для последующего анализа объеме.

Исследование проводили с помощью клинического психиатрического (включавшего клиничко-анамнестический метод) обследования с использованием объективных данных из доступной медицинской документации при получении добровольного согласия пациента. При этом использовали структурированное интервью. Проводили интервьюирование как самого пациента, так и его ближайших родственников. Клиничко-психопатологическая часть интервью содержала стандартные международные критерии психических расстройств по МКБ–10 и оригинальные критерии оценки психических нарушений, разработанные на этапе подготовки исследования и позволяющие уточнять биографические данные, уровень образования, культуральные особенности микросреды, социальный и семейный статус, наличие в течение нескольких лет до возникновения новообразования головного мозга тяжелых стрессовых событий, преморбидные личностные характеристики. В качестве оценочных инструментов использовали стандартизованные диагностические/экспертные шкалы тестов-опросников (опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R), краткая шкала оценки психического статуса (mini-mental

state examination, MMSE). Также были использованы методы математической статистики.

Результаты и их обсуждение

Изученную нами выборку из 250 больных первичной опухолью головного мозга характеризовал сложный и довольно продолжительный диагностический маршрут: период от появления психопатологических нарушений до диагностики новообразования в среднем по группе составил 7,5 месяцев.

Анализ диагностического маршрута позволил выделить группы факторов, повлиявших на увеличение продолжительности диагностического периода.

У преобладающего числа больных отмечался донозологический либо пограничный уровень психических нарушений в период клинического дебюта опухоли головного мозга, обусловивший высокий процент самостоятельного первичного обращения за консультативной психотерапевтической и психиатрической помощью – отмечавшиеся в этот период нарушения, преимущественно непсихотические, депрессивные и невротические, а также личностные изменения отличались неразвернутостью и синдромальной незавершенностью, их появление все больные связывали с психотравмирующими ситуациями.

В связи с высокой распространенностью в изученной выборке больных опухолью головного мозга лиц, переживших серьезные стрессы, в том числе связанные со значимыми другими, нами подробно изучен характер указанного фактора (таблица). Перечень психосоциальных стрессов включал стрессы, пережитые больными на протяжении жизни, в том числе те, которые обладают наиболее интенсивным психотравмирующим воздействием. При анализе психосоциальных стрессовых факторов учитывали характер воздействия (острый/кумулятивный); наличие/отсутствие тяжелых психосоциальных стрессов в период, непосредственно предшествующий появлению психопатологических расстройств; длительность периода от последнего тяжелого стрессового события до диагностики опухоли головного мозга.

Таблица. Частота психосоциальных стрессорных факторов в выборке больных опухолью головного мозга (n=250)

Содержание и характер психосоциальных стрессорных воздействий	Число наблюдений (% больных)	
	ДНО	ЗНО
Острые стрессы	31 (20,9)	32 (25,4)
Кумулятивные стрессы	248 (87,9)	223 (81,7)
Стрессы, связанные с профессионально-экономическими факторами	97 (67,7)	98 (69,4)
Стрессы, связанные с неблагоприятием семейной жизни	64 (42,7)	83 (61,9)
Стрессы, связанные со смертью, в том числе значимых других	47 (31,5)	47 (38,9)

Анализ социально-психологических и психосоциальных характеристик изученной выборки не подтвердил данных ряда исследователей о линейной зависимости между количеством и интенсивностью стрессорных воздействий и частотой развития онкологической патологии [6, 22]: в преобладающем большинстве случаев

неблагоприятные психосоциальные факторы носили кумулятивный характер (накопление негативных эмоциональных переживаний психотравмирующих событий, имевших место в жизни больных до психопатологического дебюта новообразования головного мозга) – 84,8%. Исследованием установлено, что независимо от степени злокачественности опухоли головного мозга, в анамнезе больных ведущими по распространенности и степени значимости были стрессы, связанные с профессионально-экономическими факторами: серьезная экономическая нужда, потеря профессионального статуса (уход на пенсию, вынужденное изменение места работы) – 68,5%. Следующими по степени значимости стали стрессы, связанные с собственным разводом, разводом родителей, неблагополучием семейной жизни детей – 52,3%. Стрессы, связанные со смертью, в том числе значимых других, составили третью по распространенности группу стрессов с интенсивным психотравмирующим воздействием (35,2% из числа обследованных в анамнезе пережили смерть значимых других – супругов, детей, родителей, либо были свидетелями внезапной гибели других людей). Таким образом, отсутствие либо минимальная выраженность в клинической картине неврологических нарушений (в частности признаков гипертензионно-дислокационного синдрома), субъективная трактовка больными причин появления психопатологических состояний (появление психических нарушений больные связывали с психотравмирующими ситуациями), особенности клинических проявлений психических нарушений (субсиндромальные формы, отсутствие либо доклинический уровень когнитивного снижения), а также низкая нейроонкологическая настороженность врачей-интернистов, психотерапевтов и психиатров, к которым чаще всего в начале заболевания больные обращались самостоятельно либо были направлены на консультацию, накопление кратковременных (от нескольких дней до месяца) и долговременных (более месяца) психосоциальных стрессов, в том числе обладавших наиболее интенсивным психотравмирующим воздействием, явились причинами сложного и продолжительного диагностического маршрута. Во многих случаях стрессорные воздействия и развившиеся вслед за ними психические нарушения на начальных этапах диагностики расценивались клиницистами как психоадаптационные либо психодезадаптационные расстройства, что оказывало негативное влияние на своевременность диагностики опухоли головного мозга. До включения в исследование на протяжении диагностического периода психические расстройства в изученной выборке преимущественно были квалифицированы в рамках таких категорий как невротические, связанные со стрессом и соматоформные, и расстройства настроения. Вместе с тем, практически у 90% больных отмечалась неэффективность либо временная эффективность различных методов психотерапевтической интервенции и психофармакотерапии.

Проведенный анализ полученных данных свидетельствует о неоднозначности влияния психосоциальных стрессов, имевших место в жизни пациентов, на динамику и синдромологию психопатологических проявлений развития и роста опухоли головного мозга: достоверно

сокращение диагностического периода при наличии тяжелых психосоциальных стрессов, непосредственно предшествующих появлению психопатологических расстройств. Выявлена тенденция к увеличению периода диагностики при кумулятивном характере стрессорного воздействия, по сравнению с острыми психогениями. Анализ частоты стрессовых событий свидетельствует об отсутствии зависимости степени злокачественности опухоли головного мозга от характера стрессорного воздействия в анамнезе. Острые стрессы влияют на особенности манифестации клинических проявлений опухоли головного мозга, кумулятивные – на продолжительность периода диагностики, связанную с длительностью существования психопатологических расстройств при отсутствии либо минимальной выраженности неврологических симптомов в структуре клинических проявлений формирования опухоли головного мозга. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что семейное отягощение онкологической патологией относится к социально-психологическим предикторам в структуре стрессовых психотравмирующих факторов, влияющих на формирование патопсихологических феноменов психических нарушений при опухоли головного мозга.

Выделены потенциальные факторы риска развития психических расстройств как проявлений клинической манифестации опухоли головного мозга. Фактор недостаточной социальной поддержки положительно коррелирует с невротическими симптомокомплексами на этапе дебюта ранних клинических проявлений опухоли головного мозга, с клиническим уровнем когнитивных нарушений в структуре психопатоподобного дебюта.

Фактор стрессогенных жизненных событий неоднозначно влияет на клиническую манифестацию опухоли головного мозга психическими расстройствами: острый характер стрессов сокращает период диагностики и достоверно коррелирует с полиморфизмом в психопатологических проявлениях дебюта онкологического процесса. Кумулятивный характер стрессов положительно коррелирует с длительным диагностическим периодом у больных с неполомиморфными психопатологическими состояниями. Проведенный анализ выявил высокодостоверную корреляцию фактора семейного отягощения онкопатологией с невротическими симптомокомплексами на этапе клинического дебюта и невротическими нарушениями на протяжении всего дифференциально-диагностического периода.

Возникновение и развитие психопатологических нарушений у больных с первичной опухолью головного мозга обусловлено не только природой самого заболевания (биологическим воздействием новообразования на структуры мозга). Диагностирование опухоли головного мозга является мощным стрессовым фактором, имеющим чрезвычайное по силе и продолжительности психотравмирующее влияние на личность больного. Характер патологии и степень ее витальной угрозы являются одним из важных психогенных факторов, влияющих на выраженность и клинические особенности психических расстройств, ряд которых необходимо рассматривать в структуре психогений (дезадаптивных состояний или реактивных образований). Существующие особенности, выделяющие пациентов с опухолью головного мозга из об-

щей популяции онкологических больных, гетерогенность и полиморфизм психических нарушений у большинства больных опухолью головного мозга не исключают экзистенциальный дистресс и, в частности, аспект деморализации, возникающий в ответ на семантику диагноза.

Выводы

Высокая частота психосоциальных стрессов на протяжении жизни и в период, непосредственно предшествующий ранним психопатологическим проявлениям опухолевого процесса, накопление негативных эмоциональных переживаний психотравмирующих событий, имевших место в жизни больного до инициальных либо манифестных проявлений новообразования головного мозга, стрессорный характер семантики диагноза являются одной из основных групп факторов, ассоциированных с развитием психических расстройств, как ранних клинических проявлений опухоли головного мозга. Психопатологический вариант дебюта опухоли головного мозга существенно усложняет и пролонгирует диагностический маршрут пациентов, что, в свою очередь, негативно влияет на своевременность оказания им специализированной помощи. В связи с этим очевидна необходимость дальнейшего исследования и разработки данной проблемы.

Список использованной литературы

1. Абашев-Константиновский А. Л. Психопатология при опухолях головного мозга / А. Л. Абашев-Константиновский. – М., 1973. – 246 с.
2. Айрапетов К. Г. Новые подходы в диагностике, профилактике и лечении метастатического поражения головного мозга у онкологических больных: дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук: 14.00.14 / Айрапетов Карен Георгиевич: Ростовский НИИ ОИ. – Ростов-на-Дону, 2006. – 402 с.
3. Бухтояров О. В. Психогенный кофактор канцерогенеза. Возможности применения гипнотерапии / О. В. Бухтояров, А. Е. Архангельский. – СПб.: Алетей, 2008. – 264 с.
4. Давыдов М. И. Психонкология / М. И. Давыдов // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 3 (3). – С. 47–51.
5. Зотов П. Б. Типы внутренней картины болезней у больных со злокачественными новообразованиями / П. Б. Зотов, С. М. Уманский // Психические расстройства в общей медицине; под ред. А. Б. Смулевича. – 2009. – № 1. – С. 29–31.

6. Касимова Н. Л. Психопатологическая и социально-психологическая характеристика больных со злокачественными новообразованиями / Н. Л. Касимова, Т. В. Жилева // Психические расстройства в общей медицине; под ред. А. Б. Смулевича. – 2009. – № 1. – С. 4–11.
7. Лавров А. Ю. Современные аспекты патогенеза, диагностики и лечения опухолей центральной нервной системы / А. Ю. Лавров // Неврологический журнал. – 2004. – Т. 9, № 6. – С. 49–56.
8. Медяник И. А. Ранняя диагностика и комбинированное лечение опухолей головного мозга / И. А. Медяник, А. П. Фраерман // Журнал неврологии и психиатрии. – 2008. – № 12. – С. 71–74.
9. Незнанов Н. Г. Медико-психологические аспекты онкологии (анализ проблемы и общие рекомендации) / Н. Г. Незнанов, В. В. Дунаевский // Психические расстройства в общей медицине; под ред. А. Б. Смулевича. – 2009. – № 1. – С. 13–16.
10. Сучасні дослідження у психонкології / О. А. Ревенко, О. О. Зайцев, О. П. Олійник, Т. В. Леміщенко // Журнал психіатрії і медичинської психології. – 2009. – № 1 (21). – С. 50–55.
11. Самушия М. А. Нозогении (психогенные реакции) при раке молочной железы / М. А. Самушия, И. В. Зубова // Психические расстройства в общей медицине; под ред. А. Б. Смулевича. – 2009. – № 1. – С. 4–28.
12. Семке В. Я. Психиатрия и онкология. Грани соприкосновения / В. Я. Семке // Сибирский Вестник Психиатрии и Наркологии. – 2008. – № 3. – С. 7–12.
13. Смулевич А. Б. Психические расстройства в онкологии (результаты мульти-центральной программы «СИНТЕЗ») / А. Б. Смулевич, А. В. Андрющенко, Д. А. Бескова // Психические расстройства в общей медицине; под ред. А. Б. Смулевича. – 2009. – № 1. – С. 4–11.
14. Тарабрина Н. В. Взаимосвязь психологических характеристик посттравматического стресса и иммунологических параметров у больных раком молочной железы / Н. В. Тарабрина, Г. П. Генс, М. А. Падунов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, Вып. 4. – С. 22–28.
15. Хаустова О. О. Психосоціальні детермінанти в діагностиці психосоматичних розладів ендокринного генезу / О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2004. – № 2 (10). – С. 38–40.
16. Balmain A. The genetics and genomics of cancer / A. Balmain, J. Gray, B. Ponder // Nature Genet. – 2003. – Vol. 33. – P. 238–244.
17. Psychological impact of genetic counseling for familial cancer: a systematic review and meta-analysis / D. Braithwaite, J. Emery, F. Walter [et al.] // J. Natl. Cancer Inst. – 2004. – Vol. 96. – P. 122–133.
18. Cunningham A. J. Possible effects of psychological therapy on survival duration in cancer patients / A. J. Cunningham, C. V. Edmonds // J. Clin. Oncology. – 2005. – Vol. 23 (22). – P. 5263–5265.
19. Kissane D. Psychological and existential distress / D. Kissane, P. Yates / In: O'Connor M., Aranda S. (Eds.) // Palliative care nursing (2d ed.). – Melbourne: Amused, 2003. – P. 468–493.
20. Soler-Vila H. Prognostic significance of psychological factors in African-American and white breast cancer patients: a population-based study / H. Soler-Vila, S. V. Kasl, B. A. Jones // Cancer. – 2003. – № 98. – P. 1299–1308.
21. Walker L. G. The psychoimmunology of cancer / L. G. Walker // Cancer Topics. – 2000. – Vol. 11. – P. 17–19.
22. The prevalence of psychological distress by cancer site / J. Zabora, K. Brintzenhofes, B. Curbow [et al.] // Psycho Oncology. – 2001. – Vol. 10. – P. 19–28.

РОЛЬ СТРЕСОВИХ ФАКТОРІВ У ПАТОГЕНЕЗІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ПУХЛИНАХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

В.В. Огоренко

Протягом останніх десятиліть відзначається тенденція до постійного зростання захворюваності на пухлини головного мозку. Поліморфні психічні порушення різного клінічного змісту і ступеня вираженості в більшості випадків не тільки коморбідні онкологічній патології головного мозку, а й на ранніх стадіях формування пухлини часто є першими, найбільш ранніми клінічними проявами новоутворень.

Метою роботи було вивчити фактори, асоційовані з розвитком психічних розладів як ранніх клінічних проявів пухлин головного мозку у хворих на нейроонкопатологію. Вибірку склали 250 пацієнтів з верифікованим діагнозом первинного новоутворення головного мозку, що клінічно маніфестувало психічними розладами. Дослідження проводили за допомогою клінічного психіатричного методу, в якості оціночних інструментів використовували стандартизовані діагностичні / експертні шкали тестів-опитувальників (опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R), коротка шкала оцінки психічного статусу (mini-mental state examination, MMSE)). Також були використані методи математичної статистики.

Нами були вивчені і виділені потенційні фактори ризику розвитку психічних розладів як проявів клінічної маніфестації пухлини головного мозку. Було показано, що висока частота психосоціальних стресів протягом життя і в період, що безпосередньо передував раннім психопатологічним проявам пухлинного процесу, накопичення негативних емоційних переживань психотравматичних подій, що мали місце в житті хворого до ініціальних або маніфестних проявів новоутворення головного мозку, стрессорний характер семантики діагнозу є однією з основних груп факторів, асоційованих з розвитком психічних розладів як ранніх клінічних проявів пухлини головного мозку.

Ключові слова: пухлина головного мозку, психічні розлади, патогенез, стресові фактори.

THE ROLE OF STRESS FACTORS IN THE PATHOGENESIS OF MENTAL DISORDERS IN BRAIN TUMORS

V. Ogorenko

In recent decades, there is a trend of constant growth in the incidence of brain tumors. Polymorphic mental disorders of different clinical content and the degree of severity in most cases not only comorbidity of cancer pathology of the brain, but also in the early stages of tumor formation are often the first of the earliest clinical manifestations of tumors.

The goal was to explore the factors associated with the course of mental disorders as the earliest clinical manifestations of brain tumors in patients. The sample included 250 patients with verified diagnosis of primary brain tumors, clinically manifested mental disorders. The research was conducted by clinical psychiatric method, as the assessment tools used standardized diagnostic / expert scale tests, questionnaires (questionnaire symptom levels (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R), Mini-Mental State Examination (the mini- mental state examination, MMSE)). Also, methods of mathematical statistics were used.

We have studied and highlighted the potential risk factors for mental disorders as a clinical manifestations of brain tumors. It has been shown that the high incidence of psychosocial stresses throughout life and in the period directly preceding the earliest psychopathological manifestations of the tumor process, the accumulation of negative emotional experiences of traumatic events that took place in the life of the patient before of initial or demonstrative manifestations of brain neoplasms, stressor character of semantics diagnosis are one of the main groups of factors associated with the course of mental disorders as the earliest clinical manifestations of brain tumors.

Key words: brain tumors, mental disorders, pathogenesis, stress factors.

Ю.А. Крамар

ПРОФІЛАКТИКА ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ У КОМПЛЕКСНІЙ СИСТЕМІ ЗАХОДІВ ПЕРВИННОЇ ТА ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ШИЗОФРЕНІЇ

Територіальне медичне об'єднання «Психіатрія» у місті Києві

voitenko.julia@gmail.com

Ключові слова:

шизофренія, залежна поведінка, первинна, вторинна профілактика.

Раннє виявлення осіб з груп ризику покращує діагностику розладів шизофренічного спектра та зменшує ризик розвитку психотичних розладів.

Мета: розробити методику первинної та вторинної профілактики шизофренії в групах специфічного ризику на підставі скринінгу середовищних факторів, які є предикторами розладів спектра шизофренії.

Матеріали та методи. 60 хворих на шизофренію, у яких проводився скринінг середовищних факторів ризику захворювання.

Результати. Особи з високим ризиком, крім складнішої симптоматики, виявили більшу вираженість афективної симптоматики, тривоги та вищий рівень суїцидальних тенденцій, мали нижчий рівень соціального функціонування та загалом нижчий рівень якості життя. Фактором, який виявляли при менш сприятливому перебігу захворювання, було вживання психоактивних речовин.

Висновки. Розроблена методика дозволяє удосконалити систему діагностики, лікування та профілактики шизофренії.

Наукові погляди щодо факторів, які впливають на розвиток шизофренії, є достатньо варіабельними [1], проте дуже важливими. Раннє виявлення осіб з груп ризику, по-перше, сприятиме ранній діагностиці розладів шизофренічного спектра, по-друге – зменшить ризик розвитку психотичних розладів [1, 2]. Згідно з останніми даними, симптоми психотичного рівня у структурі афективних розладів відіграють важливішу роль, ніж вважали раніше [3, 4]. Загальновідомо, що одним із найрізноманітніших факторів, які погіршують прогноз при шизофренії, є вживання психоактивних речовин, проте на сьогодні достеменно невідома природа цього зв'язку та роль інших факторів ризику. Водночас майже невідомими залишаються чинники, які могли б покращити прогноз захворювання або допомогти взагалі уникнути його маніфестації. Інструментом для виявлення осіб груп ризику за кордоном слугувала комплексна шкала оцінки ризику психічних розладів, проте у нашій країні цей інструмент не був адаптований [13]. Далекоглядною метою є не лише розробка даних критеріїв, а й навчання лікарів загальної практики виявляти осіб з груп ризику розвитку психотичних розладів та проводити раціональні заходи з метою зниження у них ризику розвитку психозу та покращення перебігу захворювання.

Актуальність теми дослідження обумовлена поширеністю шизофренії серед населення та високим рівнем соціальної дезадаптації, яку викликає дане захворювання. На шизофренією хворіє близько 1% населення; згідно

з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, на початку XXI ст. у світі нараховувалося понад 45 млн хворих на цю патологію. Найчастіше захворювання уражає людей продуктивного віку (15–45 років). Не існує єдиної теорії етіології та патогенезу шизофренії. Протоколи лікування більшою мірою спираються на ендогенну гіпотезу, яка підкреслює значення генетичних факторів, проте дані сучасних досліджень доводять і велику значущість середовищних факторів у патогенезі даного захворювання.

Мета дослідження – розробити методику первинної та вторинної профілактики шизофренії в групах специфічного ризику на підставі скринінгу середовищних факторів, які є предикторами розладів спектра шизофренії. Це дослідження дає розуміння соціально-епідеміологічних особливостей розвитку психотичних розладів і допомагає особам із груп ризику уникнути маніфестації шляхом проведення профілактичних втручань. Розроблені нововведення в системі первинної ланки охорони здоров'я спрямовані на виявлення осіб з груп ризику та проведення психоосвітніх втручань з метою усунення дії факторів, які негативно впливають на розвиток психозу, та сприяння дії факторів, які покращують прогноз.

Матеріали та методи дослідження

Об'єктом дослідження були 60 хворих на шизофренію. Критерієм включення до вибірки при первинній рандомізації була відповідність діагностичним критеріям

шизофренічних розладів F20-29 за МКХ-10. Окремо проводили скринінг середовищних факторів ризику захворювання.

Проведення оцінки хворих на шизофренію у ході відкритого контрольованого дослідження включало оцінку наявної психопатологічної симптоматики за допомогою шкали PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale), оцінку соціального функціонування за допомогою шкали GAF (Global Assessment of Function), оцінку впливу середовищних факторів з використанням Формалізованої карти, розробленої у відділі медико-соціальних проблем терапії психічних розладів Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології.

Перша група складалася з 60 осіб, які перенесли психотичний епізод і в яких у преморбідний період мали місце фактори, що погіршують прогноз при шизофренії, а саме: перенесені захворювання матір'ю під час вагітності, психологічне травмування в дитячому віці, виховання в неповній сім'ї та вживання психоактивних речовин в юнацькому віці. Група порівняння включала 60 здорових осіб, які в анамнезі мали свідчення дії несприятливих факторів. Окремо була виділена група – 30 хворих з розладами шизофренічного спектра, у яких був встановлений факт впливу чинників, що покращують прогноз при шизофренії, а саме – високий рівень інтелекту, емоційна підтримка сім'ї, адекватна самооцінка, стабільне працевлаштування.

Результати та їх обговорення

Соціодемографічні дані були проаналізовані залежно від віку, статі, сімейного стану та соціального рівня. Результати наведені в таблиці 1.

Таблиця 1. Соціодемографічні показники обстежених хворих

Показник	Досліджувані особи N=60	Здорові особи N=60	Достовірність
Вік маніфестації	19,89	22,60	0,001
Стать чол., жін.	31 (51,7%) 29 (48,3%)	26 (43,3%) 34 (56,7%)	0,465 0,465
Непрацюючі	20 (33,3%)	8 (13%)	0,004
Працюючі	8 (13%)	25 (45,0%)	0,001

Серед осіб обох груп ризику значущим був вищий рівень безробіття (45%) ніж серед здорових 13,3% ($p=0,001$).

Особи з клінічно високим ризиком розвитку психозу мали низькі рівні самооцінки, емоційної підтримки в сім'ї та високий – безробіття. Серед осіб з груп ризику, у яких в подальшому розвинулися психотичні розлади, дані чинники були пов'язані з більш складною симптоматикою, що відображалось як позитивними, так і нега-

тивними симптомами. Пацієнти, у яких відмічався лише один психотичний епізод та більш сприятливий перебіг в преморбідний період, мали вищий соціальний рівень, зазвичай працювали та перебували у шлюбі.

Особи з високим ризиком, крім складнішої симптоматики, виявили більшу вираженість афективної симптоматики, тривоги та вищий рівень суїцидальних тенденцій. Серед осіб досліджуваної групи критеріям депресивного епізоду відповідали 26 осіб (47,3%), у 7 осіб відмічали діагностичні критерії тривожно-депресивного розладу (12,7%). У групі порівняння вказані критерії були недостатніми для встановлення того чи іншого діагнозу.

Таблиця 2. Тяжкість симптоматики та рівень соціального функціонування у осіб з групи ризику

Показники	Група ризику, n=30	Група сприяння, n=30
Загальна кількість балів PANSS	58±2,2	42±1,8
Кількість балів за шкалою загального функціонування	40±2,1	52±2,4

Згідно з результатами, наведеними у таблиці 2, майже половина досліджуваних першої групи мала щонайменше один з симптомів першого рангу за Шнайдером, які зазвичай свідчать про шизофренію, у 21,6% випадків пацієнти мали більше ніж 1 симптом. Також вказані особи мали нижчий рівень соціального функціонування та загалом нижчий рівень якості життя. Особи другої групи у 25% випадків мали лише один психотичний епізод впродовж 2-річного періоду спостереження.

Найчастіше фактором, який зустрічався у досліджуваних при менш сприятливому перебігу захворювання, було вживання психоактивних речовин, хоча у жодному з випадків діагностика залежності не була достатньою для достовірно встановленого діагнозу, а вживання мало епізодичний характер. Вживання алкоголю та канабісу було найбільш поширеним у осіб з обох груп. Причому була відмічена особливість: на момент дослідження більшість з респондентів не вживали психоактивних речовин взагалі, або вживали один вид, але вказували на вживання кількох речовин у минулому. 52% осіб з групи ризику вказували на відсутність вживання у даний момент, тоді як серед здорових цей показник становив 12% ($p=0,001$) (табл. 3).

Після проведення аналізу отриманих даних була запропонована для впровадження в роботу психіатрів та сімейних лікарів обласних, міських, районних лікувально-профілактичних установ методика первинної профілактики розладів спектра шизофренії, яка включає:

- 1) перелік середовищних факторів ризику розладів спектра шизофренії, що зумовлюють підвищений

Таблиця 3. Вживання психоактивних речовин пацієнтами з груп ризику

Показник	В даний момент			В минулому		
	Досліджені N=30	Здорові N=30	Достовірність	Досліджені N=30	Здорові N=30	Достовірність
Алкоголь	28	23	0,404	18	31	0,130
Канабіноїди	6	4	1	14	18	1,109
Опіоїди	0	0	1	0	1	1
Психостимулятори	2	2	1	5	2	1

ризик маніфестації, ранній вік маніфестації, прогресивність захворювання;

- 2) методика формування специфічних груп ризику;
- 3) методика раннього психосоціального втручання в групах ризику.

Для удосконалення лікувально-діагностичних заходів на первинному рівні медико-соціальної допомоги ми пропонуємо протокол скринінгу виявлення факторів зовнішнього середовища, які є предикторами шизофренії.

При обстеженні пацієнтів пропонується враховувати вплив середовищних факторів у різні періоди життя:

1. У період зачаття та перинатальний період: ознаки гіпоксично-ішемічного ураження головного мозку, перенесені інфекційні та бактеріальні захворювання матір'ю в період вагітності, а саме: грип, краснуха, токсоплазмоз, герпес людини, генітальні та респіраторні інфекції, особливо в II триместрі вагітності; нестачу вітаміну D₃ та фолієвої кислоти під час вагітності матері; вживання матір'ю протівірусних, протиепілептичних препаратів (солей вальпроєвої кислоти) та антидепресантів; вживання алкоголю та наркотичних речовин матір'ю в період вагітності, батьком у рік запліднення, а також пізній вік обох батьків при зачатті (понад 40 років) та короткий інтервал між вагітностями (менше 2 років).
2. У період раннього дитячого розвитку: емоційна депривація, кризові стосунки в сім'ї, порушення формування батьківсько-материнської прив'язаності, жорстоке поводження з дітьми, наявність соціальної депривації та психічної травми у ранньому віці.
3. У підлітковому та юнацькому віці: вживання психоактивних речовин, зокрема канабіноїдів.

На підставі наявності ознак ендогенно-процесуального розладу, випадків психозу в родинному анамнезі, наведених факторів ризику пропонується формування груп ризику для специфічної профілактики.

Пропонується методика первинної профілактики шизофренії, яка ґрунтується на принципах концепції раннього втручання. Основу раннього втручання становлять психоосвітня робота з батьками, іншими членами групи первинної підтримки, скринінг біологічних маркерів ризику маніфестації, зокрема нейрокогнітивних

порушень, рання діагностика ознак ендогенно-процесуального захворювання.

З огляду на вказані фактори, важливою задачею для лікаря є своєчасне виявлення осіб групи ризику, які перебували під впливом факторів зовнішнього середовища та мали генетичну схильність. Для повної реалізації запропонованих заходів необхідна злагоджена та організована робота мультидисциплінарних бригад, які включають не лише лікарів, а й психологів та соціальних працівників, що проводитимуть роботу на місцях. Запобігання впливу факторів зовнішнього середовища у осіб із групи ризику дозволить знизити захворюваність на шизофренію, кількість випадків ранньої маніфестації, рівень інвалідизації.

Висновки

1. На основі проведених порівняльних контрольованих досліджень запропоновано протокол виявлення факторів зовнішнього середовища, які є предикторами шизофренії.
2. Визначені середовищні фактори ризику розладів спектра шизофренії, що асоційовані з підвищеним ризиком маніфестації, раннім початком, прогресивністю захворювання.
3. Розроблено методика формування специфічних груп ризику та методика раннього психосоціального втручання для осіб з підвищеним ризиком маніфестації шизофренії.
4. Розроблена методика дозволяє удосконалити систему діагностики, лікування та профілактики шизофренії.

Список використаної літератури

1. Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk for psychosis: 6-month analysis / A. R. Yung, L. J. Phillips, B. Nelson [et al.] // *J. Clin. Psychiatry*. – 2011. – № 72 (4). – P. 430–40.
2. Antidepressant, antipsychotic and psychological interventions in subjects at high clinical risk for psychosis: OASIS 6-year naturalistic study / P. Fusar-Poli, M. Frascarelli, L. Valmaggia [et al.] // *Psychol. Med.* – 2015. – № 45 (6). – P. 1327–1339.
3. Evidence that psychotic symptoms are prevalent in disorders of anxiety and depression, impacting on illness onset, risk, and severity—implications for diagnosis and ultra-high risk research / J. T. Wigman, M. van Nierop, W. A. Vollebergh [et al.] // *Schizophr. Bull.* – 2012. – № 38 (2). – P. 247–257.
4. Psychiatric morbidity, functioning and quality of life in young people at clinical high risk for psychosis / C. Hui, C. Morcillo, D. A. Russo [et al.] // *Schizophr. Res.* – 2013. – № 148 (1–3). – P. 175–180.
5. Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States / A. R. Yung, H. P. Yuen, P. D. McGorry [et al.] // *Aust N. Z. J. Psychiatry*. – 2005. – № 39 (11–12). – P. 964–971.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЕ МЕР ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ШИЗОФРЕНИИ

Ю.А. Крамар

Раннее выявление лиц из групп риска улучшает диагностику расстройств шизофренического спектра и уменьшает риск развития психотических расстройств. Цель: разработать методику первичной и вторичной профилактики шизофрении в группах специфического риска на основании скрининга средовых факторов, которые являются предикторами расстройств спектра шизофрении. Материалы и методы. 60 больных шизофренией, среди которых проводился скрининг средовых факторов риска заболевания. Результаты. У лиц с высоким риском, кроме более сложной симптоматики, обнаружили и более выраженные проявления аффективной симптоматики, тревоги и высокий уровень суицидальных тенденций, а также данные лица имели более низкий уровень социального функционирования и низкий уровень качества жизни. Фактором, который встречался при менее благоприятном течении заболевания, было употребление психоактивных веществ. Выводы. Разработанная методика позволяет усовершенствовать систему диагностики, лечения и профилактики шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, зависимое поведение, первичная, вторичная профилактика.

PREVENTION ADDICTIVE BEHAVIOR IN COMPLEX SYSTEM MEASURES PRIMARY AND SECONDARY PREVENTION OF SCHIZOPHRENIA

Y. Kramar

Early identification of individuals at risk worsens the diagnosis of schizophrenia spectrum disorders and reduces the risk of psychotic disorders. Objective: To develop the method of primary and secondary prevention of schizophrenia in specific risk groups based on the screening of environmental factors that are predictive of schizophrenia spectrum disorders. Materials and methods. 60 patients with schizophrenia in which were screening environmental risk factors for disease. Results. Individuals with high risk have more severity symptoms of mood disorders, anxiety and higher levels of suicidal behavior and lower social functioning and worse quality of life. Factor, who met with less favorable disease course, was using psychoactive substances. Conclusions. The technique allows the system to improve diagnosis, treatment and prevention of schizophrenia.

Key words: schizophrenia, addictive behavior, primary, secondary prevention.

С.С. Кирилюк

КОНТАМІНАЦІЙНО-ІНФЕКЦІЙНА ІДЕЯ ПСИХІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЯК ВАРІАНТ ПСИХОЛОГІЧНОГО ОПРАЦЮВАННЯ ДЕПРЕСИВНОГО СТРАЖДАННЯ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

dr_kyrylyuk@ukr.net

Ключові слова:
депресивне страждання,
контамінаційно-
інфекційна ідея
захворювання.

Метою публікації є висвітлення актуального питання психіатрії – осмислення форм опрацювання депресивного страждання. Наведено клінічний випадок пацієнта з варіантом опрацювання депресивного страждання у вигляді контамінаційно-інфекційної ідеї психічного захворювання, що зумовлює бажання хворого уникати будь-яких спонтанних розмов про свій стан, замкнутість у проявах емоцій та переживань та потребує більше часу для подолання внутрішнього опору до активного лікування та налагодження робочого психотерапевтичного та психофармакологічного комплаєнсу. Враховуючи специфіку когнітивно-поведінкового функціонування депресивних пацієнтів з контамінаційно-інфекційною ідеєю психічного захворювання у психотерапевтичній частині терапії необхідно звертати увагу на посилення «рефлектуючого Я», що сприятиме налагодженню адекватного альянсу «лікар-пацієнт».

Симптоми психічних розладів, а також їх перебіг залежать не лише від моделей стресу, які існують у конкретному суспільстві, але й від прийнятих у ньому концепцій та теорій, які визначають межі психічної патології. К. Jaspers в «Allgemeine Psychopathologie» [1] писав: «Здатність до рефлексії дозволяє людині дивитися на себе ніби збоку; тобто хворий може збоку бачити власне хворобу. З точки зору лікаря, який спостерігає за пацієнтом, психічна хвороба виглядає зовсім інакше, ніж з точки зору рефлекуючого хворого. Так людина, яку обстежують на предмет психічної хвороби, може вважати себе цілком здоровою; людина може вважати себе хворою, не маючи для цього об'єктивних підстав (що само по собі є хворобливим симптомом); усвідомлено включаючи в дію власні внутрішні ресурси, людина може позитивно чи негативно впливати на перебіг хворобливих процесів».

Актуальність. У фокус уваги психіатрів сьогодні щораз частіше потрапляють ті види депресій, які займали другорядну позицію, зокрема нарцистична, екзистенційна, аномічна [2, 3]. Характерним фактом є те, що ці види депресивних розладів виникають при руйнуванні старої системи цінностей у людей, які призвичаїлися до певного стилю життя, що має, на їхню думку, непохитну ідеологію. Через відсутність у таких людей інших систем цінностей, втрата контактів з атрибутами зруйнованої системи призводить до виникнення такого спектра депресивних станів [4]. Депресивний афект часто супроводжується у таких випадках переживанням щодо уявлень хворого про самого себе і свої спроможності із зовнішніми очіку-

ваннями від соціуму. За описами пацієнтів, депресію вони сприймають як щось, чого треба соромитися, приховувати та «ділитися» своїми переживаннями та турботами. При цьому, розповідаючи про захворювання, пацієнти вважають, що здорові особи, які їх слухають, можуть «заразитися» і навіть захворіти.

Метою публікації є представлення феномену контамінаційно-інфекційної ідеї, яка проявлялась у поведінці пацієнтів з меланхолійною депресією, особливо яскраво у стаціонарі, коли пацієнти з легшим перебігом захворювання, просили відселити їх від сусідів з тяжкою депресією до іншої палати, щоб ті не передали їм тяжкості свого захворювання.

Згідно з поставленою метою наводимо **типовий ілюстративний клінічний випадок** описаної форми переживання депресії. Пацієнт Л., 1975 р. н. Перебував у стаціонарі з 27.12.2010 р. по 04.02.2011 р. (39 днів).

На лікування в КЗ ЛОР ЛОКПНД поступив уперше за направленням в.о. начмеда у зв'язку зі скаргами на шум у голові впродовж останнього місяця, некерованість думок песимістичного змісту (про стан свого здоров'я, про сенс свого життя), надмірну стурбованість здоров'ям, біль та тяжкість у шлунку після їди, надмірне серцебиття, ранні прокидання, гірше самопочуття зранку з вирівнюванням стану після обіду, схуднення на декілька кілограм протягом останнього року.

Із анамнезу: спадковість н/п захворюваннями не обтяжена. Народився третьою дитиною з трьох – має двох старших на 5 та 7 років братів. Батьки: мама – вчителька початкових класів, батько – шо-

фер, останні 4 роки служить псаломщиком у церкві. Ранній розвиток без особливостей. Стосунки в сім'ї позитивні. Із перенесених захворювань – у ранньому дошкільному віці – хронічний бронхіт з астматичним компонентом; протягом останніх років виявлено рефлюкс-езофагіт І ст., ковзну грижу стравохідного отвору діафрагми, гастрит, асоційований з *Helicobacter pylori*. У 2008 р. була черепно-мозкова травма без втрати свідомості, тоді зі струсом головного мозку середньої тяжкості лікувався в неврологічному відділенні. Тяжкі інфекційні захворювання, венеричні хвороби, туберкульоз заперечує. До школи пішов вчасно, вчився добре. Серед однолітків не вирізнявся. Цікавився езотеричною літературою, психологією. Закінчивши школу здобув вищу освіту у Львівському лісотехнічному університеті (1993–1999 рр.), вчився на механічному та економічному факультетах. Вчився посередньо, не мав бажання. В армії не служив, оскільки навчався на військовій кафедрі в університеті, має звання лейтенанта запасу. За спеціальністю не працював. Впродовж декількох років зустрічався з дівчиною, з якою згодом, три роки тому, розійшовся з власної ініціативи, оскільки, з його слів, злякався відповідальності та сімейного життя. Останні два роки є послухником в Унівській Лаврі, працює у цій Лаврі шофером. Відмічає зміну свого стану протягом останніх 10 років, відколи мав коливання настрою, періодичну нудоту, шум у голові, загальну слабкість з дратівливістю, надмірне зацікавлення своїм здоров'ям. Спородично консультавався у лікарів, проте систематичного лікування не отримував. Протягом останнього місяця вчергове погіршилося самопочуття – з'явилися шум у голові, некерованість думок песимістичного змісту (про стан здоров'я та сенс життя), надмірна стурбованість здоров'ям, біль та тяжкість у шлунку після їди, надмірне серцебиття, раннє прокидання, гірше самопочуття зранку з поліпшенням стану до обіду, схуднення на декілька кілограм впродовж останнього року. За рекомендацією єпископа Лаври звернувся за консультацією до в.о. начмеда КЗ ЛОР ЛОКПНД, за його направленням госпіталізований до стаціонару для проведення лікування.

Соматичний стан. Хворий задовільного харчування. Шкіра та видимі слизові оболонки чисті. Тони серця ритмічні, ясні. ЧСС – 68 уд/хв, АТ – 110/70 мм рт. ст. Над легень перкуторно ясний легеневи звук, дихання везикулярне. Живіт м'який, не болючий. Печінка +1,5 см нижче реберної дуги. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Селезінка не пальпується. Набряки відсутні.

Неврологічний стан. Ознак явної вогнищевої патології не виявлено. Менінгеальні симптоми негативні. Загальний аналіз крові та сечі в межах норми. Аналіз крові на RV«-» – негативний.

Психічний стан. На час огляду – у свідомості. Орієнтований вірно. На запитання відповідає після пауз, по суті. У розмові висловлює вищенаведені скарги. Надмірно фіксований на тілесних та психологічних відчуттях і переживаннях: «...вважав, що цілий світ біля моїх ніг, чекав, що все зміниться, а нічого не

мінється, нікому я не потрібний». Серед всіх скарг найвагомими вважає періодичні коливання настрою, астению «...я вже втомився від цього, я такий хворий і замучений...», шум у голові при хвилюванні. Мислення послідовне, сповільнене. Пам'ять та інтелект відповідають освіті і віку. Афективно лабільний, періодично в розмові на очі навертаються сльози, настрої знижені. Розладів сприйняття та активної маячної психопродуктивної симптоматики на час огляду не виявляє. Критика до свого стану при госпіталізації достатня, розуміє, що потребує призначення медикаментів та психотерапії. Проти обстеження та лікування в умовах відділення не заперечує, згідно з Законом України «Про психіатричну допомогу» надав інформовану письмову згоду. Педикольозу та корости на час первинного огляду не виявлено.

Призначено лікування: флупентиксол, есциталопрам, психотерапія (індивідуальна аналітична по 30 хв тричі на тиждень; групова по 1 год двічі на тиждень), водні процедури (душ Шарко, циркулярний душ).

Перші два дні у пацієнта був період адаптації у відділенні – контактів з оточенням не заводив, до медперсоналу звертався за крайньої потреби. На третій день перебування пацієнт заявив, щоб його перевели в іншу палату, мотивуючи це тим, що «...в моїй палаті тяжкі хворі, не можу на них дивитися, відчуваю, що стан погіршується, ніби так, що вони (сусіди по палаті) спричиняють перехід до тяжчого стану, такого як у них...». У психотерапії був фіксований на цих переживаннях, постійно перепитував, чи спілкування з більш тяжкими хворими не призведе до ще більшого «загострення». Водночас відмовлявся заглиблюватися у вирішення своїх актуальних проблем, скупі ділився своїми переживаннями, був у захисній, закритій позиції по відношенню до інших учасників психотерапевтичного процесу. Лише після 20 групової сесії та індивідуальної терапії (яка, враховуючи стан пацієнта, була спрямована на посилення критично-рефлексуючої позиції), пацієнт поступово «розпружився», сформувався адекватний терапевтичний альянс.

Внаслідок проведеного лікування на час виписки: настрої рівні, зменшилися прояви дратівливої астенії, мінорного настрою, з'явилася позитивна перспектива майбутнього – планує шукати роботу. У задовільному стані був виписаний з відділення.

Рекомендовано: динамічне спостереження районного психіатра за місцем проживання, прийом флупентиксолу, 1 мг зранку, есциталопраму, 10 мг на ніч, довготривала психотерапевтична корекція

Результати та їх обговорення.

Описана клінічна ілюстрація показує, що наслідком масивної заборони «ділитися» своїми переживаннями та турботами є те, що хворий уникає будь-яких спонтанних розмов про свій стан, у рамках стаціонарної психотерапевтичної допомоги є більш замкнутим у проявах емоцій та переживань, потребує більше часу для подолання внутрішнього опору до активного лікування та налагодження робочого психотерапевтичного та психофармакологічного комплаєнсу. Така позиція у

даного пацієнта виявилася доволі типовою і свідчить про специфічний когнітивно-поведінковий стиль депресивних пацієнтів.

Висновки

Враховуючи специфіку когнітивно-поведінкового функціонування депресивних пацієнтів з контамінаційно-інфекційною ідеєю психічного захворювання у психотерапевтичній частині терапії варто насамперед звертати увагу на посилення «рефлектуючого Я», що

сприятиме налагодженню адекватного альянсу «лікар–пацієнт».

Список використаної літератури

1. Ясперс К. Общая психопатология / Карл Ясперс; [пер. с нем.]. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.
2. Менцос С. Психодинамические модели в психиатрии / Ставрос Менцос; [пер. с нем. Э. Л. Глушанского]. – М.: Алтейа, 2001. – 176 с.
3. Зорин В. Ю. Формирующиеся в условиях стрессогенной ситуации затяжные депрессивные состояния / В. Ю. Зорин // Журн. невропатол. и психиатр. – 1996. – № 6. – С. 23–27.
4. Решетников М. М. Психодинамика и психотерапия депрессий / М. М. Решетников. – СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2003. – С. 115–127.

КОНТАМИНАЦИОННО-ИНФЕКЦИОННАЯ ИДЕЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ВАРИАНТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ДЕПРЕССИВНОГО СТРАДАНИЯ С. С. Кирилук

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

Целью публикации является освещение актуального вопроса психиатрии – осмысление форм обработки депрессивного страдания. Приведенный клинический случай пациента с вариантом обработки депрессивного страдания в виде контаминационно-инфекционной идеи психического заболевания, что приводит к уходу от любых спонтанных разговоров о своем состоянии, замкнутости в проявлениях эмоций и переживаний и требует больше времени для преодоления внутреннего сопротивления к активному лечению и построению рабочего психотерапевтического и психофармакологического комплаенса. Учитывая специфику когнитивно-поведенческого функционирования депрессивных пациентов с контаминационно-инфекционной идеей психического заболевания в психотерапевтической части терапии необходимо обращать внимание на усиление «рефлектирующего Я», что будет способствовать налаживанию адекватного альянса «врач–пациент».

Ключевые слова: депрессивное страдание, контаминационно-инфекционная идея заболевания.

CONTAGIOS-INFECTION IDEA OF MENTAL ILLNESS AS AN OPTION PSYCHOLOGICAL PROCESSING OF DEPRESSIVE SUFFERING S. Kyryliuk

The aim of the publication is to highlight the urgent question of psychiatry – understanding forms processing depressive suffering. An clinical case of a patient with a variant processing depressive suffering as «contagios infection» idea of mental illness is shown. It leads to avoidance of any spontaneous conversations about his condition, isolation of manifestations of emotions and feelings and needs more time to overcome the «internal resistance» to the active treatment, psychotherapeutic and psychopharmacological compliance. The depressive patients specificity of cognitive-behavioral functioning with «contagios infection» idea of mental illness demands in psychotherapy to pay attention to strengthening «reflexive Ego» which will facilitate adequate alliance «doctor-patient».

Key words: depressive suffering, «contagios-infection» idea of disease.

Ю.А. Блажевич

**СТРУКТУРА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ИХ ДИНАМИКА
У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ**

Территориальное медицинское объединение «Психиатрия» в городе Киеве

blazhevych@ukr.net

Изучению различных аспектов возникновения и течения первого психотического эпизода в последнее время уделяется значительное внимание. Вполне обоснованно предполагается, что своевременное (максимально раннее) выявление и своевременная специализированная помощь способствуют не только максимально быстрому выходу пациента из приступа, но и более благоприятному течению заболевания, а также длительной социально-психологической сохранности личности. Важнейшими составляющими первого психотического эпизода являются симптомы аффективного круга. Данный фрагмент исследования посвящен изучению структуры депрессий при первом психотическом эпизоде и их динамике. Для достижения поставленной цели были выбраны 148 пациентов (70 мужчин и 78 женщин) с первым психотическим эпизодом, в клинической картине заболевания которых имели место существенные аффективные нарушения. Установлена корреляция между нозологической принадлежностью психоза и типологией аффективного расстройства. Далее из всего многообразия симптомов депрессий были выделены основные (тревога, тоска, апатия, адинамия, сенестопихондрия, анестезия) и проведена корреляция с динамикой психоза. Наиболее частым вариантом депрессии, который встречался в дебютах психозов, по нашим данным, является тревога. Тревога и ее различные подварианты установлены в 62% случаев. Причем, приблизительно одинаково тревога встречается и у мужчин, и у женщин (59,3% и 63,4%). Несколько чаще тревога отмечена у пациентов в возрасте до 30 лет (68%). Наибольшими по длительности и наиболее труднокурабельными были апатическая и анестетическая депрессия. Их длительность в 2–2,2 раза превышала среднюю длительность депрессивной симптоматики при первом психотическом эпизоде. Тоскливая и сенестопихондрическая депрессия наиболее коррелировали с собственно психотической составляющей психоза (сверхценно-бредовые, бредовые переживания, галлюцинаторная симптоматика). Видение течения аффективной составляющей психоза в динамике позволит разрабатывать адекватные комплексные терапевтические программы помощи пациентам с достижением более быстрых и качественных результатов лечения.

Ключевые слова:
первый психотический
эпизод, депрессия,
структура, динамика,
корреляция.

Материалы публикаций психиатрических исследований последнего десятилетия свидетельствуют о значительном интересе авторов к проблеме первого психотического эпизода [2, 4, 15, 28]. Изучаются генетическая и индивидуально-психологическая предрасположенность к возникновению психоза, роль психогенных факторов, социальная составляющая, возрастные и гендерные предпочтения [4, 13, 16, 21, 29]. Внимание исследователей привлекают особенности доманифестного периода психоза, клиника манифестного этапа и этапа развернутых клинических проявлений заболевания [1, 6, 14, 20, 22]. Изучаются условия формирования ремиссий и причины рецидивов (клинико-психопатологические закономерности самого заболевания, режим соблюдения пациентами комплаенса). Особое внимание, естественно, уделяется стратегиям ранних терапевтических воздей-

ствий, а также комбинациям терапевтических программ [5, 23, 24, 29].

Отечественные авторы в изучении первого психотического эпизода уделяют внимание продромальным проявлениям психоза, комплексной терапии, а также необходимости более активного сотрудничества с врачами общей практики в вопросах раннего выявления, повышения комплаенса и ресоциализации таких больных [9, 10, 12, 27].

Авторы справедливо предполагают, что раннее выявление и ранняя терапия психотических состояний будут способствовать более благоприятному течению заболевания с максимальной личностной и социальной сохранностью пациента и минимизацией медицинских и финансовых затрат [7, 11, 19, 25].

Несмотря на значительное число публикаций, посвященных первому психотическому эпизоду, количество

данных о структурно-динамических особенностях аффективных расстройств является явно недостаточным, в то время как аффективная составляющая является важнейшим элементом приступа, определяющим все его ведущие компоненты.

Цель исследования – изучение структуры и динамики депрессивных расстройств при первом психотическом эпизоде, установление корреляции между нозологической принадлежностью психоза и типологией депрессии, изучение наиболее часто встречающихся вариантов депрессии (тревога, тоска, апатия, адинамия, сенестопихондрия, анестезия) и проведение корреляции с динамикой психоза.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе Центра первого психотического эпизода ТМО «Психиатрия» в г. Киеве. Следует отметить, что ТМО «Психиатрия» в г. Киеве является базовым стационарным психиатрическим учреждением столичного мегаполиса (общее количество коек 1375). В этом учреждении проходят лечение более 90% пациентов с психотическими расстройствами, нуждающиеся в стационарном лечении. Среди первичных отделений учреждения Центр первого психотического эпизода является одним из ведущих и предоставляет стационарную специализированную помощь почти половине всех первичных пациентов.

Пациенты с выраженной представленностью в клинической картине заболевания органической патологии ЦНС, а также пациенты, принимающие психоактивные вещества, из исследования исключались.

Использовали следующие методы исследования: клинико-психопатологический метод с использованием шкалы самооценки (C.D. Spilberger в адаптации Ю.Л. Ханина, 1971), патопсихологические методики: шкала Гамильтона (HDRS) для оценки депрессии, личностный опросник Айзенка (EPI), исследования акцентуации личности по методике Леонгарда – Шмишека, шкала глобального функционирования (GAF), шкала медикаментозного комплаенса, шкала оценки побочных эффектов UKU; метод ретроспективного анализа, метод оценки качества жизни (Mezzch), методы математической статистики (дисперсионный и корреляционный анализы) с использованием вычислительных таблиц «Excel», методы фармакоэкономического анализа.

Результаты и их обсуждение

Общее количество обследованных составило 148 пациентов (70 мужчин и 78 женщин). Средний возраст пациентов первого психотического эпизода в исследуемой группе составил $27,8 \pm 0,4$ года: среди мужчин – $27,2 \pm 0,2$ года, среди женщин – $28,4 \pm 0,2$.

Больные параноидной шизофренией (F 20.0) составили 22 случая (10 мужчин и 12 женщин); острые психотические расстройства без симптомов шизофрении (F 23.0) – 16 (7 мужчин и 9 женщин); острые психотические расстройства с симптомами шизофрении (F 23.1) – 32 случая (16 мужчин и 16 женщин); полиморфное шизоаффективное расстройство депрессивный тип (F 25.1) – 48 случаев (23 мужчин и 25 женщин); депрессивный эпизод (F 32) – 30 случаев (14 мужчин и 16 женщин).

Наиболее ранними доманифестными проявлениями аффективных нарушений (от полугода до двух лет до начала заболевания) были симптомы астении, тревоги либо тоски. На инициальном этапе эти симптомы носили невыраженный характер, длительность «звучания» симптомов была от нескольких часов до нескольких дней. Явления беспричинной астении либо немотивированной тревоги или тоски не коррелировали с типом психоза, развивавшегося в дальнейшем, а также не были на данном этапе достаточной причиной для обращения к врачам. Со стороны самих пациентов имели место попытки объяснить природу недомогания какими либо внешними факторами – конфликты в семье или на работе, нагрузки в учебе или на производстве, финансовые трудности и т.д.

На более поздних стадиях доманифестного этапа проявления указанной симптоматики приобретали не только более выраженный и длительный характер, но и обрести различные сверхценные переживания. Отмечались идеи «сделанности» болезни, «порчи». Идеи отношения характеризовались отсутствием системности. Данные переживания также носили мерцающий характер. Пациенты поддавались разубеждению, демонстрировали частичную критику. В этот же период к основной симптоматике могли присоединяться неврозоподобные и сенестопихондрические переживания, мысли о наличии серьезного (неизлечимого) заболевания. Именно это являлось причиной обращения к врачам. Обращались в основном к терапевту, невропатологу, кардиологу, гастроэнтерологу. Нами установлено 27 пациентов, обращавшихся на доманифестном этапе психического заболевания к различным врачам-интернистам. Отдельные пациенты делали это достаточно настойчиво, переходя от специалиста к специалисту. Следует отметить, что только в 3 случаях из 27 пациентам рекомендовалось консультирование у врача-психиатра. Из этих трех случаев рекомендации по консультированию были выполнены лишь в одном, благодаря активности матери пациентки. Сами пациенты не допускали и мысли о наличии у себя психического заболевания. Приведенные факты являются дополнительным свидетельством трудностей диагностики психической патологии на ранних этапах заболевания, а также отсутствия психиатрической настороженности как среди врачей-интернистов, так и среди населения.

У части пациентов (36 больных) инициальный период характеризовался меньшей длительностью – от месяца до полугода. Симптоматика в этой группе пациентов носила более аутохтонный характер. На наличие психогенного фактора, как причины «дискомфортных» переживаний, указывали лишь 20% пациентов. Симптоматика характеризовалась большей клинической выраженностью. Критика к болезненным переживаниям либо отсутствовала, либо отличалась крайней формальностью.

Манифестация заболевания отличалась крайней остротой симптоматики, прежде всего аффективной. Следует отметить, что подавляющее большинство пациентов с первым психотическим эпизодом (более 80%) поступали на стационарное лечение под мощнейшим натиском микроокружения (чаще по скорой помощи, реже – доставлялись родственниками). На момент посту-

пления в отделение большинство пациентов поддавались на уговоры и аргументы медперсонала и родственников и соглашались на добровольное лечение. Однако часть из них не соглашалась на пребывание в больнице. В этих случаях при наличии оснований для принудительной госпитализации администрация больницы обращалась в суд для получения этого права. Таким образом, небольшое количество пациентов проходило лечение на основании решения суда. Другую небольшую часть пациентов мы вынуждены были выписывать из стационара в силу их отказа от принятия помощи. Эти факты, на наш взгляд, могут быть иллюстрацией преувеличенности аргументов о возможности лечения острого психотического больного (де факто – без критики к своему состоянию и не признающего себя больным) в амбулаторных условиях.

Частота встречаемости тревожной симптоматики в клинической картине рассматриваемых нами психозов была следующей: 56,5% случаев – при параноидной шизофрении, 58,2% – при острых психотических расстройствах с симптомами шизофрении, 68,2% – при депрессивных эпизодах ($P < 0,05$). Приблизительно одинаково часто тревога встречалась при острых психотических состояниях без симптомов шизофрении и полиморфных шизоаффективных расстройствах – 64,2% и 65,4% ($P < 0,05$). Следует отметить, что тревожная симптоматика (во всяком случае, ее основные проявления) купировалась в более короткие сроки, чем другие депрессивные симптомы. Наиболее быстрая редукция тревожной симптоматики наблюдалась при шизофрении и острых психотических расстройствах с симптомами шизофрении (от 3 до 5 дней). Наиболее длительной тревога была при выраженных депрессивных эпизодах (10 – 12 дней). Относительно быстрое подавление тревожной симптоматики нами объясняется двумя причинами: а) тревожная симптоматика наименее сцеплена с основными симптомами психоза и в значительном числе случаев тревога обусловлена реакцией личности на заболевание; б) исторически психофармакология всегда была направлена на подавление явлений психомоторной расторможенности, поэтому успехи в купировании психотической тревоги более значительны, чем в купировании, к примеру, апатии или анестетической депрессии.

Сенесто-ипохондрическая симптоматика наиболее часто встречалась при острых психотических расстройствах с симптомами шизофрении (52% случаев). Именно при данном расстройстве сенесто-ипохондрическая симптоматика имела наиболее выраженный характер и наибольшую длительность проявлений.

Апатическая депрессия была наиболее характерна для параноидной шизофрении и депрессивных эпизодов (соответственно, 42,4% и 39,2% случаев) ($P < 0,05$).

Анестетическая депрессия наиболее часто встречалась при параноидной шизофрении (40,2%) ($P < 0,05$), полиморфных шизоаффективных расстройствах депрессивного типа (30,8%) и депрессивных эпизодах (18,6%) ($P < 0,01$).

Динамическая депрессия более характерна для клиники депрессивного эпизода и полиморфных шизоаффективных расстройств депрессивного типа – 46,4% и 38,6% ($P < 0,05$).

Тоскливая симптоматика наиболее часто встречалась при депрессивных эпизодах и при острых психотических расстройствах без симптомов шизофрении (54,6% и 39,0%) ($P < 0,05$).

Среди всех вариантов депрессии наиболее длительными по времени были симптомы апатии, анестетической депрессии и сенесто-ипохондрические состояния. Эти виды депрессий сохранялись даже после купирования основной психотической симптоматики вплоть до выписки пациента из стационара.

Попытки установить корреляцию между ведущими симптомами психоза (бред, галлюцинации) и типом депрессии показали, что с бредовой симптоматикой наиболее коррелируют тоскливые состояния и явления сенесто-ипохондрики ($P < 0,05$), с галлюцинациями – тревожные состояния и апатия ($P < 0,05$).

На фоне проводимой терапии взаимосвязь симптомов депрессии и собственно психотической симптоматики утрачивалась. В одних случаях быстрее редуцировалась аффективная симптоматика, но сохранялась психотическая, в других – наоборот. Кроме того, следует отметить, что многократно описанные симптомы-мишени депрессии, как то: витальность, суточные колебания настроения, чувство вины, раннее пробуждение и другие симптомы на фоне собственно психотической симптоматики не выявлялись. Депрессивные симптомы в рамках психоза характеризовались течением по своим законам, как бы подчиняясь иной логике: логике психоза. Исключением являлись депрессии при депрессивных эпизодах и частично при полиморфных шизоаффективных расстройствах депрессивного типа.

Выводы

Депрессивная симптоматика является важным компонентом психотического расстройства и именно современные психозы, как показывает практика, характеризуются течением со значительно представленной в клинической картине заболевания аффективной симптоматикой. Знание особенностей депрессии продромального периода является важным для своевременности распознавания патологии и организации помощи пациенту. Полученные данные о корреляции видов депрессии с типом психоза могут быть дополнительным подспорьем в диагностике расстройств, понимании динамики патологического процесса, а также в выборе терапевтической тактики.

Список использованной литературы

1. Байрак Д. Комплаенс в медицине: знание – ключ к успеху [Электронный ресурс] / Д. Байрак // *Новости медицины и фармации*. – 2011. – № 4 (354). – Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/16158>.
2. Гурович И. Я. Первый психотический эпизод / И. Я. Гурович, Я. Б. Шмуклер. – М.: Межпрактика-М, 2010. – 544 с.
3. Денисенко М. М. Клинико-психопатологическая характеристика эндогенных и экзогенных депрессий, сопровождающихся суицидальным поведением [Текст] / М. М. Денисенко // *Український вісник психоневрології*. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 38–41.
4. Етчіс Е. Шизофренія: огляд та оновлення уявлень про механізми психопатології / Е. Етчінсон // *Вісник асоціації психіатрів України*. – 2013. – № 1. – С. 19–27.
5. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих / [Панько Т. В., Явдак І. О., Колядко С. П. та ін.]; під ред. П. В. Волошина. – Х.: Арсіс, 2001. – 303 с.
6. Качество жизни и депрессия [Текст] / Н. Г. Пшук, Е. В. Мазур, Е. Я. Пшук, И. В. Коваленко // *Архів психіатрії*. – 2008. – Т. 14, № 3 (54). – С. 20–22.

7. Кожина А. М. Современные подходы к терапии депрессивных расстройств [Текст] / А. М. Кожина, Л. М. Гайчук // Украинский вестник психоневрологии. – 2010. – Т. 18, вып. 3 (64). – С. 129.
8. Лутова Н. Б. Комплаенс в психиатрии и способ его оценки [Текст] / Н. Б. Лутова, Н. Г. Незнона, В. Д. Вид // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – № 1. – С. 19–24.
9. Маркова М. В. Депрессивные расстройства в сети первичной медицинской помощи: из «диагностических невидимок» – на арену общемедицинской практики / М. В. Маркова // Medix. AntiAging. – 2009. – № 5 (11). – С. 18–22.
10. Марута Н. А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) / Н. А. Марута // Украинский вестник психоневрологии. – 2007. – Т. 15, вып. 1 (50). – С. 21–24.
11. Мішнев В. Д. Сучасні депресивні розлади: керівництво для лікарів / В. Д. Мішнев. – Львів: Вид-во Мс, 2004. – 208 с.
12. Михайлов Б. В. Современное состояние проблемы депрессивных расстройств [Текст] / Б. В. Михайлов, Т. Е. Яковцова // Проблемы медичної науки та освіти. – 2006. – № 2. – С. 65–69.
13. Михайлов Б. В. Современное состояние проблемы шизофрении (обзор литературы) / Б. В. Михайлов // Укр. вісник психоневрологии. – 2012. – Т. 18, № 4 (65). – С. 39–47.
14. Мосолов С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепции позитивных и негативных расстройств / С. Н. Мосолов. – М., 2001. – 238 с.
15. Органов Р. Г. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога / Р. Г. Органов, Г. В. Погосова, С. А. Шальнова [и др.] // Кардиология. – 2005. – № 8 – С. 38–44.
16. Пинчук И. Я. Распространенность психических расстройств в Украине // Журн. АМН України. – 2010. – Т. 16, № 1. – С. 168–176.
17. Терапия антидепрессантами и другие методы лечения депрессивных расстройств [Текст] / под общ. ред. В. Н. Краснова // Доклад рабочей группы CINP на основе обзора доказательных данных. – Москва, 2008. – 215 с.
18. Тихонов С. В. Предикторы низкой приверженности лечению у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью [Текст] / С. В. Тихонов // Ученые записки СПб ГМУ им. И. П. Павлова. – 2013. – Т. XX, № 3. – С. 79–81.
19. Хаустова Е. А. Современные представления о диагностике и терапии тревожных расстройств / Е. А. Хаустова, В. Г. Безшейко // Международный неврологический журнал. – 2012. – № 2.
20. Шестопалова Л. Ф. Довіра до лікаря як чинник формування комплаєнсу у хворих на невротичні та психічні розлади // Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова, О. О. Бородавко // Медицинская психология. – 2013. – Т. 8, № 4 (32). – С. 3–7.
21. Юрьева Л. Н. Динамика распространения психических и поведенческих расстройств в мире и в Украине [Текст] / Л. Н. Юрьева // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 32–33.
22. Hypomethylation of MB-COMT promoter is a major risk factor for schizophrenia and bipolar disorders / H. Abdolmaleky [et al.] // Hum. Mol. Genet. – 2006. – Vol. 101. – P. 348–353.
23. American Psychiatric Association Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia – 2nd ed // Amer. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 161, № 2 – P. 1–14.
24. Andreasen N. C. Schizophrenia: the characteristic symptoms / N. C. Andreasen, M. Flaum // Schiz. Bull. – 1991. – № 17 – P. 27–49.
25. Baldwin D. Depression / D. Baldwin, R. Hirschfeld. – Oxford: Lundbeck Institute, 2005. – 82 p.
26. The ESEMed/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of Mental disorders in Europe. Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed) project // Acta Psychiatr. Scand. – 2004. – Vol. 109, Suppl. 420. – P. 21–27.
27. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: findings from the Ukraine World Mental Health survey / E. J. Bromet, S. F. Gluzman, V. I. Panioito [et al.] // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2005. – Vol. 40. – P. 681–690.
28. The epidemiology of anxiety disorders / J. Comer, M. Olfson, H. Simpson [et al.] // Anxiety disorders. – Cambridge, 2010.
29. Loranger A. Assessment and diagnosis of personality disorders. The ICD-10 international personality disorders examination (IPDE) / A. Loranger, A. Janka, N. Sartorius. – New York: Cambridge University Press, 2007.

СТРУКТУРА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ТА ЇХ ДИНАМІКА У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРШИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ Ю. А. Блажевич

Вивченню різних аспектів виникнення та перебігу першого психотичного епізоду останнім часом приділяється значна увага. Цілком обґрунтовано припускається, що своєчасне (максимально раннє) виявлення і своєчасна спеціалізована допомога сприятимуть не тільки максимально швидкому виходу пацієнта з приступу, а й більш сприятливому перебігу захворювання, а також тривалій соціально-психологічній збереженості особистості. Найважливішими складовими першого психотичного епізоду є симптоми афективного кола. Даний фрагмент нашого дослідження присвячено вивченню структури депресій при першому психотичному епізоді та його динаміці. Для досягнення поставленої мети було вибрано 148 пацієнтів (70 чоловіків та 78 жінок) з першим психотичним епізодом, у клінічній картині захворювання яких мали місце суттєві афективні порушення. Встановлено кореляцію між нозологічною належністю психозу і типологією афективного розладу. Зі всього різноманіття симптомів депресій було виділено основні (тривога, туга, апатія, адинамія, сенесто-іпохондрія, анестезія) і проведено кореляцію з динамікою психозу. Варіантом депресії, що найчастіше зустрічається в дебютах психозів, за нашими даними, є тривога. Тривога та її різні підваріанти встановлені у 62% випадків. Причому, приблизно з однаковою частотою тривога зустрічається у чоловіків та у жінок (59,3% та 63,4%). Дещо частіше тривога відмічена у осіб віком до 30 років (68%). Найбільшими за тривалістю і найбільш складно курабельними були апатична та анестетична депресія. Їх тривалість в 2–2,2 раза перевищувала середню тривалість депресивної симптоматики при першому психотичному епізоді. Тужлива та сенесто-іпохондрична депресії найбільше корелювали з власне психотичною складовою психозу (надцінно-маячні, маячні переживання, галюцинаторна симптоматика). Знання особливостей перебігу афективної складової психозу в динаміці дозволить розробляти адекватні комплексні терапевтичні програми з досягненням більш швидких та якісних результатів лікування.

Ключові слова: перший психотичний епізод, депресія, структура, динаміка, кореляція.

THE STRUCTURE OF DEPRESSIVE DISORDERS AND THEIR DYNAMICS IN PATIENTS WITH A FIRST PSYCHOTIC EPISODE Yu. Blazhevich

In the last time a big attention we devote to the study of the different aspects of the beginning and flowing of the first psychotic episode. It is reasonably expected that the earlier (as early as possible) identification and timely specialized help will not only maximize help patient so fast exit from the attack, but also a more favorable course of the disease, as well as the long-term social and psychological safety of the person. The most components of the first psychotic episode are symptoms of the affective level. This fragment is devoted to the study of the depression with first psychotic episode, its structure and dynamic. For receiving our goal 148 patients (70 men and 78 women) was selected with first psychotic episode, who has a significant affective components. The correlation between the nosology of psychosis and affective disorder typology typology has been established. From all the varieties of depressive symptoms were identified the basic (anxiety, sadness, apathy, weakness, senesto-hypochondria, anesthesia) and correlation has been performed with the dynamics of psychosis. The most frequent variant of depression, according to our data, is anxiety. Anxiety and its different sub-variants are set to 62% of cases. Moreover, an anxiety occurs about equally in men and women (59,3% and to 63,4%). More often – up to 30 years (68%). The largest in terms of duration and the most difficult for treatment are apathetic and anesthetic depression. Duration of these depressions is more in 2–2.2 times than the average duration of depressive symptoms during the first psychotic episode. Sadness and senesto-hypochondria depression is the most correlated with the actual psychotic component of psychotic (overvalued-delusional, delusional experiences, hallucinatory symptoms). The knowledge of progress of the affective component of psychosis in the dynamics lets to develop appropriate complex treatment programs to reach more fast and qualitative results.

Key words: first psychotic episode, depression, structure, dynamics and correlation.

Н.П. Отрощенко¹, И.П. Отрощенко², П.А. Отрощенко³

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

¹Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев²Национальный институт рака, г. Киев³Территориальное медицинское объединение «Психиатрия» в городе Киеве

pro.nmu@gmail.com

Цель: анализ диагностики и лечения депрессии у больных раком шейки матки (РШМ).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 67 женщин с депрессией, больных раком шейки матки. Всем указанным больным было проведено клиническое обследование, также были применены клиничко-психопатологические, патопсихологические, клиничко-динамические, катamnестические и другие методы. Комплексная программа лечения больных включала лучевую терапию в сочетании с психофармакотерапией и психотерапией.

Результаты. У обследованных больных выявлена непсихотическая депрессия с преобладанием тревожно-депрессивных и субдепрессивных расстройств. После применения лучевой терапии в сочетании с психофармакотерапией и психотерапией у всех больных отмечалось улучшение психического состояния: полная редукция депрессивной симптоматики выявлена в 7,3% наблюдений, значительное улучшение – в 20,9%, неполная редукция симптоматики – в 44,9%, незначительное улучшение – в 26,9% наблюдений.

Выводы. Для повышения эффективности диагностики и лечения депрессии у больных раком шейки матки необходимо привлекать к их обследованию и лечению психиатров, психотерапевтов, включать в программы подготовки специалистов, участвующих в проведении диагностических и лечебных мероприятий, знания о применении на практике современных диагностических, психофармакотерапевтических и психотерапевтических подходов.

Ключевые слова:

депрессия, рак шейки матки, лучевая терапия, психофармакотерапия, психотерапия.

Депрессия неизменно привлекает к себе внимание специалистов. Основные причины этого – значительная распространенность, многообразие проявлений и вариантов недуга, поражающего значительное число людей разного пола, возраста, социальных групп [1, 4, 7]. По данным ВООЗ, более 350 миллионов людей в мире страдают депрессивными расстройствами. Депрессия становится основной причиной инвалидности. Женщины болеют депрессией чаще, чем мужчины [5, 7]. Распространенность депрессии при онкологических заболеваниях значительно выше, чем в общей популяции и, по данным специалистов, достигает от 33 до 42% [3, 5, 6, 8]. Симптомы депрессии диагностируются у каждого четвертого онкологического больного и чаще встречаются на поздних этапах заболевания. К сожалению, эти пациенты редко попадают в поле зрения психиатров, поскольку, учитывая специфику заболевания, находятся под наблюдением онкологов и обращаются к врачам-психиатрам только в случае суицидальных попыток и тяжелой депрессии. Высокие показатели распространенности депрессии (23%) диагностируются при раке гинекологической сферы [2, 9, 10]. Однако на сегодня научных работ, посвященных проблеме диагностики и лечения депрессии у больных

раком шейки матки (РШМ), недостаточно. Вышесказанное определяет актуальность проведенного исследования.

Целью исследования является анализ диагностики и лечения депрессии у больных раком шейки матки.

Материалы и методы исследования

Обследовано 67 женщин с депрессией в возрасте от 24 до 67 лет, больных РШМ II, III, IV стадий, которым проводилась лучевая терапия в сочетании с психофармакотерапией и психотерапией через 2–4 недели после постановки диагноза онкологического заболевания в стационаре и амбулаторно в отделении лучевой терапии Национального института рака. Все пациентки получили лучевую терапию согласно стандартам лечения, соответственно установленному диагнозу и стадии заболевания. Критериями отбора больных для лечения с использованием психофармакотерапии и психотерапии было формирование у них депрессивных расстройств непсихотического уровня. Наблюдение проводилось сроком от одного месяца до года в стационаре и амбулаторно. Средний возраст больных составил ($44 \pm 0,5$) лет: в возрасте до 30 лет под наблюдением находилось 4 исследуемых, 31–40 лет – 12, 41–50 лет – 29, 51–60 лет – 17,

в возрасте старше 60 лет – 5 исследуемых. Больных РШМ, у которых имелись депрессивные жалобы, обследовали онкогинеколог, маммолог, уролог, проктолог, терапевт, сосудистый хирург, эндокринолог, невропатолог, психиатр, лучевой терапевт и химиотерапевт с использованием клинического, клинико-психопатологического (с использованием шкал PHQ-2 – опросник здоровья пациента из 2 вопросов, тревоги и депрессии HADS, Гамильтона), клинико-динамического и параклинических методов, после чего проводились лучевая терапия, психофармакотерапия и психотерапия. Катамнестическое наблюдение продолжалось от одного месяца до двух лет.

Результаты и их обсуждение

У обследованных больных чаще всего возникали тревожно-депрессивные (58,2%) и субдепрессивные (41,8%) расстройства (МКБ-10: расстройства адаптации и другие реакции на тяжелый стресс; психические расстройства вследствие дисфункции головного мозга и физической болезни). Возникновение указанных расстройств было связано с психотравмирующим влиянием информации об онкологическом диагнозе, рецидива заболевания, выявления метастазов, необходимости длительного специального лечения, боязнь побочных эффектов химиотерапии, лучевой болезни, болевого синдрома, представления о летальном исходе заболевания. По шкале HADS средний уровень тревоги до лечения составлял $(14,12 \pm 0,21)$ баллов; средний уровень депрессии составил $(12,05 \pm 0,1)$ баллов. Для указанных больных была проведена лечебная программа с назначением психофармакотерапии и психотерапии с целью снижения и устранения депрессивных расстройств, активного формирования позитивных жизненных установок, мобилизации резервных возможностей пациентов. На указанном этапе преобладали рациональная психотерапия с элементами суггестии, релаксационные методики, аутотренинг. Психофармакотропная терапия состояла из анксиолитических (мебикар, фобомотизол) и антидепрессивных препаратов (миртазапин, миансерин, сертралин), растительных транквилизаторов и антидепрессантов, фитотерапии (фиточай с мятой, ромашкой, зверобоем), гомеопатических препаратов. Назначали также пробиотики, ферментные препараты, лечебную физкультуру.

Полная редукция депрессивных расстройств наблюдалась у 5 (7,3%) больных, значительное улучшение – у 14 (20,9%), неполная редукция депрессивных расстройств – у 30 (44,9%), незначительное улучшение состояния – у 18 (26,9%) больных. Клинико-катамнестическое исследование больных также подтвердило эффективность примененной комплексной лечебной программы. Больные, которые вовремя получили соответствующее психофармакотерапевтическое и психотерапевтическое лечение, отличались лучшей психосоциальной адаптацией к заболеванию и изменениям условий жизни. Вышесказанное определяет современность и актуальность внедрения в онкологических отделениях комплексных лечебных программ, которые при проведении лучевой терапии дополняются психофармакотерапией и психотерапией. Оценка эффективности лечебной программы показала, что редукция тревоги и депрессии наблюдалась у 7,3% больных, значительное улучшение психического состояния – у 20,9%, неполное

выздоровление – у 44,9%, незначительное улучшение – у 26,9% больных. По шкале HADS отмечалось снижение уровня тревоги с $(14,12 \pm 0,21)$ до $(10,39 \pm 0,15)$ баллов и депрессии с $(12,5 \pm 0,1)$ до $(10,25 \pm 0,04)$ баллов. Эффективность лечебной программы подтвердило катамнестическое исследование, которое длилось от одного месяца до двух лет. Эмоциональное состояние 29 (43,2%) обследованных характеризовалось стабильностью, большинство указанных пациентов сохранили семью и продолжали работать.

Выводы

У больных РШМ формируется непсихотическая депрессия с преобладанием тревожно-депрессивных и субдепрессивных расстройств (МКБ-10: расстройства адаптации и другие реакции на тяжелый стресс; психические расстройства вследствие дисфункции головного мозга и физической болезни), которые осложняют соматическое состояние, прогноз и лечение основного заболевания. Для полной редукции или уменьшения интенсивности депрессивных расстройств у больных РШМ на всех этапах лечения необходимо проведение комплексных лечебных мероприятий, которые содержат медицинскую и социально-психологическую составляющие. Применение таких программ должно проводиться индивидуально с учетом клинических проявлений депрессивных расстройств, этапа специального лечения. Возникновение указанных расстройств у больных РШМ обусловлено психотравмирующим влиянием онкологического диагноза, необходимостью длительного специального лечения, страхом перед побочными эффектами радиотерапии, болевым синдромом и представлениями о летальном исходе заболевания. Для улучшения диагностики депрессии у больных РШМ и повышения эффективности лечения необходимо привлекать к их обследованию и лечению психиатров, психотерапевтов, включать в программы подготовки специалистов, участвующих в проведении указанных мероприятий, знаний о применении на практике современных психофармакотерапевтических и психотерапевтических подходов.

Список использованной литературы

1. Клиническое руководство по диагностике и лечению депрессивных расстройств в практике врача первичной медико-санитарной помощи / Кузнецов В. Н., Мазуренко М. А., Маляров С. А., Насинник О. А.] – К.: Видродження, 2004. – 160 с.
2. Маркова М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології / М. В. Маркова, О. В. Понтовська, І. Р. Кузьмелюк // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, Вип. 4 (73). – С. 86–91.
3. Марута Н. А. Современное состояние исследований проблемы психических расстройств при опухолях головного мозга / Н. А. Марута, В. В. Огоренко. – Харьков; Днепрпетровск: НМетАУ; Системные технологии, 2014. – 119 с.
4. Мішнев В. Д. Сучасні депресивні розлади: керівництво для лікарів / В. Д. Мішнев. – Л.: Вид-во Мс, 2004. – 208 с.
5. Нециркулярні депресії / [Напреєнко О. К., Логановський К. Н., Супорятов О. Г. та ін.]; за ред. проф. О. К. Напреєнка. – К.: Софія-А, 2013. – 624 с.
6. Отрошенко Н. П. Особливості нециркулярних депресій у онкологічних хворих / Н. П. Отрошенко, І. П. Отрошенко, П. О. Отрошенко // Психічне здоров'я. – 2015. – № 1–2 (46–47). – С. 20–24.
7. Пинчук И. Я. Распространенность психических расстройств в Украине / И. Я. Пинчук // Журн. АМН Украины. – 2010. – Т. 16, № 1. – С. 168–176.
8. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. – М.: ИА, 2007. – 425 с.
9. Ciaramella A. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment / A. Ciaramella, P. Poli // Psycho-Oncology. – 2001. – Vol. 10. – P. 156–165.
10. Jadoon N. A. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study / N. A. Jadoon, W. Munir, M. A. Shahzad // BMC Cancer. – 2010. – Vol. 10. – P. 594.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ

Н.П. Отрошенко, І.П. Отрошенко, П.О. Отрошенко

Мета: аналіз діагностики та лікування депресії у хворих на рак шийки матки (РШМ).

Матеріали і методи. Під наглядом перебували 67 жінок з депресією, хворих на рак шийки матки. Вказаним хворим було проведено клінічне обстеження, а також клініко-психопатологічні, клініко-динамічні, катamnестичні та інші методи обстеження. Комплексна програма лікування хворих включала променеву терапію в поєднанні з психофармакотерапією та психотерапією.

Результати. У хворих виявлено неспихотичну депресію з переважанням тривожно-депресивних і субдепресивних розладів. Поліпшення психічного стану відзначалось у всіх хворих: повна редукція депресивної симптоматики виявлена у 7,3% хворих, значне поліпшення – у 20,9%, неповна редукція симптоматики – у 44,9%, незначне поліпшення – у 26,9% хворих.

Висновки. Для підвищення ефективності діагностики та лікування хворих на депресію при РШМ під час проведення спеціальної терапії необхідно залучати до їх обстеження та лікування психіатрів, психотерапевтів, включати до програми підготовки спеціалістів, які беруть участь у проведенні зазначених діагностичних та лікувальних заходів, знань про застосування на практиці сучасних психофармакотерапевтичних та психотерапевтичних підходів.

Ключові слова: депресія, рак шийки матки, променева терапія, психофармакотерапія, психотерапія.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DEPRESSION IN PATIENTS WITH CERVICAL CANCER

N. Otroshchenko, I. Otroshchenko, P. Otroshchenko

Subject: analysis of diagnosis and treatment programs for depression in patients with cervical cancer (CC).

Materials and methods. Under supervision there were 67 women with depression, patients with cervical cancer. All of these patients were examined clinically, psychopathologically and other methods. A comprehensive program of treatment of patients included radiation therapy combined with pharmacotherapy and psychotherapy.

Results. The patients were diagnosed with psychotic depression prevalence of anxiety and depressive disorders and subdepressive. After radiation therapy combined with pharmacotherapy and psychotherapy in all patients showed improvement in mental status: complete reduction of depressive symptoms – 7.3% of patients, a significant improvement – 20.9% of cases, incomplete reduction of symptoms – 44.9%, a slight improvement – 26.9% of cases.

Conclusions. To improve depression diagnosis and treatment efficacy in patients with cervical cancer, should be involved in their examination and treatment of psychiatrists, psychotherapists, include training programs, participating in the conduct of diagnostic and therapeutic measures, knowledge of the practical application of advanced diagnostic, psycho pharmacological and psychotherapeutic approaches.

Key words: depression, cervical cancer, radiotherapy, psychopharmacotherapy, psychotherapy.

УДК 616-009.7-036.12:612.821

О.М. Авраменко

ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ
У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ:
ВІД КОМПЛЕКСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДО КОМПЛЕКСНОЇ КУРАЦІЇ

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

onavramenko@gmail.com

Ключові слова:

непсихотичні психічні
розлади, хронічний
біль, депресія, тривога,
хвороблива поведінка,
діагностика, терапія.

Актуальність. Багатьма дослідженнями доведено, що афективні розлади депресивного і тривожного спектрів дуже часто співіснують з хронічним болем, сприяючи його катастрофізації. Але співвідношення непсихотичних психічних розладів і хронічного болю в діагностиці і терапії поєднаних станів вивчені лише частково, дослідження з цього питання тривають.

Методи і матеріали. Було досліджено 135 пацієнтів з хронічним больовим синдромом, поділених на три основні і одну контрольну групи: ОГ1 – R52.1-2+F32-33; ОГ2 – R52.1-2+F41.0-1; ОГ3 – R52.1-2+F41.2-3, F43.22 і КГ – R52.1-2. Усі пацієнти були обстежені з використанням «Мультимодальної карти обстеження психосоматичного пацієнта з хронічним болем».

Результати. Було визначено основні принципи курації пацієнтів з психічними розладами і хронічним больовим синдромом: одночасність діагностики психічних розладів з хронічним больовим синдромом; покроковість алгоритму комплексної діагностики; мультивалентність діагностичних (психічний розлад, хронічний біль, хвороблива поведінка) і лікувальних (біологічні, психологічні і соціальні) мішеней; динамічний моніторинг індикаторів якості.

Висновки. Визначені підходи до курації психічних розладів у пацієнтів з хронічним больовим синдромом забезпечують раннє втручання, особливо у пацієнтів з гострим болем/загостренням психічного розладу, а також урахування гетерогенності пацієнтів і особливості терапевтичної відповіді, що забезпечує ефективність комплексного втручання.

На сьогоднішній день визнано, що виникнення і розвиток хронічного больового синдрому є результатом складної взаємодії між біологічним, психологічним та соціальним впливом, у тому числі переконанням пацієнтів щодо їх самоефективності, відстеженням власних тілесних відчуттів,

опануванням сімейних конфліктів або наявності соціальної підтримки [1–4]. Якщо пацієнти, наприклад, демонструють неадекватні поведінкові або когнітивні відповіді на гострі епізоди болю, він може стати хронічним, впливаючи таким чином на тривалість лікування в цілому [5].

Психічне і фізичне здоров'я нерозривно пов'язані. Особи, що страждають на психічні захворювання, мають більший ризик виникнення широкого спектра хронічних фізичних (соматичних) захворювань. І навпаки, пацієнти з хронічними соматичними захворюваннями мають депресію і тривогу удвічі частіше, ніж населення загалом. Співіснування психічних та фізичних розладів може значно знизити якість життя і призвести до збільшення тривалості захворювання і погіршення стану здоров'я [6]. Ця ситуація також породжує економічні витрати для суспільства внаслідок зниження продуктивності праці і розширення використання медичних послуг. Розуміння зв'язків між розумом і тілом є першим кроком у розробці стратегій зі зниження захворюваності на коморбідні стани (одночасно психічне і хронічне соматичне захворювання), адекватної біопсихосоціальної підтримки таких осіб.

Особи з хронічними соматичними захворюваннями часто відчують емоційний стрес і хронічний біль, а ці обидва чинники пов'язані з розвитком депресії і тривоги. Досвід набуття інвалідності також може спричинити стрес та ізолювати пацієнтів від соціальної підтримки. Існує низка доказів, що зі збільшенням симптоматики хронічного соматичного захворювання зростає ймовірність проблем з психічним здоров'ям [7]. Тому не дивно, що пацієнти з хронічними соматичними захворюваннями, за даними самозвітів, часто наголошують на поганому психічному здоров'ї [8].

Суперечливими, наприклад, є дані щодо поширеності соматичних захворювань, що супроводжуються болем, у осіб з психотичними психічними розладами. За результатами цілої низки досить давно проведених досліджень [9], у людей з серйозними психічними хворобами виявився нижчий рівень захворюваності на артрит, ніж серед населення загалом, що пояснювалося можливим зниженням ризику розвитку артриту у пацієнтів з шизофренією через генетичні особливості, протизапальні побічні ефекти антипсихотичних препаратів, а також переважно сидячий спосіб життя, пов'язаний з інституціоналізацією захворювання. Проте було висловлено думку, що у людей з серйозними психічними захворюваннями показники поширеності артриту насправді можуть бути заниженими, через зниження імовірності звітності щодо болю [9]. Нещодавно проведений аналіз даних медичного страхування в Сполучених Штатах Америки підтвердив цю теорію; дослідження показало значно вищі шанси розвитку артриту серед людей, які страждають на шизофренію, ніж у загальній популяції [10]. Для порівняння, пацієнти з артритом мають значно вищий ризик розвитку розладів настрою і тривоги [11]. Ці показники є найвищими серед молодших вікових груп і також пов'язані з досвідом наявності частого або хронічного болю.

На основі результатів багатьох досліджень переконливо доведено, що афективні розлади як депресивного, так і тривожного спектра дуже часто співіснують з хронічним болем, сприяючи його катастрофізації [1–6, 9, 12]. Тим не менше, співвідношення щодо перебігу цих непсихотичних психічних розладів і вираженості хронічного болю з його впливом на якість життя пацієнтів з коморбідною патологією вивчені лише частково

і продовжують досліджуватися в теперішній час. Так, нещодавно були представлені дані дослідження SCOPE (Stepped Care to Optimize Pain care Effectiveness) щодо поздовжнього аналізу (триразове обстеження: первинне, через 3 місяці, через 12 місяців) якості ступеневої допомоги 250 пацієнтам первинної ланки з хронічним скелетно-м'язовим болем і афективними розладами [12]. Автори намагались визначити ступінь впливу депресії, катастрофізації болю і тривоги на подальше зменшення інтенсивності болю, втручань щодо болю і інвалідизації, пов'язаної з больовими феноменами. Було виявлено, що клінічно значимі позитивні зміни в два стандартних відхилення (standart deviation) для кожного предиктора, а саме депресії, катастрофізації болю і тривоги, привели до зменшення інтенсивності болю або розміру ефекту інтерференції відповідно на 0,45; 0,3; і 0,12. Також було відмічено зменшення загальної кількості днів непрацездатності, спричинених хронічним болем, відповідно на 14, 12 і 6%. Причому зменшилася ймовірність (високий ризик) інвалідизації (яка визначалась як ≥ 10 «больових» днів непрацездатності протягом останніх 4 тижнів), відповідно на 43, 30 і 28%.

Автори зробили висновок, що всі три зазначені афективні психопатологічні стани суттєво впливають на перебіг хронічного болю, як при погіршенні стану, так і при його поліпшенні. Отже, лікування цих розладів психіки, як зазначено у висновках дослідження, є виправданою оптимізацією специфічних методів терапії хронічного болю для підвищення загальної ефективності комплексного втручання. Варто зауважити, що у наведеному дослідженні автори дотично підтвердили меншу курабельність тривожних розладів у пацієнтів з хронічним болем, порівняно з депресивними, але не визначали окремі чинники більшої резистентності коморбідної патології.

Окремою темою є застосування опіоїдів для зменшення/усунення болю. Незважаючи на наявність чітко визначених критеріїв їх призначення, доз і тривалості терапії, питання ефективності і безпеки цього вельми специфічного лікування залишаються актуальними. Дослідники наголошують на необхідності мультикомпонентної біопсихосоціальної оцінки стану пацієнта (холістичний психосоматичний підхід) і мультимодальному плануванню терапії з акцентом на першочергове просування мети функціонального відновлення на фоні дотримання безпеки за допомогою постійного чіткого зв'язку з пацієнтом, у якого сформована позиція на ресоціалізацію [13].

На необхідності одночасної курації біологічних і психологічних аспектів болю наголошують багато дослідників [14], зважаючи на їх складну взаємодію, яка модулює, підтримує і змінює больовий досвід пацієнта, в тому числі залежно від наявності і вираженості афективних розладів [15–24]. Психотерапевтичні й психоко-рекційні методи втручання відіграють важливу роль у мультидисциплінарній курації завдяки їх ефективності та відсутності небажаних ефектів, притаманих медикаментозній терапії. Відомо, що досвід хронічного болю на фоні загального дискомфорту з приєднанням тривоги, депресії і безсоння, негативно впливає на якість життя пацієнта. Психотерапевтичне втручання через різні меха-

нізми діє на трьох рівнях, що є тісно взаємопов'язаними. По-перше, це лікування власне коморбідних до хронічного больового синдрому психічних розладів (наприклад, депресії та тривоги); по-друге, це вирішення певних психологічних проблем, наявність яких формує і підтримує хворобливу поведінку, перешкоджаючи відновленню функціонування; по-третє, це зміна сприйняття болю через активацію спадних стримуючих систем управління болем. Хворобливий досвід болю часто призводить до неадекватних змін у системі стресорного реагування, в процесі сну – пильнування, а також у процесах пізнання, настрою і мотивації, що в комплексі впливає на поведінку пацієнта [20, 25, 26]. З іншого боку, психотерапевтичні й психокорекційні втручання здатні позитивно впливати на зазначені процеси, сприяючи їх адаптивній перебудові (наприклад, біологічний зворотний зв'язок) і/або змінюючи негативні думки і відношення до болю і/або створюючи нові стратегії подолання труднощів болю і больової поведінки [27, 28].

Метою нашого дослідження було визначити оптимальний алгоритм поєднаних хворобливих станів і розробити принципи надання допомоги особам, що страждають на неспсихотичні психічні розлади на фоні хронічного больового синдрому.

Матеріали та методи дослідження

За умови отримання інформованої згоди нами було залучено до дослідження 135 осіб з хронічним больовим синдромом (коди стану за МКХ–10 R52.1, R52.2), які отримували лікування у відділенні функціональної неврології Клінічної лікарні «Феофанія» ДУС і склали клінічний матеріал дослідження. Усі пацієнти були обстежені за критеріями МКХ–10 на наявність депресивного епізоду – великого депресивного розладу (ВДР), тривожного розладу (ТР) та тривожно-депресивного розладу (ТДР). До основної групи увійшли 99 пацієнтів, які на фоні хронічного больового синдрому (ХБС) мали неспсихотичні психічні розлади тривожно-депресивного спектра, визначені за МКХ–10. За результатами обстеження пацієнтів було поділено на три групи: ОГ1 – ХБС+ВДР (R52.1-2+F32-33) кількістю 32 особи; ОГ2 – ХБС+ТР (R52.1-2+F41.0-1) кількістю 34 особи; ОГ3 – ХБС+ТДР (R52.1-2+F41.2-3, F43.22) кількістю 33 особи. До групи контролю (КГ) увійшли особи з ХБС без психічних розладів неспсихотичного регістру, їх кількість становила 36 осіб. Були використані соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-феноменологічний, клініко-психопатологічний, патопсихологічний і статистичний методи дослідження.

Усі пацієнти були обстежені з використанням «Мультимодальної карти обстеження психосоматичного пацієнта з хронічним болем» з визначенням основних демографічних та анамнестичних даних, а також отриманням даних за наступними шкалами: для діагностики психічних розладів та психопатологічних феноменів – Госпітальна шкала тривоги та депресії HAM-D; для верифікації психосоціальних особливостей пацієнтів з хронічним больовим синдромом – Мак-Гіловський больовий опитувальник (McGill Pain Questionnaire), що визначав сенсорну, емоційну і кількісну складові больового синдрому; Вест Хейвен-Йель – багатовимірний опи-

тувальник болю (West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventor (WHYMPI)), що визначав психосоціальні зміни, пов'язані з переживанням хронічного страждання; шкала катастрофізації хронічного болю Pain catastrophizing scale (PCS); шкала комплексної оцінки SPAASMS, де S – бали для болю, P – рівні фізичної активності, A – додаткові знеболювальні препарати, A – додатковий візит до лікаря, S – показники сну, M – показники настрою, S – побічні ефекти); шкала DIRE для прогнозування доцільності й ефективності тривалого застосування опіоїдної аналгезії з приводу ХБС неонкологічного генезу. Додатково для динамічного спостереження за ефективністю комплексного втручання ми оцінювали якість життя пацієнтів за одноіменною шкалою SF-36.

Результати та їх обговорення

За даними обстеження ми виявили певну тенденцію до переважання осіб більш старшого віку в групі ОГ1 (з депресивними розладами) та молодшого віку в групі ОГ2 (з тривожними розладами). Проживання у родині, особливо зі сприятливим психологічним кліматом, було певним запобіжником (тенденція, але не достовірна) неспсихотичного психічного розладу (НПР) у пацієнтів з ХБС. Низький рівень трудової зайнятості був асоційований з наявністю депресивних та тривожно-депресивних, але не суто тривожних розладів. Вид соматичної обтяженості та окремі характеристики ХБС не мали достовірного впливу на формування хворобливої больової поведінки, але стаж больового синдрому, частота загострень і кількість вогнищ болю мали тенденцію до збільшення у пацієнтів з депресивними та тривожно-депресивними НПР [29, 30].

Ми також отримали наступні дані за шкалою DIRE для пацієнтів з ХБС неонкологічного генезу в її стандартній інтерпретації: пацієнти з ХБС із контрольної групи (КГ) були придатні до довготривалої опіоїдної аналгезії (їм показана така терапія). Враховуючи загальний бал, а також окремо бали за субшкалами факторів ризику, невіддатливості та ефективності лікування, вони не були схильні до формування хворобливої поведінки. Навпаки, пацієнти з НПР на фоні ХБС не були придатні (їм не рекомендована така терапія) для довготривалої опіоїдної аналгезії та мали схильність до формування хворобливої поведінки, особливо при поєднанні тривоги й депресії (ОГ3). На нашу думку, отримані результати дозволяють рекомендувати розширення сфери клінічного використання шкали DIRE для визначення хворобливої поведінки у пацієнтів з ХБС [31, 32].

Також ми визначили, що наявність у пацієнтів з ХБС супутніх психічних розладів у вигляді ВДР (ОГ1), ГТР (ОГ2) та ТДР (ОГ3) суттєво впливала на безпосередню та відтерміновану ефективність лікування. Супутня афективна патологія обумовлювала формування у пацієнтів з ХБС хворобливої больової поведінки, починаючи з трансформації актуальної життєвої стратегії на обмежувальну та завершуючи хворобливою деформацією життєвих цілей, що негативно впливало на якість лікування загалом [33, 34].

Комплексна курація, на нашу думку, має передбачати: зменшення/усунення болю, покращення функціонального стану, зменшення/усунення депресії та інших психопатологічних феноменів, зменшення/усунення

небажаних ефектів та побічної дії препаратів, зменшення/усунення залежності від психоактивних речовин та відновлення нехворобливої життєвої стратегії пацієнтів з ХБС.

Тобто, діагностичними мішенями для пацієнта з ХБС має бути як сам ХБС, так і ймовірні непсихотичні психічні розлади (депресивні, тривожні, тривожно-депресивні), а також хвороблива больова поведінка (рис. 1).

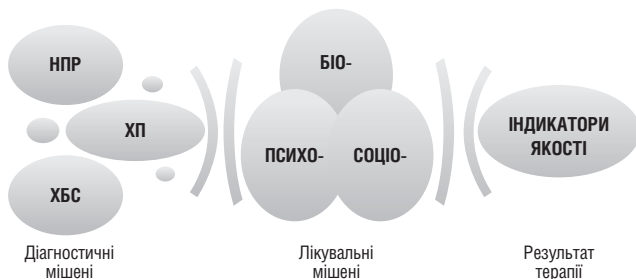


Рис. 1. Діагностично-лікувальний континуум щодо пацієнтів з непсихотичними психічними розладами (НПР) і хронічним больовим синдромом (ХБС) з можливою хворобливою поведінкою (ХП)

Отримані в результаті запровадження діагностичного алгоритму (рис. 2) мішені терапії (лікувальні мішені) відповідно до визначеного дефіциту актуальних ресурсів поділяються на біологічні, психологічні та соціальні з відповідним одночасним трикомпонентним втручанням.

Біологічна складова передбачає запровадження медикаментозного лікування згідно з існуючими стандартами, з урахуванням показань/протипоказань за даними діагностичного алгоритму (перевага першочерговій психотерапії, урахування бар'єрів терапії, рівня комплаєнсу й обмежень щодо застосування опіоїдів).

Психологічна складова включає психотерапевтичні й психокорекційні втручання, починаючи з низькоінтенсивних (самопоміччя) і завершуючи високоспеціалізованими – когнітивно-біхевіоральною психотерапією (КБТ), залежно від їх доступності. Окремим обов'язковим компонентом виступає психоосвіта щодо особливостей поєднаної психосоматичної патології та методів її лікування, з акцентом на дотриманні терапевтичного альянсу. Психологічне втручання застосовується одночасно з біологічним або передуює йому.

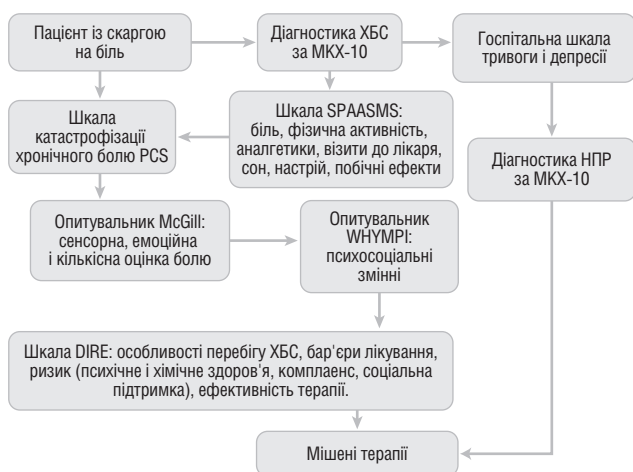


Рис. 2. Алгоритм комплексної діагностики пацієнтів з непсихотичними психічними розладами на фоні хронічного больового синдрому

Соціальна складова може вважатися підґрунтям щодо інших мішеней терапії і являє собою соціальну підтримку на мікро- (родина, близькі друзі), мезо- (колеги, знайомі, референтна група) та макрорівні (вирішення соціальних питань державними/благодійними/волонтерськими інституціями).

Індикаторами якості в такій комплексній курації має бути насамперед шкала комплексної оцінки SPAASMS, а також якість життя пацієнтів з непсихотичними психічними розладами і хронічним больовим синдромом.

Вищевикладене дозволило визначити основні принципи курації пацієнтів з психічними розладами і хронічним больовим синдромом: **одночасність** діагностики психічних розладів з хронічним больовим синдромом; **покроковість** алгоритму комплексної діагностики; **мультивалентність** діагностичних (психічний розлад, хронічний біль, хвороблива поведінка) і лікувальних (біологічні, психологічні і соціальні) мішеней; динамічний **моніторинг** індикаторів якості.

Висновки

Принципи терапії непсихотичних психічних розладів у пацієнтів з хронічним больовим синдромом (одночасність, покроковість, мультивалентність мішеней, моніторинг) були визначені в межах мультидисциплінарного психосоматичного підходу на підставі отриманих даних дослідження. Визначення психосоматичної коморбідності і біопсихосоціальних ресурсів пацієнтів лягло в основу подальшої терапії. Покроковий діагностичний алгоритм дозволив верифікувати наявність і тяжкість депресивних, тривожних і тривожно-депресивних розладів; а також сформувати біопсихосоціальні лікувальні мішені з наголосом на хворобливій больовій поведінці. Важливими чинниками ефективності терапії є раннє втручання, особливо у пацієнтів з гострим боєм/загостренням психічного розладу, а також урахування гетерогенності пацієнтів і особливості терапевтичної відповіді. Динамічний моніторинг індикаторів якості за допомогою шкал SPAASMS і якості життя пацієнтів з непсихотичними психічними розладами і хронічним больовим синдромом визначає ефективність комплексного втручання.

Список використаної літератури

1. Flor H. Biopsychosocial models of pain. In: Dworkin RH, Breitbart WS, editors. *Psychosocial Aspects of Pain: A Handbook for Health Care Providers* / H. Flor, C. Hermann. – Seattle: IASP Press, 2004. – P. 47–75.
2. Gatchel R. J. Psychosocial factors in pain: Critical perspectives / R. J. Gatchel, D. C. Turk. – Guilford Press, 1999.
3. The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions / R. J. Gatchel, Y. B. Peng, M. L. Peters [et al.] // *Psychol. Bull.* – 2007. – Vol. 133. – P. 581–624.
4. Linton S. J. A Review of Psychological Risk Factors in Back and Neck Pain / S. J. Linton // *Spine*. – 2000. – Vol. 25. – P. 1148–1156.
5. Meredith P. A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model / P. Meredith, T. Ownsworth, J. Strong // *Clin. Psychol. Rev.* – 2008. – Vol. 28. – P. 407–429.
6. Patten S. B. Long-Term Medical Conditions and Major Depression in the Canadian Population / S. B. Patten // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 1999. – Vol. 44 (2). – P. 151–157.
7. Carney C. P. Medical Comorbidity in Women and Men with Schizophrenia: A Population-Based Controlled Study / C. P. Carney, L. Jones, R. F. Woolson // *Journal of General Internal Medicine*. – 2006. – Vol. 21 (11). – P. 1133–1137.
8. Prevalence of the Metabolic Syndrome in Patients with Schizophrenia: Baseline Results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Schizophrenia Trial and Comparison with National Estimates from NHANES III / J. P. McEvoy [et al.] // *Schizophrenia Research*. – 2005. – Vol. 80 (1). – P. 19–32.

9. Patten S. B. Mental Disorders in a Population Sample with Musculoskeletal Disorders / S. B. Patten, J. V. A. William, J. L. Wang // *BMC Musculoskeletal Disorders* – 2006. – № 37 www.biomedcentral.com.
10. Kasperski M. A. Collaborative Mental Health Care Network Interim Report Year II: 2002-2003 / M. A. Kasperski // *Ontario College of Family Physicians*. – 2003. – № 20.
11. Bédard M. The Needs of Rural and Urban Young, Middle-Aged, and Older Adults with a Serious Mental Illness / M. Bédard, C. Gibbons, S. Dubois // *Canadian Journal of Rural Medicine*. – 2007. – Vol. 12 (3). – P. 167–175.
12. Beneficial Effects of Improvement in Depression, Pain Catastrophizing, and Anxiety on Pain Outcomes: A 12-Month Longitudinal Analysis / E. L. Scott, K. Kroenke, J. Wu, Z. Yu // *The Journal of Pain : Official Journal of the American Pain Society*. – 2016. – Vol. 17(2). – P. 215–222.
13. Management of patients with issues related to opioid safety, efficacy and/or misuse: a case series from an integrated, interdisciplinary clinic / W. C. Becker [et al.] // *Addiction science & clinical practice*. – 2016. – T. 11, № 1. – C. 1.
14. Psychological Treatments and Psychotherapies in the Neurorehabilitation of Pain: Evidences and Recommendations from the Italian Consensus Conference on Pain in Neurorehabilitation / G. Castelnovo [et al.] // *Frontiers in psychology*. – 2016. – T. 7.
15. Castelnovo G. Empirically supported treatments in psychotherapy: towards an evidence-based or evidence-biased psychology in clinical settings? / G. Castelnovo // *Front. Psychol.* – 2010. – Vol. 1. – P. 27.
16. Castelnovo G. Good communication and outcome after anaesthesia / G. Castelnovo // *Anaesthesia*. – 2013. – Vol. 68. – P. 1203–1204.
17. A comprehensive, multispecialty approach to an acute exacerbation of chronic central pain in a tetraplegic / E. Y. Chang, X. Zhao, D. M. Perret [et al.] // *Spinal Cord*. – 2014. – Vol. 52 (Suppl 1). – P. 17–18.
18. Multidisciplinary management of multiple sclerosis symptoms / P. Gallien, J. Gich, B. F. Sánchez-Dalmau, W. Feneberg // *Eur. Neurol.* – 2014. – Vol. 72 (Suppl. 1). – P. 20–25.
19. Hussain A. Interventional pain management for failed back surgery syndrome / A. Hussain, M. Erdek // *Pain Pract.* – 2014. – Vol. 14. – P. 64–78.
20. Simons L. E. Psychological processing in chronic pain: a neural systems approach / L. E. Simons, I. Elman, D. Borsook // *Neurosci. Biobehav. Rev.* – 2014. – Vol. 39. – P. 61–78.
21. Retrospective outcome analyses for headaches in a pain rehabilitation interdisciplinary program / Y. Zheng, S. J. Tepper, E. C. Covington [et al.] // *Headache*. – 2014. – Vol. 54. – P. 520–527.
22. Meta-analysis of placebo responses in central neuropathic pain: impact of subject, study, and pain characteristics / J. J. Cragg, F. M. Warner, N. B. Finnerup [et al.] // *Pain*. – (2015). – [Epub ahead of print]. 10.1097/j.pain.0000000000000431
23. Durand G. Medical management of failed back surgery syndrome in Europe: evaluation modalities and treatment proposals / G. Durand, J. Girodon, F. Debais // *Neurochirurgie*. – 2015. – Vol. 61 (Suppl. 1). – P. 57–65.
24. A pharmacological treatment algorithm for localised neuropathic pain [LNP] / M. Al-legri, R. Baron, G. Hans [et al.] // *Curr. Med. Res. Opin.* – 2016. – Vol. 32. – P. 377–384.
25. Wiech K. Pain, decisions, and actions: a motivational perspective / K. Wiech, I. Tracey // *Front. Neurosci.* – 2013. – 7:46. 10.3389/fnins.2013.00046
26. Cognition and emotional decision-making in chronic low back pain: an ERPs study during Iowa gambling task / S. Tamburin, A. Maier, S. Schiff [et al.] // *Front. Psychol.* – 2014. – № 5:1350. 10.3389/fpsyg.2014.01350
27. Assessment and treatment of psychosocial comorbidities in patients with neuropathic pain / D. C. Turk, J. Audette, R. M. Levy [et al.] // *Mayo Clin. Proc.* – 2010. – Vol. 85. – P. 42–50.
28. Sturgeon J. A. Psychological therapies for the management of chronic pain / J. A. Sturgeon // *J. Psychol. Res. Behav. Manag.* – 2014. – Vol. 7. – P. 115–124.
29. Авраменко О. М. Оцінка якості життя, тривожності і депресії у пацієнтів із ревматоїдним артритом [Текст] / О. М. Авраменко, І. Ю. Головач, Л. І. Курінна // *Український ревматологічний журнал*. – 2014. – № 1 (55). – С. 23–39.
30. Авраменко О. М. Багатофакторна характеристика пацієнтів з непсихотичними психічними розладами і хронічними больовими синдромами [Текст] / О. М. Авраменко // *Архів психіатрії*. – 2015. – Т. 21, № 2 (81). – С. 82–88.
31. Авраменко О. М. Новий аспект застосування шкали DIRE у пацієнтів із хронічним больовим синдромом [Текст] / О. О. Хаустова, О. М. Авраменко // *Український медичний часопис*. – 2015. – № 4 (108). – С. 83–87.
32. Авраменко О. М. Хвороблива поведінка у пацієнтів з хронічним больовим синдромом [Текст] / О. М. Авраменко // *Архів психіатрії* – 2015. – Т. 21, № 1 (80). – С. 63–68
33. Авраменко О. М. Ефективність стандартного лікування пацієнтів з хронічним болем і супутніми психічними розладами з позиції хворобливої поведінки [Текст] / О. М. Авраменко // *Архів психіатрії* – 2014. – Т. 20, № 2 (77). – С. 86–89.
34. Менеджмент пациентов с хронической невропатической болью [Текст] / Е. А. Хаустова, О. Н. Авраменко, Д. Н. Сапон, В. Г. Безшейко // *Нейро NEWS*. – 2015. – № 7 (71). – С. 21–28

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ: ОТ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ К КОМПЛЕКСНОЙ КУРАЦИИ

О. Н. Авраменко

Актуальность. Многими исследованиями доказано, что аффективные расстройства депрессивного и тревожного спектров очень часто сосуществуют с хронической болью, способствуя ее катастрофизации. Но соотношения непсихотических психических расстройств и хронической боли в диагностике и терапии изучены лишь частично и продолжают исследоваться.

Методы и материалы. Было обследовано 135 пациентов с хроническим больевым синдромом, которые были распределены на три основные и одну контрольную группы: ОГ1 – R52.1-2 + F32.33; ОГ2 – R52.1-2 + F41.0-1; ОГ3 – R52.1-2 + F41.2-3, F43.22 и КГ – R52.1-2. Все пациенты были обследованы с использованием «Мультимодальной карты обследования психосоматического пациента с хронической болью».

Результаты. Были определены основные принципы курации пациентов с психическими расстройствами и хроническим больевым синдромом: одновременность диагностики психических расстройств и хронического болевого синдрома; пошаговость алгоритма комплексной диагностики; мультивалентность диагностических (психическое расстройство, хроническая боль, болезненное поведение) и лечебных (биологические, психологические и социальные) мишеней; динамический мониторинг индикаторов качества.

Выводы. Предложенные нами подходы к курации психических расстройств у пациентов с хроническим больевым синдромом обеспечивают раннее вмешательство, особенно у пациентов с острой болью/обострением психического расстройства, а также учитывают гетерогенность пациентов и особенности терапевтического ответа, что обеспечивает эффективность комплексного вмешательства.

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, хроническая боль, депрессия, тревога, болевое поведение, диагностика, терапия.

PRINCIPLES OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS THERAPY IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN: FROM COMPLEX DIAGNOSTICS TO INTEGRATED CURE

O. Avramenko

Relevance. Many studies have shown that affective disorders (anxiety and depression spectrum) often coexist with chronic pain, helping her disasterization. But the ratio of non-psychotic mental disorders and chronic pain in the diagnosis and therapy is only partially explored and continues to explore.

Materials and Methods. It studied 135 patients with chronic pain syndrome, divided into three main and one control group: OG1 - R52.1-2 + F32.33; OG2 - R52.1-2 + F41.0-1; OG3 - R52.1-2 + F41.2-3, F43.22 and KG - R52.1-2. All patients were examined using «Multimodal survey maps psychosomatic patient with chronic pain»

Results. The basic principles of medical cure have been identified for patients with mental disorders and chronic pain: simultaneous diagnosis of mental disorders and chronic pain; step by step algorithm of complex diagnostics; multivalency diagnosis (mental illness, chronic pain, painful behavior) and treatment (biological, psychological and social) targets; dynamic monitoring of quality indicators.

Conclusions. Proposed approaches to cure of psychiatric disorders in patients with chronic pain provide early intervention, especially in patients with acute pain / exacerbation of mental disorders, as well as take into account the heterogeneity of patients and especially therapeutic response that ensures the effectiveness of complex interventions.

Key words: non-psychotic mental disorders, chronic pain, depression, anxiety, pain behavior, diagnosis, therapy.

К.В. Аймедов, Г.В. Морванюк

ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦІЄНТІВ З ПАРАНОЇДНОЮ ФОРМОЮ ШИЗОФРЕНІЇ З УРАХУВАННЯМ СТАТЕВОЇ НАЛЕЖНОСТІ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса
psyhotip@gmail.com

Ключові слова:

параноїдна шизофренія,
гендерні особливості,
фармакотерапія,
психотерапія,
психосоціальна
реабілітація.

Представлену роботу присвячено актуальній меті – виявленню гендерних особливостей хворих на параноїдну шизофренію.

Для вирішення поставлених задач було обстежено 167 хворих на параноїдну форму шизофренії. Виявлені клініко-психопатологічні, психоемоційні та психосоціальні особливості хворих на параноїдну форму шизофренії, які мали гендерно обумовлені розбіжності в групах чоловіків та жінок. Визначені дезадаптивні характеристики чоловіків та жінок, хворих на параноїдну шизофренію, стали мішенями гендерноспецифічних фармакологічних та психотерапевтичних інтервенцій на стаціонарному етапі, а також комплексних заходів психосоціальної реабілітації на амбулаторному етапі. Ефективність впровадженого комплексу терапевтичних та реабілітаційних заходів була доведена за допомогою оцінки позитивних змін, які відбулися в клініко-патопсихологічній, психоемоційній та психосоціальній сферах досліджених хворих після проведення терапії. Оцінка ефективності впровадженого лікувально-реабілітаційного комплексу дозволила констатувати достовірні позитивні зміни з боку клініко-психопатологічних, індивідуально-психологічних та психосоціальних характеристик.

Використання розроблених нами комплексних заходів фармакотерапії, психотерапії та психосоціальної реабілітації дозволило нівелювати психотичні прояви та сформувати стабільний стан ремісії, зменшити дезадаптивні прояви в психоемоційній та когнітивній сферах, покращити соціальне функціонування хворого та його родини.

Актуальність теми. Параноїдна форма шизофренії є найпоширенішою та складною за клінічною картиною, перебігом і результатом, шизофренічним розладом [1, 5]. Розвивається вона у віці старше 20–23 років, проте можливий і ранній початок, тобто пізніше, ніж при гебефренній і кататонічній формах шизофренії [2, 3]. Як і для будь-якого типу шизофренії, для параноїдної форми властива зміна свідомості, розщеплення і порушення її цілісності [1, 4, 6].

Проблема перебігу та лікування шизофренії на даний момент не вивчена повністю. Поза дослідженнями залишається і гендерний аспект, який має значущу роль у специфіці перебігу більшості патологічних станів [2].

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проходило впродовж 2010–2015 рр. на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я». У ході дослідження було обстежено 203 хворих на параноїдну форму шизофренії (ПФШ).

Таблиця 1. Розподіл досліджених за рівнем тривоги

Рівень тривоги	Г1 (n=89)		Г2 (n=78)	
	n	%	n	%
Високий рівень	72	80,90	49	62,83
Середній рівень	11	12,36	17	21,79
Низький рівень	6	6,74	12	15,38*

Примітка. * – різниця між групами є достовірною, $p < 0,05$.

Усі обстежувані були поділені на дві групи за гендерною ознакою: 89 чоловіків склали групу один (Г1), а 78 жінок – групу два (Г2). Умови проведення роботи відповідають загальноприйнятим нормам моралі, вимогам дотримання прав, інтересів особистості учасників дослідження. Хворі та їх родичі були поінформовані щодо теми, мети та методів даного дослідження.

За допомогою психодіагностичних методик вивчали особливості психоемоційної, особистісної та психосоціальної сфер досліджених пацієнтів з ПФШ.

Результати та їх обговорення

Першою психоемоційною характеристикою, що вивчалась, була тривожність.

Як свідчать дані таблиці 1, більшість досліджених у кожній з груп мали високий рівень тривоги (Г1 – 80,90%; Г2 – 62,83%), при цьому кількість високотривожних осіб серед чоловіків була більшою, порівняно з жінками, проте ця різниця не мала статистичної достовірності ($p > 0,05$). Достовірно більша кількість низькотривожних індивідів входили до складу Г2, у порівнянні з Г1 ($p < 0,05$).

Дані щодо розподілу досліджених за рівнями депресії наведено в таблиці 2.

Як свідчать дані таблиці, депресивні тенденції спостерігались у переважній більшості осіб, які входили до складу

Таблиця 2. Розподіл досліджених за рівнем депресії

Рівень тривоги	Г1 (n=89)		Г2 (n=78)	
	n	%	n	%
Високий рівень	35	39,33	27	34,62
Середній рівень	41	46,06	44	43,59
Низький рівень	13	14,61	7	8,97

обох груп (Г1 – 85,39%; Г2 – 78,21%), високий рівень депресії виявлено у 39,33% чоловіків та 34,62% жінок з ПФШ.

Дані, отримані за тестом Д. Расела та М. Фергюсона для діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності, наведено в таблиці 3.

Таблиця 3. Розподіл досліджених за рівнем суб'єктивного відчуття самотності

Рівень самотності	Г1 (n=89)			Г2 (n=78)		
	n	%	±m	n	%	±m
Високий рівень	20	22,5	4,4	29	37,2	5,5*
Середній рівень	55	61,8	5,2	38	48,7	5,7
Низький рівень	14	15,7	3,9	11	14,1	3,9

Отримані дані свідчать про те, що для більш ніж половини досліджених Г1 (61,8 %) та Г2 (48,7 %) характерним був середній рівень суб'єктивного відчуття самотності. Проте значна частка хворих, які страждали на ПФШ (Г1 – 22,5 %; Г2 – 37,2 %), відмічали, що відчувають недостатність розуміння з боку оточуючих, відсутність близьких стосунків, відчуття ізольованості, відстороненості, скутості в спілкуванні, що загалом свідчило про високий рівень суб'єктивного відчуття самотності.

Індивідуально-психологічні особливості хворих на ПФШ вивчали за допомогою Міннесотського мультифакторного особистісного опитувальника «Міні-Мульт», у результаті чого були виявлені домінуючі типи особистості та побудовані усереднені «профілі особистості» досліджуваних кожної групи. У таблиці 4 наведені середні значення за кожною шкалою серед осіб Г1 та Г2.

Таблиця 4. Розподіл досліджених за основними та оціночними шкалами за допомогою особистісного опитувальника «Міні-Мульт»

Шкали	Середні бали	
	Г1 (n=89)	Г2 (n=78)
Шкала іпохондрії (HS)	5,3	5,7
Шкала депресії (D)	5,1	5,4
Шкала істерії (Hy)	5,8	6,2
Шкала психопатії (Pd)	8,5	9,1*
Шкала маскуліності – фемінності (Mf)	5,7	5,9
Шкала параної (Pa)	9,5	9,6
Шкала психастенії (Pt)	5,4	5,7
Шкала шизофренії (Sc)	9,8	9,7
Шкала гіпоманії (Ma)	6,9	7,0
Шкала соціальної інтроверсії (Si)	9,2	8,9

У даному дослідженні ми використовували спосіб кодування за Хатеуей, при якому шкали, які знаходяться в зоні 45–55 Т-балів, не заносили зовсім, замість них ставили прочерк «-»; шкали, розташовані вище 70 Т-балів, відокремлювали апострофом «'», за ними наводили шкали, що знаходились в зоні 55–69 Т-балів

і вище; потім, після знака «/», записували шкали, розташовані нижче 45 Т-балів. Показники шкал достовірності наводили в сирих балах послідовно, відповідно L: F: K через двокрапку, при цьому ставили знак «X» перед рядом шкал достовірності, якщо хоча б за однією з них профіль був недостовірним.

У результаті аналізу результатів психодіагностичного обстеження пацієнтів з ПФШ за допомогою тесту «Міні-Мульт» у цьому дослідженні визначилося п'ять досить типових варіантів малюнка профілю особистості.

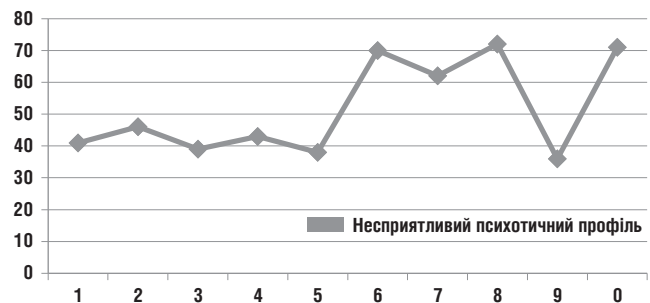


Рис. 1. Усереднений несприятливий психотичний профіль хворих на ПФШ

Найнесприятливіший тип профілю особистості – «несприятливий-психотичний» – «Д». Код профілю за Хатеуей 860'7- / 41395. Найхарактерніший патерн даного профілю – «параноїдний зубець», утворений шкалами «шизофренії», «паранойальності» і «психастенії», розташованими вище середньої лінії профілю, вказує на високу ймовірність наявності у хворого продуктивної психопатологічної симптоматики в рамках параноїдного або галюцинаторно-параноїдного синдрому; до проведення комплексної терапії відзначений у та 53,93 % обстежених Г1 та у 52,56% Г2.

Наступним характерним профілем був «несприятливий-гіпотимічний» – «Г» – тип профілю особистості (рис. 2). Код профілю за Хатеуей 2'780- / 1349. Провідний компонент – виражений пік за шкалою «депресії» з низькорозташованою («негативний» пік) шкалою «гіпоманії», що свідчать про високу ймовірність депресивної симптоматики, аж до суїцидальних тенденцій. Даний тип профілю відзначений у 11,24% пацієнтів Г1 та у 14,10% хворих Г2.

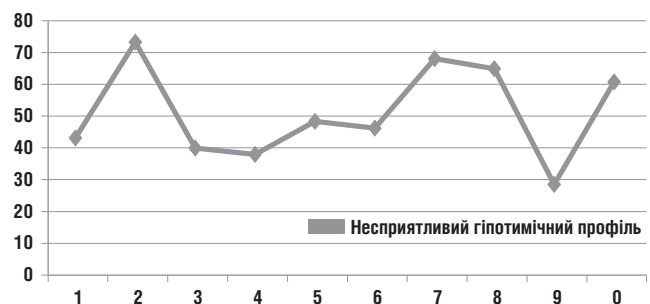


Рис. 2. Усереднений несприятливий гіпотимічний профіль хворих на ПФШ

До відносно сприятливого варіанту профілю особистості можна віднести профіль «відносно сприятливого невротичного» типу (рис. 3). Код за Хатеуей 12'370 / 8954. Малюнок профілю часто супроводжується помірно вираженим піком за шкалою психастенії, що і характерно для виразного негативного нахилу.



Рис. 3. Усереднений відносно сприятливий невротичний профіль хворих на ПФШ

Профіль особистості, близький до виділеного у цьому дослідженні «відносно сприятливого соматоформного» типу (рис. 4), слід віднести до числа досить сприятливих, ґрунтуючись на задовільній соціальній адаптації хворих з подібними особистісними властивостями. Код профілю за Хатеуей 3'1697-/. Найхарактерніший патерн – «конверсійна п'ятірка», утворена шкалами іпохондрії, депресії та істерії, розташована вище середньої лінії профілю і показує високу ймовірність соматичної каналізації тривоги. Серед обстежених хворих до проведення курсу терапії профіль даного типу був відзначений у 12,36 % хворих Г1 та у 10,26 % хворих Г2.



Рис. 4. Усереднений відносно сприятливий соматоформний профіль хворих на ПФШ

Найсприятливіший варіант профілю ММРІ – «відносно-нормативний» (рис. 5). Віддаючи собі звіт в тому, що низько розташований, сплющений профіль, характерний для конкордантності норми, при шизофренії може іноді відображати лише прояви вольового дефекту з емоційною тупістю і некритичністю, дослідник повинен враховувати результати клініко-психопатологічного вивчення хворого і відповідно підходити до формальної оцінки результатів ММРІ. Код профілю за Хатеуей 94- / 237158. До проведення терапії «відносно-нормативний» тип профілю особистості відзначений у 7,86 % обстежених хворих Г1 та у 10,26 % хворих Г2. У ході діагностики для вивчення статевої відмінності особистісних характеристик та розладів мислення у хворих на ПФШ був використаний метод піктограм.

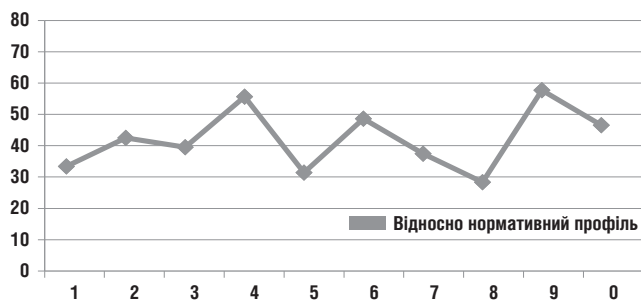


Рис. 5. Усереднений відносно нормативний профіль хворих на ПФШ

Аналіз даних, отриманих за допомогою тесту «Піктограми», показав, що для усіх символічних малюнків був характерний шизофренічний симптомокомплекс, який включав у себе:

1. Недостатнє або спотворене розуміння сенсу завдання (6; 10 % досліджуваних) – хворі на параноїдну форму шизофренії трактували дослідження відповідно до змісту своїх маячних ідей.
2. Зниження числа адекватних образів (27; 45 % досліджуваних) – при шизофренії виявилися три типи неадекватних образів: неадекватні за змістом (37%) – причина виникнення такого роду образів лежить в різного ступеня афективній насиченості розумового акту; неадекватні за процесом побудови (33,3%) – обумовлені порушенням динаміки психічних процесів; неадекватні за суб'єктивною значущістю (29,7%) – надмірна егоцентричність образів або їх холодність, формальність, відчуженість.
3. Зниження числа стандартних образів (24; 40% досліджуваних).
4. Наявність персеверативних тенденцій малюнків (15; 25% досліджуваних).

Також було проведено аналіз гендерних особливостей піктограм. У більшості чоловіків (19; 63,3%) простежується збільшення числа атрибутивних образів, які є економічними у відношенні образотворчих засобів. Також досить часто зустрічаються конкретні образи (14; 23,3%), загальна властивість цих образів – їх відповідність конкретній ситуації (рис. 2). Водночас у жінок спостерігалось більше метафоричних (16; 53,3%) та графічних (13; 43,3%) образів.

Для визначення рівня ригідності було використано Томський опитувальник ригідності Залевського. Отримані за цією методикою дані були занесені до таблиці 5.

Таблиця 5. Розподіл досліджених за рівнем ригідності (середній бал)

Шкала	Г1 (n=89)	Г2 (n=78)
Загальна ригідність (СКР)	146,2↑	150,4↑
Актуальна ригідність (АР)	41,6↑	45,1↑
Сенситивна ригідність (СР)	45,8↑	46,3↑
Установочна ригідність (УР)	43,7↑	37,9↑
Ригідність, як стан (РСО)	12,5↑	17,2↑
Преморбідна шкала (ПМР)	37,0→	37,6→

Примітки: ↑ – високий рівень; → – помірний рівень з тенденцією до високого.

Як свідчать дані таблиці 5, характерним для хворих як чоловічої, так і жіночої статі було підвищення рівня загальної ригідності (СКР), що супроводжувалось поведінковими порушеннями у формі персеверацій, нав'язливостей, стереотипів, упертості, педантизму. При цьому бал за шкалою СКР у групі жінок був дещо вищий, ніж у групі чоловіків. Щодо окремих аспектів шкали СКР, в обох досліджених групах було також виявлено підвищення показників за шкалами актуальної, сенситивної, установочної ригідності, а також ригідності як стану.

Так, за шкалою актуальної ригідності показники були підвищені у обох групах дослідження. Такі хворі характеризувалися нездатністю при об'єктивній необхідності змінити думку, ставлення, установку, мотиви, модус переживання.

Високий бал за шкалою CP, отриманий чоловіками та жінками, які страждають на параноїдну форму шизофренії, свідчить про наявність так званої неофобії, тобто негативно забарвленої емоційної реакції пацієнтів на нові ситуації, що вимагають якихось змін звичного способу життя.

У обстежених хворих Г1 та Г2 ригідність як стан (реакція) нерідко поєднувалась з ригідністю як рисою характеру і проявлялася виключно сильно і тотально. У стані страху, стресу (дистресу), поганого настрою, втоми або якого-небудь хворобливого стану пацієнти мали високий рівень схильності до ригідної (фіксованої) поведінки, про що свідчило підвищення за шкалою PCO, яке спостерігалось в обох групах дослідження.

Якщо за вищезазначеними шкалами AP, CP та PCO незначне переважання за середнім балом відмічалось у групі жінок (Г2), протилежні тенденції відзначались щодо шкали UP, вищий бал за якою відмічався в Г1. Високі показники за шкалою UP свідчили про виражену позицію, відношення або установку на неприйняття нового, небажання змінювати свої дезадаптивні особливості, самооцінку, рівень домагань, систему цінностей, звички тощо.

Помірний рівень ригідності за шкалою ПМР, виявлений у більшості досліджених в Г1 та Г2, дозволив зробити висновок, що у підлітковому і юнацькому (шкільному)

віці пацієнти не зазнавали труднощів у ситуаціях будь-яких змін, появи нового, тощо, а більшу ригідність почали відчувати в дорослому віці.

Висновки

Проблема перебігу та лікування шизофренії на даний момент не вивчена повністю. Поза дослідженнями залишається і гендерний аспект, який має значущу роль у специфіці перебігу більшості патологічних станів.

У результаті проведеного дослідження у хворих на ПФШ було відзначено дисгармонійні індивідуально-психологічні характеристики: несприятливий тип особистісного профілю, порушення у когнітивній сфері, підвищений рівень ригідності як якості особистості.

Список використаної літератури

1. Вид В. Д. Психотерапия шизофрении: краткое руководство / В. Д. Вид. – [3-е изд.] – СПб.: Питер, 2008. – 512 с.
2. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. – М.: Медицина, 2007. – С. 13–25.
3. Мосолов С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств / С. Н. Мосолов – Москва, 2001. – 238 с.
4. Психиатрия и наркология: учебник / В. Л. Гавенко, В. С. Битенский, А. К. Напреенко и др.; под ред. В. Л. Гавенко, В. С. Битенского. – К.: Медицина, 2009. – 488 с.
5. Flanagan R. J. Haematological toxicity of drugs used in psychiatry / R. J. Flanagan, L. Dunk // Human Psychopharmacology. – 2008. – P. 27–41.
6. Hofer A. Quality of Life in Schizophrenia: the Impact of Psychopathology, Attitude Toward Medication, and Side Effects / A. Hofer // J. Clin. Psychiatry. – 2004. – Vol. 65, № 6. – P. 864–866.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ С УЧЕТОМ ПОЛОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

К.В. Аймедов, А.В. Морваниук

Представленное исследование посвящено актуальной цели – выявлению гендерных особенностей больных параноидной шизофренией.

Для решения поставленных задач было обследовано 167 больных параноидной формой шизофрении. Были обнаружены клинично-психопатологические, психоэмоциональные и психосоциальные особенности больных параноидной формой шизофрении, которые имели гендерно обусловленные различия в группах мужчин и женщин. Определенные дезадаптивные характеристики мужчин и женщин, больных параноидной шизофренией, стали мишенями гендерноспецифических фармакологических и психотерапевтических интервенций на стационарном этапе, а также комплексных мер психосоциальной реабилитации на амбулаторном этапе. Эффективность внедренного комплекса терапевтических и реабилитационных мероприятий была доказана с помощью оценки позитивных изменений, которые произошли в клинично-патопсихологической, психоэмоциональной и психосоциальной сферах исследованных больных после проведения терапии. Оценка эффективности внедренного лечебно-реабилитационного комплекса позволила констатировать достоверные положительные изменения со стороны клинично-психопатологических, индивидуально-психологических и психосоциальных характеристик.

Использование разработанных нами комплексных мероприятий фармакотерапии, психотерапии и психосоциальной реабилитации позволило нивелировать психотические проявления и сформировать стабильное состояние ремиссии, уменьшить дезадаптивные проявления в психоэмоциональной и когнитивной сферах, улучшить социальное функционирование больного и его семьи.

Ключевые слова: параноидная форма шизофрении, гендерные особенности, фармакотерапия, психотерапия, психосоциальная реабилитация.

INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA TAKING INTO ACCOUNT SEX

K. Aymedov, A. Morvaniuk

Presented article is devoted to the actual development of measures aimed pharmacotherapy and psychosocial rehabilitation considering gender characteristics of patients with paranoid schizophrenia, assessing their effectiveness.

To solve the problems were examined 167 patients with paranoid form of schizophrenia. Were found clinical-pathopsychological, psycho-emotional and psychosocial features of the patients with paranoid form of schizophrenia, which were due to gender differences in the groups of men and women. Designated maladaptive characteristics of male and female patients with paranoid schizophrenia, became targets of gender-specific pharmacological and psychotherapeutic interventions in the stationary phase and of psychosocial rehabilitation through outpatient period. The effectiveness of implemented complex of therapeutic and rehabilitation activities has been proved by assessing the positive changes that have occurred in the groups of patients in clinical-pathopsychological, psycho-emotional and psychosocial areas after treatment. Evaluating the effectiveness of implemented treatment and rehabilitation complex allowed to establish significant positive changes in the clinical and psychopathological, individual psychological and psychosocial characteristics.

Using the comprehensive measures we developed pharmacotherapy, psychotherapy and psychosocial rehabilitation possible to reverse the psychotic manifestations and form a stable remission, reduce maladaptive manifestation in psycho-emotional and cognitive areas, improve the social functioning of the patient and his family.

Key words: schizophrenia, gender characteristics, pharmacotherapy, psychotherapy, psychosocial rehabilitation.

О.В. Коршняк

ДИНАМІКА НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ ІЗ ВІДДАЛЕНИМИ НАСЛІДКАМИ ЛЕГКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

lenkorsh@gmail.com

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) встановлено, що психічними захворюваннями страждають більш ніж 450 млн людей на планеті. Одним із найпоширеніших уражень нервової системи є закрыта черепно-мозкова травма (ЗЧМТ), статистика якої на сьогоднішній день – близько 1,2 млн осіб щороку (5–7 осіб на 1 тис. населення). Відповідно, збільшується й кількість хворих з віддаленими наслідками ЧМТ. Гострий і підгострий періоди ЗЧМТ не є кінцевою ланкою цього процесу, у двох із трьох осіб, які перенесли ЗЧМТ, через 1–2 роки діагностують віддалені наслідки посткомоційного синдрому.

Метою даного дослідження було вивчення провідних синдромів неспсихотичних психічних розладів у хворих в віддалений період закрытої черепно-мозкової травми та, з урахуванням цього, виділення основних критеріїв та особливостей їх корекції. **До дослідження було включено** 90 пацієнтів (28 чоловіків і 62 жінки) з НПП з віддаленими наслідками легкої ЗЧМТ (струс і забій головного мозку). Контрольну групу склали 30 пацієнтів (15 чоловіків та 15 жінок) цієї ж нозологічної групи. **Методами** для отримання результатів були: клінічний психопатологічний аналіз стану психічної сфери, психодіагностика когнітивних, емоційних, особистісно-психологічних якостей пацієнта; враховувались якість життя, характер і відношення до захворювання, а методом вибору і корекції слугувала фармакотерапія у поєднанні з індивідуальною і груповою психотерапією. **Результати** показали, що під впливом лікування відмічається позитивна динаміка за такими симптомами як загальна слабкість, підвищена втомлюваність, дратівливість, головний біль, тривожність.

Висновок. Проведене лікування в більшості випадків покращує самопочуття пацієнтів та сприяє їх активній діяльності.

Ключові слова:
неспсихотичні психічні
розлади, закрыта
черепно-мозкова травма,
струс головного мозку.

Упродовж багатьох років не втрачають своєї актуальності питання травматичних ушкоджень головного мозку та їх подальших наслідків. Це зумовлено не тільки значною поширеністю і різноманітністю клінічного патоморфозу, а й вираженістю проявів посткомоційного синдрому у віддалений період. Статистичні дані останніх років вказують на те, що в середньому у двох із трьох пацієнтів (це приблизно 50–80% спостережень), які мали в анамнезі закрыту черепно-мозкову травму (ЗЧМТ), через різні проміжки часу мають місце віддалені наслідки в різних клінічних варіантах, перебіг яких пов'язаний з частими станами декомпенсації, тимчасової непрацездатності, нерідко – з подальшою інвалідизацією [1, 5, 6, 9, 10]. Таким чином, ЗЧМТ є не тільки медичною, а й соціальною проблемою, оскільки вимагає значних економічних витрат, як власне на лікування, так і на медико-соціальну реабілітацію [2, 5, 9, 10].

Актуальність. За даними ВООЗ, частота ЗЧМТ зростає в середньому на 2% на рік і становить від 50 до 70% у загальній структурі травм [1, 3, 4, 6, 10]. Як свідчать літературні дані, стан хворих після перенесеної ЧМТ не можна назвати станом спокою. Відомо, що легка ЧМТ

призводить до розвитку стійкої дисфункції неспецифічних систем мозку і тривалих посттравматичних порушень. Після травми залишаються не тільки структурні зміни, а й певні функціональні порушення, які перебувають у стані прогресування і проявляються різними патологічними синдромами [1, 2, 4].

Травма головного мозку запускає каскад порушень його діяльності, як за рахунок первинного (біомеханічного фактора), так і внаслідок вторинного пошкодження (активація патофізіологічних механізмів). Безумовно, ЗЧМТ є стресом, який вмикає механізми, що призводять до суттєвих змін обміну речовин в органах і тканинах. Вторинне ушкодження охоплює безліч складних біохімічних і клітинних процесів, які збільшують тяжкість первинного ушкодження. Функціональна неповноцінність надсегментарних вегетативних і неспецифічних структур мозку зберігається на довгі роки та може маніфестувати під впливом різних екзо- та ендогенних факторів [1, 2, 4, 10]. Тому не слід забувати про значення співвідношення соматичних і психічних чинників у виникненні, перебігу та проявах пограничних захворювань, що є надзвичайно важливим

для подальшого їх лікування та профілактики [2, 8, 10]. Як показують клінічні спостереження, саме в поєднанні з психологічною реакцією у 30–40% хворих формується симптомокомплекс неврологічних психоветегативних розладів. До того ж, необхідно враховувати вплив основних чинників, які формують психічний стан людини: генетична схильність, функціональний фізичний стан, особистісні особливості, комплекс соціальних факторів тощо. Всі ці фактори можна умовно поділити на дві групи: конституційно-біологічні та соціально-особистісні. Кожен з них суто індивідуальний та функціонально динамічний, і при виникненні соматогенної або інших травмуючих ситуацій проходить через так званий адаптаційний бар'єр. При цьому тяжкість клінічного перебігу не корелює з виявленими змінами з боку психічної сфери пацієнта. Часом картина психічних розладів у віддалений період ЗЧМТ більш яскрава, насичена і різноманітна, ніж у гострий період травми. У таких випадках спостерігаються парадоксальні дисоціації між неврологічним статусом в гострий та віддалений періоди легких ЧМТ, а також протилежна тенденція у розвитку наслідків травм різного ступеня тяжкості [5, 6, 10]. Звідси випливає, що психогенні механізми, які запускаються в гострий період травми, не відіграють провідної ролі, і часто лише згодом набувають провідного значення. Вони проявляються різноманітними формами астенічного, психопатоподібного, пароксизмального синдромів, афективними, галюцинаторно-маячними і паранояльними психозами. Ймовірність виникнення непсихотичних психічних розладів (НПР) залежить від характеру основного захворювання, ступеня його тяжкості, етапу перебігу захворювання, рівня ефективності терапевтичних заходів, а також від таких особливостей як вік, спадковість, конституція, преморбідний склад особистості, іноді від статі, реактивності організму, наявності попередніх соматичних та неврологічних захворювань.

Таким чином, етіопатогенез психічних розладів при наслідках ЧМТ визначається взаємодією трьох груп факторів: соматогенні, психогенні, індивідуальні особливості пацієнта. Крім того, в процесі виникнення соматогенних розладів можуть брати участь додаткові психотравматичні фактори, не пов'язані із захворюванням. Відповідно, вплив соматичного захворювання на психічний стан хворого може призводити до розвитку переважно соматогенних або переважно психогенних психічних розладів.

Зростання цієї групи хворих обумовлено зростанням кількості НПР, які, в свою чергу, стають більш резистентними до медикаментозної терапії і розрізняються клінічним патоморфозом [3, 7].

За класифікацією, запропонованою М.Є. Бачеріковим (1989 р.), до НПР травматичного генезу можна віднести **постконтузійний синдром** (астенічний, астеноневротичний, астеноіпохондричний, астенодепресивний, астеноабулічний, травматичну церебрастенію); **травматичну енцефалопатію з непсихотичними порушеннями** (синдромом афективної нестійкості та психопатоподібним синдромом); **органічний психосиндром без психотичних порушень**.

Метою даного дослідження було вивчення провідних синдромів непсихотичних психічних розладів хворих у віддалений період закритої черепно-мозкової травми та,

з урахуванням цього, виділення основних критеріїв та особливостей їх корекції.

Матеріали і методи дослідження

До дослідження було включено 90 пацієнтів (28 чоловіків і 62 жінки) з НПР з віддаленими наслідками легкої ЗЧМТ, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні неврозів Центральної клінічної лікарні № 5 «Укрзалізниці» (м. Харків). Вік хворих був у межах 25–57 років. Давність травми – від 2,5 до 6 років. Для визначення ступеня тяжкості перенесеної травми була використана Міжнародна класифікація ЧМТ, згідно з якою пацієнти були поділені на дві основні групи: I група – пацієнти зі струсом головного мозку (СГМ) та забиттям головного мозку (ЗГМ) I ступеня; II група – пацієнти із ЗГМ. На момент обстеження середній вік пацієнтів у I групі складав $41,30 \pm 1,52$ роки, у II групі – $38,30 \pm 1,08$ років. За розподілом пацієнтів за віком групи були однорідними (табл. 1). Контрольну групу склали 30 пацієнтів (15 чоловіків та 15 жінок) з такими ж нозологічними формами.

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів з віддаленими наслідками легкої закритої черепно-мозкової травми за віком

Вік хворих, роки	Кількість спостережень (n=90)	
	Абс.	%±m
25–30	10	7,95±2,20
31–35	9	15,89±2,98
36–40	23	23,84±3,47
41–45	24	17,88±3,12
46–50	11	17,22±3,07
51–55	7	13,25±2,76
56 і старше	6	3,97±1,59

Обстеження хворих проводили за принципом випадкового вибору, коли усі одиниці генеральної сукупності мали рівну можливість потрапити до вибірки. Дослідження виконували у декілька етапів, послідовність яких відображена на рисунку 1.

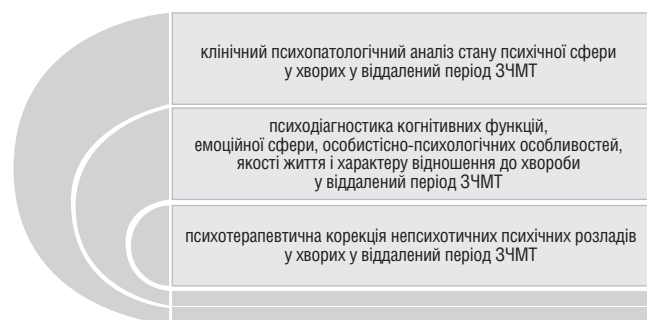


Рис. 1. Етапи дослідження хворих з непсихотичними психічними розладами у віддалений період ЗЧМТ

У дослідженні використовували загальноклінічні методи оцінки об'єктивних та суб'єктивних даних, які характеризують стан пацієнтів: клініко-психопатологічні – для оцінки стану психічної сфери за даними структурованого клінічного інтерв'ю; психодіагностичні – з метою оцінки втомлювальності і працездатності за таблицею Е. Краепелін, оцінка пам'яті за методикою запам'ятовування 10 слів (за А.Р. Лурія), шкала депресії А.Т. Бека, шкала реактивної та особистісної тривожності Ch.D. Spielberger в модифікації Y.L. Hanin, шкала астеніч-

ного стану Л.Д. Малкової, САН (самопочуття, активність, настрої) – диференціальна самооцінка функціонального стану (Б.В. Михайлов із співавт., 2012), нейрофізіологічні (електроенцефалографічне дослідження головного мозку); лабораторні та біохімічні; статистичні методи.

- Оцінка стомлюваності та працездатності за таблицею Е. Краєрелін. Методика дозволяє визначити коефіцієнт працездатності ($K_{\text{прац.}}$) як відношення суми правильно виконаних складань останніх чотирьох рядків до суми правильно виконаних складань перших чотирьох рядків. Якщо відношення наближається до одиниці, то це означає, що стомлення практично не відбувається [5].
- Оцінка пам'яті за методикою запам'ятовування 10 слів (за А.Р. Лурія). Методика дозволяє охарактеризувати стан короткочасної пам'яті (запам'ятовування, збереження і відтворення) [5].
- Шкала депресії А.Т. Бека дозволяє виявити обмежений набір найбільш релевантних та значущих симптомів депресії і найчастіших скарг, які висловлюють пацієнти [5].
- Шкала реактивної та особистісної тривожності Ch.D. Spielberger у модифікації Y.L. Hanin – єдина методика, яка дозволяє диференційовано вимірювати тривожність як особистісну властивість і як стан. Оцінка людиною свого стану в цьому відношенні є для неї істотним компонентом самоконтролю і самовиховання. Під особистісною тривожністю розуміють стійку індивідуальну характеристику, яка відображає схильність суб'єкта до тривоги і передбачає наявність у нього тенденції сприймати досить широке коло ситуацій як загрозливих, відповідаючи на кожну з них певною реакцією [5].
- ШІАС – тест-опитувальник для діагностики астенії. Шкала астенічного стану Л.Д. Малкової була адаптована Т.Г. Чортовою на основі Мінесотського багатоаспектного особистісного опитувальника (MMPI – Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Методика призначена для експрес-діагностики астенічного стану.

Методика призначена для експрес-діагностики астенічного стану.

- САН (самопочуття, активність, настрої) – диференціальна самооцінка функціонального стану (Б.В. Михайлов із співавт., 2012). Методика призначена для оцінки актуального (суб'єктивного) поточного психічного стану. Тест розроблений на основі принципу семантичного диференціала і дозволяє оцінити стан за трьома складовими: самопочуття, активність, настрої. Тестова карта САН має 30 пар слів протилежного значення і шкалу, за якою проводиться оцінка.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням методів варіаційної статистики. Достовірність відмінностей між середніми значеннями визначали за критерієм Стюдента. Достовірність отриманих результатів оцінювали на рівні значущості не менше 95% ($p < 0,05$).

Критеріями виключення із дослідження були супутні психічні відхилення; повторні черепно-мозкові травми; перенесені раніше нейроінфекції ЦНС; гострі й хронічні супутні соматичні захворювання та соматичні захворювання в стадії декомпенсації.

Результати та їх обговорення

До початку лікування у психічному статусі хворих провідними симптомами були загальна слабкість, емоційна лабільність, головний біль, порушення сну, підвищена втомлюваність, зниження психомоторної активності, порушення уваги, погіршення пам'яті, зниження засвоєння інформації, інтелектуально-мнестичне зниження, інверсія циклу «сон – неспання» тощо. Була проаналізована динаміка клінічної картини за десятима провідними симптомами (табл. 2).

Таблиця 2. Динаміка частоти діагностування основних психопатологічних симптомів неспіхотичного регістру у пацієнтів зі струсом і забиттям головного мозку (%±m%)

Психопатологічні симптоми	Період обстеження	Основна група		Контрольна група	
		СГМ (n=30)	ЗГМ (n=30)	СГМ (n=15)	ЗГМ (n=15)
Загальна слабкість	до лікування	82,1±7,2	61,1±11,8	81,1±7,0	60,1±11,5
	після лікування	14,3±6,7*	5,6±5,6	79,2±6,5#	57,2±9,3#
Втомлюваність	до лікування	71,4±8,7	50,0±12,1	72,2±8,4	49,5±11,0
	після лікування	17,9±7,4*	5,6±5,6	68,4±6,4#	47,3±9,2#
Подразливість	до лікування	60,7±9,4	66,7±9,1	58,8±9,2	66,1±8,1
	після лікування	10,7±5,9*	11,1±7,6	52,1±8,4#	64,1±7,6#
Головний біль	до лікування	50,0±9,6	55,6±12,0	48,8±9,7	54,6±11,0
	після лікування	17,9±7,4*	11,1±7,6*	45,7±7,8#	50,1±7,6#
Труднощі засинання	до лікування	53,6±9,6	50,0±12,1	53,4±9,6	50,0±12,1
	після лікування	7,4±5,0*	11,1±7,6*	49,3±5,0#	45,1±7,6#
Тривожність	до лікування	42,9±9,5	38,9±11,8	42,7±9,3	38,7±7,2
	після лікування	10,7±5,9*	5,6±5,6*	40,2±8,3#	34,6±9,2#
Відсутність бадьорості після сну	до лікування	39,3±9,4	50,0±12,1	38,1±9,2	48,1±11,0
	після лікування	7,4±5,0*	5,6±5,6*	37,1±8,6#	45,2±11,2#
Знижений настрій	до лікування	42,9±9,5	27,8±10,9	42,5±9,3	27,6±8,3
	після лікування	7,4±5,0*	5,6±5,6**	38,4±8,7#	23,4±8,0#
Невпевненість	до лікування	16,6±9,0	61,1±11,8	17,6±7,3	59,2±7,2
	після лікування	3,6±3,6#	16,6±9,0*	17,0±8,3#	55,4±7,0#
Нав'язливі стани	до лікування	21,4±7,9	38,9±11,8	20,4±7,7	38,8±10,7
	після лікування	3,6±3,6*	11,1±7,6*	16,3±5,4#	35,3±10,1#

Примітка. * – $p < 0,05$; ** – $0,05 < p < 0,1$; відмінності недостовірні: # – $p > 0,1$.

У хворих основної групи після медикаментозного лікування і проведення психотерапевтичних методів корекції були отримані достовірні значимі ($p < 0,05$) відмінності за такими психопатологічними симптомами: загальна слабкість, підвищена втомлюваність, дратівливість, головний біль, труднощі засинання, тривожність, відсутність бадьорості після сну. За симптомом «знижений настрій» у групі з астенічним синдромом розходження виявилися на рівні статистичної тенденції ($0,05 < p < 0,1$).

Можна припустити, що саме порушення роботи окремих мозкових структур може бути одним із патогенетичних механізмів, які беруть участь у формуванні НПР внаслідок травматичного ураження головного мозку.

Одержані дані за симптоматичними шкалами опитувальників виявили статистично значущі відмінності за окремими шкалами в групі (чоловіки, жінки), що представлені в таблиці 3.

Таблиця 3. Порівняльна характеристика даних за симптоматичними шкалами хворих з неспсихотичними розладами травматичного генезу

Симптоматичні шкали	Чоловіки (n=28)	Жінки (n=62)
1 Страхи та фобії	4 (27±12%)	13 (87±13%)*
2 Депресія	8 (53±9%)*	10 (67±13%)*
3 Тривога	13 (87±9%)*	14 (93±7%)*
4 Порушення сну	13 (87±9%)*	11 (71±12%)*
5 Неврастенічні розлади	9 (60±13%)*	14 (93±7%)*
6 Сексуальні розлади	5 (34±13%)	7 (47±13%)
7 Комунікативні розлади	9 (60±13%)*	9 (60±13%)*
8 Іпохондричні розлади	10 (67±13%)*	13 (87±9%)*
9 Психастенічні розлади	14 (93±7%)*	13 (87±9%)*
10 Соматичні порушення	8 (53±13%)*	10 (67±13%)*

Примітка. * $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$.

Достовірні дані одержані практично за всіма шкалами, окрім «сексуальні розлади» та «страхи та фобії» в групі чоловіків.

Тривожність, неврастенія та психастенічні розлади пов'язані, на нашу думку, із соціально-економічними процесами в нашому суспільстві на теперішній час.

Тест диференціальної самооцінки функціонального стану (САН) ми використовували для оперативної оцінки самопочуття, активності і настрою досліджуваних хворих. У обстежених основної групи достовірно значимі ($p < 0,05$) відмінності після лікування спостерігали в обох підгрупах за показниками «самопочуття» та «активність», за показником «настрій» – лише у хворих з астенічним синдромом посттравматичного генезу. У контрольній групі обстежених показники були на рівні тенденції ($0,05 < p < 0,1$).

За даними шкали Спілбергера – Ханіна рівні реактивної та особистісної тривожності були вищими у хворих з невротичними розладами, але статистично значущі відмінності були виявлені лише за показниками низької реактивної тривожності ($p < 0,05$). У пацієнтів з астенічним синдромом невротичного генезу низький рівень реактивної тривожності в процесі лікування наближався до показників норми ($p < 0,05$). Виявлена також позитивна динаміка особистісної тривожності в основній групі. У контрольній групі достовірних відмінностей не виявлено.

Суб'єктивну оцінку рівня депресії визначали за допомогою шкали депресії А.Т. Веєк, результати оцінки наявності депресії показали зміни на рівні статистичної тенденції ($0,05 < p < 0,1$). У контрольній групі достовірних відмінностей не виявлено.

При дослідженні пам'яті виявлено, що у всіх хворих переважають порушення за всіма показниками вербальної пам'яті (обсяг короточасної вербальної пам'яті при першому відтворенні слів, ефективність запам'ятовування вербальної пам'яті в другому, третьому, четвертому відтвореннях та обсяг довготривалої вербальної пам'яті). Достовірно значущі відмінності ($p < 0,05$) у хворих основної групи були отримані після проведеного медикаментозного лікування у поєднанні з психотерапією в першому, другому, третьому, четвертому відтвореннях та в обсязі довготривалої вербальної пам'яті.

Висновки

За результатами проведеного дослідження встановлено, що на фоні хронічних соціально-економічних стресів у хворих з віддаленими наслідками легкої черепно-мозкової травми спостерігаються неспсихотичні психічні розлади, які призводять до погіршення якості життя. Поєднане застосування медикаментозної терапії та психотерапії у хворих на НПР із наслідками ЗЧМТ має виражений терапевтичний ефект. Навіть порівняно нетривалий курс фармакотерапії з психотерапевтичним супроводом (від 3 тижнів) істотно нормалізує суб'єктивні прояви захворювання, викликає регрес провідних синдромів, має виражений позитивний вплив на мнестичну та емоційну сфери.

Список використаної літератури

1. Тайцлин В. И. Застаряла черепно-мозгова травма і її наслідки / В. И. Тайцлин // *Міжнарод. мед. журнал.* – 2002. – № 2. – С. 58–63.
2. Коршняк В. О. Реабілітація хворих з віддаленими наслідками закритих черепно-мозкових травм / В. О. Коршняк, Б. А. Насібуллін, О. В. Коршняк. – Харків: ВД «Інжек», 2014. – 160 с.
3. Невротичні психічні розлади в неврологічній клініці. Частина 1: конверсійні розлади / О. А. Балунов, Л. В. Лукина, В. А. Михайлов [і др.] // *Обзор психиатрии и медицинской психологии.* – 2012. – № 4. – С. 77–80.
4. Коршняк В. О. Кореляції змін структури сну та обміну катехоламінів у хворих з синдромом вегетативної дисонії внаслідок ЧМТ / В. О. Коршняк, Л. Г. Попова, Б. А. Насібуллін // *Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія.* – 2013. – № 3. – С. 10–14.
5. Максименко Н. А. Невротичні психічні розлади при церебрально-травматичній хворобі / Н. А. Максименко // *Український вісник психоневрології.* – 2009. – Т. 17, вип. 2 (59). – С. 31–34.
6. Марута Н. А. Особливості діагностики і терапії тривожних розладів невротичного і органічного генезу / Н. А. Марута, Т. В. Панько // *Український вісник психоневрології.* – 2013. – Т. 21, вип. 1 (74). – С. 75–82.
7. Михайлов Б. В. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці – сімейній медицині: навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти / [Б. В. Михайлов, І. С. Вітенко, О. І. Сердюк та ін.]; за заг. ред. Б. В. Михайлова. – 4-е вид., стереотипне. – Харків: ХМАПО, 2013. – 146 с.
8. Структура психічних розладів у хворих з очаговими органічними ураженнями головного мозку судинного і травматичного генезу і порушеннями мови, виявляються на етапі нейрореабілітації, і принципи їх психотерапевтичної терапії / В. М. Шкловський, Д. І. Малін, Г. Н. Кобозев [і др.] // *Соціальна і клінічна психіатрія.* – 2012. – Вип. 2, Т. 22. – С. 21–25.
9. Alexander M. P. Mild traumatic brain injury; pathophysiology, natural history, and clinical management (Review) / M. P. Alexander // *Neurology.* – 1995. – Vol. 45, № 7. – P. 1253–1260.
10. Neurohormones role in pathogenesis vegetative dysfunction syndrome of patients in remote consequences of closed craniocerebral injury / V. O. Korshnyak, B. A. Nasibullin, O. V. Korshnyak, A. I. Gozenko // *Journal of Health Sciences.* – 2014. – № 04 (04). – P. 127–134.

**ДИНАМИКА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ
С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЛЁГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ И ИХ КОРРЕКЦИЯ**
Е.В. Коршняк

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) установлено, что психическими заболеваниями страдают более 450 млн человек на планете. Одним из наиболее распространенных поражений нервной системы является закрытая черепно-мозговая травма (ЗЧМТ), статистика которой на сегодняшний день составляет около 1,2 млн человек ежегодно (5–7 человек на 1 тыс. населения). Соответственно, увеличивается и количество больных с отдаленными последствиями ЧМТ. Таким образом, острый и подострый периоды ЗЧМТ не являются конечным звеном этого процесса, у двух из трех человек, перенесших ЗЧМТ, через 1–2 года диагностируются отдаленные последствия посттравматического синдрома.

Целью данного исследования было изучение ведущих синдромов непсихотических психических расстройств больных в отдаленный период закрытой черепно-мозговой травмы и, с учетом этого, выделение основных критериев и особенностей их коррекции. В исследование были включены 90 пациентов (28 мужчин и 62 женщины) с НПП с отдаленными последствиями легкой ЗЧМТ (сотрясение и ушиб головного мозга). Контрольную группу составили 30 пациентов (15 мужчин и 15 женщин) той же нозологической группы. Методами для получения результатов были: клинический психопатологический анализ психической сферы, психодиагностика когнитивных, эмоциональных, личностно-психологических качеств пациента; учитывались качество жизни, характер и отношение к заболеванию, а методом выбора и коррекции служила фармакотерапия в сочетании с индивидуальной и групповой психотерапией. Результаты показали, что под влиянием лечения отмечается положительная динамика по следующим симптомам: общая слабость, повышенная утомляемость, раздражительность, головная боль, тревожность.

Выводы: проведенное лечение в большинстве случаев улучшает самочувствие пациентов и способствует активной их деятельности.

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга.

**DYNAMICS OF NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN PATIENTS
WITH REMOTE CONSEQUENCES OF MILD TRAUMATIC BRAIN INJURY AND THEIR CORRECTION**

O. Korshnyak

According to the World Health Organization (WHO) found that mental illness affected more than 450 million of people on the planet. One of the most common lesions of the nervous system is a closed craniocerebral trauma (closed craniocerebral injury), statistics which, today, is about 1,2 million. People annually (5-7 people per 1.000 populations). Accordingly, increasing and the number of patients with remote consequences of TBI, so acute and subacute periods closed craniocerebral injury is not the final link in this process. In two of the three people who have suffered head trauma, diagnosed in 1-2 years term effects of post-traumatic syndrome. The aim of this study was to examine the leading non-psychotic mental syndromes of disorders patients in the remote period closed head injury and, with this in mind, the selection criteria and the basic features of their correction. The study included 90 patients (28 men and 62 women) with NPD with remote effects of light closed craniocerebral injury (concussion and contusion of the brain). The control group consisted of 30 patients (15 men and 15 women) of the same nosological group. Methods for obtaining results were: clinical psychopathological analysis of the mental sphere, psychodiagnostics cognitive, emotional, personality and psychological characteristics of the patient; were taken into account quality of life character and attitude to disease, and the method of selection and correction served pharmacotherapy combined with individual and group psychotherapy. The results showed that exposure treatment is observed positive dynamics for symptoms such as general weakness, fatigue, irritability, headache, anxiety. Conclusion: the treatment in most cases improves the health of patients and actively promotes their activities.

Key words: non-psychotic mental disorders, closed craniocerebral injury, brain concussion.

УДК 616.009.7

Д.Н. Сапон

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ФІБРОМІАЛГІЇ

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

sapon.dari@gmail.com

Ключові слова:

фіброміалгія, тривожно-депресивні розлади, депресія, монотерапія, політерапія.

У дослідженні проведено порівняння підходів політерапії і монотерапії при лікуванні тривожно-депресивних розладів, які є наслідками фіброміалгії. Актуальність дослідження зумовлена постійним зростанням кількості пацієнтів, що страждають на фіброміалгію, поєднану з афективними розладами тривожно-депресивного спектра. Терапія тривожних та депресивних розладів при фіброміалгії проводиться шляхом різних терапевтичних заходів у стратегії моно- та політерапії. На вибір стратегії впливають бажання пацієнта та його можливості, а саме фінансовий потенціал та готовність змінити спосіб життя. Для лікаря вибір політерапевтичної стратегії лікування вимагає окремих зусиль, адже перед ним постає завдання контролю за виконанням усіх призначених терапевтичних заходів. Для цього необхідно мотивувати пацієнта, мобілізувати його вольові ресурси. Складним питанням при організації комплексного підходу є контроль терапевтичних заходів. Для монотерапії був застосований препарат Венлафаксин. Вибір препарату зумовлений його фармакодинамічними та фармакокінетичними властивостями. Стратегія політерапії включала лікування препаратами Прегабалін, Венлафаксин, Гідазепам, Кветіапін, немедикаментозне лікування: масаж, ЛФК, голкотерапія, дієта, когнітивно-поведінкова терапія. Була виявлена тенденція до вищої ефективності політерапії, яка складається з медикаментозного лікування, психотерапії та фізіотерапії.

Фіброміалгія – це хронічне захворювання, основною ознакою якого є больовий синдром, локалізований у певних анатомічних ділянках. Хронічний біль асоційований із різними психічними та соматичними симптомами,

найвагомішими серед них є депресивні прояви різного ступеня тяжкості, тривожні розлади, порушення сну, астеничний синдром, зниження якості та рівня життя. З часом, під впливом широкого спектра етіопатогене-

тичних факторів, симптоми мають тенденцію до загострення та резистентності. Фіброміалгія, за різними оцінками, турбує 2–8% населення. Жінки більш схильні до цього розладу, співвідношення жінки–чоловіки, за різними оцінками, складає від 7 : 1 до 9 : 1. Цей розлад найчастіше діагностують в осіб у віці від 20 до 50 років, хоча дебют захворювання може статися і в дитячому віці. Стрес та дистрес можуть бути факторами, що значно обтяжують перебіг захворювання на фіброміалгію, а в деяких випадках є тригерами цього розладу. З огляду на складні соціально-політичні обставини в Україні протягом останніх років ми можемо припустити, що захворюваність на фіброміалгію буде зростати, це зумовлює актуальність вивчення ефективності терапевтичних заходів та стратегій.

Стан розробки проблеми. Тривожно-депресивні розлади, які формуються на фоні больового синдрому – найчастіший психопатологічний прояв при фіброміалгії [1, 4, 7, 8]. Біль є фактором, який знижує рівень та якість життя хворих. Психопатологічні прояви, які супроводжують біль, а саме тривожні та депресивні синдроми, ускладнюють перебіг фіброміалгії [4, 6, 9, 10]. Поглиблення тривоги та депресії стимулює больовий синдром, таким чином формується «патологічне коло» – біль сприяє поглибленню тривоги та депресії, а тривожні та депресивні розлади поглиблюють больові відчуття, що призводить до формування больової поведінки. Аналіз наукової літератури пояснює цей патологічний феномен [1, 4, 7, 8, 13, 15, 16]. Хронічний стрес здатен викликати у головному мозку протизапальну експресію цитокінів, що, в свою чергу, призводить до розвитку симптомів тривоги, депресії та больового синдрому. Надалі цитокіни спричиняють депресивні симптоми через модуляцію гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової системи (ГПАС), резистентність до глюкокортикоїдів або їх вплив на регуляцію синтезу серотоніну. Обидва фактори є тригерами у розвитку депресії, тривоги та посилення больового синдрому [3, 5, 7, 14]. Наукові дослідження свідчать про те, що центральні моноаміни впливають на регуляцію «больової поведінки», а також беруть участь у регуляції низхідних больових шляхів. Можна вважати, що пацієнти з патологією нейротрансмісії моноамінів можуть перебувати у групі ризику розвитку фіброміалгії, «больової поведінки», тривожно-депресивного розладу [9–12, 14].

Причинно-наслідковий зв'язок між тривожно-депресивними розладами та хронічним невропатичним болем повністю не вивчений, але в клінічній практиці вже є наступні гіпотези:

1. Епізоди тривоги та депресії, які передують фіброміалгії, призводять до розвитку тривожно-депресивних розладів після початку фіброміалгії;
2. Деадаптивні копінг-стратегії сприяють формуванню взаємодії між тривогою, депресією і хронічним болем;
3. Депресивно-тривожні розлади та біль мають схожі характеристики, але є різними порушеннями [1, 4, 14, 16, 17].

Науковці M. J. Bair, R. L. Robinson, W. Katon, K. Kroenke [8] зробили деякі узагальнення, а саме:

- біль міцно пов'язаний з тривожними та депресивними розладами;

- залежність кількості вогнищ та інтенсивності болю від поточних подій життя є характеристиками, що зазвичай передують депресії;
- пацієнтам з болем притаманні такі психологічні симптоми депресії як зниження життєвого тону, розлади сну, тривога;
- при гострому больовому синдромі психологічний дистрес та недієспроможність є транзиторними, а при хроніфікації та поєднанні симптоматики вони стають стійкими.

Було встановлено тісний зв'язок між тривожно-депресивними станами та больовим синдромом при фіброміалгії [3, 5, 7, 9].

Психічні симптоми дуже ускладнюють перебіг та тяжкість цієї патології. При анкетуванні жінок, хворих на фіброміалгію, було встановлено, що тривожний, депресивний стан є прогностичним фактором розвитку супутніх психічних розладів у майбутньому [7, 10, 16]. Крім того, при тяжких станах депресії та тривоги у хворих на фіброміалгію спостерігали більше психічних симптомів та погіршення стану функціонування, ніж без неї. Також встановлено, що симптоматика у хворих на фіброміалгію пов'язана з депресивним чи тривожним розладом, який спостерігався як поточний епізод чи був в анамнезі [3, 12, 15]. Депресивні та тривожні розлади асоціюються у хворих на фіброміалгію з функціональною нестабільністю та є фактором, який прогностично впливає на ризик постійного болю, викликаного таким захворюванням [2, 4, 7].

Важливо зауважити, що лікування тривожних та депресивних розладів при фіброміалгії відбувається шляхом використання стратегій моно- та політерапії.

Завданням нашого дослідження було виявлення особливостей та ефективності моно- та політерапії пацієнтів з фіброміалгією та ознаками тривожно-депресивних розладів.

Мета дослідження – визначити сучасні аспекти тривожно-депресивних розладів у пацієнтів з фіброміалгією; порівняти ефективність монотерапії та політерапії.

Матеріали та методи дослідження

Відповідно до мети дослідження було обстежено 97 осіб, хворих на фіброміалгію, віком від 18 до 63 років (середній вік $40,41 \pm 6,36$ роки). Тривалість захворювання становила від 3 до 280 міс. (в середньому $95,41 \pm 8,11$ міс.). Серед них 34% складали чоловіки, 66% – жінки.

На початку дослідження всім пацієнтам було проведено загальноклінічне обстеження, оцінку інтенсивності болю за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ), електронейроміографію (ЕНМГ), електроенцефалографію (ЕЕГ), викликані потенціали Р300, визначення психічного статусу, анкетування за допомогою опитувальника Шихана, дослідження якості життя за опитувальником SF-36, оцінку якості сну за методикою «щоденник сну», визначення ознак тривоги та депресії за госпітальною шкалою (HADS). Серед 97 пацієнтів з фіброміалгією було виокремлено групу, до якої увійшли 36 осіб з вираженими афективними розладами високого ступеня, а саме – з високими показниками тривожності (31 особа) та депресії (26 осіб); серед них коморбідні розлади афективної сфери (тривож-

но-депресивні) були зафіксовані у 21 особи. У групі пацієнтів з фіброміалгією було 47 осіб, що мали низькі показники якості життя. Всі пацієнти з фіброміалгією та афективними розладами різного ступеня вираженості (97 осіб) були поділені на дві групи відповідно до стратегії лікування: фармакотерапії (49 осіб) або комплексної політерапії (48 осіб). Відбір пацієнтів у групи проводили за бажанням та можливостями лікування, а саме – фінансовим потенціалом та готовністю змінити спосіб життя. Для лікаря вибір політерапевтичної стратегії лікування вимагає окремих зусиль, адже перед ним постає завдання контролювати виконання всіх призначених терапевтичних заходів. Для цього необхідно підвищувати суб'єктність пацієнта, а саме – мотивувати та мобілізувати його вольові ресурси.

На етапі формування експерименту ми застосували фармакотерапію препаратами Венлафаксин, Прегабалін, Кветіапін. Вибір препаратів зумовлений їх фармакодинамічними та фармакокінетичними властивостями.

Стратегія політерапії включала лікування препаратами Прегабалін, Венлафаксин, Кветіапін, а також немедикаментозне лікування: масаж, ЛФК, голкотерапія, дієта, когнітивно-поведінкова терапія.

На другому етапі обстеження ми порівняли ефективність лікування за такими критеріями:

- оцінка інтенсивності болю;
- динаміка тривожно-депресивних проявів;
- оцінка якості життя;
- оцінка якості сну.

Результати та їх обговорення

У групі пацієнтів, які приймали фармакотерапію, значні позитивні зміни за всіма критеріями спостерігали у 21 особи, згідно зі статистичною значимістю $p=0,01$ за критерієм Вілкоксона, а статистична значимість ефекту на рівні $p < 0,05$ була зафіксована у 28 осіб (рис. 1).

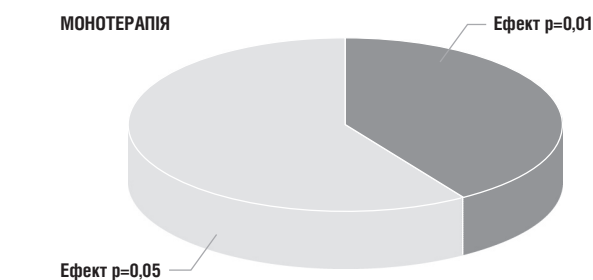


Рис. 1. Ефективність лікування при фармакотерапії

Серед пацієнтів, які отримали політерапію, ефективні зміни зі значимістю $p=0,01$ були у 34 осіб, зі значимістю $p=0,05$ – у 14 осіб (рис. 2).

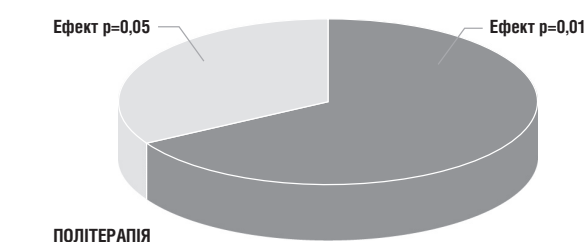


Рис. 2. Ефективність лікування при політерапії

Ми порівняли кількість таких пацієнтів у групах та виявили, що вона відрізняється із значимістю $p=0,05$ за критерієм Фішера ($\varphi^*_{\text{емп}}=1,746$) (рис. 3).

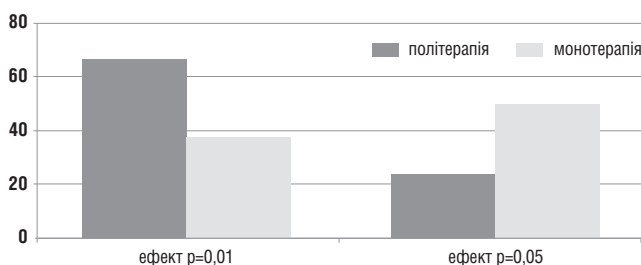


Рис. 3. Порівняння груп за кількістю пацієнтів з різним терапевтичним ефектом (%).

Висновок

За результатами дослідження була виявлена тенденція до вищої ефективності лікування вторинного болювого ефекту (тривожність та депресія) за умови політерапії, яка складається з медикаментозного лікування, психотерапії та фізіотерапії. Складним питанням при організації комплексного підходу є контроль терапевтичних заходів, мотивація пацієнта та мобілізація його вольових ресурсів. Окремою проблемою може бути фінансова неспроможність забезпечити придбання препаратів.

Результати нашого дослідження свідчать про те, що комплексний мультимодальний підхід до терапії коморбідних, а саме тривожних та депресивних розладів при фіброміалгії, є найефективнішою стратегією.

Список використаної літератури

1. Чабан О. С. Терапія хронічного алгічного синдрому у пацієнтів з несприятливими депресивними розладами і коморбідною соматичною патологією / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Український вісник психоневрології – 2010. – Т. 18, вип. 1 (62). – С. 67–72. с.
2. Сулейманова Г. П. Психосоматические соотношения и внутренняя картина болезни у больных синдромом фибромиалгии: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук / Г. П. Сулейманова. – Волгоград, 2005. – 22 с.
3. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: a test of the trauma hypothesis / D. S. Ciccone, D. K. Elliott, H. K. Chandler [et al.] // Clin. J. Pain. – 2005. – № 21 (5). – P. 378–386.
4. Meenan R. F. The AIMS approach to health status measurement: conceptual background and measurement properties / R. F. Meenan // J. Rheumatol. – 1982. – № 9. – P. 785–788.
5. Refined insights into the pain-depression association in chronic pain patients / F. Angst, M. L. Verra, S. Lehmann [et al.] // Clin. J. Pain. – 2008 – Vol. 24. – P. 808–816.
6. Arnold L. M. Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta-analysis and review / L. M. Arnold, P. E. Keck, J. A. Welge // Psychosomatics. – 2000. – Vol. 41. – P. 104–113.
7. Relationships Among Depression, Chronic Pain, Chronic Disabling Pain, and Medical Costs / B. A. Arnouk, C. M. Blasey, J. Lee [et al.] // Psychiatr. Serv. – 2009. – Vol. 60 (3). – P. 344–350.
8. Depression and pain comorbidity: a literature review / M. J. Bair, R. L. Robinson, W. Katon, K. Kroenke // Arch. Intern. Med. – 2003. – Vol. 163. – P. 2433–2445.
9. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of duloxetine in the treatment of women with fibromyalgia with or without major depressive disorder / L. M. Arnold, A. Rosen, Y. L. Pritchett [et al.] // Pain. – 2005. – № 119 (1–3). – P. 5–15.
10. A 14-week, randomized, double-blinded, placebo-controlled monotherapy trial of pregabalin in patients with fibromyalgia / L. M. Arnold, I. J. Russell, E. W. Dirr [et al.] // Pain. – 2008. – № 9. – P. 792–805.
11. Bennett M. I. Intravenous lignocaine in the management of primary fibromyalgia syndrome // M. I. Bennett, Y. M. Tai // Int. J. Clin. Pharmacol. Res. – 1995. – № 15 (3). – P. 115–119.
12. Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study / R. M. Bennett, M. Kamin, R. Karim [et al.] // Am. J. Med. – 2003. – № 114 (7). – P. 537–545.
13. Bennett R. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses / R. Bennett // Clin. Exp. Rheumatol. – 2005. – № 23 (5). – P. 154–162.
14. Safety and tolerability of duloxetine in the treatment of patients with fibromyalgia: pooled analysis of data from five clinical trials / E. H. S. Choy, P. J. Mease, D. K. Kajdasz [et al.] // Clin Rheumatol. – 2009. – № 28 (9). – P. 1035–1044.
15. Fibromyalgia relapse evaluation and efficacy for durability of meaningful relief (FREEDOM): a 6-months, double-blind, placebo-controlled trial with pregabalin / L. J. Crofford, P. J. Mease, S. L. Simpson [et al.] // Pain. – 2008. – № 136. – P. 419–431.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ФИБРОМИАЛГИИ

Д.Н. Сапон

Актуальность. Исследование посвящено сравнению подходов поли- и монотерапии при лечении тревожно-депрессивных расстройств, которые являются последствиями фибромиалгии. Актуальность исследования обусловлена постоянным ростом количества пациентов с фибромиалгией в сочетании с аффективными расстройствами тревожно-депрессивного спектра. Терапия тревожных и депрессивных расстройств при фибромиалгии происходит путем различных терапевтических мероприятий при использовании стратегий моно- и политеерапии. На выбор стратегии влияют желание пациента и его возможности, а именно финансовый потенциал и готовность изменить образ жизни. Для врача выбор политерапевтической стратегии лечения требует отдельных усилий, ведь возникает задача контролировать выполнение всех предписанных терапевтических мероприятий. Для этого необходимо мотивировать пациента, задействовать его волевые ресурсы. Сложными вопросами при организации комплексного подхода является контроль терапевтических мероприятий.

Методы и материалы. При монотерапии были применены препараты Венлафаксин, Прегабалин, Кветиапин. Выбор препаратов обусловлен их фармакодинамиками и фармакокинетическими свойствами. Стратегия политеерапии включала лечение препаратами Прегабалин, Венлафаксин, Кветиапин, немедикаментозное лечение: когнитивно-поведенческая терапия.

Результаты. Была выявлена тенденция к повышению эффективности лечения в условиях политеерапии, состоящей из медикаментозного лечения и психотерапии.

Ключевые слова: фибромиалгия, тревожно-депрессивные расстройства, депрессия, монотерапия, политеерапия.

MODERN ASPECTS OF TREATMENT OF ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH FIBROMYALGIA

D. Sapon

Actuality. Research is devoted to comparing of approaches of polytherapy and monotherapy in the treatment of anxiety and depressive disorders which are the results of fibromyalgia. Relevance of the research is due to the constant increase in the number of patients suffering from fibromyalgia, mood disorders with a combination of anxiety and depressive spectrum. Treatment of anxiety and depressive disorders in fibromyalgia occurs through various therapeutic measures and polytherapy and monotherapy strategies. The selection of the strategy depends on patient's wishes and his treatment options, such as financial capacity and willingness to change his lifestyle. It requires doctor's efforts to choose treatment strategies, because the aim to monitor the implementation of all intended therapeutic actions appears. It is necessary to motivate the patient to use his volitional resources. Complex issues in the organization of an integrated approach is to control the therapeutic interventions.

Methods and materials. For monotherapy the drug venlafaxine, pregabalin, quetiapine has been used. The choice of the drug due to its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties. Polytherapy strategy includes treatment with pregabalin, venlafaxine, quetiapine, non-pharmacological treatment: cognitive-behavioral therapy.

Results. There was found a tendency that the efficiency is higher in terms of polytherapy which consists of medication and psychotherapy.

Key words: fibromyalgia, anxiety-depressive disorders, depression, monotherapy, polytherapy.

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.895.87–085:615.214]–06:616.89–008.441.13

П.В. Кидонь

ДЕЯКІ АСПЕКТИ НАРКОТИЗАЦІЇ КАНАБІНОЇДАМИ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава
kidonpasha@mail.ru

Ключові слова:
канабіноїди, шизофренія,
наркотизація.

Питання коморбідної патології, зокрема психічних розладів та наркологічних залежностей, формування наркоманій на фоні психічної патології є одним із найактуальніших та стратегічних досліджень сьогодення. Особливо гостро це питання стоїть стосовно параноїдної форми шизофренії та вживання канабіноїдів. Метою даної роботи було дослідження патернів наркотизації канабіноїдами хворих на параноїдну форму шизофренії. Комплексне дослідження дозволило встановити клінічні особливості вживання канабіноїдів даною групою пацієнтів (систематичність, вік початку, термін та шляхи вживання, вживаний матеріал). Визначено тяжкість патологічного потягу до наркотиків в обстежених осіб. При діагностиці тяжкості патологічного потягу були виділені обов'язкові, високоспецифічні ознаки, такі як наявність відповідних думок про наркотик, афективні, поведінкові розлади, порушення сну. До допоміжних, або другорядних клінічних ознак, відносили вегетативні розлади, наявність сновидінь і установки на лікування, а також критичне ставлення пацієнта до хвороби. Виявлено, що між пацієнтами, хворими на параноїдну шизофренію, та психічно здоровими споживачами канабіноїдів є відмінності, що має бути відображено у диференційованому підході до побудови системи лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів у даної групи хворих.

Актуальність. Сьогодні шизофренія лідирує в топ-листі психічних розладів індустріального суспільства. За різними оцінками, на шизофренію хворіють від 24 до 51 млн людей у всьому світі [6]. У 2001 році Всесвітня організація охорони здоров'я включила шизофренію до списку десяти провідних причин інвалідності [8, 10]. Але, незважаючи на велику кількість наукових досліджень, які проводяться у всіх країнах світу з метою уточнення її нозологічних меж, пошуку причин, особливостей виникнення, розвитку нових методів лікування та соціальної реабілітації хворих, проблема шизофренії залишається далекою від вирішення. Це пояснюється не тільки тим, що розширились її діагностичні межі, різко збільшилась кількість шизофренічних та шизофреноподібних психозів, не тільки тим, що посилились наші можливості у боротьбі з цією тяжкою недугою, а й тим, що шизофренія є психозом, проблеми якого тісно пов'язані з факторами мікросоціального (конкретно-соціологічного) характеру, рівно як і з стрижневими питаннями антропології [2, 7].

У ряді досліджень виявлено, що поширеність усіх форм адиктивної поведінки в продромі первинного епізоду шизофренії зростає [1]. Збільшився інтерес вітчизняних та іноземних дослідників до проблеми формування наркоманій на фоні іншої психічної па-

тології. Кількість пацієнтів з так званим подвійним діагнозом, за деякими оцінками, досягає 50% від усіх хворих з різними формами хімічних залежностей [5]. Більшість досліджень з поєднаної психічної патології проводили на матеріалі хворих з опійною наркоманією. Подібні праці на матеріалі хворих з залежністю від канабіноїдів поодинокі. Це не є правомірним, оскільки, за матеріалами Комітету з наркотиків та злочинності ООН, з 200 млн споживачів наркотиків 162 млн зловживають канабіноїдами – це 3,9% населення світу. На споживачів канабіноїдів припадає 81% з числа всіх споживачів наркотичних речовин у світі, за останні 15 років їх число зросло на 4%. Ці факти визначають особливу актуальність та високу медико-соціальну значимість проведеного дослідження [9].

Метою даної роботи було дослідження патернів наркотизації канабіноїдами хворих на параноїдну шизофренію.

Матеріали та методи дослідження

Після отримання письмової усвідомленої інформованої згоди на участь у дослідженні нами було обстежено 67 чоловіків, які зверталися за допомогою на кафедру психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «УМСА» чи були залучені завдяки аут-річ роботі (надання інформації, консультацій і профілак-

тичних заходів закритим соціальним групам у місцях, звичних для них, тобто там, де вони збираються, живуть і проводять час). Такий гендерний розподіл ми пояснюємо тим, що жінки вкрай неохоче дають наркологічний анамнез, тим паче причини звернення до спеціаліста зазвичай не пов'язані з наркотизацією пацієнтки, а абстинентний синдром перебігає у стертій формі. Вік обстежених склав від 18 до 38 років. Відповідно до мети дослідження були сформовані дві клінічні групи. До першої, основної групи увійшло 36 осіб, у яких була діагностована шизофренія, параноїдна форма (F20.0), та які вживали канабіс не менше 6 місяців. Другу, контрольну групу склала 31 особа, яка на момент дослідження вживала (чи зловживала) канабіноїдами (також не менше 6 місяців), без жодного діагностованого психічного розладу.

Аналіз досліджуваних груп проводили з використанням спеціальної розробленої анкети, у яку вносили клініко-анамнестичні характеристики вживання канабіноїдів: систематичність, вік початку, термін та шляхи вживання, вживаний матеріал. Для визначення тяжкості залежності використовували шкалу патологічного потягу до наркотику – за М.М. Іванцем, М.О. Вінніковою (2001) [4]. Отримані результати були опрацьовані за допомогою методів медичної статистики (визначення середнього арифметичного, середнього квадратичного відхилення, критерію Фішера) [3].

Результати та їх обговорення

Досліджуючи частоту вживання канабіноїдів використовували класифікацію ВООЗ, яка виділяє наступні види:

- експериментальне;
- вживання нерегулярне чи з метою розваги;
- вживання особами, які страждають на залежність;
- епізодичне – протягом кількох годин чи днів, або одного–двох тижнів;
- регулярне – іноді до кількох разів на день.

Експериментальне вживання психоактивних речовин може обмежитися тільки дегустацією, тобто одним прийомом речовини для пізнання її властивостей і дії. Частина дегустаторів повторно вживають ту чи іншу речовину із метою пізнати її властивості чи в пошуках засобів із найсприятливішою дією на них, тобто переходять у категорію експериментуючих. Стосовно речовин, вживання яких є частиною традиції світового співтовариства, формуються варіанти нерегулярного їхнього вживання для розваги. Між нерегулярним вживанням психоактивних речовин і залежністю, що сформувалася, існує проміжний варіант у вигляді зловживання, тобто надмірного споживання з різного роду наслідками.

Особи, які вживали канабіс експериментально чи з метою розваги, не були залучені до дослідження. Такий вид вживання, як вживання особами, які страждають на залежність, не має кількісного критерію. Таким чином, частота вживання канабіноїдів нами була поділена на дві групи: епізодична та регулярна. Опираючись на клінічний досвід, під епізодичним вживанням ми позначали вживання з частотою менше 3-х разів на тиждень, під регулярним – 3 і більше разів на тиждень.

Виявлено, що 13 (36,11%) пацієнтів основної групи вживали канабіноїди епізодично, і у 23 (63,89%) вживання мало регулярний характер.

У контрольній групі цей розподіл виглядав наступним чином: епізодично вживала 21 (67,74%) особа, регулярно – 10 (32,26%).

Таким чином, достовірно виявлено ($p < 0,05$), що вживання серед пацієнтів основної групи у більшості випадків має регулярний характер, на відміну від учасників дослідження з контрольної групи.

При дослідженні шляхів вживання канабіноїдів хворими на шизофренію та різновидів вживаного матеріалу виявлено, що серед пацієнтів основної групи усі 36 (100,00%) вживали безпосередньо коноплю.

20 (64,51%) учасників дослідження з контрольної групи вживали наркотик рослинного походження. 8 (25,81%) осіб вживали суміш для паління «Spice», багату на синтетичні канабіноїди CP-47497 (некласичний канабіноїд, циклогексилфенол) та JWH-018 (аміноалкіліндол). Поєднували вживання наркотичної речовини рослинного та синтетичного походження 3 (9,68%) обстежених. Таким чином виявлено, що пацієнти, хворі на параноїдну форму шизофренії, статистично достовірно ($p < 0,05$) частіше вживають наркотичну речовину природного походження, порівняно з учасниками дослідження з контрольної групи.

Усі 36 (100,00%) пацієнтів основної групи вживали канабіноїди шляхом паління. Жоден з них не надавав перевагу будь-якому з засобів для паління («папіроса», «піпетка», сухий чи водний «бульбюлятори» тощо), вибір того чи іншого засобу залежав від зовнішніх умов (можливість залишитися наодинці, наявність супутніх матеріалів – пластикових пляшок, фольги, шпильок тощо). Один (2,78%) пацієнт з основної групи паління поєднував з вживанням відвару коноплі на молоці. Цей спосіб обумовлює зростання у крові під час наркотичного сп'яніння рівня більш активного метаболіту ТГК – 11-ОН-ТГК, який утворюється в печінці після всмоктування з шлунково-кишкового тракту.

Серед пацієнтів контрольної групи, аналогічно з основною, усі (100,00%) обстежені вживали канабіноїди шляхом паління. Вони також не надавали переваги жодному з засобів для паління, а зазначали, що їхній вибір залежав від зовнішніх факторів. Але, на відміну від основної групи, осіб, які комбінували паління з пероральним прийомом наркотику, було більше – 10 (32,26%). Отже, визначено, що особи, хворі на параноїдну шизофренію, статистично достовірно рідше ($p < 0,01$) поєднують паління з вживанням канабісу у вигляді відвару на молоці.

Дослідження віку початку та терміну вживання канабіноїдів хворими на параноїдну шизофренію є важливим аспектом наркотизації, оскільки можливі механізми патологічного впливу канабісу на нейрональному рівні у сенситивні періоди розвитку мозку давно є предметом обговорення в науковій літературі. На думку нейробіологів, період з 16 до 18 років (вік первинного пошукового наркотизму) заслуговує особливої уваги, оскільки в цей час закінчується реорганізація нейрональних структур переважно у зоні префронтального кортексу. Цей процес отримав назву синаптичної елімінації – «pruning». Саме в зоні префронтального кортексу відбувається остаточне

формування ендогенної трансміттерної канабіноїдної системи, яка виконує впродовж життя захисну антипсихотичну функцію мозку.

Аналізуючи вік початку вживання канабінолвмісних сполук ми обрали наступні вікові проміжки: 11–13, 14–16, 17–19, 20–22, 23–25, 26–28 років. Визначено, що в основній групі з 11–13 років почали вживати канабіноїди 3 (8,33%) пацієнти, з 14–16 – 15 (41,66%), з 17–19 – 10 (27,78%), з 20–22 – 5 (13,89%), з 23–25 – 2 (5,56%), з 26–28 – 1 (2,78%). Середній вік початку вживання – $(17,07 \pm 3,36)$ років ($M \pm \sigma$).

У контрольній групі з 11–13 років канабіноїди почали вживати 2 (6,46%) пацієнти, з 14–16 – 12 (38,71%), з 17–19 – 8 (25,81%), з 20–22 – 7 (22,58%), з 23–25 – 1 (3,22%), з 26–28 – 1 (3,22%). Середній вік початку вживання – $(17,48 \pm 3,68)$ років ($M \pm \sigma$). Таким чином виявлено, що психічно здорові особи не виявляють статистично достовірної різниці у віці початку вживання канабіноїдів.

Нами було визначено, що середній термін вживання канабіноїдів серед пацієнтів основної групи становив $(10,82 \pm 4,94)$ років ($M \pm \sigma$), зокрема від 1 до 3 років він був у 1 (2,78%) пацієнта, від 3 до 5 років – у 4 (11,11%), від 5 до 10 років – у 9 (25,00%), більше 10 років – у 22 (61,11%) хворих.

Середній термін вживання канабіноїдів в контрольній групі становив $(5,19 \pm 4,13)$ років ($M \pm \sigma$): до 1 року – у 8 (25,80%) осіб, від 1 до 3 років – у 10 (32,27%), від 3 до 5 років – у 4 (12,90%), від 5 до 10 років – у 5 (16,13%) обстежених, більше 10 років – у 4 (12,90%). Отримані дані не були статистично опрацьовані, оскільки, на нашу думку, це не є правомірним. Вік учасників з контрольної групи є меншим через специфічний механізм залучення до дослідження осіб, які вживають канабіс (аут-річ робота). Тому отриманий результат був відображений з оглядовою метою.

Патологічний потяг до наркотику визначається як надцінна структура домінантного типу за відсутності чужості даного феномена особистості хворого, критики й боротьби мотивів. Слід зазначити, що внутрішньосиндромальна динаміка патологічного потягу до наркотику не пов'язана із зовнішніми факторами, а обумовлена саме стереотипом розвитку хвороби. При діагностиці тяжкості патологічного потягу можна виділити обов'язкові, високоспецифічні ознаки, такі як наявність відповідних думок про наркотик, афективні, поведінкові розлади, порушення сну. До допоміжних, або другорядних клінічних ознак можна віднести вегетативні розлади, наявність сновидінь і установки на лікування, а також критичне ставлення пацієнта до хвороби.

Визначення тяжкості патологічного потягу до наркотику проводили серед пацієнтів основної та контрольної груп за шкалою патологічного потягу до наркотику (за М.М. Іванцем, М.О. Вінніковою, 2001).

Статистична обробка отриманих результатів за розділом поведінкові / психопатоподібні розлади проведена не була. На нашу думку, це не є правомірним, оскільки наявний шизофренічний процес у пацієнтів основної групи маскує поведінкові розлади, обумовлені патологічним потягом до наркотику, та збільшує як бал за даним розділом, так і загальну сумарну оцінку. Тому отримані бали за поведінкові / психопатоподібні розлади не врахо-

ували під час підсумкового підрахунку, вони зазначені з оглядовою метою. З огляду на результати клінічного обстеження пацієнтів основної групи ми вважаємо, що на інші показники даної шкали наявна у хворих шизофренія має менший вплив (хоча звичайно він наявний), що дає нам підставу використовувати оцінку для дослідження патологічного потягу до наркотику. Пацієнтам основної групи було роз'яснено, що при вивченні установки на лікування та критики до хвороби досліджується не шизофренія, а супутній наркологічний розлад.

Виявлено, що серед пацієнтів, хворих на шизофренію, які на момент дослідження вживали канабіноїди, середній загальний бал (M) становить 12,18 б. Середні бали (M) за конкретними пунктами даної шкали: думки про наркотик – 1,84 б., знижений настрій – 0,68 б., тривога – 1,12 б., дисфорія – 1,92 б., емоційна лабільність – 1,76 б., порушення сну – 0,67 б., поведінкові / психопатоподібні розлади – 1,93 б., сновидіння на наркотичну тематику – 0,72 б., установка на лікування – 1,34 б., критика до хвороби – 2,13 б.

Проводячи обстеження за даною шкалою серед контрольної групи встановлено, що середній (M) загальний бал становить 10,17 б. Середні (M) бали за конкретними пунктами даної шкали: думки про наркотик – 1,28 б., знижений настрій – 0,55 б., тривога – 0,69 б., дисфорія – 0,79 б., емоційна лабільність – 0,69 б., порушення сну – 0,69 б., поведінкові / психопатоподібні розлади – 0,32 б., сновидіння на наркотичну тематику – 0,79 б., установка на лікування – 2,42 б., критика до хвороби – 2,27 б.

У пацієнтів основної групи симптоматика спостерігалася в наступному співвідношенні: думки про наркотик були наявні у 28 (77,78%) хворих, знижений настрій – у 13 (36,11%), тривога – у 23 (63,89%), дисфорія – у 31 (86,11%), емоційна лабільність – у 30 (83,33%), порушення сну – у 13 (36,11%), поведінкові / психопатоподібні розлади – у всіх 36 (100,00%) пацієнтів, сновидіння на наркотичну тематику – у 12 (33,33%).

Відповідна симптоматика у обстежених з контрольної групи була наступною: думки про наркотик відзначали у себе 17 (54,84%) осіб, знижений настрій – 9 (29,03%), тривогу – 12 (38,71%), дисфорію – 12 (38,71%), емоційну лабільність – 11 (35,48%), порушення сну – 11 (35,48%), поведінкові / психопатоподібні розлади – 7 (22,58%), сновидіння на наркотичну тематику – 11 (35,48%).

Провівши статистичну обробку отриманих даних ми виявили достовірне переважання наступних показників у пацієнтів основної групи, порівняно з контрольною: думки про наркотик ($p < 0,05$), тривога ($p < 0,01$), дисфорія ($p < 0,01$), емоційна лабільність ($p < 0,01$); статистично достовірно менша оцінка була за показником установки на лікування ($p < 0,01$). Також виявлено статистично достовірне ($p < 0,05$) переважання сумарної оцінки у пацієнтів основної групи. Отримані результати свідчать про більшу тяжкість патологічного потягу до канабіноїдів у хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням цієї наркотичної речовини. Менший бал у розділі установки на лікування, на нашу думку, пов'язаний з тим, що певний відсоток хворих з основної групи асоціюють вживання канабісу та розвиток у них шизофренічного процесу. Тому цілком природно, що комплаєнс щодо

терапевтичних заходів, спрямованих на позбавлення залежності, у них буде більший, ніж у анозогностично налаштованих осіб з контрольної групи.

Провівши статистичну обробку показників поширеності симптоматики ми виявили, що дисфорія та емоційна лабільність статистично достовірно ($p < 0,05$) частіше спостерігається у пацієнтів основної групи, ніж в учасників дослідження з контрольної групи.

Висновки

Обстеження пацієнтів виявило, що залежність від канабіноїдів у хворих на параноїдну шизофренію характеризується закономірною та прогресивною ендогенізацією її структури з поступовим її залученням в патокінез шизофренічного процесу. Між пацієнтами двох груп є відмінності, що має бути відображено в диференційованому підході до побудови системи лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів у хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням канабіноїдів.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОТИЗАЦИИ КАННАБИНОИДАМИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ

П.В. Кидонь

Вопрос коморбидной патологии, в частности психических расстройств и наркологических зависимостей, формирования наркоманий на фоне психической патологии является одним из актуальных и стратегических исследований современности. Особенно остро этот вопрос стоит в отношении параноидной формы шизофрении и употребления каннабиноидов. Целью данной работы было исследование паттернов наркотизации каннабиноидами больных параноидной формой шизофрении. Комплексное исследование позволило установить клинические особенности употребления каннабиноидов данной группой пациентов (систематичность, возраст начала, срок и способы употребления, употребляемый материал). Определена тяжесть патологического влечения к наркотику у обследованных лиц. При диагностике тяжести патологического влечения были выделены обязательные, высокоспецифичные признаки, такие как наличие соответствующих мыслей о наркотике, аффективные, поведенческие расстройства, нарушения сна. К вспомогательным, или второстепенным клиническим признакам относились вегетативные расстройства, наличие сновидений и установки на лечение, а также критическое отношение пациента к болезни. Выявлено, что между пациентами, больными параноидной шизофренией, и психически здоровыми потребителями каннабиноидов имеются различия, что должно быть отражено в дифференцированном подходе к построению системы лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий у данной группы больных.

Ключевые слова: каннабиноиды, шизофрения, наркотизация.

SOME ASPECTS OF CANNABINOID USE OF PATIENTS WITH PARANOID FORM OF SCHIZOPHRENIA

P. Kydon

Question of combined pathology in particular, mental illness and drug dependency, formation of drug addiction on the background of mental pathology, is one of the important and strategic studies of modernity. This is particularly an issue in relation to the paranoid form of schizophrenia and the use of cannabinoids. The aim of this work was the study of patterns of cannabinoid use of patients with paranoid form of schizophrenia. A comprehensive study has allowed to establish the clinical features of the use of cannabinoids in this group of patients (systematic, age of onset, duration and methods of use, the used material). The severity of the pathological craving for the drug in the surveyed persons was determined. When diagnosing the severity of pathological craving were identified mandatory, highly specific signs such as the presence of relevant thoughts about the drug, affective, behavioral disorders, sleep disorders. The auxiliary or secondary clinical signs were autonomic dysfunction, the presence of dreams and installations for the treatment, as well as the critical attitude of the patient towards the disease. It is revealed that among patients with paranoid schizophrenia patients and mentally healthy consumers of cannabinoids differences are preseny, that should be reflected in the differentiated approach to the construction of a system of treatment and rehabilitation and preventive measures in this group of patients.

Key words: cannabinoids, schizophrenia, drug use.

Список використаної літератури

1. Динамика распространенности аддиктивного поведения как стратегии совладания с дистрессом, обусловленным негативной симптоматикой, в продроме первичного эпизода шизофрении / Р. Н. Романенко [и др.] // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2008. – № 11. – С. 162–166.
2. Зурабашвили А. Теоретические и клинические искания в психиатрии / А. Зурабашвили. – Тбилиси: Мецниереба, 1976. – С. 183–187.
3. Зюзін В. О. Статистичні методи в охороні здоров'я та медицині / В. О. Зюзін, А. В. Костріков, В. Л. Філатова. – Полтава: [б. в.], 2002. – 150 с.
4. Иванец Н. Н. Диагностические критерии тяжести патологического влечения к наркотику / Н. И. Иванец, М. А. Винникова // Журнал неврологии и психиатрии – 2001. – № 8. – С. 4–7.
5. Клинический патоморфоз зависимости от каннабиноидов у больных шизофренией (по данным отдаленного катанеза) / Т. В. Клименко [и др.] // Наркология. – 2008. – № 1. – С. 41–45.
6. Сеньков О. Темная материя мозга: шизофрения // В мире науки. – 2010. – № 5. – С. 29–38.
7. Снежневский А. Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование / А. Снежневский. – М.: Медицина, 1972. – С. 3, С. 9, С. 32.
8. Ягода С. А. Биомаркеры шизофрении и пути объективизации психофармакотерапии // Современная терапия психических расстройств. – 2011. – № 2. – С. 2–7.
9. Grella C. E. Contrasting the views of substance misuse and mental health treatment providers on treating the dually diagnosed // Substance use and misuse. – 2003. – № 10. – P. 1433–1446.
10. Schizophrenia «Just the Facts»: what we know in 2008 part 1: overview / R. Tandon [et al.] // Schizophrenia research. – 2008. – № 1–3. – P. 4–19.

Н.Ю. Напреєнко

ПРОФІЛАКТИКА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ
napr_center@bigmir.net**Ключові слова:**алкоголізм, депресія,
їх взаємозалежність,
походження депресій,
їх клінічні варіанти,
профілактика.

Задля вивчення взаємозв'язку синдрому алкогольної залежності та депресивних розладів обстежено 160 хворих на алкоголізм із симптомами депресії. Показано, що за походженням такі депресії можна поділити на психогенні (66,3% пацієнтів), ендогенні (11,3% пацієнтів), органічні (цереброорганічні та соматогенні – 22,4% пацієнтів) та змішані. У них виділено наступні клінічні варіанти депресивних станів: 1) іпохондричний – у 42,5%; 2) астенічний – у 20,6%; 3) тривожно-депресивний – у 19,4%; 4) дисфоричний – у 14 (8,8%); 5) простий – у 7 (4,35%); 6) апатичний – у 4,35% обстежених. Показано, що депресія у більшості з цих пацієнтів провокує рецидиви алкоголізації, знижує якість та тривалість ремісії та погіршує соматоневрологічний і соціальний стан хворих. Розроблено комплексну систему профілактики вказаної патології, що включає поетапний одночасний медикаментозний і психотерапевтичний вплив на три патологічні складові «хибного кола» (психічну, соматичну та соціальну), притаманні таким пацієнтам. Основні її принципи: максимально раннє виявлення осіб з алкогольними проблемами, потенційних пацієнтів з групи ризику; окрім психіатрів і наркологів, участь профілактичній роботі беруть лікарі первинної медичної ланки, психолог, соціальний працівник, а також рідні та близькі хворих, з якими проводяться психоосвітні заходи. Ця програма допомоги враховує виявлені під час дослідження механізми розвитку депресії, її клінічні варіанти, клінічні та динамічні характеристики залежної поведінки, характерологічні риси пацієнта, наявні у нього соматичні та неврологічні відхилення і ситуацію в його мікрооточенні.

Актуальність проблеми. Наукові роботи, присвячені проблемі алкогольної залежності (АЗ) та депресивних розладів (ДР), вказують на те, що саме коморбідна депресія у поєднанні з певними рисами особистості таких пацієнтів найчастіше зумовлює актуалізацію патологічного потягу до алкоголю (ППА), створює небезпеку виникнення рецидивів хвороби та в цілому знижує тривалість і якість ремісії [3–5, 7].

Проведення профілактики, медичної та соціальної реабілітації в таких випадках ускладнене через цілу низку факторів: значну різноманітність походження ДР у таких осіб; поширеність їх атипових, стертих клінічних форм; ігнорування самими пацієнтами наявних у них афективних порушень та алкогольної залежності; непомітною депресія є й для близьких хворого внаслідок її «маскування» систематичним пияцтвом; після повної або часткової редукції симптомів АЗ депресія може зберігатися, «ховаючись» за соматичними та цереброорганічними наслідками хронічної алкогольної інтоксикації [1, 2, 6, 8, 9]. З огляду на те, що стандартні підходи до профілактики зазначених розладів недостатньо ефективні, вказану проблему слід визнати актуальною.

Матеріал і методи дослідження

Метою нашого дослідження стало вивчення причин, закономірностей формування та клінічної структури депресій при алкогольній залежності, удосконалення

критеріїв їх діагностики й розробка комплексної системи диференційного лікування цих хворих і профілактики ДР та АЗ. Обстежено 160 хворих на АЗ із ДР, чоловічої статі, віком 32 – 56 років. При цьому застосовували клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичні (скринінг-шкала AUDIT – виявлення осіб, які зловживають алкоголем, шкала самооцінки депресії Цунга, стандартизована шкала депресії Гамільтона, шкала Спілбергера – Ханіна – оцінка рівня реактивної тривоги та особистісної тривожності, методика Леонгарда – Шмішека – вивчення акцентуацій характеру), загальноклінічні та лабораторні, за наявності показань – нейрофізіологічні (ЕЕГ, МРТ) і призначені лікарями-інтерністами спеціальні соматичні та неврологічні методи дослідження.

Результати та їх обговорення**Клінічні варіанти та походження депресій при АЗ.**

Діагностували наступні клінічні варіанти депресивних синдромів: 1) депресивно-іпохондричний – у 68 (42,5%); 2) астенно-депресивний – у 33 (20,6%); 3) тривожно-депресивний – у 31 (19,4%); 4) депресивно-дисфоричний – у 14 (8,8%); 5) апатико-депресивний – у 7 (4,35%); 6) простий депресивний – у 7 (4,35%) хворих. Відмічено некритичне сприйняття хворими власного емоційного стану, невиразність почуття провини із прагненням звинувачувати у своїх проблемах інших, інтенсивні короткотривалі або затяжні психопатоподібні реакції

та невідповідність між значною виразністю іпохондричних і астенічних проявів. За походженням ці афективні розлади можна поділити на психогенні – 66,3% пацієнтів, органічні (цереброорганічні та соматогенні) – 22,4%, ендогенні – 11,3% обстежених, та змішані.

Психогенні ДР здебільшого були безпосередньо пов'язані з неблагополучною ситуацією в мікрооточенні: у 48 (30,0%) випадках конфлікт стосувався партнерського, подружнього та родинного життя, у 35 (21,9%) – був пов'язаний із неприємностями на роботі, руйнуванням планів, кар'єри, у 23 (14,4 %) пацієнтів були змішані соціальні проблеми. Таким хворим були притаманні нездатність до адекватної психологічної адаптації при психотравмівних обставинах, домінування неефективних (інфантильних та невротичних) механізмів психологічного захисту внаслідок виразних акцентуованих рис особистості.

На тлі систематичної алкоголізації у них закріплювалися індивідуально-психологічні стереотипи девіантної поведінки, поглиблювалися порушення в процесах адаптивності та самоактуалізації, що, в свою чергу, заважало гармонізації міжособистісної взаємодії у буденному житті, запобіганню міжособистістним та внутрішньоособистістним конфліктам. Посилювалися преморбідні тенденції до депресивного реагування на численні ускладнення соматичних, цереброорганічних і соціальних негараздів, зумовлених алкогольною залежністю; зростали небажання пацієнтів визнати себе хворими, некритичність, неможливість правильно оцінити негативний вплив наслідків вживання алкоголю на особисте життя, професійну діяльність, долю сім'ї та інші соціальні стосунки. Відсутність установки на одужання, неадекватне уявлення про себе можна розглядати в якості основних об'єктів впливу психотерапії при здійсненні профілактичних заходів.

Для 18 (11,3%) хворих із ендогенною депресією були характерні добові коливання настрою з певним його покращенням у другій половині дня, надцінні ідеї меншвартості та неповноцінності, почуття провини, велика питома вага соматовегетативних розладів, фазовість психопатологічної симптоматики, спонтанні сезонні пригнічення настрою зі зниженням активності та працездатності, втратою попередніх інтересів, постійною наявністю тривожного компонента, зниженням апетиту, втратою ваги, безсонням.

У 36 (22,4%) пацієнтів з «Органічним афективним розладом» (F06.3 за МКХ–10) ДР розвинулися як внаслідок безпосереднього токсичного впливу етанолу на центральну нервову систему, так і завдяки іншим механізмам дисметаболічного характеру, за рахунок наявної соматичної патології, спричиненої хронічною алкогольною інтоксикацією. У них спостерігали стійкий субдепресивний стан із короткотривалими психопатоподібними реакціями в поєднанні зі значною психічною виснажливістю та помірно вираженими когнітивними розладами. Характерною була часта зміна настрою, що виникала пароксизмально із незначного приводу або спонтанно, дратівливість, нетерпимість, нестриманість.

Таким чином, у генезі ДР при АЗ велику питому вагу мають соціально-психологічні чинники. У таких осіб наявне усвідомлення необхідності докорінної зміни стилю життя, стереотипів, манери поведінки, проте вони неспроможні адекватно контролювати власні емоції, реагувати на звичайні стресогенні ситуації повсякденного життя без вживання алкоголю. Внаслідок цього у пацієнтів прискорю-

ється соціальна дезадаптація, зростає ризик аутоагресивної поведінки, знижується ефективність лікувальних та реабілітаційних заходів. При цьому формується замкнене коло: зловживання алкоголем викликає афективну патологію, яка, в свою чергу, призводить до посилення алкоголізації.

Усі вищезазначені психіатричні, соціальні та психологічні чинники мають бути мішенню для профілактичних заходів.

Профілактика ґрунтується на єдиній методичній основі, що полягає у ранньому виявленні, поетапному лікуванні та оптимальній реабілітації цих хворих. Вона спрямована на визначення та корекцію біологічних, психологічних та соціальних факторів, що провокують виникнення депресії та підтримують її.

Головним напрямком профілактики ДР ендогенного походження є медикаментозна терапія в поєднанні з психотерапевтичною корекцією. Профілактика депресій соматогенного та цереброорганічного походження базується як на медикаментозній корекції наявних у пацієнтів соматоневрологічних порушень, які стали підґрунтям для виникнення депресії, так і на виробленні у хворих адекватного патерну поведінки при дії дезадаптувальних чинників. Використання у схемі комплексної терапії препаратів нейрометаболічної дії та гепатопротекторів з метою нормалізації нейрометаболізму та корекції порушених гепатоцеребральних взаємозв'язків, з нашої точки зору, є патогенетично обґрунтованим і доцільним.

Профілактика ДР у походженні яких провідне значення мають психологічні та/або соціальні чинники, вимагає використання складнішої системи впливів. На фоні протирецидивної психофармакотерапії, спрямованої на стабілізацію емоційного стану та корекцію постморбідних змін особистості, проводиться психотерапія, метою якої є гармонізація внутрішньої картини хвороби, зміцнення установки на тверезий спосіб життя, усунення (в межах можливого) несприятливих психотравмівних обставин або зміна ставлення пацієнта до таких впливів. У процесі психотерапії визначаються внутрішньоособистісні причини алкоголізації, проводиться аналіз та корекція індивідуально-психологічних стереотипів дезадаптивної поведінки з метою вироблення більш конструктивних поведінкових стратегій в умовах впливу психотравмівних обставин.

Профілактика ДР у таких хворих не може бути ефективною без позитивної зміни процесу психологічної адаптації із виробленням ефективних, зрілих механізмів психологічного захисту, гармонізації характерологічних особливостей особистості з покращенням пристосування до різних соціальних ситуацій, більш адекватним емоційним сприйняттям навколишнього, корекцією самооцінки, рівня домагань та здатності до самоконтролю.

Використання сугестивних методів у пацієнтів із ДР при АЗ є ефективним лише за умови стабілізації емоційної сфери та відсутності серед мотивів зловживання алкоголем патологічних мотивів самоушкодження.

Психоосвітня робота у рамках профілактики ДР повинна включати інформування пацієнтів про особливості їх недуги, причини виникнення та клінічні прояви депресії, прояви ППА, а також про важливість тривалої комплексної протирецидивної терапії на етапах формування та під час ремісії. Варто пояснити хворому та його

оточенню, що погіршення загального самопочуття, яке супроводжується втратою задоволення від звичайної діяльності, надмірною втомлюваністю, зниженням активності та працездатності, порушенням сну, апетиту може свідчити про наявність депресивного стану та повинно бути приводом для звернення до лікаря.

Зазначені заходи проводяться під час індивідуальних та групових занять, включають психокорекційну роботу в рамках консультативних центрів, «телефонів довіри» та інших організацій, орієнтованих на психологічну допомогу цим хворим, інформування пацієнтів та їх рідних шляхом надання необхідної друкованої інформації тощо.

Хворі із ДР на етапах ремісії АЗ часто звертаються до лікарів-інтерністів через проблеми зі здоров'ям, проте власне депресивна симптоматика, яка може «маскуватися» соматичними та вегетативними порушеннями, у таких випадках не виявляється та, відповідно, не корегується. Тому підвищення компетентності лікарів різних спеціальностей, насамперед фахівців первинної ланки медичної допомоги, з питань психіатрії, наркології, психодіагностики, вміння виявити у пацієнтів проблеми, пов'язані зі зловживанням алкоголем та розробити диференційні рекомендації щодо комплексного лікування цих хворих є важливою складовою профілактичної роботи.

Висновки

Програма профілактики при ДР у хворих із АЗ має бути комплексною, етапною, безперервною та тривалою, з використанням індивідуально розроблених заходів, спрямованих на відновлення психічного, соматичного та соціального статусу пацієнта, включати психотерапію, фармакотерапію та соціотерапію. Основними її принципами є максимально раннє виявлення осіб із алкогольними

проблемами, потенційних пацієнтів з групи ризику; окрім психіатрів і наркологів обов'язкову участь в лікувально-діагностичній, реабілітаційній та профілактичній роботі беруть лікарі первинної медичної ланки, психолог, соціальний працівник, а також рідні та близькі хворих, з якими проводяться психоосвітні заходи. При реалізації вказаної програми слід враховувати виявлені під час дослідження механізми розвитку депресії, її клінічні варіанти, клінічні та динамічні характеристики залежної поведінки, характерологічні риси пацієнта, наявні у нього соматичні та неврологічні відхилення і ситуацію в його мікрооточенні.

Список використаної літератури

1. Наркологія. Психічні та поведінкові розлади, спричинені психоактивними речовинами / О. К. Напрєєнко, Л. В. Животовська, Н. Ю. Петрина, Л. В. Рахман; за ред. О. К. Напрєєнко. – К.: Здоров'я, 2011. – 208 с.
2. Нециркулярні депресії: монографія / О. К. Напрєєнко, К. М. Логановський, О. Г. Сиропятов; за ред. проф. О. К. Напрєєнко. – К.: Софія-А, 2013. – 624 с.
3. Психіатрія і наркологія: підручник / за ред. проф. О. К. Напрєєнко. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 528 с.
4. Скрипніков А. М. Наркологія: навчальний посібник / А. М. Скрипніков, О. К. Напрєєнко, Г. Т. Сонник – Тернопіль: ТДМУ, 2008. – 360 с.
5. Antidepressants for major depressive disorder and dysthymic disorder in patients with comorbid alcohol use disorders: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials / N. Iovieno, E. Tedeschi, K. H. Bentley [et al.] // J. Clin. Psychiatry. – 2011. – Vol. 72 (8). – P. 1144–1151.
6. Diagnosis, assessment, and management of harmful drinking and alcohol dependence: summary of NICE guidance / S. Pilling, A. Yesufu-Udechuku, C. Taylor, C. Drummond; Guideline Development Group // BMJ. – 2011. – Vol. 342. – P. d700.
7. Effectiveness of brief alcohol interventions for general practice patients with problematic drinking behavior and comorbid anxiety or depressive disorders / Grothues J.M., Bischof G., Reinhardt S. [et al.] // Drug Alcohol Depend. – 2008. – Vol. 94 (1–3). – P. 214–20.
8. Patterns of alcohol and drug use among depressed older adults seeking outpatient psychiatric services / D. D. Satre, S. A. Sterling, R. S. Mackin, C. Weisner // Am. J. Geriatr Psychiatry. – 2011. – Vol. 19 (8). – P. 695–703.
9. Predictors of alcohol-related problems among depressed and non-depressed women / S. Nolen-Hoeksema, A. Desrosiers, S. C. Wilsnack // J. Affect Disord. – 2013. – Vol. 150 (3). – P. 967–973.

ПРОФИЛАКТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Н.Ю. Напрєєнко

Для изучения взаимосвязи синдрома алкогольной зависимости и депрессивных расстройств обследовано 160 больных алкоголизмом с симптомами депрессии. Показано, что по происхождению такие депрессии можно разделить на психогенные (66,3% пациентов), эндогенные (11,3% пациентов), органические (церебро-органические и соматогенные – 22,4% пациентов) и смешанные. Определены следующие клинические варианты депрессивного состояния: 1) ипохондрическое – у 42,5%; 2) астеническое – у 20,6%; 3) тревожно-депрессивное – у 19,4%; 4) дисфорическое – у 8,8%; 5) апатическое – у 4,35%; 6) простое – у 4,35% обследованных. Показано, что депрессия у большинства из этих пациентов провоцирует рецидивы алкоголизации, снижает качество и длительность ремиссии и ухудшает сомато-неврологическое и социальное состояние больных. Разработана комплексная система профилактики данной патологии, которая включает поэтапное одновременное медикаментозное и психотерапевтическое воздействие на три патологические составляющие «порочного круга» (психическую, соматическую и социальную), свойственные таким пациентам. Ее основные принципы: максимально раннее выявление лиц с алкогольными проблемами, потенциальных пациентов группы риска; помимо психиатров и наркологов в профилактической работе участвуют врачи первичного медицинского звена, психолог, социальный работник, а также родственники и близкие больных, которым проводятся психообразовательные мероприятия. Эта программа помощи учитывает установленные в процессе исследования механизмы развития депрессии, ее клинические варианты, клинические и динамические характеристики зависимого поведения, характерологические особенности пациента, имеющиеся у него соматические и неврологические нарушения и ситуацию в его микроокружении.

Ключевые слова: алкоголизм, депрессии, их взаимосвязь, происхождение депрессий, их клинические варианты, профилактика.

PREVENTION OF DEPRESSIVE DISORDERS AT ALCOHOL DEPENDENCE

N. Napryeyenko

For study the relationship of alcohol dependence and depressive disorders 160 alcoholic patients with depressive symptoms were examined. It is shown that the origin of such depressions can be divided into psychogenic (66,3% patients), endogenous (11,3%), organic (cerebral-organic and somatogenic – 22,4%) and mixed. They identified the following clinical variants of depression: 1) hypochondriac – in 42,5% of patients; 2) asthenic – at 20,6%; 3) anxiety-depressive – in 19,4%; 4) dysphoric – 14 (8,8%); 5) simple – in 7 (4,35%); 6) apathic – in 4,35% of patients. It is shown that depression in the majority of these patients relapse provokes alcoholization, reduces the quality and duration of remission and worsens somatic-neurological and social status of patients. A comprehensive system of prevention of this disease was designed, which includes a phased simultaneous medicamentous and psychotherapeutic influence on three pathological components of «vicious circle» (mental, physical and social) specific to such patients. Its main principles: maximal early detection of people with alcohol problems, potential patients from risk group; besides psychiatrists and narcologists, participation preventive work taking general practitioners, psychologists, social workers, and relatives of patients, which are involved in psychoeducational measures. This assistance program will allow identified during the study the mechanisms of depression and its clinical variants, clinical and dynamic characteristics of dependent behavior, characterological traits of patient with physical and neurological deviations and situation in its microenvironment.

Key words: alcoholism, depression, their interdependence, the origin of depression, their clinical variants, prevention.

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-08.12-055.2+343.914

Н.Ю. Васильєва

ОЦІНКА ВПЛИВУ СИТУАЦІЙНОГО ФАКТОРА
У ФОРМУВАННІ КРИМІНАЛЬНОЇ АГРЕСІЇ ЖІНОККиївський міський центр судово-психіатричної експертизи, м. Київ
na-tjushka@ukr.net**Ключові слова:**
суспільно небезпечні
дії (СНД), судово-
психіатрична експертиза
(СПЕ), підекспертні,
кримінальна агресія.

Метою даного дослідження є вивчення структури скоєних жінками суспільно небезпечних діянь і впливу ситуаційного чинника на кримінальну агресивну поведінку жінок. Представлені результати дослідження 353 підекспертних жінок, поділених на дві групи залежно від характеру вчинених ними правопорушень. Окремо виділена ретроспективна група для отримання порівняльних характеристик досліджуваних параметрів. Використовували анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, експериментально-психологічний, метод експертного дослідження документації, судово-психіатричного аналізу генезу суспільно небезпечних діянь, статистичні методи. Продemonстровано вплив ситуаційного чинника на формування агресивної поведінки жінок, які вчинили злочини проти життя та здоров'я особи. Одним з висновків дослідження є те, що для максимальної об'єктивності експертного рішення при проведенні судово-психіатричної експертизи жінкам, які вчинили злочини проти життя та здоров'я особи, для оцінки виду і глибини їх емоційних реакцій в момент делікту, загальноприйнятий психіатричний підхід обов'язково повинен бути доповнений психологічним і ситуаційним аналізом, який можливо реалізувати шляхом призначення підекспертним комплексної судової психолого-психіатричної експертизи.

Загальновідомо, що реалізацію суспільно небезпечної дії хворого обумовлюють як психопатологічні, особистісні, так і ситуаційні фактори. Значення цієї тріади докладно розкрито у працях Ф.В. Кондратьєва. Встановлено, що чим менше у клінічній картині основного синдрому продуктивної симптоматики, тим більшу роль у кримінальній поведінці відіграє особистість, а особливо ситуаційні фактори [1].

Існує думка, що в момент скоєння злочинів, наприклад у сімейній сфері, жінки зазвичай перебувають у стані депресії, відчаю, тривоги, злості, ревнощів, напруги або безпорадності [2–4].

Основною причиною загибелі жертв жіночого насильства у сім'ї є тривала агресивна поведінка стосовно жінок, алкоголізація, а також їх характерологічні особливості, головними з яких є експлозивність та імпульсивність [5, 6].

Роль жертви жіночої насильницької злочинності може бути найрізноманітнішою – від абсолютно нейтральної до такої, що максимально провокує на здійснення злочину [7]. Особистісні якості жертв актуалізуються ситуаційними чинниками, що відображено в їх класифікації: агресивні жертви – поведінка яких пов'язана з нападом, для цього типу характерне навмисне створення конфліктної ситуації; активні жертви – жертви, поведінка яких, не будучи пов'язаною з нападом або конфліктом, проте,

активно сприяє спричиненню їм шкоди (звертаються за проханням про спричинення шкоди, іншим чином викликають такі дії, а також завдають шкоди самі собі); ініціативні жертви – ті, поведінка яких має позитивний характер, але призводить до спричинення їм шкоди; пасивні жертви – ті, які з об'єктивних або суб'єктивних причин не чинять опору злочинцю; некритичні жертви – ті, для яких характерні необачність, невміння правильно оцінити життєві ситуації; нейтральні жертви – ті, які ніяк не сприяли скоєнню проти них злочинів [8–10].

Метою дослідження є вивчення структури скоєних жінками СНД та впливу ситуаційного чинника на кримінальну агресивну поведінку жінок.

Матеріали та методи дослідження

Проведене дослідження ґрунтується на основі аналізу повного обсягу (суцільної вибірки) – 303 випадки проведення стаціонарної СПЕ жінкам у Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи впродовж десяти років (2002–2011 рр.). Для досягнення поставленої мети була виділена основна група А, до якої увійшли 122 підекспертні, звинувачувані у скоєнні суспільно-небезпечних діянь проти життя та здоров'я особи (ст. 115–119, 121–128 Кримінального Кодексу України (КК України)).

До даного дослідження не була включена 181 підекспертна, звинувачувана у скоєнні СНД, передбачених іншими статтями КК України. Для отримання порівняльних характеристик розвитку досліджуваного явища в часі була проаналізована ретроспективна група В, яка складалась із 50 жінок, аналогічна за параметрами з основною групою: підекспертні жінки, звинувачувані у скоєнні злочинів проти життя, здоров'я, свободи та гідності особистості (ст. 93–98, 101–107 Кримінального Кодексу Української Радянської Соціалістичної Республіки (КК УРСР)), щодо яких були проведені стаціонарні СПЕ у Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи за період 1981–1986 рр. Діагнози підекспертних ретроспективної групи були приведені у відповідність до МКХ–10, а статті КК УРСР зіставні із статтями чинного КК України.

Збір інформації проводили шляхом викопіювання даних із різних офіційних документів: медичних карт стаціонарного хворого, матеріалів кримінальної справи, актів СПЕ, у спеціально розроблену карту обстеження, яка містить загальні відомості про підекспертну та експертизу, анамнестичні, соціально-демографічні, клінічні та індивідуально-психологічні особливості жінок, дані про особу потерпілого, кримінал та посткримінальну ситуацію, поведінку підекспертної в період проведення СПЕ.

Для досягнення поставленої мети використовували наступні методи дослідження: анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, експериментально-психологічний, метод експертного дослідження документації, судово-психіатричного аналізу генезу СНД, статистичний.

При порівнянні груп спостереження за допомогою t-коефіцієнта достовірності було прийнято, що p – це інтервал достовірності при порівнянні групи А з групою В. Якщо $p > 0,05$, перевагу вважали недостовірною і значення p не відмічали.

Результати та їх обговорення

У структурі правопорушень підекспертних групи А умисні вбивства займали першу позицію – 54,1% (66 випадків), у 36,9% (45 випадків) жінки завдавали потерпілим умисні тяжкі тілесні ушкодження; вбивство через необережність та умисні середньої тяжкості тілесні ушкодження були скоєні особами групи А в 2,5% (по 3 випадки відповідно), дві підекспертні (1,6%) нанесли своїм жертвам побої та мордування; умисне вбивство, вчинене в стані сильного душевного хвилювання, необережне тяжке або середньої тяжкості тілесне ушкодження, умисні легкі тілесні ушкодження були заподіяні в 0,8% (по 1 випадку відповідно).

Виявлено, що кількість умисних тяжких тілесних ушкоджень, нанесених особами групи А своїм жертвам – 36,9% (45 випадків) – достовірно ($p < 0,001$) перевищує цей показник у підекспертних групи В – 8% (4 випадки).

Підекспертні групи В скоїли умисні вбивства в 78% (39 випадків), що достовірно ($p < 0,001$) перевищує цей показник у групі А – 54,1% (66 випадків). Друге місце в структурі правопорушень, вчинених жінками групи В, займали умисні тяжкі тілесні ушкодження – 8% (4 випадки), умисні середньої тяжкості тілесні ушкодження були нанесені підекспертними цієї групи в 4% (2 випадки), умисне вбивство, вчинене в стані сильного душевного хвилювання, умисне вбивство матір'ю своєї новонаро-

дженої дитини, умисне тяжке тілесне ушкодження, заподіяне у стані сильного душевного хвилювання, умисне легке тілесне ушкодження, побої і мордування заподіяні жертвам у 2% (по одному випадку відповідно).

Майже однакова кількість підекспертних у групах А та В: 62,3% (76 випадків) та 66% (33 випадки) відповідно, мали із жертвою напередодні СНД конфліктні стосунки. Доброзичливі відносини з потерпілим мали 13,1% (16 випадків) підекспертних групи А та 22% (11 випадків) підекспертних групи В. Не були раніше знайомі з потерпілими 7,4% (9 випадків) осіб групи А та 4% (2 випадки) жінок групи В. Спостерігали достовірну перевагу ($p < 0,04$) підекспертних групи А – 17,2% (21 випадок) над кількістю таких у групі В – 8% (4 випадки), у яких із жертвою були нейтральні стосунки.

У 42,6% (52 випадки) фактором, який провокував скоєння підекспертними групи А агресивних дій, достовірно частіше ($p < 0,03$), порівняно з групою В – 28% (14 випадків), була вербальна образа з боку жертви. Фізична образа з боку жертв підекспертних групи В спостерігалась майже удвічі частіше – 18% (9 випадків), ніж серед потерпілих від агресії жінок групи А – 10,7% (13 випадків). Факт вербальної та фізичної образи підекспертних був наявний у 9,8% (12 випадків) у групі А та у 8% (4 випадки) у групі В. Зрада, домагання, крадіжка з боку потерпілих провокували агресію жінок групи А в 4,1% (5 випадків). Один випадок домагання (2%) з боку потерпілого спровокував агресію у підекспертної групи В. Фактор, який провокував агресію з боку потерпілих був відсутній у 32,8% (40 випадків) у групі А та в 44% (22 випадки) у групі В.

Дані про спрямованість агресії підекспертних наведені в таблиці 1

Таблиця 1. Спрямованість агресії підекспертних

Об'єкт агресії	Група А		Група В	
	п	%	п	%
Чоловік / співмешканець	43	35,2	20	40
Діти, у тому числі новонароджені	11	9	10	20
Родич, з яким проживає	21	17,3	7	14
Знайомі	37	30,3	11	22
Незнайомі	10	8,2	2	4
Всього	122	100	50	100

Спрямованість агресії підекспертних групи А більшою мірою – у 35,2% (43 випадки) – була направлена на чоловіків або співмешканців, у 30,3% (37 випадків) – на знайомих, у 17,3% (21 випадок) – на родичів, з якими проживала підекспертна, в 9% (11 випадків) від агресивних дій підекспертних страждали діти, у тому числі новонароджені, а в 8,2% (10 випадків) – незнайомі.

Жертвами агресивних дій підекспертних групи В у 40% (20 випадків) були чоловіки або співмешканці, у 22% (11 випадків) – знайомі, в 20% (10 випадків) – діти, в тому числі новонароджені, у 14% (7 випадків) – родичі, з якими проживали жінки, а в 4% (2 випадки) – незнайомі. Кількість жертв серед дітей, у тому числі новонароджених, у підекспертних групи В достовірно ($p < 0,02$) переважала – 20% (10 випадків) над кількістю жертв серед дітей, у тому числі новонароджених, у підекспертних групи А – 9% (11 випадків).

Здійснений аналіз емоційного стану жінок групи А в момент скоєння ними СНД продемонстрував, що в 51,6% (63 випадки) домінувала злість, у 15,6% (19 випадків) – страх, у 4,1% (5 випадків) – безвихідь, у 3,3% (4 випадки) – лють. Ревнощі та гнів призвели до вчинення правопорушення підекспертними цієї групи в 1,6% (по 2 випадки відповідно), в одному випадку (0,8%) СНД було скоєно на фоні тривоги. Серед жінок групи В домінуючою емоцією в період СНД була злість – 48% (24 випадки). Відчуття безвиході спостерігалось у 12% (6 випадків) підекспертних цієї групи, що достовірно ($p < 0,001$) перевищує цей показник серед осіб групи А, де він становить 4,1% (5 випадків). Емоцією страху відчували 10% (5 випадків) жінок групи В. Як «інше» – 21,3% (26 випадків) в групі А та 30% (15 випадків) зазначені випадки, коли підекспертні здійснювали кримінальні дії на фоні хворобливих розладів психічної діяльності або в об'єктах експертизи були відсутні дані про домінуючу емоцію у жінок під час скоєння ними СНД (в тому числі, коли вони заперечували факт здійснення злочину).

Очевидно, що для максимальної об'єктивності експертного рішення, особливо у разі вчинення злочинів проти життя та здоров'я особи, для оцінки виду та глибини емоційних реакцій у момент делікту, загальноприйнятий психіатричний підхід обов'язково повинен бути доповнений психологічним і ситуаційним аналізом, що має бути реалізовано шляхом призначення підекспертним комплексної судової психолого-психіатричної експертизи. Дослідженням встановлено, що такі експертизи призначали жінкам групи А в 51,6% – (63 випадки), а жінкам групи В у 36% – (18 випадків).

Дані про наявність стану сп'яніння під час СНД у підекспертних та їх жертв наведені в таблиці 2.

Таблиця 2. Наявність стану сп'яніння під час СНД у підекспертних та/або їх жертв

Варіанти	Група А		Група В	
	п	%	п	%
Потерпілі та підекспертна в стані алкогольного сп'яніння	59	48,4	11	22
Потерпілі тверезі, підекспертна в стані алкогольного сп'яніння	26	21,3	6	12
Потерпілі в стані алкогольного сп'яніння, підекспертна – твереза	9	7,4	12	24
Потерпілі та підекспертна тверезі	28	22,9	21	42
Всього	122	100	50	100

У групі А стан алкогольного сп'яніння у потерпілих та/або підекспертних під час СНД мав місце в 77,1% (94 випадки). З них у 48,4% (59 випадків) в стані алкогольного сп'яніння на момент СНД перебували як підекспертні, так і потерпілі, що достовірно ($p < 0,001$) перевищує цей показник у групі В – 22% (11 випадків); у 21,3% (26 випадків) потерпілі були тверезі, а підекспертні – сп'янілі; в 7,4% (9 випадків) підекспертні на момент скоєння СНД були тверезі, а їх жертви – перебували в стані алкогольного сп'яніння. У групі В алкоголь при скоєнні СНД відіграв меншу роль, ніж у групі А: 58% (21 випадок) проти 77,1% (94 випадки). Стан алкогольного сп'яніння у підекспертних та їх жертв був зафіксований у 22% (11

випадків), що достовірно ($p < 0,001$) менше, ніж у групі А – 48,4% (59 випадків). Майже удвічі, але без достовірної різниці, була меншою, порівняно з групою А, кількість підекспертних, які на момент СНД перебували у стані алкогольного сп'яніння, а їх жертви були тверезі – 12% (6 випадків) проти 21,3% (26 випадків). У групі В достовірно ($p < 0,001$), порівняно з групою А – 7,4% (9 випадків), було більше тверезих підекспертних та їх сп'янілих жертв – 24% (12 випадків). Кількість потерпілих та підекспертних, які на період СНД були тверезі, в групі В також достовірно ($p < 0,001$) перевищувала (42% (21 випадок)) цей показник у групі А – 22,9% (28 випадків).

Висновки

Дослідження виявило переважання кількості умисних вбивств серед підекспертних обох груп. У представниць обох груп делікту передували конфліктні стосунки із жертвою. Основним фактором, який провокував підекспертних на агресивні дії стосовно потерпілих, є вербальна образа з боку останніх.

Особливості біологічної природи жінок обумовлюють специфіку їх соціальних ролей, пріоритетною з яких є формування, функціонування та розвиток сімейних стосунків, які відповідно і окреслюють коло специфічних стресових ситуацій, що знаходить своє відображення у змісті психопатологічних переживань та направленості агресивних дій на осіб найближчого оточення (чоловіки, діти).

Потужним фактором детермінації насильницьких злочинів є зловживання алкоголем підекспертними та / або потерпілими.

Очевидно, що для максимальної об'єктивності експертного рішення при проведенні СПЕ жінкам, які скоїли злочини проти життя та здоров'я особи, для оцінки виду та глибини їх емоційних реакцій у момент делікту загальноприйнятий психіатричний підхід обов'язково повинен бути доповнений психологічним і ситуаційним аналізом, що має бути реалізовано шляхом призначення підекспертним комплексної судової психолого-психіатричної експертизи.

Список використаної літератури

1. Кондратьев Ф. В. Судбно-психиатрическая экспертиза при шизофрении, шизотипическом расстройстве и хронических бредовых психозах: руководство по судебной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой. Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко [и др.]. – М.: Медицина, 2008. – С. 165–192.
2. The prevalence of mental health disorders in a community sample of female victims of intimate partner violence / A. M. Nathanson, R. C. Shorey, V. Tirone, D. L. Rhatigan // Partner Abuse. – 2012. – Vol. 3, № 1. – P. 59–75.
3. Putkonen H. Female perpetrated violence is usually directed against close persons, such as the spouse or child / H. Putkonen // Duodecim. – 2011. – Vol. 127, № 12. – P. 1212–1218.
4. Depressive symptomatology as a predictor of exposure to intimate partner violence among US female adolescents and young adults / J. A. Lehrner, S. Buka, S. Gortmaker, L. A. Shrier // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. – 2006. – Vol. 160, № 3. – P. 270–276.
5. Агеева Ю. Женская преступность: современное положение и причины / Ю. Агеева // Следователь. – 2001. – № 6. – С. 39–40.
6. Осипян Н. Б. К вопросу об особенностях женской преступности / Н. Б. Осипян // Психология и право. – 2011. – № 2. – С. 1–6.
7. Кутина В. П. Женская преступность. К вопросу о криминологическо-виктимологической ситуации / В. П. Кутина // Учен. зап. Санкт-Петербур. им. В. Б. Робкова фил. Рос. тамож. академии. – 2009. – № 1. – С. 184–189.
8. Малкина-Пых И. Г. Виктимология: психология поведения жертвы: [комплексный анализ феномена жертвы, подходы к индивидуальному консультированию, упражнения и техники] / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2010. – 862 с.
9. Liqun Cao. Correlates of the victim-offender relationship in homicide / Cao Liqun, C. Hou, Huang Bu // Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol. – 2008. – Vol. 52, № 6. – P. 658–672.
10. Pilszyk A. A psychopathological picture of the perpetrator of violence in a family / A. Pilszyk // Psychiatr. Pol. – 2007. – Vol. 41, № 6. – P. 827–836.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СИТУАЦИОННОГО ФАКТОРА В ФОРМИРОВАНИИ КРИМИНАЛЬНОЙ АГРЕССИИ ЖЕНЩИН

Н.Ю. Васильева

Целью данного исследования является изучение структуры совершенных женщинами общественно опасных деяний и влияния ситуационного фактора на криминальное агрессивное поведение женщин. Представлены результаты исследования 353 подэкспертных женщин, распределенных на две группы в зависимости от характера совершенных ими правонарушений. Отдельно выделена ретроспективная группа для получения сравнительных характеристик исследуемых параметров. Использовались анамнестический, клинико-психопатологический, социально-демографический, экспериментально-психологический, метод экспертного исследования документации, судебно-психиатрического анализа генеза общественно опасных деяний, статистический методы. Продемонстрировано влияние ситуационного фактора на формирование агрессивного поведения женщин, совершивших преступления против жизни и здоровья личности. Одним из выводов исследования является то, что для максимальной объективности экспертного решения при проведении судебно-психиатрической экспертизы женщинам, которые совершили преступления против жизни и здоровья личности, для оценки вида и глубины их эмоциональных реакций в момент деликта общепринятый психиатрический подход обязательно должен быть дополнен психологическим и ситуационным анализом, который возможно реализовать путем назначения подэкспертным комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы.

Ключевые слова: социально опасные действия (СОД), судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ), подэкспертные, криминальная агрессия.

ASSESSMENT OF SITUATIONAL FACTORS IN THE FORMATION OF WOMEN'S CRIME OF AGGRESSION

N. Vasilyeva

The purpose of this study is to examine the structure of women committed socially dangerous acts and the impact of situational factors on aggressive behavior of criminal women. Presents the results of a study of 353 patients women, divided into two groups depending on the nature of their offences. A separate retrospective group to obtain comparative characteristics of the studied parameters. Used anamnesis, clinical psychopathological, socio-demographic, experimental-psychological, method of expert research documentation, forensic analysis of the Genesis of socially dangerous acts, statistical methods. Demonstrated the influence of situational factors on the formation of aggressive behavior of women who have committed crimes against life and health of a person. One of the findings of the study is that to maximize the objectivity of the expert decisions when conducting a forensic psychiatric examination to women who have committed crimes against life and health of the individual, to assess the type and the depth of their emotional reactions at the time of the tort, the conventional psychiatric approach must be complemented by psychological and situational analysis, which can be implemented by assigning patients a comprehensive forensic psychological and psychiatric examination.

Key words: socially dangerous acts, a forensic psychiatric examination of the subject, the criminal aggression.